

1.DISPOSICIONES GENERALES

CONSEJERÍA DE UNIVERSIDADES E INVESTIGACIÓN, MEDIO AMBIENTE Y POLÍTICA SOCIAL

CVE-2019-4582 *Resolución por la que se aprueba la Estrategia frente al Reto Demográfico de Cantabria 2019-2025.*

En febrero de 2016 el Gobierno de Cantabria, a través de la Consejería de Universidades e Investigación, Medio Ambiente y Política social comunicaba su incorporación al Foro de Comunidades Autónomas con desafíos demográficos, FREDD, un grupo formado por ocho Comunidades Autónomas que en los últimos años ha tenido como objetivo buscar una posición común sobre la respuesta que deben dar la Unión Europea y el Gobierno de España a la situación demográfica actual.

A partir de entonces, Cantabria, junto a Castilla y León, Galicia, Asturias, Aragón, Castilla-La Mancha, Extremadura y La Rioja, ha participado en la elaboración de diversos documentos de líneas estratégicas compartidas y propuestas concretas de actuación, que ha elevado a las instituciones. Así, durante 2016 y 2017, este Foro solicitó al Gobierno de España la elaboración de una Estrategia Nacional para el Cambio Demográfico en la que participasen todas las administraciones públicas y que abordara los graves problemas demográficos que sufren sus Comunidades autónomas. A algunas de esas reuniones asistió la que luego fue nombrada Comisionada del Gobierno de España frente a los Desafíos Demográficos.

Igualmente, el FREDD planteó un Dictamen ante el Comité de las Regiones (CDR) de la Unión Europea sobre la necesidad de avanzar hacia una Estrategia Europea Horizontal que integre todas las políticas susceptibles de contribuir a hacer frente al cambio demográfico. Dicha estrategia debería priorizar la creación de oportunidades de vida para atraer y retener población joven en todo el territorio europeo y fomentar el reequilibrio territorial entre zonas densamente pobladas y zonas con problemas demográficos, favoreciendo la prestación de servicios públicos de calidad en estas últimas. Debiendo también incorporar la perspectiva de género, dada la especial significación del papel de las mujeres en la fijación de la población en el territorio.

Con este objetivo, y entendiendo que actuar frente al reto demográfico es un reto transversal para el Gobierno, en octubre de 2016 la Vicepresidenta y Consejera de Universidades e Investigación, Medio ambiente y Política social comunicó formalmente al resto de consejerías involucradas en las soluciones a plantear, la elaboración de un Plan estratégico frente al reto demográfico en Cantabria.

En noviembre de 2016, la Vicepresidenta anunciaba públicamente la elaboración de dicho Plan estratégico y la firma de un Convenio con la Universidad de Cantabria, para que el Gobierno, con el apoyo de un grupo de trabajo formado por 14 personas expertas de diversas disciplinas, trabajaran con el objetivo de abordar y enfrentar la actual situación de declive demográfico de Cantabria, que prevé un decrecimiento de nacimientos y un aumento de la esperanza de vida, con el consiguiente envejecimiento de la población.

Siendo conscientes del reto de cambio demográfico que se está produciendo en los últimos años en Cantabria y de las serias consecuencias que de ello se derivan, de manera significativa en los contextos socioeconómicos y de cohesión social, era fundamental que Cantabria tomara medidas urgentes y definir una estrategia que abordara este problema con una mirada a medio y largo plazo.

Así, el grupo de estudio creado con la UC elaboró un análisis y prospectiva de distintas áreas, disciplinas y departamentos en un estudio sobre el impacto de este problema en lo que concierne a los escenarios de corto, medio y largo plazo, y las implicaciones y consecuencias que se derivan en términos económicos, demográficos, jurídicos, sociales, asistenciales y geográficos, de cara a planificar y orientar las medidas que tomar.

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98

Para la elaboración de dicho Plan estratégico, el Gobierno y la UC acordaron desarrollar un proceso participativo a través de una jornada abierta, celebrada el 23 de enero de 2018, en la que se expusieron las principales conclusiones del diagnóstico inicial. A dicha jornada se invitó a todos los agentes sociales de la Comunidad autónoma y a las administraciones públicas que pudieran tener algún tipo de participación en la definición de políticas públicas frente al reto demográfico, siendo recogidas las propuestas planteadas.

Paralelamente a todo este proceso, a nivel estatal, en enero de 2017 el Presidente del Gobierno de España convoca una Conferencia de Presidentes de las Comunidades autónomas en el que se acuerda elaborar una Estrategia nacional frente al reto demográfico. Ello dio lugar a la creación de diversas subcomisiones en las que han participado diversos miembros del Gobierno.

Igualmente, en octubre de 2016, Cantabria se suma a la Macrorregión RESOE

Regiones del Sudoeste Europeo -, creada para gestionar proyectos con fondos de la Unión Europea. Esta Macrorregión la integran las regiones Norte de España y Centro de Portugal (Castilla y León, Galicia, Asturias y Cantabria), que comparten los mismos desafíos demográficos y que forman una red como un instrumento para el establecimiento de posiciones conjuntas y de coordinación de esfuerzos en defensa de los mismos ante las instancias europeas.

Los gobiernos de las regiones RESOE elaboran conjuntamente la estrategia que regirá su actividad durante los siguientes años. En esta estrategia, se incluyen las propuestas que en 2017 elaboró un grupo de trabajo sobre el reto demográfico del que forma parte en nombre del Gobierno de Cantabria, la Dirección general de Política social.

Por otro lado, con el fin de fomentar el debate, esta misma Dirección general organizó en julio de 2017 un curso en la UIMP sobre propuestas para afrontar el reto demográfico.

Finalmente, fruto de todo este trabajo y del proceso abierto con que se ha venido elaborando el documento estratégico, contamos hoy con la ESTRATEGIA FRENTE AL RETO DEMOGRÁFICO DE CANTABRIA 2019-2025 para revertir los indicadores demográficos de Cantabria que dan la voz de alarma sobre la reducción de población y su envejecimiento. Frenar la sangría poblacional no admite espera. El Gobierno de Cantabria tiene la voluntad política y marca con este documento el camino que quiere seguir para afrontar el reto demográfico, comprometiéndose tanto a desarrollar en Cantabria la Estrategia nacional frente al reto demográfico, como a desarrollar la estrategia autonómica a través de planes de actuación sectoriales que desarrollen nuestra estrategia 2019-2022 con la colaboración de los ayuntamientos.

Por cuanto antecede RESUELVO:

- a) Aprobar la ESTRATEGIA FRENTE AL RETO DEMOGRÁFICO DE CANTABRIA 2019-2025, que figura como Anexo de la presente Resolución.
- b) La Estrategia se publicará en el BOC y producirá efectos desde el día siguiente de la publicación.

Santander, 7 de mayo de 2019.

La consejera de Universidades e Investigación, Medio Ambiente y Política Social,
Eva Díaz Tezanos.



ESTRATEGIA FRENTE AL RETO DEMOGRÁFICO DE CANTABRIA 2019-2025

1



ÍNDICE

- I. **EL ENVEJECIMIENTO EN CANTABRIA: LA DIMENSIÓN DEMOGRÁFICO-TERRITORIAL. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL, PERSPECTIVAS Y PROPUESTAS:**
 - a. Introducción
 - b. Las causas del envejecimiento demográfico
 - c. Envejecimiento y territorio
 - d. Servicios, espacios residenciales, equipamientos y envejecimiento
 - e. Un análisis prospectivo del envejecimiento en Cantabria. Horizonte 2031

- II. **CRISIS DE LA FECUNDIDAD, RETRASO EN LA MATERNIDAD Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE NATALIDAD, CONCILIACIÓN Y APOYO A LA FAMILIA:**
 - a. Introducción.
 - b. Hacia una fecundidad menor y más tardía: cifras de una realidad en aumento.
 - c. ¿Por qué se retrasa la maternidad?: la edad como principal causa social de infertilidad.
 - d. El auge de las tecnologías de reproducción artificial y la aparición de "madres añosas".
 - e. El derecho a la maternidad: su alcance en la LTRAHA (Técnicas de Reproducción Humana Asistida) y la configuración de la prestación en el Sistema Sanitario Público.
 - f. Un nuevo tipo de familia y la exigencia de políticas sociales de apoyo familiar concretas.
 - g. Permisos laborales para el cuidado de hijos/as.
 - h. Medidas estratégicas: políticas de fecundidad asociadas a políticas familiares y de conciliación creadoras de un entorno más favorable a la maternidad.

3

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



III. ENVEJECIMIENTO, SALUD Y DEPENDENCIA:

- a. Envejecimiento saludable
- b. Pérdida de capacidades y patologías, las cronicidades
- c. Necesidad de cuidados, riesgo de maltrato y perfiles de personas cuidadoras
- d. Asistencia informal-intergeneracional y social globalizada

IV. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA VEJEZ:

- a. Un fenómeno social y culturalmente construido
- b. La gestión de un tiempo nuevo. Tiempo libre, actividades de ocio y educación para personas mayores
- c. Modelos de Servicios Sociales: formalizados e informales

V. EFECTOS ECONOMICOS Y SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE LAS FINANZAS PUBLICAS Y BIENESTAR EN CANTABRIA:

- a. Introducción.
- b. Financiación autonómica y tratamiento fiscal de las personas mayores.
- c. Desigualdades, pobreza y exclusión en edad avanzada.
- d. Efectos del envejecimiento en los gastos regionales: análisis de sensibilidad y escenarios para 2018-2025 (optimista, pesimista e intermedio).

VI. EL DESPOBLAMIENTO RURAL.

VII. EQUIPO.

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

IX. ANEXO: EJES ESTRATÉGICOS: ESTRATEGIAS, DEFINICIÓN Y ACCIONES.

4



**DIAGNÓSTICO Y PERSPECTIVAS
DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN
CANTABRIA**

6

CVE-2019-4582



I. EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN CANTABRIA: LA DIMENSIÓN DEMOGRÁFICO-TERRITORIAL¹

1. INTRODUCCIÓN

“En un diagnóstico interdisciplinar sobre el envejecimiento, el enfoque geo-demográfico se hace imprescindible, pues permite conocer tantos los aspectos cuantitativos como los cualitativos de este fenómeno, con especial referencia a los territoriales, fundamentales en la planificación de recursos (Reques, 2011). Temas como las migraciones internacionales, la movilidad de la población y su componente generacional, la caída de la fecundidad y, sobre todo, la natalidad, los efectos del -y sobre- el mercado laboral, la evolución de los servicios sanitarios y sociales, la desigual velocidad de las transformaciones demográficas en relación a los cambios culturales, económicos, sociales y hasta legislativos, ocupan a los/las científicos/as sociales, preocupan a la población y deberían ocupar el centro del debate político, no tanto por la situación actual como por la futura, a corto y medio plazo².

Se hace, pues, necesario abordar la población de forma interrelacionada, a partir de su análisis científico.

La primera cuestión que tratar, en relación al envejecimiento, es la *natalidad* y la *fecundidad*³(Esping-Andersen, 2013), pues su caída sostenida es la principal causa del envejecimiento demográfico (Gurría, Reques y Rodríguez, 2008). En España y en Cantabria, a lo largo de este pasado

¹ Fuente: Pedro Reques Velasco y Olga De Cos Guerra. Universidad de Cantabria.

² De alguna manera, la creación por Real Decreto (RD/ 40/2017 de 27 de enero) del Comisionado del Gobierno frente al Reto Demográfico, responde a esta preocupación, al igual que otras iniciativas tales como la redacción por parte de la Comisión de Despoblación de la FEMP del primer plan nacional contra la despoblación, concretado en 80 medidas sobre empleo, servicios sociales, infraestructuras, vivienda (Díaz Fernández, 2013), incentivos demográficos, medidas institucionales o a escala europea como el Grupo de Trabajo Europeo sobre la Despoblación y Envejecimiento plasmado en el seminario “La Despoblación y el Envejecimiento en las Regiones de la Unión Europea: soluciones de futuro”.

³ Conceptos distintos éstos, pues el primero hace referencia al número de nacimientos y el segundo a la relación entre el número de éstos y el de las madres.

7



siglo, ambos indicadores se recuperaron levemente hasta la crisis de 2008 para posteriormente decrecer en la misma medida. La posibilidad de que la fecundidad se mantenga baja y siga teniendo lugar a edades tardías (en España y en Cantabria el grupo modal es el de 30 a 34 años, como consecuencia del retraso en el *calendario de la maternidad*), da como resultado el **progresivo desajuste entre el reloj biológico y el reloj social de la maternidad**⁴. A este hecho se suma en España y en otros países el fenómeno cada vez más importante de la *infecundidad* y sus tipos (*biológica, deseada, normativa, sobrevenida...*). En suma, **la baja fecundidad presenta un marcado carácter estructural**.

Una fecundidad tan baja, en cualquier caso, es reflejo de la modernización social, una prueba de que los conceptos sexualidad y reproducción están nítidamente diferenciados; al contrario que los países en desarrollo, donde se asegura el *reemplazo generacional* (European Commission, 2012) con un número de hijos/as por mujer bajo como consecuencia de que la *mortalidad infantil*, ha alcanzado en España umbrales extraordinariamente reducidos (2 por mil nacimientos) y singularmente en Cantabria, que es la Comunidad Autónoma con el valor más favorable de España en relación a este importante indicador socioeconómico y de desarrollo sanitario.

Pero, **¿cuáles son las razones de tan baja fecundidad?** La primera es el excesivo coste que recae sobre las familias (Meil Landwerlin, 2011) por más que los/las hijos/as son un beneficio para la sociedad. La segunda causa fundamental es el empleo y el paro femeninos: en España importa la situación laboral de las mujeres en mucha mayor medida que la de los hombres, pues éstos –y también este hecho está estadísticamente constatado– están lejos aún del compromiso compartido en la crianza de los hijos/as: el número de padres *cuidadores ocasionales* es bastante mayor que el de *cuidadores secundarios* y el de éste mucho mayor que el de *cuidadores comprometidos*.

Cantabria no está situada en el tan traído y llevado *invierno demográfico*; si hay que utilizar una metáfora que sea la del *otoño demográfico*, un otoño, por cierto, en sus primeros compases. **La estructura de población por edad y sexo de la región no se asemeja a una pirámide invertida, sino a un rombo**: en la actualidad Cantabria cuenta con muchos más jóvenes de los que va a contabilizar en las próximas décadas, con un número

⁴ En este sentido índices de fecundidad de 1,5 ó 1,6 hijos/as por mujer deberían de ser umbrales aceptables y el umbral de 2,1 hijos/as por mujer -que se define como de reemplazo generacional- no se va alcanzar ya nunca, ni en España (Sorrille, 2010), ni en Europa (Gil Alonso, 2014; Hoorens et al., 2011; Lanzieri, 2013; Luci-Greilich y Thévenon, 2013; Rinfuss, 2015), ni en Asia, ni en una buena parte de América Latina, subcontinente este último caracterizado por una fecundidad controlada y temprana. Tan solo en África, continente que parece ir a la deriva en términos demográficos, estará muy por encima de ese umbral de reemplazo generacional.

8



de mayores que es mucho menor que el del futuro, y con un volumen y porcentaje de población potencialmente activa en edades centrales y altamente productivas y formada (25-55 años) mayor del que vamos a contabilizar nunca.

En España y en Cantabria, en este sentido, la llamada "la generación soporte" que es la que corresponde a los 30-49 años, es la más numerosa. Esta generación, por su posición en el ciclo vital, constituye la generación más activa y de ellos dependen tanto las actividades productivas como las reproductivas (Camarero *et al.*, 2009) y en el mundo rural de ella depende el mantenimiento de la vida local.

El problema no es la estructura demográfica envejecida de Cantabria, sino no haber aprovechado (y no estar aprovechando) la favorable situación demográfica actual, –el llamado *dividendo demográfico* (Bloomet *et al.*, 2002; Bermejo, 2011)– como consecuencia de la crisis (Arango, 2012; Serrano y García, 2013; Castro *et al.*, 2015), de la precariedad laboral y del enrarecido mercado laboral. Si las tasas de paro son actualmente altas, con una fecundidad tan baja en los últimos casi 30 años que cuesta imaginar cómo hubieran sido si la fecundidad fuera el doble que la actual, como lo era en la década 1970-1980.

De otra parte, el *envejecimiento demográfico no debe ser considerado ni como un problema ni como una amenaza, sino como un éxito* o como la suma de tres éxitos: los avances de la igualdad ante la muerte, la caída de la mortalidad y la postergación de la edad de la muerte hasta edades cada vez más avanzadas, como consecuencia de que la esperanza de vida se incrementa en la región a un ritmo de 2,4 años por década. Además, el envejecimiento es un fenómeno que no solo –ni singularmente– afecta a España, o a Europa, el mundo –no únicamente el desarrollado– envejece también. El avance demográfico en cuanto a longevidad y salud de las últimas décadas nos plantea la posibilidad de cambiar el umbral que da paso a la edad adulta y al envejecimiento. Así, la adolescencia llamémosla *funcional* se prolonga mucho más allá de los 15 años, la emancipación sobrepasa los 30 y la vejez empieza mucho más allá de los 65 años⁵.

⁵ Y ¿por qué esa segunda cifra *mágica* de los 65 años? La edad se propugnó en España en 1919. Dos décadas antes, en 1889, año en que el emperador Guillermo II y su canciller Bismarck cumplían los 70 años, propugnaron la jubilación a los 70 años de los pocos prusianos que habían conseguido acompañarlos en sus líneas de vida hasta ella, y no la *mágica* cifra de 65 años como tantas veces equivocadamente se señala; pero de entonces a ahora ha transcurrido una centuria y, entre tanto, la esperanza de vida casi se ha triplicado.

9



Este envejecimiento plantea importantes retos. El primero es de *orden sanitario*: se han de afrontar el creciente número de personas con enfermedades crónicas en hospitales que están diseñados para enfermos/as agudos/as, no para aquejados de cronicidad. El segundo reto es de *orden social*: se ha de abordar la dependencia de larga duración. El tercero es de *orden psicológico*: se ha de fomentar el envejecimiento activo, en el que España es referencia

internacional, todo ello en un contexto socio-demográfico de unas personas mayores que van a ser muy distintas a las actuales: en 2030 serán mayores las actuales personas adultas, una generación mucho más formada, mucho más sofisticada, más saludable y más exigente. El cuarto reto es de *orden demográfico*: se ha de alcanzar una esperanza de vida más alta, pero libre de discapacidad. Finalmente, el quinto reto es *económico*: se han de asegurar unas jubilaciones sostenibles, eficientes y equitativas.

Por otro lado, en el tema poblacional podemos plantear problemas de *orden territorial* (Reques y de Cos, 2005). Su formulación podría ser la siguiente: si se deja que la economía y los mecanismos del mercado hagan su trabajo, después de unas fases de intensos y crecientes desequilibrios, los territorios tenderán a equilibrarse en el plano económico y sociodemográfico. Si bien, el análisis empírico parece demostrar lo contrario: las desigualdades entre territorios crecen y se reproducen a todas las escalas, desde la mundial a la local, si bien se constata que van a ser las grandes áreas metropolitanas los motores de cambio. En este sentido, importa saber dónde se sitúa Cantabria y qué papel va a jugar en un mundo cada vez más globalizado, en el que importarán más las conexiones que el territorio en sentido absoluto, más la distancia-coste y la distancia-tiempo que la distancia geográfica, más las infraestructuras⁶ que las fronteras, más la movilidad que las migraciones⁷.

Por todo ello, el presente capítulo se centra en el análisis y diagnóstico geo-demográfico del envejecimiento en Cantabria, como base para el avance de propuestas que el Gobierno de la de la Comunidad Autónoma se plantea en relación a este fenómeno.

⁶ De transporte o las ligadas a las TIC (fibra óptica).

⁷ La Conectografía (P. Khanna) se abre paso, como nuevo enfoque, en las Ciencias Sociales.

10



Vicepresidencia

En primer lugar, se aborda la **SITUACIÓN DE ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO DE CANTABRIA EN EL CONTEXTO NACIONAL**, a partir de tres aspectos principales: la situación de la región en cuanto a *envejecimiento por la base* y *por la cúspide de la pirámide* y la adscripción a un *cluster* de regiones envejecidas en el conjunto nacional.

En segundo lugar, el estudio se centra en los **FACTORES DEMOGRÁFICOS DEL ENVEJECIMIENTO EN CANTABRIA**, abordados en el marco de la *segunda transición demográfica* (Bermejo, 2012) y la llamada *transición epidemiológica*. En este enfoque se tienen en consideración aspectos diversos que afectan directa e

indirectamente al envejecimiento, tales como: el *envejecimiento por la base* a partir de indicadores de *natalidad*, *fecundidad* y *reproducción* y, por otro lado, el *envejecimiento por la cúspide*, tanto por la estructura demográfica actual en los grupos de mayores como por el aumento de la *esperanza de vida*, considerando, asimismo, el *envejecimiento por la cintura* de la pirámide, a partir de las *tasas de migración de la población adulta-joven*.

Ciertos aspectos son abordados en este bloque por su papel determinante para constatar el paso de la *primera* a la *segunda transición demográfica*, tales como: la evolución de personas nacidas fuera del matrimonio, la evolución de las parejas de hecho o los cambios en la estructura de los tipos de hogares y familias, con especial referencia a los hogares unipersonales (Comas d Argemir, 2013). Por otro lado, en cuanto a la *transición epidemiológica*, se tienen en cuenta por su representatividad las tasas de mortalidad por edades, las causas de muerte ligadas a enfermedades crónicas y degenerativas, etc.

En el tercer bloque se considera **EL TERRITORIO** como factor explicativo, potenciador o atenuador de los rasgos y procesos tratados con anterioridad. Es preciso, pues, tener en cuenta los patrones espaciales del envejecimiento en medios rurales (Camarero, 2009) y urbanos. Asimismo, se tienen en cuenta las diferencias en la dotación de equipamientos destinados a personas mayores.

11



Vicepresidencia

Dada la trascendencia de los aspectos abordados, el apartado concluye con un **ANÁLISIS PROSPECTIVO DEL ENVEJECIMIENTO EN CANTABRIA HASTA EL HORIZONTE 2031**, que permita visualizar bajo un enfoque de *escenarios múltiples* el futuro de los rasgos y procesos analizados hasta la actualidad⁸.

2. LAS CAUSAS DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO.

El envejecimiento en Cantabria es la consecuencia de la culminación de la *transición epidemiológica* y del paso de la *primera* a la *segunda transición demográfica*. En relación a este paso existen numerosos indicadores que permiten constatarlo, tales como: el crecimiento del número de nacimientos fuera del matrimonio, el incremento del número de las parejas de hecho o los cambios en la estructura de los tipos de hogares y familias, con especial referencia a los hogares unipersonales⁸.

De otra parte, dos indicadores permiten constatar la culminación de la transición epidemiológica: la disminución de las tasas de mortalidad por edades y el creciente peso de las enfermedades crónicas y degenerativas⁹, como causas de muerte. Un solo dato resume la situación de la mortalidad en Cantabria: dos terceras partes de las muertes en la región aparecen ligadas a enfermedades del sistema circulatorio y tumores, lo que la sitúa en la fase más avanzada de la transición epidemiológica y en una situación de privilegio a escala internacional.

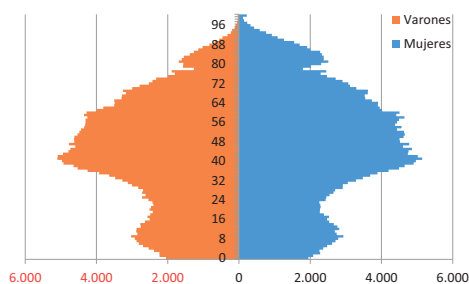
⁸ Por lo que respecta a la estructura de los hogares, España y Cantabria presentan una combinación bastante similar de hogares unipersonales correspondientes al colectivo de personas mayores. Así, considerando los hogares con una sola persona de 65 ó más años, la cifra alcanza el 10% tanto a nivel nacional como regional, siendo mucho más destacada en ambos casos la presencia de hogares de mayores donde vive sola una mujer.

⁹ En 2015 los tumores fueron la principal causa de muerte en Cantabria, con una tasa de 299 personas fallecidas por 100.000 habitantes. La región ocupa la quinta posición en el conjunto de Comunidades Autónomas con mayor tasa de defunción debida a esta causa. Las enfermedades circulatorias fueron la segunda causa de muerte en la región, con valores superiores a los de la media nacional, al registrarse 282 casos por 100.000 habitantes. Finalmente, las enfermedades del sistema respiratorio fueron la tercera causa de muerte en Cantabria en 2015, con 136 casos por 100.000 habitantes, la sexta tasa más elevada por Comunidades Autónomas y superior, de nuevo, a la media que se situó en 112 casos.

12



Figura 2.1: La pirámide de la población de Cantabria de 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos INE, Padrón de Habitantes 2018

Los cambios que en la estructura demográfica se reflejan, de una parte, se representan en la pirámide de población adjunta (Figura 2.1) y, de otra, en la evolución de los indicadores estructurales (Tabla 2.1.).

13



Tabla 2.1. Evolución de los indicadores estructurales. Cantabria (1975-2018).

Indicadores	1975	1981	1991	2001	2011	2018
% Pobl. Joven ($P_{<15 \text{ años}} / P_{\text{Total}} * 100$)	25,5	24,0	18,0	12,2	13,3	13,5
% Pobl. Adulta ($P_{15-64 \text{ años}} / P_{\text{Total}} * 100$)	63,6	63,8	66,4	68,7	67,8	67,9
% Pobl. Mayor ($P_{65 \text{ y más años}} / P_{\text{Total}} * 100$)	10,9	12,2	15,5	19,0	18,9	21,5
Índice de Envejecimiento ($P_{>65 \text{ años}} / P_{<15 \text{ años}} * 100$)	42,9	50,7	86,2	155,2	141,4	159,6
Índice General de Dependencia ($(P_{>65 \text{ años}} + P_{<15 \text{ años}}) / P_{15-64 \text{ años}} * 100$)	57,2	56,7	50,5	45,5	47,5	51,3
Índice de Dependencia de los/las Jóvenes ($P_{<15 \text{ años}} / P_{15-64 \text{ años}} * 100$)	40,0	37,6	27,1	17,8	19,7	19,8
Índice de Dependencia de Mayores ($P_{>65 \text{ años}} / P_{15-64 \text{ años}} * 100$)	17,2	19,1	23,4	27,6	27,8	31,5
Edad media	33,9	34,9	38,3	41,7	43,4	44,8
Índice de Recambio ($P_{<10 \text{ años}} / P_{>75 \text{ y más años}} * 100$)	446,2	348,1	158,0	88,7	88,8	81,2
Índice de Reemplazo de la población en edad activa ($P_{20-24 \text{ años}} / P_{60-64 \text{ años}} * 100$)	169,7	181,3	135,5	179,1	81,9	60,7
Índice de Estructura de la población en edad activa ($P_{15-40} / P_{40-65} * 100$)	120,4	130,7	136,3	120,1	88,9	65,9
Índice de Sundbarg ($P_{<15} / P_{>50} * 100$)	95,8	83,8	56,9	34,8	34,2	32,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE, Censos de Población y Padrones de Habitantes (varios años).

14



El análisis conjunto de la Figura 2.1 y la Tabla 2.1 permite constatar los siguientes aspectos:

- La reducción de casi el 50% del peso relativo de la población joven en las últimas cuatro décadas y la duplicación del peso relativo de la población mayor de 65 y más años.
- La aceleración del índice de envejecimiento hasta el cambio de siglo, el ligero retroceso entre 2001 y 2011 y los efectos de la crisis en la recuperación del ritmo de envejecimiento.
- Los desiguales ritmos de envejecimiento a lo largo del periodo 1975-2016.
- La feminización del envejecimiento con la edad (Pérez Díaz, 2003); así el índice de masculinidad (hombres por cada 100 mujeres) alcanza en la población octogenaria valores próximos a 35.
- El cada vez más difícil reemplazo generacional¹⁰.

Pero, ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DEMOGRÁFICAS DEL ENVEJECIMIENTO EN LA REGIÓN? Tres son éstas: el *envejecimiento por la base de la pirámide*, el *envejecimiento por la cintura de la pirámide* y el *envejecimiento por la cúspide de la pirámide*. La primera de las causas está ligada a la caída de la *fecundidad*, la segunda a la *emigración neta de población adulta joven* y la tercera al *incremento de la esperanza de vida*.

¹⁰De los 450 niños por cada 100 mayores de 75 años en 1975, a 85 en el momento actual o de los 160 jóvenes en edad de entrar en el mercado laboral (20-24 años) en el primer año, a 64 en el segundo. Un dato más: de cada 120 activos potenciales jóvenes y adulto-jóvenes (población de entre 15 y 40 años) por cada 100 adultomayor (población entre 20 y 65 años) en 1975 a 72 en 2016.

15



2.1. El envejecimiento por la base de la pirámide: la caída de la fecundidad y de la natalidad.

El análisis de la base de la pirámide de población de Cantabria (Figura 2.1) permite constatar la importancia que la **caída de la fecundidad** ha tenido para explicar la actual situación demográfica en la región¹¹.

De todos los indicadores, el *Índice Sintético de Fecundidad*, o número de hijos/as por mujer, es un indicador expresivo del grado de envejecimiento de una sociedad por la base de la pirámide. En relación a este indicador hay que precisar que en España se ha producido un proceso espacio-temporal de caída de la fecundidad que se ha acelerado en las últimas dos décadas¹². En este contexto, **Cantabria es la única Comunidad Autónoma cuya fecundidad muestra valores constantemente decrecientes desde 2008** (Figura 2.1.1.), a la vez que se muestra cada vez más alejada estadísticamente de dos regiones geográficamente próximas, como son País Vasco y Navarra, que exhiben justamente la tendencia contraria, incluso a pesar de la crisis económica de 2008.

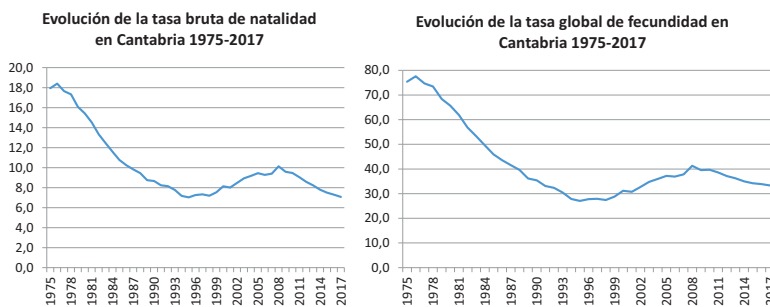
¹¹ El fenómeno no afecta solo a España o a Cantabria y se da con más intensidad en las sociedades europeas más tradicionales, con tasas de empleo femenino (León, 2015; Lesthaegue, 1999) relativamente bajas cual es el caso de los países en el sur de Europa, donde empieza a preocupar el llamado síndrome de fecundidad muy baja (*lowest-low fertility*).

¹² En 1975 la crisis demográfica -entendiendo por tal, territorios que presentaban un número de hijos por mujer inferior a 2,1 (nivel de reemplazo generacional)- afectaba tan solo a nueve provincias españolas, todas ellas de fuerte tradición emigratoria y de carácter predominantemente rural, y, en consecuencia, con notable grado de envejecimiento. A pesar de todo, éstas presentaban un índice sintético de fecundidad entre 1,8 y 2,1, situación que hoy no registra ninguna de las provincias españolas. Tres décadas después, toda España estaba situada en niveles de fecundidad inferiores o muy inferiores a los que aseguran el reemplazo generacional: las provincias de la mitad norte con unos muy bajos índices de fecundidad (por debajo de 1,2), y la mitad sur con valores entre 1,2 y 1,5. Esta tendencia apuntada, en la actualidad no ha hecho más que confirmarse y acentuarse, muy singularmente para las provincias del noroeste español, a las que se ha incorporado la Comunidad Autónoma de Cantabria.

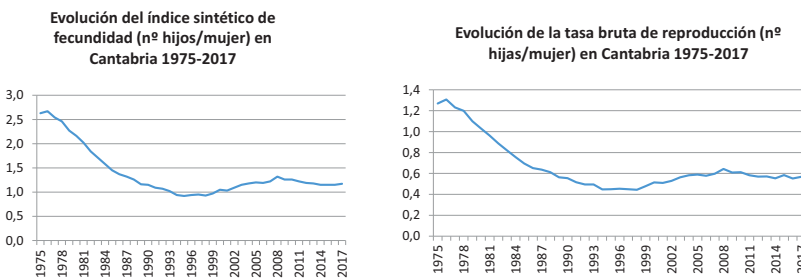
16



Figura 2.1.1: Evolución de los indicadores de natalidad y fecundidad en Cantabria. Periodo 1975-2017



17

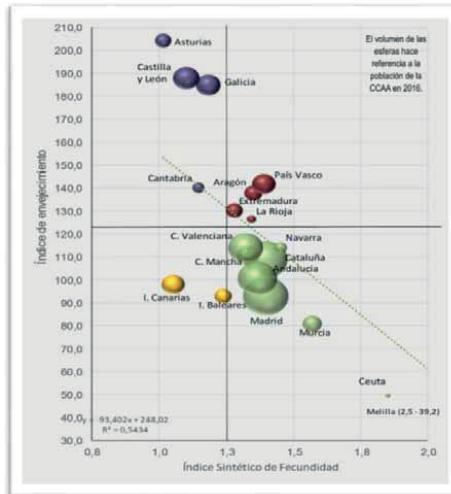


Si se analizan conjuntamente *envejecimiento* y *fecundidad* (Figura 2.1.2.) se constata cómo las regiones del noroeste español (Galicia, Asturias y Castilla y León, a las que se suma Cantabria) presentan a la vez *baja fecundidad* y *alto envejecimiento*. Nuestra región se encuentra en el *cluster* correspondiente a las regiones en situación más desfavorable para el tema que nos ocupa: situación por debajo de la media en relación al *Índice Sintético de Fecundidad* o número medio de hijos/as por mujer y por encima de la media en el Índice de Envejecimiento.

18



Figura 2.1.2. Cantabria en el cluster bivariado de Comunidades Autónomas, en relación al ISF y al índice de envejecimiento.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE, Movimiento Natural de la Población y Censos de Población y Padrones Municipales de Habitantes (varios años).

19



Y es que, es necesario insistir en este hecho, el envejecimiento demográfico en Cantabria aparece más ligado a la natalidad -y más esencialmente a la fecundidad- que a la mortalidad. De este modo, mientras que la mortalidad tiende a estabilizarse en torno al valor de 10 por mil habitantes, la natalidad no cesa en su tendencia a la baja¹³.

Los datos en valores absolutos dan prueba de la magnitud del cambio demográfico experimentado por la natalidad en la región, al reducirse ésta en tan solo dos décadas en más del 60%¹⁴. Sin embargo, desde 1996, cuando se alcanzaron en la región valores de menos de 1 hijo/a por mujer hasta la actualidad, esto es, en estas últimas dos décadas, los nacimientos y la Tasa de Natalidad (Figura 2.1.1.1) se han ido recuperando de forma moderada pero sostenida, a lo que sin duda contribuyó la inmigración extranjera¹⁵. En este sentido, parece pertinente analizar el proceso demográfico reciente, muy especialmente en lo que hace referencia a los cambios en la Tasa General de Fecundidad (Figura 2.1.1.2) y del Índice Sintético de Fecundidad (Figura 2.1.1.3) y la Tasa Bruta de Reproducción o número de hijas por mujer (Figura 2.1.1.4), así como de las Tasas de Fecundidad por edades (Figura 2.1.3) y de la evolución del número de matrimonios, de la Tasa de Nupcialidad, de la edad media del primer matrimonio para varones y mujeres, de la evolución de la edad de tener el primer hijo/a y de la edad media de la maternidad, dado que la situación demográfica actual se explica casi exclusivamente por la caída de la fecundidad, constatado el menor peso que, en términos relativos, tienen los movimientos migratorios interiores, no así los exteriores, conocido el peso creciente de la inmigración extranjera en la región.

¹³ En 1976 alcanza la cifra de 18,3 nacimientos por mil habitantes y en 1995 desciende hasta alcanzar mínimos históricos (7,06 nacimientos por mil habitantes).

¹⁴ Los nacimientos pasaron de 3.763 en 1995 a 4.388 en 2015, en tanto que la Tasa de Natalidad se eleva desde el 7,3‰ hasta el 10‰ para descender de nuevo a valores inferiores a 8‰ en la actualidad: concretamente, 7‰, en 2017.

¹⁵ De hecho, casi tres cuartas partes de la recuperación del número de nacimientos se explica por la importancia de los nacidos de madre extranjera, los cuales están enjutando parte del déficit de nacimientos de las últimas dos décadas.

20



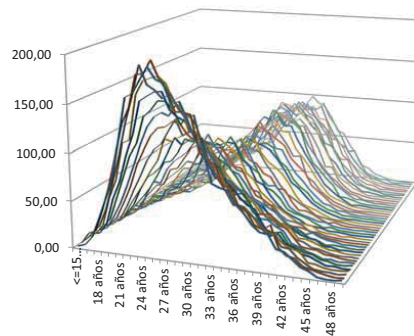
El gráfico presentado con anterioridad relativo a la fecundidad (Figura 2.1.1.3) nos permite constatar cómo el Índice Sintético de Fecundidad, o número de hijos/as por mujer, ha pasado de 2,66 en 1976 a tan solo 0,92 en 1995 -mínimo histórico- incrementándose hasta el valor de 1,19 hijos/as por mujer en 2005. Desde 1981 en Cantabria deja de asegurarse en el *reemplazo generacional*, que se consigue con un valor de 2,1. En la actualidad estamos, pues, aproximadamente al 50% de dicho valor, hecho que acarreará a medio y largo plazo, como se demostrará en el apartado de proyecciones, muy negativos efectos estructurales: las generaciones futuras serán, si se mantiene en el tiempo el actual número de hijos/as por mujer, la mitad de numerosas que las actuales, tendiendo la pirámide de población a invertirse (poca población joven, más adulta, muchas más personas mayores). Este *envejecimiento por la base* de la pirámide tiene efectos mucho más rápidos y negativos que el llamado *envejecimiento por cúspide*, causado por la caída de la mortalidad y el consiguiente aumento de la *esperanza de vida*.

Asimismo, entre 1976 y 2016 se producen dos fenómenos distintos, aunque paralelos: la caída de la Tasa de Fecundidad en todas las edades a partir de 1981 y, sobre todo, la tendencia a la concentración de nacimientos en ciertas edades, singularmente en el grupo de edad de 30-34 años (Figura 2.1.3). Ambos hechos han de relacionarse al retraso de los nacimientos en la edad de las madres entre principios de los 70 y mediados de los 80, así como la marcadísima pronunciación de ésta entre 1986 y 2001.

21



Figura 2.1.3: Evolución de las tasas de fecundidad por edades en Cantabria. Periodo 1975-2017 (en tantos por mil).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE y Movimiento Natural de la Población (varios años).

A partir de 2001 son significativos los cambios que en la *fecundidad por edades* experimenta Cantabria: todas las edades muestran crecimientos sustanciales y de forma especial los grupos de 30 y más años. Por otro lado, junto a este fenómeno es necesario añadir dos más: el *retraso de la edad media de la maternidad* y, especialmente, el *aplazamiento progresivo del nacimiento del primer hijo/a*.

22



El factor *nupcialidad* (retraso en la edad en que los matrimonios se contraen y caída en el número de éstos, consecuencia de algunas de las razones anteriormente apuntadas) juega un papel importante, mayor si cabe que el de los cambios en el volumen y proporción de mujeres en edad reproductiva, que ha experimentado escasas variaciones.

El interrogante que se plantea es si la actual crisis demográfica es coyuntural o si se acusará en mayor medida en los próximos años. Los datos de la última década apuntan a una **recuperación lenta que no permite hablar de inicio de cambio de ciclo demográfico**.

Desde 1981, último año en el que en la región queda asegurado el reemplazo generacional (2,1 hijos por mujer) asistimos a un **acelerado proceso de inversión del modelo demográfico**. Este hecho es consecuencia de un proceso que culminará con *Tasas de Crecimiento Vegetativo* negativas para la región desde 2011 hasta la actualidad. La quiebra del modelo demográfico de los años 60 y 70 se traduce en un marcado desequilibrio entre la cohorte de los 10-14, 5-9 y 0-4 años. Esta última se ve reducida progresivamente hasta 2016, provocando un déficit creciente de efectivos en las citadas edades.

2.2. El envejecimiento por la cintura de la pirámide de población: la emigración neta de población adulta joven.

Las fuentes para el estudio de los saldos migratorios son diversas, pudiendo aproximarse a éstos a partir de los nacimientos, defunciones y de la evolución de la población empadronada, hasta la Encuesta de variaciones residenciales hasta la movilidad interprovincial de contratación para población en edades activas.

Las migraciones en el caso de Cantabria han pasado de saldos positivos de 6.000 o 7.000 habitantes hasta 2008 a valores próximos a cero o negativos. Tomando como punto de partida la evolución de la población empadronada, los nacimientos y las defunciones, se puede calcular el crecimiento interanual de la población, el *Crecimiento Vegetativo* y los *Saldos Migratorios*.

Así se ha procedido en relación a los datos de Cantabria desde 2001 hasta la actualidad (Tabla 2.2.1 y Figura 2.2.1).

23



Tabla 2.2.1.1: Evolución de la población, nacimientos y defunciones (2001-2018).

Año	Población padronal	Crecimiento absoluto interanual	Nacimientos	Defunciones	Crecimiento vegetativo
2001	537.606		4.280	5.077	-797
2002	542.275	4.669	4.560	5.278	-718
2003	549.690	7.415	4.873	5.399	-526
2004	554.784	5.094	5.060	5.214	-154
2005	562.309	7.525	5.267	5.370	-103
2006	568.091	5.782	5.229	5.449	-220
2007	572.824	4.733	5.379	5.615	-236
2008	582.138	9.314	5.886	5.522	364
2009	589.235	7.097	5.619	5.513	106
2010	592.250	3.015	5.575	5.466	109
2011	593.121	871	5.344	5.606	-262
2012	593.861	740	5.064	5.812	-748
2013	591.888	-1.973	4.831	5.603	-772
2014	588.656	-3.232	4.565	5.899	-1.334
2015	585.179	-3.477	4.375	6.041	-1.666
2016	582.206	-2.973	4.244	5.936	-1.692
2017	580.295	-1.911	4.118	5.958	-1.840
2018	580.229	-66	-	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE, el ICANE, el Padrón Municipal de Habitantes y el Movimiento natural de Población (varios años).

24



Tabla 2.2.1.2: Evolución del saldo migratorio (2008-2018).

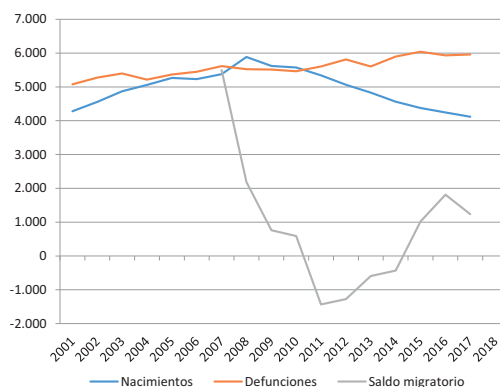
SALDO MIGRATORIO			
	Extranjero	Interautonómico	Total
2008	4.300	1.197	5.497
2009	1.630	559	2.189
2010	498	262	760
2011	528	63	591
2012	-866	-567	-1.433
2013	-1.063	-214	-1.277
2014	-101	-495	-596
2015	13	-445	-432
2016	800	221	1.021
2017	1.431	380	1.811
2018	1.114	122	1.236

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del ICANE, Estadística de Migraciones

25



Figura 2.2.1.1: Los saldos migratorios recientes en Cantabria 2001-2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE, el ICANE, el Padrón Municipal de Habitantes y el Movimiento natural de Población (varios años).

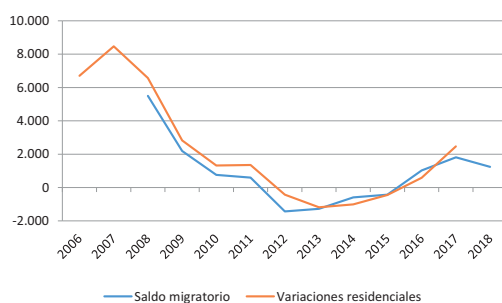
26

CVE-2019-4582



La *Estadística de variaciones residenciales* (Tabla 2.2.2) permite constatar también mediante las altas y bajas padronales el **cambio de signo migratorio en la región desde 2012**, año en que los valores positivos de años anteriores se tornan progresivamente más negativos hasta 2014 (-426 residentes menos en la región en 2012; -1.185 en 2013; -1.007 en 2014 y -446 en 2015), para tornarse levemente positivos en 2016, año en que la coincidencia entre las dos fuentes es significativa, contradiéndose en el signo (Figura 2.2.2).

Figura 2.2.1.2: Los saldos migratorios y variaciones residenciales en Cantabria



27



Tabla 2.2.2: Evolución de variaciones residenciales en Cantabria (2006-2017).

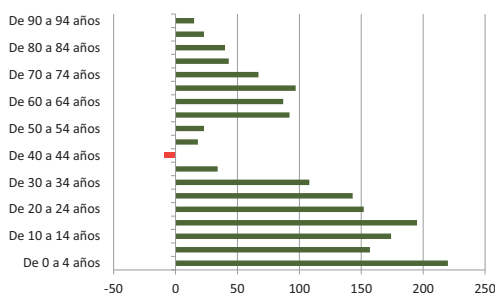
Año	Exteriores			Interiores			Total		
	Altas	Bajas	Saldo	Altas	Bajas	Saldo	Altas	Bajas	Saldo
2006	6.272	942	5.330	24.456	23.085	1.371	30.728	24.027	6.701
2007	7.951	1.427	6.524	25.089	23.145	1.944	33.040	24.572	8.468
2008	7.061	1.677	5.384	23.736	22.549	1.187	30.797	24.226	6.571
2009	4.612	2.314	2.298	23.609	23.085	524	28.221	25.399	2.822
2010	3.598	2.589	1.009	23.864	23.554	310	27.462	26.143	1.319
2011	3.543	2.367	1.176	23.872	23.695	177	27.415	26.062	1.353
2012	2.671	2.568	103	21.456	21.985	-529	24.127	24.553	-426
2013	2.268	3.095	-827	20.997	21.355	-358	23.265	24.450	-1.185
2014	2.370	2.903	-533	21.594	22.068	-474	23.964	24.971	-1.007
2015	2.705	2.766	-61	20.578	20.963	-385	23.283	23.729	-446
2016	3.532	3.162	370	20.901	20.682	219	24.433	23.844	589
2017	4.198	2.374	1.824	21.880	21.237	643	26.078	23.611	2.467

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE y la Estadística de Variaciones Residenciales (varios años).

28



Figura 2.2.2. Saldos migratorios por edades en Cantabria (2017).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE, el ICANE, el Padrón Municipal de Habitantes y el Movimiento natural de Población (varios años).

Por su parte, la *movilidad interprovincial de contratación*¹⁶ para población en edades activas ofrece una estratégica información sobre contrataciones, que permiten hacer el balance entre las que se hacen en la región para residentes de fuera de la región y las que se hacen fuera de la región para residentes en la misma.

¹⁶Parte de la fuente *Datos Básicos de Movilidad*, cuyo objetivo es mostrar las características de la movilidad geográfica de trabajadores/as por motivos laborales en España, parte como fuente de los contratos registrados en los Servicios Públicos de Empleo, de los que se puede extraer información sobre los flujos de trabajadores entre provincias o entre Comunidades Autónomas, 29



Tabla 2.2.3. Datos de contratación en Cantabria por colectivos (2018).

POR SEXO	
Varones	-11.271
Mujeres	-9.624
POR EDAD	
Menor de 30 años	-6.655
Entre 30 y 45 años	-9.672
Mayor de 45 años	-4.568
POR NIVELES FORMATIVOS	
Estudios primarios / sin acreditar	-2.703
Enseñanza secundaria obligatoria	-6.820
Bachillerato	-2.968
Ciclos formativos	-4.714
Educación superior	-3.610

permitiendo caracterizar dichos ámbitos geográficos, en función de los saldos, como emisores o receptores en términos de contratación. Su objetivo es describir la movilidad geográfica por motivos laborales en España, teniendo en cuenta distintos factores que intervienen en el mercado de trabajo como son el perfil de los trabajadores que se desplazan, las actividades económicas de las empresas que los contratan, las ocupaciones en que se les contrata y los diferentes ámbitos geográficos en los que se mueven los trabajadores. Esta fuente presenta una serie de puntos fuertes, pues incluye todas las contrataciones realizadas en el conjunto del Estado para el periodo analizado, además del domicilio del trabajador/a, recoge el domicilio del centro de trabajo en el que ha sido contratado y contiene información sobre género, edad, nivel formativo, nacionalidad y ocupación de cada persona, así como la actividad económica de la empresa contratante. La definición operativa de movilidad geográfica que se ha utilizado viene dada por las propias características de la base de datos de contratos. En este sentido, se considera que existe movilidad cuando no coincide la localidad del domicilio del trabajador y la del centro de trabajo; por lo tanto, necesariamente se tiene que producir un desplazamiento, con independencia de que éste sea de carácter temporal o permanente. Obviamente, este desplazamiento se considera para el año en el que se referencia la información de la contratación.

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



POR NACIONALIDAD	
Española	-18.048
Extranjera	-2.847
POR GRUPOS OCUPACIONALES	
Dirección de las empresas y de las administraciones públicas	-16
Técnicos y profesionales, científicos e intelectuales	-1.175
Técnicos y profesionales de apoyo	-1.422
Empleados de tipo administrativo	-1.989
Trabajadores de servicios de restauración, personales protección y vendedores de comercio	-5.499
Trabajadores cualificados en la agricultura y la pesca	-102
Artisanos y trabajadores cualificados de industrias manufactureras, construcción y minería	-2.616
Operadores de instalaciones maquinaria y montadores	-1.298
Trabajadores no cualificados	-6.778
POR SECTORES ECONÓMICOS	
Agricultura	-1.581
Industria	-4.951
Construcción	-1.912
Servicios	-12.451

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Servicio Público de Empleo y la Movilidad interprovincial de contratación (2018).

31



A tenor de los datos que ofrece esta última fuente citada, podemos constatar los saldos del número de contratos registrados para 2016 (Tabla 2.2.3), datos estratégicos del Servicio Público de Empleo que permiten importantes conclusiones sobre los rasgos de nuestro mercado laboral:

- En todos los rubros o epígrafes analizados (por sexo, por edad, por niveles formativos, por nacionalidad, por grupos ocupacionales, por sectores económicos) el balance de contratos de la región es ampliamente negativo.
- Por sexo, ligero predominio de hombres sobre mujeres en el balance de contratos.
- El grupo de edad mayoritario es el de 30 a 45 años, sin duda el que más incidencia demográfica negativa encierra y el más estrechamente relacionado con lo que se ha definido en este trabajo como envejecimiento por la cintura. Se trata de un saldo negativo de casi 10.000 contratos a personas en edad reproductiva, a los que se suman los más de 6.000 de personas de menos de 30 años.
- Cuantitativamente, desde el punto de vista de los niveles formativos, el grupo más numeroso de saldo negativo de contratos es el de quienes cuentan con formación de *bachillerato y formación profesional*, que suman un saldo negativo de unos 9.000 contratos netos; sin embargo, cualitativamente tiene más peso el de los 4.000 contratos que se perdieron correspondiente a personas con *estudios superiores*.
- La inmensa mayoría (el 85%) del saldo negativo de contratos corresponden a personas de *nacionalidad española*, lo que se explica por el escaso peso de la inmigración extranjera en la región.
- Por grupos ocupacionales, el colectivo mayoritario de contratos corresponde al de *trabajadores/as no cualificados/as*, que representan, más de un tercio del total del saldo del año que analizamos, seguido del de *trabajadores/as de servicios de restauración, personales protección y vendedores/as de comercio*, una cuarta parte; sin embargo, preocupa más desde el punto de vista cualitativo el saldo negativo de más de 1.100 contratos de *técnicos/as y profesionales, científicos/as e intelectuales* de la región.
- Finalmente, por sectores económicos, prácticamente el 60% de los casi 20.000 del saldo negativo de contratos en la región pertenecían a los servicios y más de un cuarto a la industria.

32

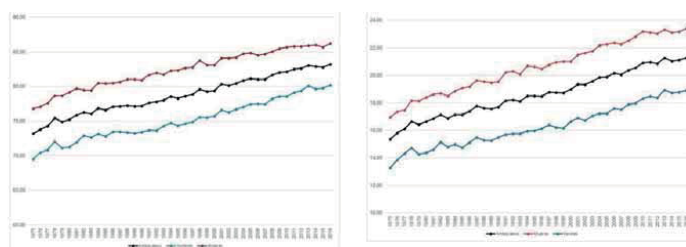
CVE-2019-4582



2.3. El envejecimiento por la cúspide de la pirámide de población: el aumento de la esperanza de vida.

El *envejecimiento por la cúspide* de la pirámide de población de Cantabria se produce por el aumento de la esperanza de vida, que es de 86 años en las mujeres y de 80 años en los hombres. La media regional se sitúa en 82,79 años, ligeramente por debajo de la media nacional, que según las últimas estadísticas llega a los 82,87 años y se ha visto ligerísimamente reducida por primera vez desde 2006 (Figura 2.3.1).

Figura 2.3.1: Evolución de la esperanza de vida en Cantabria (1975-2016).



2.3.1.1: Esperanza de vida al nacimiento

2.3.1.2: Esperanza de vida a los 65 años

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE y el Padrón Municipal de Habitantes (varios años).

33



2.4. El sobre-envejecimiento de la población de Cantabria.

El envejecimiento del envejecimiento, o *sobre-envejecimiento de la población*, se produce cuando la población de 80 y más años gana peso relativo respecto a la de 65 y más años, tal como ha ocurrido en Cantabria en las últimas cuatro décadas (véase Tabla 2.4.1 y Figura 2.4.1 adjuntas) y, en relación a este fenómeno, el incremento de la esperanza de vida es la causa fundamental. En otras palabras, este rápido crecimiento de la población mayor de 80 años se ha producido de forma paralela a la tasa de supervivencia a todas las edades, fenómeno, que se ha definido como la *rectangulización de las curvas de supervivencia* y cabe ser entendido como un indicador de bienestar social, de nivel de vida.

Tabla 2.4.1. Evolución de la población mayor en Cantabria (1975-2018).

TOTAL	1975	1981	1991	2001	2011	2018
65 a 69 años	19929	21014	27265	28857	27595	34554
70 a 74 años	15197	17984	20315	26818	21951	28165
75 a 79 años	9731	12494	16359	21356	24595	19559
Total 65-79 años	44857	51492	63939	77031	74141	82278
80 a 84 años	5369	7038	10659	13235	19685	19693
85 a 89 años	2293	2750	4965	7634	11883	14394
90 a 94 años	890	1067	1927	2963	4485	6381
95 a 99 años	199	239	432	664	1208	1580
100 y más años	26	31	55	85	171	260
Total 80 y más años	8776	11125	18038	24581	37432	42308
Total 65 y más años	53633	62617	81977	101612	111573	124586

34

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



<i>Pesos relativos de la población de 80 y más años respecto a los de 65 y más</i>	16,36	17,77	22,00	24,19	33,55	33,96
HOMBRES	1975	1981	1991	2001	2011	2018
65 a 69 años	8762	9059	12606	13506	13097	16515
70 a 74 años	6066	7474	8590	11970	9970	13070
75 a 79 años	3452	4606	6318	8873	10514	8526
Total 65-79 años	18280	21139	27514	34349	33581	38111
80 a 84 años	1696	2247	3744	4705	7653	7792
85 a 89 años	680	816	1472	2264	3915	4947
90 a 94 años	223	268	483	743	1113	1764
95 a 99 años	36	44	79	121	220	346
100 y más años	3	3	6	9	22	41
Total 80 y más años	2638	3377	5784	7842	12923	14890
Total 65 y más años	20918	24516	33298	42191	46504	53001
<i>Pesos relativos de los varones de 80 y más años respecto a los de 65 y más</i>	12,61	13,77	17,37	18,59	27,79	28,09
MUJERES	1975	1981	1991	2001	2011	2018
65 a 69 años	11167	11955	14659	15351	14498	18039
70 a 74 años	9131	10510	11725	14848	11981	15095
75 a 79 años	6279	7888	10041	12483	14081	11033
Total 65-79 años	26577	30353	36425	42682	40560	44167
80 a 84 años	3673	4791	6915	8530	12032	11901

35



MUJERES	1975	1981	1991	2001	2011	2018
85 a 89 años	1613	1935	3492	5370	7968	9447
90 a 94 años	667	800	1443	2219	3372	4617
95 a 99 años	163	196	353	543	988	1234
100 y más años	23	28	50	76	149	219
Total 80 y más años	6138	7748	12254	16739	24509	27418
Total 65 y más años	32715	38101	48679	59421	65069	71585
<i>Pesos relativos de las mujeres de 80 y más años respecto a los de 65 y más</i>	18,8	20,3	25,2	28,2	37,7	38,3

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE e Indicadores demográficos básicos (varios años).

En Cantabria el peso relativo de la población de la llamada *cuarta edad*¹⁷—sin duda la más vulnerable, la más dependiente, la más sensible, la más frágil y la más demandante de servicios sanitarios y asistenciales y personales— respecto a la de 65 y más años, se ha más que duplicado pasando del 16% al 35%. El *sobre-envejecimiento*¹⁸ llega a alcanzar valores de casi el 40% en el caso de las mujeres, por la mayor esperanza de vida de este grupo, elevándose hasta el 30% en el caso de los hombres.

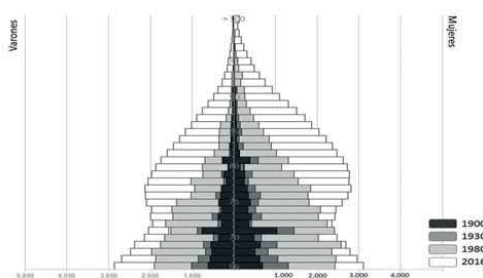
¹⁷Desde la perspectiva sociológica cfr. Pedro Sánchez Vera (1996) "Tercera y cuarta edad en España desde la perspectiva de los hogares. Revista española de Investigaciones sociológicas", 73/96, pp.57-79.

¹⁸Como apunta el autor supra citado: "El crecimiento de la cuarta edad y la evolución sufrida en la estructura familiar española, con el auge de los hogares unipersonales de sujetos pertenecientes a estos grupos (tercera y cuarta edad), nos van a brindar un panorama delicado y complejo, en donde las políticas de bienestar social de los próximos años no van a poder prescindir de una cierta dosis de inminencia al tener que afrontar una realidad en sí misma delicada".

36



Figura 2.4.1. El sobre-envejecimiento de la población de Cantabria.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE y el Padrón Municipal de Habitantes (varios años).

Y es que, en efecto, con el crecimiento de la cuarta edad o sobre-envejecimiento de la población se está produciendo de forma paralela un **creciente proceso de feminización de este colectivo**, conforme se «longeiza»¹⁹ el grupo de personas ancianas.

¹⁹ Véase P. Reques *El estallido de la longevidad*. Cinco Días 6 de agosto, 2007. https://cincodias.elpais.com/cincodias/2007/08/06/economia/1186512945_850215.html



3. ENVEJECIMIENTO Y TERRITORIO.

Desde la perspectiva territorial en Cantabria, de forma muy sucintamente, habida cuenta la expresividad de la cartografía adjunta (Figuras 3.1 y 3.2), se constatan dos hechos de singular importancia, los cuales se describen a continuación:

- a) La existencia de unos **marcados desequilibrios intra-regionales en cuanto a la distribución de la población**. El área costera y singularmente la comarca costera central articulada en torno al eje Santander–Torrelavega y sus respectivas áreas metropolitana y urbana y sus espacios periurbanos respectivos (que presentan densidades de población superiores a los 160 habitantes por kilómetro cuadrado) contrasta con el bajo grado de ocupación humana de los valles interiores de montaña (Figura 3.1), singularmente de la mitad suroccidental de la región, que no alcanza valores críticos, inferiores a los 10 habitantes por kilómetro cuadrado; esto es, los espacios rurales profundos que claramente se oponen espacios urbano-metropolitanos.

Figura 3.1. Densidad de población de los municipios de Cantabria. Datos actualizados Padrón 2018

Municipio	Habitantes	Superficie	Densidad
Total	580.229	5.321,34	109,04
39001 - Alföz de Lloredo	2.408	46,34	51,96
39002 - Ampuero	4.219	32,34	130,46
39003 - Anievas	279	20,90	13,35
39004 - Arenas de Iguña	1.676	86,82	19,30
39005 - Argoños	1.723	5,51	312,70
39006 - Arnuevo	2.108	24,66	85,48
39007 - Arredondo	470	46,83	10,04
39008 - Astillero, El	18.108	6,83	2.651,24
39009 - Bárcena de Cicero	4.186	36,63	114,28

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Municipio	Habitantes	Superficie	Densidad
39010 - Bárcena de Pie de Concha	680	30,53	22,27
39011 - Bareyo	1.972	32,44	60,79
39012 - Cabezón de la Sal	8.349	33,56	248,78
39013 - Cabezón de Liébana	592	81,43	7,27
39014 - Cabuérniga	999	86,45	11,56
39015 - Camaleño	946	161,81	5,85
39016 - Camargo	30.263	36,58	827,31
39017 - Campoó de Yuso	668	89,72	7,45
39018 - Cartes	5.778	19,01	303,95
39019 - Castañeda	2.809	19,19	146,38
39020 - Castro-Urdiales	31.977	96,72	330,61
39021 - Cieza	539	44,07	12,23
39022 - Cillorigo de Liébana	1.337	104,52	12,79
39023 - Colindres	8.453	5,94	1.423,06
39024 - Comillas	2.156	18,61	115,85
39025 - Corrales de Buelna, Los	10.910	45,38	240,41
39026 - Corvera de Toranzo	2.041	49,48	41,25
39027 - Enmedio, Campoó de	3.750	91,06	41,18
39028 - Entrambasaguas	5.090	43,17	117,91
39029 - Escalante	771	19,11	40,35
39030 - Guriezo	2.347	74,53	31,49
39031 - Hazas de Cesto	1.541	21,89	70,40
39032 - Hermandad de Campoó de Suso	1.627	222,65	7,31
39033 - Herrerías	609	40,34	15,10
39034 - Lamasón	287	71,23	4,03
39035 - Laredo	11.148	15,71	709,61
39036 - Liendo	1.194	25,96	45,99
39037 - Liérganes	2.370	36,73	64,52

39



Municipio	Habitantes	Superficie	Densidad
39038 - Limpias	1.867	10,07	185,40
39039 - Luena	601	90,54	6,64
39040 - Marina de Cudeyo	5.118	28,37	180,40
39041 - Mazcuerras	2.120	55,65	38,10
39042 - Medio Cudeyo	7.520	26,78	280,81
39043 - Meruelo	1.982	16,37	121,08
39044 - Miengo	4.713	24,50	192,37
39045 - Miera	389	33,77	11,52
39046 - Molledo	1.544	71,07	21,73
39047 - Noja	2.539	9,20	275,98
39048 - Penagos	2.108	31,67	66,56
39049 - Peñarrubia	321	54,28	5,91
39050 - Pesaguero	285	69,99	4,07
39051 - Pesquera	68	8,93	7,61
39052 - Piélagos	25.223	83,33	302,69
39053 - Polaciones	238	89,77	2,65
39054 - Polanco	5.845	18,00	324,72
39055 - Potes	1.350	7,64	176,70
39056 - Puente Viesgo	2.868	36,14	79,36
39057 - Ramales de la Victoria	2.881	32,97	87,38
39058 - Rasines	952	42,89	22,20
39059 - Reinosa	9.095	4,12	2.207,52
39060 - Reocín	8.381	32,09	261,17
39061 - Ribamontán al Mar	4.447	36,94	120,38
39062 - Ribamontán al Monte	2.257	42,17	53,52
39063 - Rionansa	1.038	118,02	8,80
39064 - Riotuerto	1.609	30,48	52,79
39065 - Rozas de Valdearroyo, Las	268	57,35	4,67

40

CVE-2019-4582

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Municipio	Habitantes	Superficie	Densidad
39066 - Ruate	1.026	65,86	15,58
39067 - Ruesga	872	87,96	9,91
39068 - Ruiloba	732	15,13	48,38
39069 - San Felices de Buelna	2.387	36,24	65,87
39070 - San Miguel de Aguayo	147	35,99	4,08
39071 - San Pedro del Romeral	466	57,44	8,11
39072 - San Roque del Río Miera	370	35,70	10,36
39073 - Santa Cruz de Bezana	12.964	17,26	751,10
39074 - Santa María de Cayón	9.060	48,23	187,85
39075 - Santander	172.044	34,76	4.949,48
39076 - Santillana del Mar	4.172	28,46	146,59
39077 - Santiurde de Reinosa	257	30,98	8,30
39078 - Santiurde de Toranzo	1.623	36,82	44,08
39079 - Santoña	11.050	11,53	958,37
39080 - San Vicente de la Barquera	4.158	41,04	101,32
39081 - Saro	512	17,82	28,73
39082 - Selaya	1.891	39,29	48,13
39083 - Soba	1.193	214,16	5,57
39084 - Solórzano	1.050	25,50	41,18
39085 - Suances	8.716	24,56	354,89
39086 - Tojos, Los	400	89,50	4,47
39087 - Torrelavega	51.687	35,54	1.454,33
39088 - Tresviso	64	16,23	3,94
39089 - Tudanca	140	52,44	2,67
39090 - Udías	925	19,64	47,10
39091 - Valdágila	2.191	97,76	22,41
39092 - Valdeolea	967	83,72	11,55
39093 - Valdeprado del Río	316	89,33	3,54

41



Municipio	Habitantes	Superficie	Densidad
39094 - Valderredible	974	298,24	3,27
39095 - Val de San Vicente	2.772	50,86	54,50
39096 - Vega de Liébana	745	133,21	5,59
39097 - Vega de Pas	775	87,53	8,85
39098 - Villacarriedo	1.604	50,74	31,61
39099 - Villaescusa	3.912	28,02	139,61
39100 - Villafufre	1.029	30,08	34,21
39101 - Valle de Villaverde	286	19,53	14,64
39102 - Voto	2.745	77,71	35,32

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes (2018).

La configuración de unas fuertes desigualdades de envejecimiento municipal y un proceso espacio-temporal intra-regional acelerado en la última década (Figura 3.2).

Figura 3.2. Difusión espacio-temporal del fenómeno de envejecimiento en los municipios de Cantabria, 2001-2018
Datos actualizados Padrón 2018 para elaborar mapa

Tasas de envejecimiento	2001	2006	2011	2016	2018
39001 - Alfoz de Lloredo	23,51	24,30	24,03	25,91	27,03
39002 - Ampuero	20,05	18,58	18,91	20,23	21,10
39003 - Anievas	27,73	28,19	30,30	32,48	33,69
39004 - Arenas de Iguña	27,01	27,36	27,41	28,35	28,94
39005 - Argoños	13,54	12,47	12,50	15,17	16,48
39006 - Arnuero	23,94	21,32	21,66	22,00	22,96
39007 - Arredondo	28,71	29,80	33,79	33,33	33,19
39008 - Astillero (El)	15,71	14,42	14,10	15,90	16,66
39009 - Bárcena de Cicero	21,03	17,33	15,14	16,68	17,22

42

CVE-2019-4582

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Tasas de envejecimiento	2001	2006	2011	2016	2018
39010 - Bárcena de Pie de Concha	25,39	25,75	26,23	28,31	29,56
39011 - Bareyo	21,85	20,63	18,55	19,96	20,03
39012 - Cabezón de la Sal	15,02	15,25	15,80	17,62	18,72
39013 - Cabezón de Liébana	34,40	31,63	29,33	30,78	33,45
39014 - Cabuérniga	26,85	27,19	30,27	31,82	32,63
39015 - Camaleño	32,66	30,15	28,53	27,02	28,12
39016 - Camargo	15,41	13,18	13,99	16,84	18,22
39017 - Campoo de Yuso	34,81	32,59	29,70	26,58	28,29
39018 - Cartes	12,81	11,53	9,79	10,03	10,38
39019 - Castañeda	21,23	20,18	15,06	13,70	13,39
39020 - Castro-Urdiales	14,60	12,14	12,22	14,12	14,65
39021 - Cieza	32,23	32,73	33,44	34,17	34,69
39022 - Cillorigo de Liébana	28,57	24,53	20,96	21,45	21,54
39023 - Colindres	12,10	13,37	14,91	16,98	17,53
39024 - Comillas	24,66	25,96	25,15	27,24	27,97
39025 - Corrales de Buelna (Los)	18,18	18,09	18,15	20,91	21,78
39026 - Corvera de Toranzo	24,99	22,87	22,23	23,72	24,99
39027 - Campoo de Enmedio	19,92	19,30	20,52	22,76	23,95
39028 - Entrambasaguas	21,06	17,89	13,77	12,89	12,65
39029 - Escalante	24,87	24,25	25,29	27,98	28,79
39030 - Guriezo	24,36	20,94	18,56	19,50	20,62
39031 - Hazas de Cesto	22,28	21,05	18,14	17,87	17,59
39032 - Hermandad de Campoo de Suso	25,73	25,23	25,56	26,35	25,38
39033 - Herrerías	28,33	29,29	32,61	34,17	35,63
39034 - Lamasón	38,26	41,10	40,32	41,61	41,11
39035 - Laredo	18,89	19,53	21,93	25,32	26,21
39036 - Liendo	23,34	19,47	20,14	22,66	24,71
39037 - Liérganes	21,27	21,10	20,39	22,81	23,59
39038 - Limpias	19,40	18,19	15,05	17,87	19,01

43



Tasas de envejecimiento	2001	2006	2011	2016	2018
39039 - Luena	31,46	31,46	31,55	33,82	34,94
39040 - Marina de Cudeyo	18,97	18,38	18,98	20,82	22,18
39041 - Mazcuerras	20,47	20,02	19,71	20,06	21,56
39042 - Medio Cudeyo	16,72	14,87	15,38	17,09	17,67
39043 - Meruelo	20,44	16,24	13,09	12,47	13,02
39044 - Miengo	19,12	18,24	16,57	17,63	18,06
39045 - Miera	31,20	30,98	28,70	31,65	33,16
39046 - Molledo	29,41	28,81	29,93	32,28	33,10
39047 - Noja	14,52	15,10	15,80	17,99	19,06
39048 - Penagos	23,74	22,93	21,94	20,78	19,83
39049 - Peñarrubia	39,39	30,79	36,19	37,54	38,63
39050 - Pesaguero	40,61	39,72	35,34	32,48	36,49
39051 - Pesquera	29,79	36,71	32,58	35,21	36,76
39052 - Piélagos	15,72	12,78	11,05	12,30	12,71
39053 - Polaciones	39,58	37,45	32,45	32,91	31,09
39054 - Polanco	21,18	19,16	14,69	14,45	15,19
39055 - Potes	20,13	21,55	21,34	25,59	26,07
39056 - Puente Viesgo	21,60	20,30	18,87	20,09	20,96
39057 - Ramales de la Victoria	23,60	24,35	22,23	21,72	21,90
39058 - Rasines	29,81	26,03	23,63	25,86	25,95
39059 - Reinosa	23,05	23,63	25,14	28,68	29,66
39060 - Reocín	18,18	16,96	16,29	16,77	17,49
39061 - Ribamontán al Mar	15,72	16,04	17,81	20,15	21,36
39062 - Ribamontán al Monte	21,91	21,65	21,58	21,92	21,09
39063 - Rionansa	31,23	33,74	34,44	35,35	35,84
39064 - Riotuerto	22,67	22,53	21,70	23,54	23,62
39065 - Rozas de Valdearroyo (Las)	30,91	31,51	26,78	26,18	25,00
39066 - Ruate	21,88	21,78	21,58	24,52	25,15
39067 - Ruesga	28,36	30,21	29,75	30,80	32,80

44

CVE-2019-4582

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Tasas de envejecimiento	2001	2006	2011	2016	2018
39068 - Ruiloba	25,58	23,36	23,78	26,80	27,05
39069 - San Felices de Buelna	22,02	22,20	21,31	21,84	22,58
39070 - San Miguel de Aguayo	30,46	27,46	28,31	26,25	25,85
39071 - San Pedro del Romeral	25,24	27,63	28,41	33,55	32,83
39072 - San Roque de Riomiera	21,44	24,30	24,94	27,20	27,03
39073 - Santa Cruz de Bezana	11,90	10,44	11,18	13,88	14,93
39074 - Santa María de Cayón	17,56	16,78	14,61	15,55	16,45
39075 - Santander	19,09	19,83	20,77	23,42	24,37
39076 - Santillana del Mar	21,27	20,64	20,87	20,79	21,09
39077 - Santiurde de Reinosa	41,69	37,54	33,89	36,60	38,52
39078 - Santiurde de Toranzo	28,30	29,58	25,62	25,47	25,75
39079 - Santoña	16,36	16,90	18,53	20,88	21,88
39080 - San Vicente de la Barquera	18,54	18,77	20,78	22,76	24,17
39081 - Saro	21,33	25,29	27,38	29,49	29,69
39082 - Selaya	19,40	19,49	21,43	23,82	24,06
39083 - Soba	26,51	26,88	27,12	28,74	30,43
39084 - Solórzano	26,34	25,00	23,58	23,22	23,62
39085 - Suances	17,43	16,66	16,53	18,13	18,61
39086 - Tojos (Los)	25,56	24,27	27,19	30,08	32,50
39087 - Torrelavega	18,48	19,19	20,17	23,30	24,62
39088 - Tresviso	47,46	35,53	31,08	33,80	35,94
39089 - Tudanca	35,66	39,30	33,33	29,93	27,86
39090 - Urdias	22,30	21,35	19,63	17,61	17,30
39091 - Valdágua	24,51	24,77	25,15	25,44	25,88
39092 - Valdeolea	36,33	36,28	33,97	33,94	36,30
39093 - Valdeprado del Río	41,80	43,64	36,32	33,84	32,59
39094 - Valderredible	37,19	34,52	29,99	29,77	29,36
39095 - Val de San Vicente	21,85	20,79	19,08	21,25	22,33
39096 - Vega de Liébana	34,07	34,83	34,90	35,03	34,23

45



Tasas de envejecimiento	2001	2006	2011	2016	2018
39097 - Vega de Pas	21,22	23,76	27,92	29,31	31,48
39098 - Villacarriedo	24,23	26,90	27,16	27,57	26,43
39099 - Villaescusa	19,09	18,36	18,12	17,95	18,69
39100 - Villafuere	21,39	22,36	22,95	25,27	24,59
39101 - Valle de Villaverde	34,44	30,83	31,17	30,28	32,17
39102 - Voto	25,80	24,38	21,55	22,60	22,48
Total	19,17	18,68	18,74	20,67	21,47

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Padrón de Habitantes (varios años).

Mantenidos los mismos umbrales en la cartografía estadística en los diferentes años en relación a la tasa de envejecimiento **se constata el avance del envejecimiento en la región. Este fenómeno afectaba en 2001 exclusivamente a algunos municipios del sur de la región, del alto Nansa y de Campo; actualmente, sin embargo, lo hace a todos los de los valles interiores y singularmente a los de la mitad suroccidental de Cantabria.**

En estos ámbitos, **cada vez más desarraigados²⁰, la atonía demográfica, la despoblación, el sobre-envejecimiento, la masculinización, la dependencia, la debilidad de sus estructuras demográficas, las desigualdades de género y la vulnerabilidad laboral son algunos de los principales problemas con los que conviven los habitantes rurales y que , combinados, ponen en peligro la sostenibilidad social de estos espacios**, entendiéndose por tal (Camarero, 2009: 23) *“la existencia de un entramado humano diverso y equitativo, suficientemente activo y articulado para generar dinámicas sociales y económicas capaces de mantener la satisfacción de las necesidades materiales y subjetivas de todos*

²⁰ El concepto de *desarraigación* (Camarero, 2009: 8) se refiere a la pérdida de importancia económica de la actividad agrícola en un territorio, y el consiguiente debilitamiento de las instituciones sociales ligadas a esta actividad que organizan diferentes aspectos de la vida social (por ejemplo, la explotación familiar agraria, la propiedad de la tierra como base de la estratificación social, los sistemas de gestión comunal de los recursos agrícolas, etcétera).

46



los colectivos que componen la población de un territorio", que aseguren una vida digna, en armonía con las dinámicas de conservación del medio ambiente a largo plazo²¹.

El otro fenómeno que se debe resaltar es el menor grado de envejecimiento de los municipios periurbanos, de la segunda y tercera aureola metropolitana, respecto a sus municipios urbanos centrales y a los espacios metropolitanos más consolidados de Santander o al municipio de Torrelavega.

4. SERVICIOS, ESPACIOS RESIDENCIALES, EQUIPAMIENTOS Y ENVEJECIMIENTO.

En los mapas adjuntos (Figuras 4.1, 4.2 y 4.3), y a modo de anexo, se representan las marcadas diferencias en la dotación de equipamientos destinados a personas mayores (con detalle a escala de núcleo de población), tales como: centros de la tercera edad, centros asistenciales, centros de día, centros de mayores, residencias de mayores, etc., tanto públicos, como privados y concertados (Nomenclatura EIEL) y los resultados del cálculo de *ratio* de plazas disponibles en centros residenciales por 100 personas de 65 y más años (Figura 4.2) y la de plazas disponibles en centros de día por 100 personas de 65 y más años (Figura 4.3).

²¹ F. Guatari (1996): Caosmosis, Buenos Aires, Manantial, citado por Camarero, 2009: 20.



Figura 4.1. Localización de los centros de servicios sociales en Cantabria, 2016.

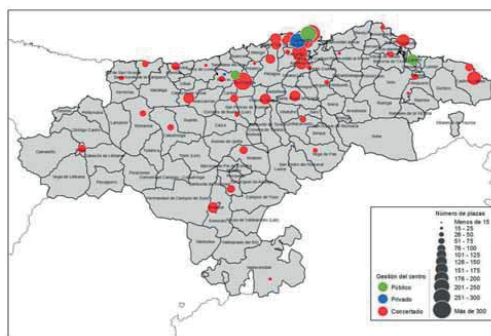




Figura 4.2. Ratio de plazas disponibles en centros de día por 100 personas de 65 y más años

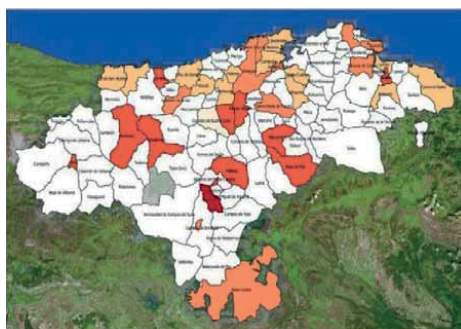
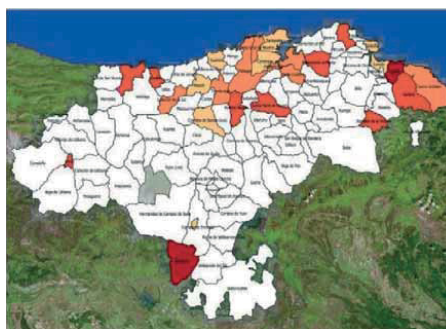


Figura 4.3. Ratio de plazas disponibles en centros residenciales por 100 personas de 65 y más años



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Gobierno de Cantabria, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Instituto Cántabro de Servicios Sociales: Equipamiento social (2016).

De nuevo la expresividad de la cartografía presentada nos exige de análisis desarrollados y de descripciones precisas; si bien es necesario señalar el contraste entre la sobre-dotada comarca costera central, los municipios de la comarca costera oriental y el valle del Besaya respecto al resto de la región, esto es, a la Cantabria rural y de montaña, en valores absolutos (Figura 4.1) y en valores relativos (*ratio* por 100 personas de 65 y más años) tanto en relación a las plazas disponibles en centros residenciales como a las de plazas disponibles en centros de día. La alta dotación

49



de aquellos espacios se opone a la absoluta falta de dotación en estos últimos, excepción hecha de dos centros funcionales de servicios en esos espacios rurales: Potes y Reinoso.

5. UN ANÁLISIS PROSPECTIVO DEL ENVEJECIMIENTO EN CANTABRIA. HORIZONTE 2031.

El futuro demográfico de la Comunidad Autónoma de Cantabria en buena medida está escrito. La estructura demográfica actual y las tendencias en materia de fecundidad, mortalidad y migraciones marcadas por nuestro pasado reciente van a condicionar en buena medida el rumbo que la región tomará en los próximos años, en lo que a dicho contenido demográfico se refiere.

Con esta reflexión de partida, y siendo consecuentes con cierto grado de incertidumbre asumido en el ejercicio de proyectar estructuras y procesos hacia el futuro, el punto inicial de este apartado debe ser, necesariamente, la plasmación de las proyecciones que en la actualidad nos ofrecen organismos estadísticos oficiales, como son el Instituto Nacional de Estadística (INE), con carácter nacional, y el Instituto Cántabro de Estadística (ICANE), con carácter regional.

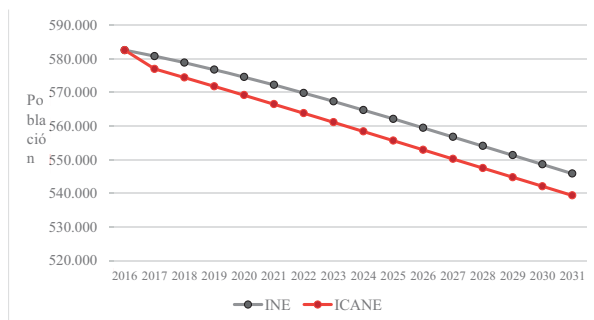
5.1. La población de Cantabria en el horizonte 2031, según las proyecciones de los organismos estadísticos oficiales (INE e ICANE).

Las proyecciones demográficas realizadas por el Instituto Nacional de Estadística y las recientemente publicadas del Instituto Cántabro de Estadística (ICANE) en 2017 presentan rasgos coincidentes en lo que a tendencia se refiere. Así, tal como muestra la Figura 5.1.1 se prevé una **tendencia decreciente clara** en ambos modelos de proyección que dejarían unos **salvos negativos de población en los próximos 15 años** de 36.700 y 43.190 habitantes respectivamente.

50



Figura 5.1.1. Evolución proyectada de la población de la Comunidad Autónoma de Cantabria según INE e ICANE. Horizonte 2031.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE (Proyecciones de población. Horizonte 2031) y el ICANE (Proyecciones de población de los municipios de Cantabria 2016-2037) (2017).

Se trata en los dos casos de referencias de modelos de proyecciones que **prevén importantes tasas de decrecimiento medias anuales**: -0,42% en la proyección del INE y -0,49% en la proyección del ICANE, lo que dibuja un escenario marco en el sistema de proyección de clara componente pesimista. Estas previsiones parecen lógicas si se tiene en consideración la tendencia más reciente (último quinquenio, por ejemplo) y quedarían en cierto modo matizadas por un comportamiento menos regresivo si se amplía el período base considerado como pasado inmediato condicionante del modelo predictivo.

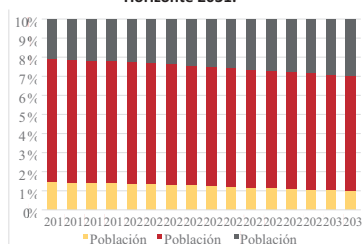
51



Las proyecciones demográficas cuentan con especial importancia en relación al tema que nos ocupa, el envejecimiento, si se consideran por grupos de edad. Asimismo, una reflexión en relación a la configuración de los hogares puede ser ilustrativa; según la *Proyección de hogares 2016-2031* realizada por el INE, **Cantabria pasaría en los próximos quince años de 239.028 hogares a 236.102** (lo que significa un decrecimiento relativo de -1,2%) y **vería reducido el tamaño medio del hogar de 2,41 integrantes a 2,28** (por debajo de la media nacional estimada en 2,35) a la vez que incrementaría la proporción de hogares unipersonales (del 27,4% actual al 30% en 2031).

El grupo de hogares unipersonales pueden presentar especiales atenciones y necesidades en cuanto que previsiblemente en buena medida pueden corresponder al grupo de personas mayores. Esto se sustenta fundamentalmente en el hecho de que como consecuencia de la caída de la fecundidad el grupo de personas de 65 y más años (y muy especialmente el grupo de personas octogenarias) incrementará su presencia en la región, tanto en términos absolutos como relativos. Por otro lado, la juventud seguirá perdiendo colectivos, también en términos absolutos y relativos y el grupo de población adulta se muestra, asimismo, como un colectivo en disminución (Figura 5.1.2).

Figura 5.1.2. Evolución de la población por grandes grupos de edad según Comunidad Autónoma de Cantabria según la proyección del INE. Horizonte 2031.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE (Proyecciones de población. Horizonte 2031) (2016).

52



En relación con lo anterior, los datos mostrados en la Tabla 5.1.1 son especialmente relevantes para prepararnos ante el impacto del proceso de envejecimiento ya instalado en la región. Las previsiones plantean que el colectivo de personas mayores será el único que crecerá hasta el horizonte 2031.

Tabla 5.1.1. Datos relevantes de evolución de la población por grandes grupos de edad según la proyección del INE (Periodo 2018-2031).

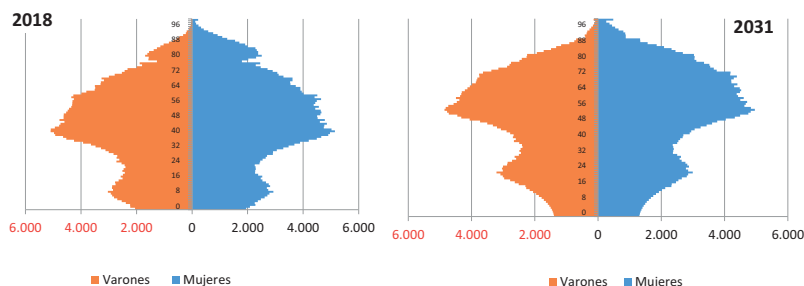
	Año 2018		Año 2031		Evolución Periodo 2018-2031	
	Total	%	Total	%	Absoluta	Relativa
Población joven (<15 años)	78.044	13,5	54.551	10,0	-23.493	-3,5
Población adulta (15-64 años)	377.599	65,1	329.119	60,3	-48.480	-4,8
Población mayor (>64 años)	124.586	21,5	162.204	29,7	37.618	8,2
Total	580.229	100,0	545.874	100,0	-34.355	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE, Proyecciones de población. Horizonte 2031 (2018).

53



Figura 5.1.3. Evolución de la estructura demográfica de Cantabria entre 2018 y 2031 según la proyección del INE.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE, Proyecciones de población. Horizonte 2031 (2018).

54

CVE-2019-4582



La situación prevista para la región por el INE en un horizonte relativamente cercano desde el punto de vista demográfico, como es 2031, nos llevaría a una estructura claramente más envejecida, tanto por la base como por la cúspide de la pirámide y un retraimiento de una cohorte clave, la denominada "generación soporte" que si en el momento actual se muestra como un grupo numeroso y de notable potencial, es previsible que en los próximos quince años corresponda a una muesca en nuestro perfil demográfico entre los 30 y los 49 años. De todo ello, lo que comprometería el equilibrio demográfico y los niveles de reemplazo generacional en horizontes temporales futuros, próximos a 2050.

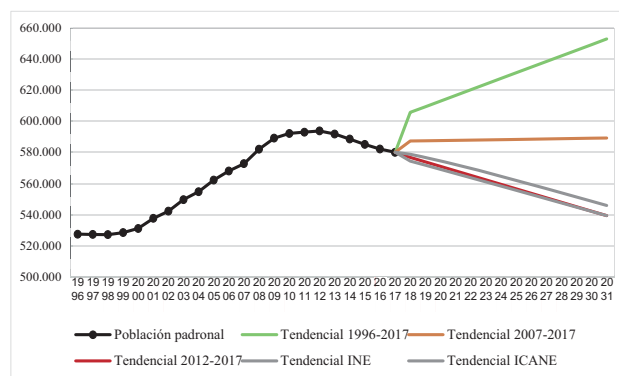
5.2. Cantabria en el horizonte 2031: la importancia de las hipótesis de proyección a partir de los parámetros nacionales.

Si este apartado comenzaba con una reflexión acerca del condicionamiento del futuro en función de las tendencias pasadas y de la estructura y procesos demográficos existentes en la actualidad, es necesario que nos planteemos el siguiente interrogante: ¿qué periodo abarcaría el pasado que va a condicionar el futuro demográfico de la región? Esta reflexión es la clave, pues los comportamientos en materia de fecundidad y migraciones y la situación de las tasas de mortalidad por edades, presentan una tendencia que se materializa en un determinado volumen de población a lo largo de la historia de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Sobre esta base, tal como muestra la Figura 5.2.1, podríamos esbozar diferentes escenarios o hipótesis de proyección demográfica según el carácter coyuntural o estructural de los procesos que están aconteciendo.

55



Figura 5.2.1. Evolución de la población según diferentes hipótesis de proyección. Horizonte 2031.



Escenarios propios de población total proyectada según periodos de tendencias pasadas			Escenarios de proyección total proyectada por organismos estadísticos	
1996-2017	2007-2017	2012-2017	INE	ICANE
653.067	589.309	539.313	545.876	539.384

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE (Proyecciones de población. Horizonte 2031), los Padrones municipales de habitantes (varios años) y del ICANE (Proyecciones de población de los municipios de Cantabria 2016-2037) (2017).

56

CVE-2019-4582



Podríamos suponer que la tendencia regresiva de los últimos años es lo que va a predominar hacia el horizonte 2031, lo cual derivaría en una hipótesis pesimista –lo que estamos viendo en los últimos años se va a mantener y acentuar– (línea roja de Figura 5.2.1); o bien, en el extremo opuesto, podemos considerar que lo ocurrido últimamente es algo coyuntural y lo que va a determinar el futuro demográfico de la región es su tendencia pasada desde los años 90, lo que incorporaría en la hipótesis periodos progresivos, tal como muestra dicha Figura 5.2.1. Con ello, se configura la hipótesis optimista (línea verde).

Es más, si en el arte de modelizar el futuro se busca un planteamiento de posicionamiento menos contundente, evitando el efecto de incertidumbre que puede llevar al riesgo de resultados de proyección que se alejen de la realidad, podríamos avanzar un escenario intermedio basado en la tendencia pasada en un periodo intermedio (línea naranja de Figura 5.2.1).

Con ello, las proyecciones propias tomadas como referencia se modelizan en una horquilla de población proyectada al horizonte 2031 entre unos 539.000 habitantes (en la hipótesis pesimista, prácticamente coincidente con la proyección realizada por el ICANE) y 650.000 habitantes, en un hipotético escenario optimista, claramente alejado de lo esperable en función del comportamiento previsible de los distintos componentes de proyección.

A tenor de los datos de referencia obtenidos en los escenarios de proyección cabría profundizar en el escenario intermedio que podemos calificar de estacionario-progresivo, con una población horizonte de 589.000 habitantes, manifiestamente superior a la estimación INE, que en el periodo proyectado llevaría a la región a alcanzar una cifra de población similar a la que tuvo en el año 2014.

Como contrapunto se mantendrá un segundo escenario, el de hipótesis pesimista, con una población prevista para 2031 de unos 539.000 habitantes. Se le otorga cierta validez a este escenario en cuanto que es un hecho destacado que dos proyecciones basadas en métodos independientes, como son la del ICANE y la proyección propia, hayan derivado en sendas cifras de población total tan coincidentes. A ello se añade la proximidad de valor del escenario previsto por el INE, con unos 545.000 habitantes.

57



5.3. Estructura demográfica y principales indicadores estructurales de Cantabria en el horizonte 2031 según las hipótesis propias pesimista y estacionaria-optimista.

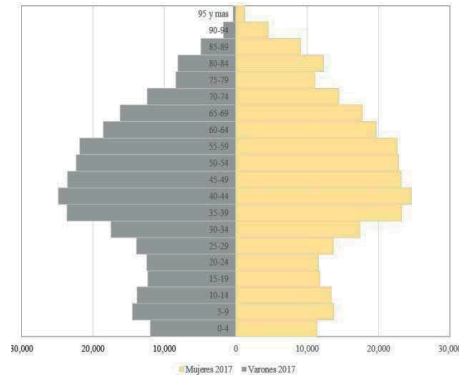
No cabe duda de que las hipótesis de proyección presentadas han de derivar en una composición demográfica diferente a la actual. Así, la pirámide de la población de Cantabria por grupos quinquenales de edad (Figura 5.3.1) sufrirá modificaciones importantes en los próximos años, tanto en el hipotético escenario estacionario-optimista como en el pesimista.

La estructura demográfica de partida muestra ya datos de interés en relación al envejecimiento (Tabla 5.3.1); así **el 20% de la población cuenta con 65 o más años, siendo la proporción de jóvenes inferior al 14%**. Ello deriva en **tasas de dependencia importantes** (superiores al 50%, esto es, por cada persona con edad dependiente hay solo dos en edad activa) y esa dependencia teórica en términos demográficos se hace especialmente expresiva si se aísla el grupo de personas mayores, lo que se manifiesta en un índice de dependencia que supera el 30%. Estos contrastes de partida, entre el abundante colectivo de población mayor y las mermadas cohortes de población joven condicionan el resto de indicadores expresivos del grado de envejecimiento de una población, tales como el Índice de vejez, que parte de un nivel ya elevado con un 150% (15 personas mayores por cada 10 personas en edad joven).

58



Figura 5.3.1. Pirámide de la población de Cantabria. Año 2017.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE y del Padrón Municipal de Habitantes (2017).

59



Tabla 5.3.1. Principales indicadores demográficos según hipótesis de proyección propias.

Indicadores	2018 Año base	2031 Hipótesis Est.- Optimista	2031 Hipótesis Pesimista
% Pobl. Joven ($P_{<15 \text{ años}} / P_{\text{Total}} * 100$)	13,5	10,9	10,3
% Pobl. Adulta ($P_{15-64 \text{ años}} / P_{\text{Total}} * 100$)	67,9	59,1	60,3
% Pobl. Mayor ($P_{65 \text{ y más años}} / P_{\text{Total}} * 100$)	21,5	30,0	29,4
Índice de Dependencia ($(P_{>65 \text{ años}} + P_{<15 \text{ años}}) / P_{15-64 \text{ años}} * 100$)	51,3	69,2	65,7
Índice de Dependencia de los/las Jóvenes ($P_{<15 \text{ años}} / P_{15-64 \text{ años}} * 100$)	19,8	18,4	17,0
Índice de Dependencia de Mayores ($P_{>65 \text{ años}} / P_{15-64 \text{ años}} * 100$)	31,5	50,9	48,7
Índice de Vejez ($P_{>65 \text{ años}} / P_{<15 \text{ años}} * 100$)	159,6	276,5	285,9
Índice de Tendencia ($(P_{0-4 \text{ años}} / P_{5-9 \text{ años}}) * 100$)	80,3	102,2	87,7
Edad media	44,8	41,5	41,5
Tasa General de Fecundidad	33,3 (2017)	43,5	32,9
Índice Sintético de Fecundidad (Nº hijos/as por mujer)	1,17 (2017)	1,5	1,2

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE y el Padrón Municipal de Habitantes (2018).

60



Una conclusión importante de los escenarios proyectados en relación a los indicadores del año base es el avance generalizado de los niveles de envejecimiento tanto en un escenario estacionario-optimista como en uno pesimista. **Se producirá, en términos generales, un incremento de la proporción de población mayor** (de unos 10 puntos porcentuales), **un aumento del Índice de Dependencia**, que pasará del 52% a casi el 70% en el escenario optimista (en parte por la proyección de más personas en las cohortes 0-14), **un destacado aumento del Índice de Dependencia de Mayores** (que del 31% actual llegará a niveles cercanos al 50%) **y un fortísimo incremento del Índice de Vejez**, indicador muy expresivo que muestra la reducción del colectivo de jóvenes (en el denominador) con el incremento de personas en las cohortes de edad más avanzada (en el numerador), la polarización de estos datos relacionados en el Índice de Vejez hará que si actualmente contamos con unas 150 personas mayores de 65 años por cada 100 personas menos de 15, en el año 2031, la región tenga unos 275 mayores por cada 100 jóvenes (en el escenario estacionario-optimista) o, incluso, 286 mayores por cada 100 jóvenes, en el pesimista.

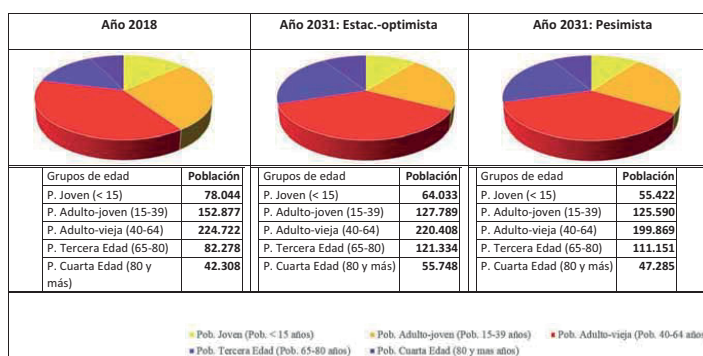
El matiz existente en este indicador entre las dos hipótesis se justifica principalmente por la reducción del envejecimiento por la base que se proyecta en el escenario más favorable. Ello se manifiesta claramente en otros indicadores ligados a la fecundidad y a la recuperación de la base de la pirámide —en los que más diferencias hay entre las dos hipótesis de proyección—, tales como: el *Índice de Tendencia* (102% frente a 88% en el pesimista), *Tasa General de Fecundidad* (43,5% frente a 32,9%), o el *Índice Sintético de Fecundidad*, que en la hipótesis pesimista se mantiene con el 1,2 hijos/as por mujer actual, frente al 1,5 proyectado en el escenario estacionario-optimista.

Los dos escenarios proyectados plantean diferencias en el volumen final de población, pero se mantienen constantes en el **avance del proceso de envejecimiento actualmente instalado en la región**. En términos relativos la diferencia entre ambos escenarios es poco significativa; tal y como muestra la Figura 5.3.2 adjunta, **se prevé un incremento importante del peso relativo de población de tercera y cuarta edad**; si bien, el matiz se puede plantear en los valores absolutos, en el volumen de población previsto en ambos escenarios, algo que puede resultar clave desde el punto de vista económico para la puesta en marcha de estrategias y acciones, como las apuntadas en el presente estudio. La hipótesis estacionaria-optimista prevé 10.000 personas más de tercera edad y 8.000 personas octogenarias más que la hipótesis pesimista.

61



Figura 5.3.2. Distribución comparativa de los grandes grupos de edad (2018-2031).

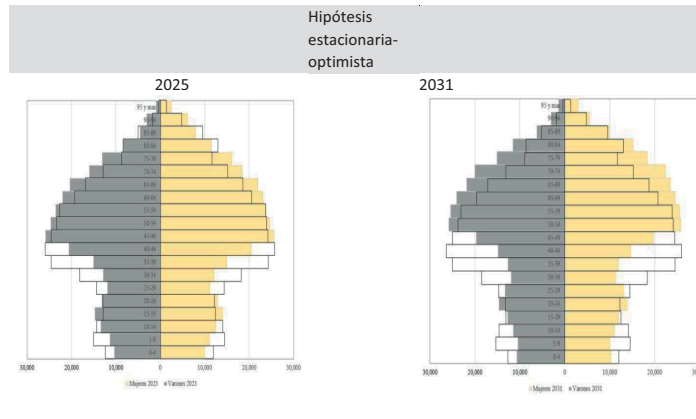


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE y del Padrón Municipal de Habitantes (2018).

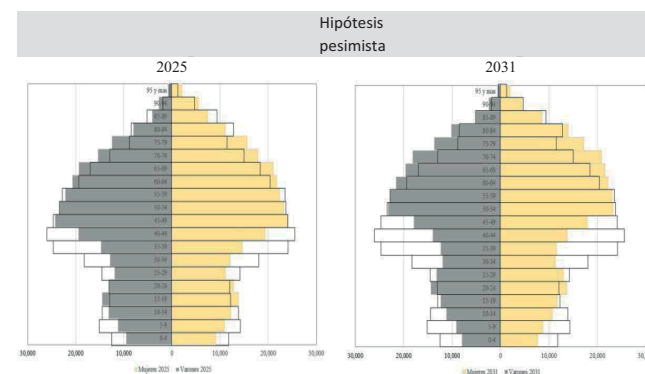
Finalmente, las pirámides de población no hacen sino confirmar los aspectos señalados con anterioridad (Figura 5.3.3). Suponen un punto de reflexión y de balance clave para el planteamiento de propuestas de intervenciones coordinadas y formuladas desde la Administración pública.

Figura 5.3.3. Comparativa de las pirámides de población en 2025 y 2031 según los dos escenarios de proyección.

62



63



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE y el Padrón Municipal de Habitantes (2017).

En definitiva, nos encontramos en un momento ilustrativo de lo que a continuación se producirá en la región en lo que a envejecimiento se refiere. Es una oportunidad el hecho de tener clarificado cuál será el comportamiento del envejecimiento por la base de la pirámide y por la cúspide, aspectos que tendrán que ser cuidadosamente abordados en la formulación e implementación de los ejes estratégicos.

64



II CRISIS DE LA FECUNDIDAD, RETRASO EN LA MATERNIDAD Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE NATALIDAD, CONCILIACIÓN Y APOYO A LA FAMILIA

65



1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es, junto con la pérdida de población, el principal problema demográfico que tiene la Comunidad Autónoma de Cantabria. Hasta el momento, la respuesta a dichos desafíos demográficos ha sido parcial por centrarse casi exclusivamente en el envejecimiento sin que otros aspectos como la baja natalidad o la pérdida de población por razones socioeconómicas hayan recibido suficiente atención.

Estos cambios demográficos son fruto, por una parte, del aumento de la longevidad consecuencia de los progresos alcanzados en la salud y en la calidad de vida, lo que nos hace enfrentarnos a un envejecimiento de la población sin precedentes. Y, por otra, del declive de la fecundidad; los índices de natalidad son cada vez más bajos y las familias cada vez son menos numerosas. El “baby crash” ha sucedido al boom de la natalidad, que es la raíz de la gran proporción de personas con edades entre 45 y 65 años. Estas tendencias reducirán ligeramente la población, que ganará asimismo en edad, con las consecuencias que ello acarreará en la protección social y en las finanzas públicas. La brecha demográfica se hará por tanto cada vez más grande, con más personas mayores y personas menores nacimientos porque **las generaciones en edad de tener hijos/as son muy poco numerosas y, además, tienen menos hijos/as de los que desearían.**

El hecho de que, tradicionalmente y durante décadas, las mujeres españolas ejercieran un rol familiar destinado a la dedicación y cuidado de los hijos/as y de la familia, acarrea una serie de consecuencias que derivaban en una cierta tranquilidad a la hora de que, las parejas tradicionales, decidieran tener descendencia. Eso se reflejaba en la media numérica de hijos/as que las españolas aportaban a nuestra sociedad. Lo anterior, fue un claro reflejo de la situación demográfica de antaño que se venía desarrollando en España. Esas etapas, que calificamos como tradicionales, se caracterizaban por representar una sociedad en la que las mujeres españolas accedían a la maternidad dentro del período correspondiente a los veinte-treinta años (San Martín, 2017).

Si situamos el reloj biológico en torno a las dos décadas que transcurren entre los 20 años y los 40, esas mujeres disponían de 20 años para formar una familia. El hecho de que el rol de las mujeres española se centrara, por lo general, en el cuidado de la familia y del hogar, era un hecho relevante en relación con el número de nacimientos por mujer. Un dato fundamental se centraba en que las madres dedicaban a sus hijos/as íntegramente su jornada, en cuidados, tiempo y atención. En los inicios de los años setenta, esta situación generaba una corriente

66



Vicepresidencia

asentada de fecundidad y nacimientos que situaba a España en una buena media demográfica. Las familias españolas, en aquellos años, es una realidad que tenían más hijos/as que en la actualidad.

Con independencia de lo anterior, hay que indicar que, precisamente esa década de los setenta, representó un nuevo rumbo dirigido a una sociedad distinta. Estos cambios comenzaban a generar, no solo una visión distinta del estado político de nuestro país, sino que, al tiempo, comenzaban el reflejo de una época de camino a la libertad. Esas ansias de libertad social fueron de igual forma enfocadas a la precaria situación de los derechos bajo los que vivían las mujeres en esos tiempos. Las españolas ya luchaban y reclamaban sus derechos, sus sueños y un lugar destacado y justo en la sociedad.

En relación a lo anterior, hay que destacar que uno de los puntos de partida hacia ese anhelado cambio fue, sin duda, la entrada en vigor de la Ley 14/1975, de 2 de mayo, sobre Reforma de determinados artículos del Código Civil y del Código de Comercio sobre la situación de las mujeres casadas y de los derechos y deberes de los cónyuges (BOE núm. 107, de 5 de mayo de 1975- A-1975-9245). Esta Norma, aunque en realidad no supuso un cambio revolucionario destacado, si fue un atisbo inicial para la llegada de una época posterior de reformas jurídicas en el ámbito del Derecho de Familia.

Esta norma tuvo por objeto acabar con muchas situaciones de desigualdad entre los cónyuges. A través de ella, se modificó la obligación de la esposa de adquirir la nacionalidad del esposo y se eliminaron las licencias maritales que el cónyuge tenía que otorgar a su mujer para poder actuar jurídicamente. De igual forma, se acabó con la presunción de que el marido era el representante legal de su esposa y se impuso la necesidad de otorgamiento de un poder voluntario para tal fin. Una de las cuestiones fundamentales de esta Ley fue la regulación de un principio que hoy en día nos resulta absolutamente normal; el marido y las mujeres comenzaban a tener un deber de respeto y protección recíprocos. El marido dejaba de completar a su esposa en la capacidad de obrar.

Como hemos dicho anteriormente, en esos tiempos comenzó a vivirse una transformación social en España. La incorporación de las mujeres al mercado laboral, potenciada con fuerza al inicio de la década de los noventa, trajo evidentes transformaciones en lo que a la sociedad actual se refiere. El número de españolas que cambió el rumbo de la rutina a la que estaban destinadas, fue en ascenso. Comenzaron a acceder, no solo a la Universidad y al mercado laboral, sino también a una independencia económica desconocida hasta el momento. Las mujeres ya disponían

67



Vicepresidencia

de puestos de trabajo, salían de su hogar sin la necesidad de ir acompañadas por sus esposos y empezaban a administrar sus propios recursos. Su vida ya no se limitaba a cumplir con ese rol adjudicado durante siglos, centrado en su hogar familiar y en el exclusivo cuidado de sus hijos/as y ascendientes.

Todos esos cambios que de forma inicial fueron introduciéndose “con calzador”, fueron potenciándose con el tiempo y desembocaron en una sociedad bien distinta. **La revolución** que se ha llevado a cabo paulatinamente durante los últimos cuarenta años puede ser calificada de sorprendente. La vida de una mujer actual no tiene nada que ver con la de aquellas mujeres de la década de los setenta.

Esta situación ha ido inexcusablemente unida al hecho de que, **las prioridades actuales de las mujeres, y por ende de sus parejas, han sufrido una clara alteración**. El orden en el ranking de necesidades y preferencias vitales, hoy en día, es distinto. La jerarquía de esas preferencias ha sido modificada en nuestra sociedad de una forma considerable. Una mujer actual, que accede a un empleo, que obtiene una independencia económica y un desarrollo personal y laboral, es evidente que va a cambiar su nivel de exigencias vitales. Esto no significa, en absoluto, que lo anterior lleve necesariamente aparejado la definitiva renuncia a la maternidad por parte de las mujeres trabajadoras. Ahora bien, el momento en que esa mujer decide tener familia cambia considerablemente en su historia personal. Hay que tener en cuenta que, como es lógico, cuando una persona accede a un puesto de trabajo, es muy normal encontrarse con una necesidad de espera a la hora de cumplir sus sueños personales o expectativas. Lo anterior se debe, no sólo a evidentes razones económicas, sino, de igual forma, a la necesidad de búsqueda de una consolidación profesional y laboral. Pues no solo afectan al momento oportuno de elegir formar una familia, sino que, como es razonable, también influyen en la decisión del número de hijos/as que una persona quiere o puede tener.

En todo caso, y a pesar de muchos de los logros de las mujeres en igualdad de derechos, hay que poner de manifiesto que esos avances no pueden entenderse culminados. La realidad es que, hoy en día, la continuidad o el posible ascenso en la promoción laboral de las mujeres trabajadoras españolas sigue sufriendo numerosos obstáculos que van, en gran medida, unidos a una cuestión puramente de género (Jover Ramírez, 2013).

Estos cambios relacionados con la situación generacional de las mujeres españolas, desencadenaron inevitablemente la necesidad de promulgar una norma que intentara atajar, en la medida de lo posible, la nueva situación que se venía produciendo en nuestro país. Si las mujeres se habían

68



incorporado al mundo laboral y, por tanto, ya no se dedicaban en exclusiva a la familia, era necesario buscar medidas que acomodaran, en la medida de lo posible, los dos roles que ahora ejercían: el laboral y el familiar. De igual forma, esta situación también generó que los hombres ya no pudieran dedicarse en exclusiva al ejercicio de su profesión. Las familias comenzaban a experimentar carencias a la hora de poder compaginar el trabajo con el cuidado de los/as hijos/as. Así nació la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la Conciliación de la Vida Familiar y Laboral de las Personas Trabajadoras (BOE núm. 26, de 6 de noviembre de 1999). Con ella vino el inicio de la lucha contra las dificultades que se presentaban en las familias españolas a la hora de conciliar la vida laboral y profesional. Esta Norma, a través de su Exposición de Motivos, ya alertaba de que la incorporación de las mujeres al trabajo había fomentado uno de los cambios sociales más profundos del siglo XX. Se pone de manifiesto la necesidad de configurar un sistema que contemplara la nueva situación acaecida, con el objeto de fomentar un compromiso de cooperación entre hombres y mujeres que permitiera un reparto equilibrado de las responsabilidades que implican tanto la vida profesional como la privada.

Así se reflejaba de igual forma a nivel internacional y comunitario, instándose reformas legislativas en las que se promovieran servicios de atención a las personas. La aplicación de las Disposiciones contempladas en Texto legal dejó por cubrir muchas lagunas. Lo anterior, unido a la crisis económica y de las consecuentes reformas laborales urgentes, hizo que la conciliación deseada en dicha Ley 39/1999 no arrancara hacia los horizontes programados, sino que, por el contrario, esas medidas de conciliación fueran relegadas a los últimos puestos de la preocupación del mercado laboral. Con la importante crisis económica que nuestro país ha atravesado en los últimos años, lo cierto es que la preocupación principal del Gobierno y de los/las españoles/as en general, se ha centrado, casi en exclusiva, en medidas de búsqueda de acceso a puestos de trabajo o, incluso, en las vías de mantenimiento de los empleos ya adquiridos. Ha sido tanta la carencia de empleo en España que lo cierto es que, se llegó a un punto en que, en realidad, lo verdaderamente preocupante para las familias descansó durante años, y en gran medida, en conformarse con mantener o encontrar un empleo, muchas veces, a cualquier coste y bajo precarias condiciones laborales. Ya con anterioridad a este momento, la situación problemática que se estaba generando había sido tratada en la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, celebrada en Beijing, en septiembre de 1995. Donde se situó como objetivo estratégico la armonización de responsabilidades laborales y familiares entre hombres y mujeres, siendo ratificado este compromiso por los 189 países firmantes.

De igual forma, en esos inicios, fueron referentes a nivel comunitario las Directivas del Consejo de Europa 92/85/CEE, de 19 de octubre, y la 94/34/CE, de 3 de junio. La primera de ellas descansaba en la idea de la maternidad desde el punto de vista de la salud y seguridad en el trabajo,

69



tanto de las mujeres embarazadas como de las trabajadoras que hubiera dado a luz o se encontraran en periodo de lactancia. La segunda Directiva iba dirigida al Acuerdo marco sobre el permiso parental celebrado por UNICE (Unión de Confederaciones de la Industria y de los Empresarios Europeos), el CEEP (Centro Europeo de Empresas Públicas) y la CES (Confederación Europea de Sindicatos). La idea era prever un permiso o posibilidad de ausencia del trabajador de su puesto laboral ante casos de fuerza mayor. El fin, sin duda, era poder conciliar la vida familiar y laboral, así como fomentar la igualdad de oportunidades de trato entre hombres y mujeres.

El objetivo de la Ley 39/1999 fue, además de transportar a la legislación española aquellas directrices marcadas por las citadas Directivas comunitarias, superar los niveles mínimos de protección allí indicados. Esta Norma recogió importantes cambios legislativos en el ámbito laboral. La dirección marcada iba destinada a que los trabajadores pudieran sentirse partícipes en su vida privada familiar. Es evidente que significaba un gran paso en la lucha por conseguir la igualdad de oportunidades de las mujeres en su trabajo. Lo anterior se reflejó en dicha Ley, la cual marcaba un equilibrio favorecedor hacia los permisos de maternidad y paternidad, sin que esto produjera un efecto negativo de cara a las posibilidades de acceso a un empleo, o a que las mujeres pudieran obtener puestos de especial responsabilidad. De esta forma, se introdujeron modificaciones en el Estatuto de los Trabajadores, relativas a permisos y excedencias relacionadas con la maternidad y paternidad. Se facilitaba que los hombres pudieran ser copartícipes en el cuidado de la familia desde el mismo momento del nacimiento de un/a hijo/a, o de la incorporación de una persona menor a su familia.

A pesar del esfuerzo realizado, la consagración o perfeccionamiento que se intentaba buscar respecto a la conciliación entre la vida familiar y laboral, no solo no se está logrando, sino que, en realidad, está padeciendo un fuerte retroceso (Jover Ramírez, 2013).

2. HACIA UNA FECUNDIDAD MENOR Y MÁS TARDÍA: CIFRAS DE UNA REALIDAD EN AUMENTO.

Tal y cómo se ha comentado en el apartado demográfico de este proyecto. A lo largo de las últimas décadas se ha producido una **continua caída de las tasas de natalidad y de los valores de la fertilidad**, todo ello acompañado de un constante retraso en la edad a la que las mujeres tienen su primer hijo/a.

70



Dicho **retraso en la edad de la maternidad** se configura como la causa principal detectada en la crisis de la fecundidad. En la actualidad es evidente el hecho de que las mujeres, por distintos motivos, retrasan cada vez su deseo de convertirse en madres. Nos encontramos consecuentemente con un nuevo modelo caracterizado por **una fecundidad menor y más tardía**, entendiéndose por tal la representada por madres primerizas consideradas biológica y socialmente mayores para este rol. La diferencia de edad entre ellas y sus vástagos es superior a 35 o 40 años y con independencia del modo de acceder a la maternidad (Hernández, 2012).

Resulta así, que el número de personas que constituyen familia a edades socialmente consideradas avanzadas o tardías va en aumento. Las madres son cada vez más mayores y con menos hijos/as. Al punto que España se ha convertido en 2015 en el segundo país de la Unión Europea con más madres primerizas que tenían cuarenta años o más en el momento de dar a luz, con una tasa del 7,4% de nacimientos de primogénitos/as que cumplían esa característica, según ha informado la oficina de estadística comunitaria, Eurostat, 15.808 hijos/as nacieron de madres que ya habían cumplido esa edad en España en 2015. Solo Italia, con una tasa del 8% de madres primerizas con 40 años o más superó a España, mientras que Grecia (5,5%), Irlanda (4,9%) y Luxemburgo (4,5%) también registraron elevadas cifras de madres con cuarenta años o más. Al contrario de lo que ocurre en estos países, menos del 2% de progenitoras primerizas había llegado a la cuarentena en Lituania y Polonia (1,1%), Letonia y Eslovaquia (1,5%), Rumanía (1,6%), Malta (1,7%) y la República Checa (1,8%).

Según esta fuente, la mayoría de las mujeres que eran madres por primera vez tenían entre 20 y 30 años, con la excepción de España, donde la mayoría de primerizas tenían entre 30 y 39 años (61,6%), Grecia (57%), Irlanda (57%), Italia (56,2%), Luxemburgo (54,1%) y Portugal (53,7%). Con estos datos, no sorprende que España esté por debajo de la media en natalidad adolescente. Las mayores proporciones de jóvenes que aún no han cumplido los 20 y ya tienen un primer hijo/a están en Rumanía (12,3% de todos los nacimientos) y Bulgaria (11,9%), seguidos por Hungría (9%), Eslovaquia (8,4%), Letonia (5,5%), Lituania y Reino Unido (ambas, con 5,4%).

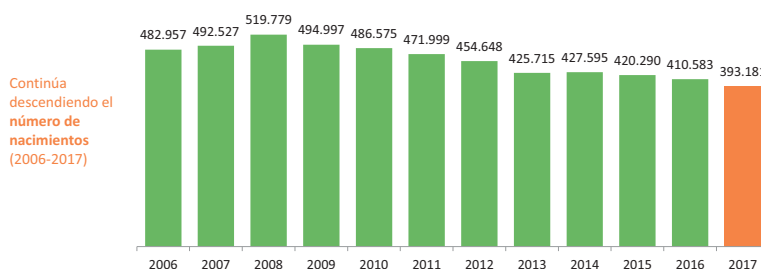
Con todo, la edad media a la que las mujeres tienen su primer hijo/a en el conjunto europeo en 2015 se situó en 29 años, mientras que, en España, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística relativos a 2016, sigue creciendo y se sitúa ya en los 32 años frente a los 31,9 del año anterior. El aumento no ha cesado desde que primero se recogieran datos en 1976, cuando la media de edad para ser madre se situaba en 28.5 años. No sólo los tienen más tarde, sino que son cada vez menos las mujeres en edad de ser madres. El número de mujeres en

71

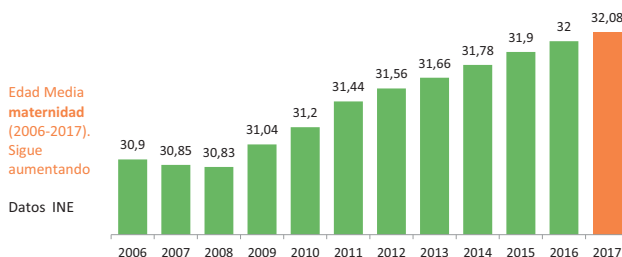


edad fértil, entre los 15 y 49 años, se reduce a los 10,6 millones dado que ese rango de edades está formado por generaciones menos numerosas nacidas durante la crisis de natalidad de los 80 y primera mitad de los 90.

Figura 2.1. Número de nacimientos y edad media de la maternidad en España.



72



Fuente: Movimiento Natural de la Población e Indicadores demográficos (2018).

En términos medios, las madres españolas tuvieron sus hijos/as tres años más tarde que las extranjeras. En el caso de las españolas, la edad media a la maternidad en sitúa en 32,58 años y en las extranjeras en los 26,67 años, casi 6 años antes (INE: datos difundidos sobre "Movimiento Natural de la Población -Nacimientos, Defunciones y Matrimonios-", año 2017).

Por lo que se refiere a Cantabria, el último dato de 2017 sitúa la edad del primer hijo/a en 31,4 años. Como podemos apreciar, es una cifra que va en aumento en los últimos años: 30,8 (2011), 31,1 (2012 y 2013), 31,2 (2014 y 2015) y, 31,3 (2016). A su vez, la edad media a la maternidad se coloca en los 32,53 años, cifra nuevamente al alza: 31,98 (2011), 32,13 (2012), 32,15 (2013), 32,29 (2014), 32,40 (2015) y 32,55 (2016).

Íntimamente relacionado con este hecho se encuentra otro fenómeno, la baja natalidad: el número de nacimientos disminuyó en España un 4,2% respecto al año anterior, consolidándose la tendencia a la baja iniciada en 2008. Durante 2017 nacieron en España 393.181 niños/as, es decir, 17.402 menos que el año anterior. Desde 2008, cuando nacieron 519.779 niños/as (el máximo en 30 años), el número de nacimientos se

73



ha reducido un 24,4%. En Europa, en términos relativos, donde más creció la tasa de nacimientos entre 2001 y 2014 fue en Suecia (subieron un 25,6%), República Checa y Eslovenia (21,1%) y, al revés, donde más cayó fue en Portugal (27%), Países Bajos (13,5%) y 13,1%).

Como no podía ser de otro modo, la tendencia a la baja en el número de nacimientos también se confirma en Cantabria: de 4.244 en 2016 a 4.118 en 2017 (126 niños/as menos). Ello supone un 3% menos respecto al año anterior y una caída del 30% respecto a los 5.886 nacimientos de 2008, dando continuidad a la tendencia negativa que se registra desde ese momento.

Con estos datos, Cantabria fue la cuarta comunidad en 2017 donde menos se redujeron los nacimientos de las 17, todas con saldo negativo. Además, la tasa bruta de natalidad (nacimientos por 1.000 habitantes) de Cantabria fue la cuarta más baja por comunidades con 7,09, solo por delante de Asturias (5,8), Castilla y León (6,4) y Galicia (6,8). Lo cual se sitúa al compás de la tasa bruta de natalidad en España que se fijó en el año 2017 en 8,41 un mínimo histórico, desde que en 1975 se comenzaron a computar los datos y esa tasa estaba en un 18,7%. Esto significa que la tasa alcanzada se ha reducido a algo más de la mitad.

En todo caso, pese a la reducción generalizada del número de nacimientos, el indicador coyuntural de fecundidad (o número medio de hijos/as por mujer) se mantuvo en España en 1,31, muy por debajo de la tasa de reemplazo generacional de 2,1 nacimientos por mujer en una derivada calificada como "la trampa de la baja fecundidad", que es liderada por Italia y España.

De los 393.181 nacimientos que tuvieron lugar en España, 76.060 fueron de madre extranjera, lo que supuso el 19,3% del total, (18,4% en 2016 y 17,9% en 2015). El número medio de hijos/as por mujer se sitúa en 1,25 en las madres españolas y en 1,71 entre las mujeres extranjeras. La descendencia de mujeres extranjeras siempre está por encima lo que lleva a pensar que detrás de la decisión de tener un hijo/a hay un elemento sociocultural.

En el conjunto europeo, las tasas de fertilidad más bajas en 2014 se situaron en Portugal (1,23 hijos/as por mujer), Grecia (1,30) y Chipre (1,31), mientras que Polonia registra una tasa de fertilidad de 1,32 hijos/as por mujer. Italia y Eslovaquia también se sitúan a la cola en la tasa de fertilidad con apenas 1,37 hijos/as por mujer. En cambio, la tasa de fertilidad más alta se registró en 2014 en Francia, con una tasa media de 2,01 hijos/as por mujer, siendo el único país que se acerca a la tasa del 2,1 necesaria para mantener la población al margen de la inmigración. Después de Francia, Irlanda (1,94), Suecia (1,88) y Reino Unido (1,81) registran a su vez las tasas más elevadas.

74



Tabla 2.1. Número medio de hijos/as por mujer en España y según nacionalidad.



	Nº medio de hijos por mujer según nacionalidad		
	Total	Española	Extranjera
2006	1,36	1,31	1,69
2007	1,38	1,31	1,72
2008	1,44	1,36	1,83
2009	1,38	1,31	1,68
2010	1,37	1,3	1,68
2011	1,34	1,29	1,58
2012	1,32	1,27	1,56
2013	1,27	1,23	1,53
2014	1,32	1,27	1,62
2015	1,33	1,28	1,66
2016	1,34	1,28	1,72
2017	1,31	1,25	1,71

Fuente: INE (2017).

75



Sobre el particular, **Cantabria es la quinta comunidad con menor índice coyuntural de fecundidad** (número medio de hijos/as por mujer) con 1,17, solo superior a los de Asturias (1,03), Canarias (1,05), Galicia (1,12) y Castilla-León (1,14). El descenso nuevamente está siendo progresivo en los últimos años según el ICANE: 1,22 (2011), 1,19 (2012), 1,28 (2013) y 1,15 (2014 a 2016).

Y en consonancia se sitúan los datos relativos al número de integrantes por familia. Ninguna de las Comunidades autónomas llega a tres (la media es de 2,49), según la Encuesta Continua de Hogares 2017 del INE. Cantabria con 2,4 integrantes de media, únicamente se sitúa por delante de Asturias (2,24), Castilla y León (2,33), País Vasco (2,38) y La Rioja (2,38)..

En suma, de los datos anteriores se observa con carácter general una fecundidad menor y más tardía en España, cuyos datos se agudizan en Cantabria al configurarse como una de las Comunidades donde más se están reduciendo los nacimientos en los últimos años y donde se tiene un menor número de descendencia por mujer.

El resultado será, según un informe del *Centre d'Estudis Demogràfics* de la UAB, que el 25% de las mujeres nacidas en los años 70 no serán madres: "La descendencia final de las generaciones de mujeres nacidas en España entre 1886 y 1980 se reduce a la mitad desde la generación de 1900 (3,15 hijos/as por mujer) hasta la de 1969 (1,49 hijos/as por mujer). Generación tras generación, las mujeres han ido teniendo menos descendencia, a excepción de las nacidas entre 1930 y 1943, protagonistas del *baby boom*, que mantuvieron, e incluso rebasaron, los 2,5 hijos/as por mujer (ejemplo: 2,64 en la generación de 1938). Pero nunca todas las mujeres de una generación fueron madres, y ahora aún lo son menos. **Entre un 25% y un 30% de las nacidas en la segunda mitad de los 70 no será madre.** Tendencia que tenderá a estabilizarse en torno al 27/28% (Esteve, Devolder y Domingo, 2016).

Sorprende el poco debate que generan estos datos, así como la falta de estrategias sobre el particular, siendo conscientes de que, cualquier medida que se tome en la actualidad para mejorar dicha tasa, no verá sus efectos hasta dentro de 50 o 60 años. Es más, la natalidad en Cantabria seguirá descendiendo, aunque las políticas cambien, dado que las generaciones en edad de tener hijos/as son muy poco numerosas. Es, por tanto, difícil revertir la tendencia ya que es una cuestión de tamaño de población en edad reproductiva. De ahí que **el objetivo deberá dirigirse a que las personas puedan tener la descendencia que deseen eliminando, como después veremos, los obstáculos sociales que las personas encuentran.**

76



Todo ello se acompaña, además, de un saldo vegetativo negativo lo que supone que el número de nacimientos ha sido menor que el de defunciones, circunstancia que se ha dado por primera vez en 2016 desde 1941, año en el que el INE contempló por primera vez esos datos anuales. En 2017 volvió a ocurrir, y fallecieron 424.523 personas, se registraron 31.342 muertes más que nacimientos en todo el territorio nacional. El saldo vegetativo fue negativo en 11 Comunidades Autónomas y positivo en 7. Las Comunidades con menor saldo vegetativo fueron Galicia, Castilla y León y Asturias. Por el contrario, las que mayor saldo vegetativo presentaron fueron: Madrid, Murcia y Andalucía. (*"Movimiento Natural de la Población"* INE, datos 2017, 2018). Según el citado estudio, la caída de la mortalidad está ligada necesariamente al aumento de la esperanza de vida. Ésta ha subido una media de 0,5 años, y en 2017 se sitúa la cifra en 83,09 años. Además, las mujeres viven una media de cinco años más (85,73 años), que los hombres (80,37 años).

3. ¿POR QUÉ SE RETRASA LA MATERNIDAD?: LA EDAD COMO PRINCIPAL CAUSA SOCIAL DE INFERTILIDAD.

No existen factores médicos consistentes que expliquen el descenso de la población. A su vez, se identifican como cinco los principales motivos por los que las mujeres no tienen hijos/as (Esteve, Devolder y Domingo, 2016):

- 1- Mujeres que por razones biológicas no pueden tener hijos/as (infertilidad primaria). En España tiene un nivel bajo (2%).
- 2- Mujeres fértiles pero que no desean tener hijos/as (infecundidad deseada). Son una minoría en España, siempre inferior al 5%.
- 3- Aquellas que pueden y quisieran tener hijos/as pero no se lo plantean porque consideran que son demasiado jóvenes para tenerlos (infecundidad normativa).
- 4- Mujeres que pueden y quieren tener hijos/as y están en las edades socialmente consideradas para ser madres pero que deciden posponer la decisión porque no reúnen las condiciones familiares y/o materiales óptimas (infecundidad transitoria).
- 5- Aquellas mujeres que cuando deciden tener hijos/as no los tienen porque no se quedan embarazadas, experimentando baja fertilidad o infertilidad sobrevenida con la edad.

77



Las dos últimas son las causas más importantes que provocan esta situación. Todo lo cual apunta a que **la infecundidad actual está asociada al retraso de la edad de la primera maternidad y a las condiciones materiales y conyugales que rodean la decisión de tener hijos/as entre los 25 y 40 años de edad. Factores, pues, socio-económicos y relacionados con la nueva situación de las mujeres.**

En el fondo subyace la transformación misma del modo de entender la maternidad. El cambio en nuestra sociedad en general y del papel de las mujeres en particular ha conllevado que **la maternidad deje de ser un imperativo** y el principal ideal de la realización de la identidad femenina para convertirse en una opción vivida desde múltiples circunstancias. De ser un hecho natural y biológico asociado a la femineidad ha pasado a convertirse en **una maternidad opcional y condicionada por variables sociales, culturales y económicas del medio**. Las mujeres postergan la maternidad en nombre de una realización personal que implica estudios, carrera profesional, elección de pareja, aspiraciones económicas, etc. Liberadas del mandato histórico del deber de ser madres, llegan a la maternidad con ganas de ser madres; es una elección sostenida por un deseo propio, una decisión independiente de la edad, del matrimonio o del lugar social. El problema radica en que, en la mayoría de las ocasiones, la decisión de ser madre no depende únicamente de los propios deseos y aspiraciones, sino que se encuentra condicionada por factores familiares y materiales.

En cuanto a las condiciones que afectan a la formación de la familia, buena parte de la infecundidad de las generaciones nacidas antes de 1922 estaba relacionada con una cuantiosa soltería definitiva en un mercado matrimonial muy rígido. Ahora, en unas condiciones más flexibles, encontramos, sin embargo, **una proporción muy elevada de gente joven que no vive en pareja en las edades de mayor fertilidad**. El 51% de los/las jóvenes españoles de entre 25 y 29 años todavía no se ha independizado y vive con sus progenitores. Al tiempo que la edad media al matrimonio, pese al menor vínculo entre éste y la maternidad, sigue manteniendo su tendencia creciente, alcanzando los 37,8 años para los hombres y los 35 años para las mujeres (INE, 2018).

Por lo que se refiere a Cantabria, la edad media de los hombres al matrimonio en 2017 se situó en 37,73 años y la de las mujeres en 35,08 años, lo que supone más de dos años respecto a 2012. Nos casamos, por tanto, más tarde con la circunstancia de que los matrimonios estables tienen más descendencia que cualquier otra forma de hogar con hijos/as. Por el contrario, **situaciones de crisis matrimonial van a generar una doble pobreza que entorpece la opción por la natalidad en parejas posteriores.**

78

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



De otro lado, **el acceso a la educación, el control de la natalidad, la espera a tener una cierta seguridad económica para la llegada de un hijo/a o el deseo de disfrutar de la vida antes de aceptar las ataduras de la maternidad** son otros de los factores importantes que hacen que las mujeres se planteen de un modo más deliberado y consciente que antaño su maternidad.

Es evidente que **una política basada en la desregularización y la inseguridad a causa del desempleo, el trabajo precario, las dificultades de acceso a la vivienda, la escasa consolidación laboral o los bajos salarios, entre otras causas, no ayudan a la reproducción**. Dicha reproducción tiene unos costes y, en consecuencia, es una decisión que **requiere cierta seguridad de presente y de futuro** para poder asumirlas. En este sentido, a principios de 2013, el Parlamento Europeo, al tratar los efectos de la crisis en la igualdad y derechos de las mujeres, ya subrayó que la baja tasa de natalidad se ve agravada con el desempleo, la precariedad y la incertidumbre frente al futuro y la economía que llevan a postergar la decisión de tener hijos/as.

Es extraño que una persona decida ser madre o padre sin tener una vivienda o un trabajo estable; esta estabilidad en la actualidad se retrasa hasta cerca de los 35 años. Ello se debe a que **en España el curso de vida es muy rígida y lineal**. Es decir, las etapas de la vida no pasan una sobre otra: primero se estudia, luego se busca trabajo y se consolida, se adquiere una vivienda, se encuentra pareja estable y cuando ya se han cumplido estas etapas es cuando se tiene el primer hijo/a. En la década de los 80 las etapas eran más cortas; la edad media de tener el primer hijo/a en el año 1985 era de 25,8, porque se había cumplido con los requisitos de las etapas. Sin embargo, **en la actualidad, todo se retrasa porque no hay una estabilidad hasta cerca de los 35 años**. Y, de igual modo, la opción de ser madre soltera también se adopta cuando las mujeres ya han adquirido una estabilidad laboral y ha llegado a los límites de la edad fértil y no ha encontrado pareja estable con quien formar una familia, pero, sin embargo, no quiere renunciar a la maternidad (Konvalinka, 2012).

Importante resulta en este orden de cosas el acceso al crédito destinado a vivienda, en propiedad o alquiler. La adquisición de una vivienda obliga a retrasar la edad de la emancipación. Y, en este sentido, la protección de la persona consumidora se está llevando a cabo a costa de la seguridad del mercado hipotecario, y ello eleva los precios o establece barreras al acceso a la financiación, imponiendo intereses fijos y otros gastos. Con todo, la caída del crédito o su encarecimiento también va a desincentivar la decisión de ampliar la familia (González Carrasco, 2017).

79



Resulta así que tras el retraso de la maternidad subyace un cambio histórico en cuanto ha pasado a ser una decisión estratégica en la vida de las personas, especialmente de las mujeres (Bericat Alastuey y Martín-Lagos, 2006). Asistimos a una **maternidad económica** (el embarazo en el momento más conveniente) y eficaz (hijos/as sanos), que evidencia **el paso de una fecundidad natural a una fecundidad controlada y planificada**, que retrasa la edad materna en función de la carrera profesional o laboral, que se justifica por el coste de oportunidad que representan los hijos/as para las mujeres.

Se engarza así el declive de la fecundidad directamente con las conquistas de mayor igualdad para las mujeres; esencialmente, por lo que para éstas ha supuesto la incorporación al mercado laboral. En esta línea, los/las sociólogos/as destacan como causa principal de la reducción del tamaño de las familias, el aumento de la actividad femenina asalariada (Delgado, 2000). **El miedo a la maternidad se funda en el hecho de que la crianza de los/las hijos/as puede trunca tanto la larga carrera formativa como el proceso de inserción laboral**. En los casos en los que un/a integrante de la pareja decide dedicarse al hogar y al cuidado de los/las niños/as suele ser las mujeres y cuando estas mujeres quieren reincorporarse al mundo de la empresa lo tienen muy difícil. Esto ha sucedido en el contexto de **un mercado laboral rígido caracterizado por una escasa compatibilidad entre maternidad e incorporación al mercado laboral para las mujeres**. Es por lo que, ante la necesidad de acceder, mantener o progresar en la carrera profesional o cuando ven peligrar sus puestos de trabajo en el caso de quedarse embarazadas, resuelven el dilema teniendo "menos familia".

Ello denota, por tanto, una penalización por maternidad que deriva de las expectativas que los/las empleadores tienen sobre quién se va a ocupar de los/las niños/as cuando lleguen. El embarazo, la baja por maternidad, la reducción de jornada o excedencia por cuidado de personas menores pueden repercutir negativamente en la contratación de las mujeres o, en su caso, en la renovación del contrato laboral (**mobbing maternal**). De ahí que los riesgos tanto en la fase de selección, durante la ocupación, como en el retorno evolucionan hacia el **sacrificio del deseo de tener hijos/as por más que teóricamente se califique de decisión libremente adoptada**. Es lógico que una vez las mujeres ha conseguido entrar en el mercado laboral busque también su *status* en el mismo sin permitir la renuncia a las aspiraciones de igualdad social alcanzadas.

Por ello, **se ha visto esta maternidad tardía como una manifestación del patriarcado. La incorporación de las mujeres a un mundo hecho por y para hombres, donde no existen condiciones laborales que favorezcan la maternidad**. Se ofrece dicha maternidad como una libre elección de las mujeres, si bien la incorporación de las mujeres al mercado laboral continúa estando limitada por los viejos reparos relacionados con su

80

CVE-2019-4582

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



capacidad de ser madre. De ahí que, si bien la desigualdad se ha reducido en las últimas décadas para personas sin hijos/as, **la brecha de género aumenta cuando se forman parejas y cae la tasa de empleo con el nacimiento del primer hijo/a**. Correlativamente, **en las familias a medida que aumenta el número de hijos/as, la tasa de paro aumenta**, especialmente entre las mujeres, llegándose a producir, en el caso de los hogares biparentales, con 3 o más hijos/as, una diferencia de casi 14 puntos entre hombres y mujeres; y entre las monoparentales/monomarentales con igual número de hijos/as, dicha diferencia es de más de 35 puntos.

Este hecho, sin embargo, no se ve acompañado de medidas que permitan compatibilizar el horario familiar y laboral, la existencia de unos **roles de género relativamente tradicionales que se vuelven más asimétricos cuando llegan los hijos/as** o la escasa oferta de servicios sociales que hacen que el cuidado de los familiares en situación de dependencia recaiga mayoritariamente en las mujeres y los datos así lo ponen de manifiesto.

En España, con carácter general, las mujeres siguen siendo quienes en el mayor número de casos asumen el cuidado de los hijos/as y familiares dependientes. Así se recogía en el Informe "La conciliación de la vida laboral y familiar en España: una oportunidad para promover y proteger los derechos de la infancia", emitido por la ONG *Save the Children* y publicado en abril de 2013.

A este respecto, es característico que, según los datos publicados en 2017 por el Instituto de las mujeres, no deja de ser **una realidad que son las mujeres las que solicitan mayoritariamente en España a los permisos para el cuidado de personas del entorno familiar**: el 92,34% de las excedencias solicitadas para el cuidado de hijos/as y en el caso de las excedencias para cuidado de familiares, el porcentaje fue del 83,66%. La posibilidad de solicitar dichas excedencias se contempla a nivel estatal en el Estatuto de los Trabajadores hasta que el niño/a cumpla tres años, si bien con el carácter de permiso no retribuido, lo que implica que gran parte de las familias no puedan hacer uso de ellas. La causa de ello es que a día de hoy lo más habitual es que el sueldo de las mujeres sea inferior al del varón y, en consecuencia, resulte ser la mejor opción en aras de la economía familiar. En España, en 2017, se solicitaron 55.133 excedencias de las cuales el 91% fueron pedidas por mujeres, porcentaje idéntico entre las 442 excedencias registradas en Cantabria en ese mismo año. Por mujeres mayoritariamente fueron también solicitadas las excedencias para el cuidado de hijas/os (92% en España y el 94% en Cantabria) y para cuidados familiares (83% a nivel estatal y 83% en la Comunidad Autónoma), según las estadísticas del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social.

81



Cifras que denotan que **la conciliación sigue teniendo rostro de mujer**. En muy pocos casos los Servicios Sociales actúan como cuidador principal y es el esfuerzo de las mujeres y de las familias quienes suplen dichas carencias. Es aquí donde la vocación de cuidado de las mujeres (el *tender loving care* de los anglosajones) se intensifica aún más ante el crecimiento de la población anciana y el retraso de la edad de emancipación de los hijos/as.

En otras ocasiones, aunque no renuncian a la maternidad por el trabajo, las mujeres suelen elegir trabajar a tiempo parcial. Teniendo en cuenta que en nuestro país se establece una jornada legal de trabajo máxima, no superior a cuarenta horas semanales, esto significa que, normalmente, la jornada será de ocho horas diarias siempre que se respete un tiempo de descanso entre las mismas (el art. 34 del ET recoge que si la jornada es superior a seis horas el descanso será de quince minutos). De igual forma, lo más habitual es encontrar una jornada partida, con una interrupción al mediodía de una o dos horas para almorzar. De acuerdo a lo anterior, **con los horarios laborales las familias españolas encuentran serios problemas para poder conciliar sus vidas laborales y el cuidado de sus hijos/as**. En su mayoría, son las mujeres las que optan a esa jornada parcial, en aras de la economía familiar. De hecho, **el empleo a tiempo parcial ha aumentado en Cantabria en los últimos diez años y un 70% de este aumento corresponde a las mujeres** (+8.389 o 39,2%), lo que las sitúa en más de un 27% de empleos a tiempo parcial (29.798 de un total de 109.463 ocupadas).

El 78% de la población ocupada de Cantabria con contratos a tiempo parcial, tal y como recoge la Encuesta de Población Activa del cuarto trimestre de 2018 del INE, son mujeres.

Estos empleos a jornada o tiempo parcial no son ni mucho menos voluntarios porque únicamente un 9% de las mujeres asalariadas cántabras que lo tienen manifiestan no querer uno a tiempo completo, según el último informe "Mujeres y Hombres desde la Perspectiva de Género" (ICANE, 2017). El 60% de las asalariadas cántabras a tiempo parcial no ha podido encontrar un empleo a tiempo completo y otro 19% se resigna a la jornada a tiempo parcial por cuidados a niños/as y personas dependientes o distintas obligaciones familiares, porcentaje que en los varones apenas afecta al 3,7% de las personas asalariadas en la misma situación. La Encuesta Social de Cantabria correspondiente al año 2015, que también publica el ICANE, precisa que más de un 20% de las asalariadas cántabras trabaja menos de 30 horas semanales, sólo un 7% de los varones; lo que incide en que una jornada laboral semanal media de una mujer sea de 27,8 horas, cuatro horas menos que la masculina, 31,91 horas.

82

CVE-2019-4582

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Vicepresidencia

Además, la contratación de las mujeres es más precaria y menos duradera. Las mujeres suscribieron en Cantabria 69.082 contratos de trabajo temporales de no más de cinco meses de duración, el 65% de toda la contratación femenina y 5.658 más que los varones; todo lo contrario a los de más vigencia o de tiempo indeterminado, donde hubo predominio masculino, 7.175 contratos más que las mujeres (37.434 de varones y 30.259 de mujeres): (Informe de la Secretaría Para la Igualdad de UGT elaborado con estadísticas oficiales de la Encuesta de Población Activa -EPA-, el Servicio Público Empleo Estatal -SEPE- y el ICANE -Instituto Cántabro de Estadística-, 2016).

Y todo ello sin olvidar otros "costes" de difícil cuantificación ligados al "doble sí" de la maternidad y empleo de imposible estimación: su salud física y emocional se resienten y el nivel de estrés repercute no sólo en su trabajo, sino especialmente en su salud; como sentimientos de culpabilidad por no responder o ajustarse al modelo de madre tradicional, etc.

En nuestra región, la Encuesta Social de Cantabria (ICANE, 2017) señalaba entre **las razones que dan las mujeres para que no se quiera tener hijos/as o se tengan menos de los que se desearían**: un 66% el coste económico de los hijos/as, un 38% el pesimismo ante el futuro, un 26% la incorporación de las mujeres al trabajo fuera del hogar, un 18% la falta de libertad que significa tener hijos/as y un 9% el trabajo que dan los hijos/as.

Con todo, cada uno de estos aspectos contribuye a la reducción en la tasa de fecundidad, pero es la combinación e interacción de todos ellos lo que realmente ha provocado que las mujeres hayan postergado la edad reproductiva con el consiguiente problema de la infertilidad por el factor edad. **El conjunto de estas dificultades obliga a aplazar la decisión sobre la maternidad hasta unas edades en las que la fertilidad entra en rendimientos decrecientes, truncando los proyectos reproductivos de mujeres y hombres.** El fenómeno comporta unas dimensiones tales que se ha llegado a hablar de una causa social de la infertilidad en la población femenina (Alkorta, 2006), entendida como discordancia entre la edad biológica y la edad social de reproducción, así, en parte representa el precio a las conquistas en igualdad de las mujeres (Reguera, 2013) y justifica la consideración de la infertilidad como una enfermedad con claro componente social.

El resto de circunstancias sociales que puedan estar influyendo sobre la fertilidad de las mujeres son insignificantes en relación al peso que tiene el factor de la edad. El pensamiento de que se puede posponer con tranquilidad la maternidad choca con el consiguiente problema físico-

83



Vicepresidencia

procreativo que esto puede suponer pues, cuanto más retrasen la maternidad, sus posibilidades de ser madres decaen al disminuir la fertilidad con la edad. El tiempo de vida en el que una mujer puede quedarse embarazada con sus propios óvulos es limitado. Cuanto más joven sea, mayor será su reserva ovárica y mayores las posibilidades de quedarse embarazada de forma natural. Con el paso del tiempo, no sólo disminuye esta reserva ovárica, sino que los óvulos son de peor calidad.

Resulta así que, mientras la tasa de esterilidad -incapacidad de concebir sin recurso a las técnicas de fecundación artificial- se mantiene en un 1% aproximadamente y no depende de la edad, la fertilidad ha descendido dramáticamente los últimos años, llegando a afectar al 15% de las parejas en edad reproductiva. El grado máximo de fertilidad femenina se sitúa alrededor de los 23-24 años, disminuye gradualmente a partir de los 30, especialmente de los 35 y es muy bajo a partir de los 40. Entre los 30 y los 35 años las probabilidades de concebir disminuyen un 9% mientras que entre los 35 y los 40 años bajan un 25% (López, 2015). Por tanto, los datos son concluyentes a la hora de valorar la edad con la pérdida de fecundidad. Ciertamente es que a la edad avanzada de las mujeres se suma la del varón, aunque la pérdida de fertilidad de los hombres se produce de manera moderada y a edades avanzadas.

En el fondo, el retraso de la maternidad no constituye sino una respuesta adaptativa al aumento de la esperanza de vida. Puesto que todavía se es joven, y quedan muchos años de vida por delante, resulta bastante racional retrasar la maternidad hasta el límite social y biológicamente aceptable. Ahora bien, más allá de la racionalidad de esta conducta, lo fundamental es que nos encontramos ante un hecho histórico sin precedentes, pues hemos pasado de tener los hijos/as al inicio del período fértil de las mujeres, a tenerlos en el otro extremo, es decir, al final del período fértil. De ahí que las mujeres jóvenes se debatan hoy entre el miedo a tener un hijo/a y el pánico a no tenerlo nunca. No se trata de una negación de la maternidad, cuanto de un mero retraso adaptativo a las nuevas condiciones de las sociedades avanzadas. Por las razones expuestas, **puede preverse que el número de parejas jóvenes sin hijos, al menos hasta la edad límite de los cuarenta años, seguirá creciendo en el futuro** (Bericat Alastuey y MartínLagos, 2006).

84

CVE-2019-4582



4. EL AUGE DE LAS TECNOLOGÍAS DE REPRODUCCIÓN ARTIFICIAL Y LA APARICIÓN DE “MADRES AÑOSAS”.

Los factores analizados son los que llevan a tener menos hijos/as y a las mujeres a retrasar la edad de maternidad; una cuestión muy compleja para la que no existe una única solución. La atención sanitaria en el ámbito de la reproducción es parte de ella ya que estimula la búsqueda de soluciones alternativas para tener descendencia propia, sobre todo en aquellos países más desarrollados en los que las mujeres adoptan un papel importante en la vida laboral al demorar consciente o inconscientemente la gestación. Ello va a hacer posible su acceso a la maternidad a edades antes impensables y el resultado final va a ser la aparición de un grupo importante de madres calificadas como “añosas” o “madres-abuelas”. Ciertamente no existe una definición universal de “edad materna avanzada”. Hace unos años se situaba en torno a los 35 años, pero quizá ahora estemos hablando de más de 40.

Al aumentar el riesgo de complicaciones en estos casos de edad materna avanzada, fundamentales resultarán al efecto **técnicas** como el diagnóstico genético implantacional que permite seleccionar los embriones sanos genéticamente para transferirse posteriormente al útero de las mujeres. O la utilización de óvulos procedentes de donación como opción preferible para las mujeres mayores ya que las posibilidades de éxito en la consecución de un embarazo y de un nacimiento aumentan. De este modo, si bien los límites naturales de la finalización de la maternidad vienen determinados por la menopausia, no existen restricciones médicas reales que impidan sobrepasar esos límites máximos, y técnicamente es posible implantar a una mujer mayor el óvulo proveniente de una donante joven.

No obstante, las posibles finalidades de las técnicas no son solo reproductoras; también pueden buscar preservar dicha fertilidad. Novedad importante representan en este punto los servicios de preservación de la fertilidad derivados del avance en las técnicas de criopreservación. Quedémonos con el caso de mujeres que desean posponer su proyecto reproductivo porque todavía no han encontrado con quién ser madre o no están en la fase de querer ser madres o bien, porque posponen su maternidad por motivos sociales o económicos. Algunos aplauden la iniciativa; otros entienden que no contribuyen a la igualdad al perpetuar concepciones nefastas sobre las mujeres que atentan contra la dignidad humana. Al efecto **resultará esencial una adecuada información y educación a la población, especialmente de las mujeres jóvenes para que puedan tomar las mejores decisiones para su salud.**

85



La disponibilidad de estos servicios se traduce en el aumento de su demanda si bien, al tiempo, su desarrollo se encuentra íntimamente relacionado con los cambios en la sociedad: fundamentalmente por lo que se refiere a la incorporación de las mujeres al ámbito laboral pero, además, **nuevos modelos de familia** cada vez más presentes en la sociedad actual pueden buscar ayuda en estas técnicas: las uniones tardías de las parejas, la aparición de familias monoparentales y monomarentales, segundos matrimonios o parejas en las que alguno/a puede tener realizada una vasectomía o ligadura tubárica o todavía tenga embriones criopreservados o parejas homosexuales, tanto femeninas como masculinas (Armijo, 2015).

Dentro de este marco, un fenómeno en alza que seguro protagonizará los próximos estudios demográficos es el **perfil de las madres solas**. En el caso de las mujeres heterosexuales, la causa más habitual por la que deciden recurrir a la inseminación con donante se debe al hecho de haber alcanzado una determinada edad sin una pareja estable con deseos de tener hijos/as. La independencia económica y la aceptación social de las familias monomarentales favorecen, además, que estas mujeres sin pareja se decidan a intentar esta vía. Es aquí donde, en el proceso de igualación de los derechos y obligaciones de ambos géneros, el esfuerzo que supone hacerse cargo ella sola de la familia y de la profesión se ve más bien como un hándicap que como un medio de liberación de las mujeres. En general, las mujeres que deciden acudir a centros de fertilidad declaran que desean evitar recurrir al engaño o instrumentalizar a un varón para poder tener hijos/as, y subrayan el hecho de que los Bancos de gametos garantizan que el semen empleado no transmitirá enfermedades hereditarias graves, al tiempo que evitan una posible demanda de paternidad futura (Alkorta, 2006).

Con todo, la situación descrita propicia el crecimiento del campo de aplicación de las técnicas de reproducción asistida, las cuales abren nuevas oportunidades a la llamada “maternidad tecnológica” permitiendo a las mujeres contar con ayuda especializada para conseguir quedarse embarazadas, preservar su fertilidad y decidir cuándo ser madre, poder acceder a ovodonación, ser madres solas o, para las parejas casadas, conseguir un embarazo compartido. Aproximadamente, uno de cada diez nacidos en Europa y Estados Unidos ha sido concebido con ayuda de las tecnologías de reproducción artificial.

En España, en 2015 nacieron un total de 36.318 niños gracias a técnicas de reproducción asistida, que representan ya el 8,6% de los más de 420.000 nacimientos que hubo ese año, según los últimos datos del Ministerio de Sanidad, que acaba de poner en marcha el Sistema de Información en Reproducción Humana Asistida (SIRHA). Esta herramienta, sitúa a España como líder en Europa en la realización de estos

86



tratamientos, con un total de 127.809 ciclos de fecundación in vitro y 38.903 inseminaciones artificiales y en tercer lugar del mundo, solo por detrás de Japón y EEUU.

De igual modo, los datos muestran cómo se incrementa en un 9,5% el número de tratamientos de fecundación in vitro en España, mientras que existe una mayor tendencia a la utilización de los ovocitos y embriones criopreservados.

Tabla 4.1. Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) 2015. Cuadro resumen de inseminación artificial.

CCAA	Nº Centros Participantes			Nº de centros ⁽¹⁾		Nº Ciclos IAC		Nº Ciclos IAD		Total ciclos
	Total N (%) ⁽²⁾	Públicos	Privados	N (%) ⁽³⁾	N (%) ⁽³⁾	N (%) ⁽³⁾	N (%) ⁽³⁾	N (%) ⁽³⁾		
Total España	280	82	198	365	26.959	11.944	38.903			
Andalucía	56 (20,0%)	15	41	81 (85,1%)	3.553 (13,2%)	1.591 (13,3%)	5.144 (13,2%)			
Aragón	8 (2,9%)	2	6	9 (88,9%)	364 (3,6%)	232 (1,9%)	1.196 (3,1%)			
Asturias	5 (1,8%)	1	4	5 (100,0%)	270 (1,0%)	84 (0,5%)	334 (0,9%)			
Islas Baleares	9 (3,2%)	4	5	13 (89,2%)	556 (2,1%)	198 (1,7%)	754 (1,9%)			
País Vasco	18 (6,4%)	4	14	23 (78,3%)	2.036 (7,5%)	1.080 (9,0%)	3.115 (8,0%)			
Islas Canarias	10 (3,6%)	3	7	10 (100,0%)	611 (2,3%)	380 (3,3%)	1.001 (2,6%)			
Cantabria	4 (1,4%)	1	3	4 (100,0%)	436 (1,6%)	132 (1,1%)	567 (1,5%)			
Castilla-La Mancha	10 (3,6%)	3	7	16 (80,0%)	817 (2,9%)	96 (0,8%)	712 (1,8%)			
Castilla y León	10 (3,6%)	5	5	14 (71,4%)	1.537 (5,7%)	285 (2,4%)	1.822 (4,7%)			
Cataluña	39 (13,9%)	9	30	57 (88,4%)	4.047 (15,0%)	4.290 (35,9%)	8.337 (21,4%)			
Extremadura	4 (1,4%)	2	2	5 (80,0%)	788 (2,9%)	149 (1,2%)	937 (2,4%)			
Galicia	12 (4,3%)	4	8	15 (80,0%)	1.481 (5,5%)	612 (5,1%)	2.093 (5,4%)			
Madrid	42 (15,0%)	12	30	46 (91,3%)	4.673 (17,3%)	1.622 (13,6%)	6.296 (16,2%)			
Murcia	11 (3,9%)	1	10	12 (91,2%)	822 (3,0%)	164 (1,4%)	1.286 (3,3%)			
Navarra	2 (0,7%)	1	1	7 (28,5%)	524 (1,9%)	85 (0,7%)	509 (1,3%)			
La Rioja	5 (1,8%)	1	4	5 (100,0%)	562 (2,1%)	77 (0,6%)	639 (1,6%)			
Comunidad Valenciana	33 (11,8%)	14	19	41 (80,5%)	3.368 (12,5%)	800 (6,7%)	4.258 (10,9%)			
Melilla	2 (0,7%)	0	2	2 (100,0%)	16 (0,1%)	7 (0,1%)	23 (0,1%)			

⁽¹⁾ Dato obtenido del "Registro de centros de reproducción humana asistida" del Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://www.cnria.msssi.gob.es/registros/centros/home.html>). En el caso de que el número de centros participantes supere al número total de centros, se actualiza el número de centros hasta igualarlo al número de centros participantes.

⁽²⁾ Porcentaje respecto al total de centros participantes.

⁽³⁾ Porcentaje por comunidad autónoma de centros participantes respecto a centros acreditados.

Fuente: Datos del Ministerio de Sanidad y registrados por la Sociedad Española de Fertilidad.

87



Tabla 4.2. Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) 2015. Cuadro resumen de fecundación in vitro.

CCAA	Nº Centros Participantes			Nº de centros ⁽¹⁾		Total ciclos
	Total N (%) ⁽²⁾	Públicos	Privados	N (%) ⁽³⁾	N (%) ⁽³⁾	
Total España	231	45	186	250	127.809	
Andalucía	49 (21,2%)	9	40	57 (86,0%)	18.034 (14,1%)	
Aragón	7 (3,0%)	1	6	7 (100,0%)	2.802 (2,2%)	
Asturias	5 (2,2%)	1	4	5 (100,0%)	1.111 (0,9%)	
Islas Baleares	8 (3,5%)	2	6	8 (100,0%)	2.077 (1,6%)	
País Vasco	15 (6,5%)	2	13	16 (93,8%)	7.262 (5,7%)	
Islas Canarias	9 (3,9%)	2	7	9 (100,0%)	4.133 (3,2%)	
Cantabria	3 (1,3%)	1	2	3 (100,0%)	586 (0,5%)	
Castilla-La Mancha	7 (3,0%)	2	5	7 (100,0%)	1.674 (1,3%)	
Castilla y León	7 (3,0%)	2	5	8 (87,5%)	2.438 (1,9%)	
Cataluña	33 (14,3%)	6	27	37 (89,2%)	29.112 (22,8%)	
Extremadura	3 (1,3%)	1	2	3 (100,0%)	1.770 (1,4%)	
Galicia	10 (4,3%)	2	8	12 (83,3%)	3.721 (2,9%)	
Madrid	35 (15,2%)	7	28	35 (100,0%)	26.242 (20,5%)	
Murcia	10 (4,3%)	1	9	10 (100,0%)	3.341 (2,6%)	
Navarra	2 (0,9%)	1	1	4 (50,0%)	1.012 (0,8%)	
La Rioja	4 (1,7%)	1	3	4 (100,0%)	902 (0,7%)	
Comunidad Valenciana	23 (10,0%)	4	19	24 (95,8%)	21.533 (16,8%)	
Melilla	1 (0,4%)	0	1	1 (100,0%)	59 (0,05%)	

⁽¹⁾ Dato obtenido del "Registro de centros de reproducción humana asistida" del Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://www.cnria.msssi.gob.es/registros/centros/home.html>). En el caso de que el número de centros participantes supere al número total de centros, se actualiza el número de centros hasta igualarlo al número de centros participantes.

⁽²⁾ Porcentaje respecto al total de centros participantes.

⁽³⁾ Porcentaje por comunidad autónoma de centros participantes respecto a centros acreditados.

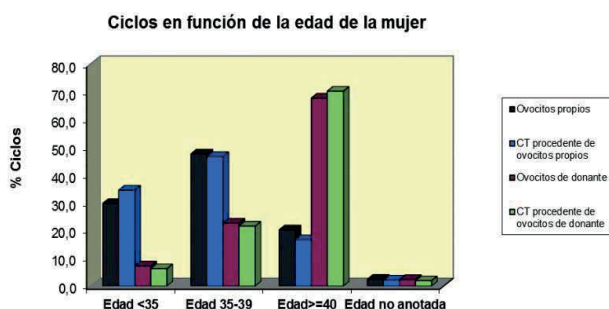
Fuente: Datos del Ministerio de Sanidad y registrados por la Sociedad Española de Fertilidad.

Además, el grupo más numeroso de las pacientes sometidas a un tratamiento de fecundación in vitro tiene entre 35 y 39 años, en el caso de ovocitos propios, o más de 40 en el caso de ovocitos de donante. (Datos del Ministerio de Sanidad y registrados por la Sociedad Española de Fertilidad).

88



Figura 4.1. Técnicas de reproducción asistida. Ciclos en función de la edad de las mujeres.



Fuente: Datos del Ministerio de Sanidad y registrados por la Sociedad Española de Fertilidad.

El resultado final es que, en la actualidad, casi uno de cada nueve niños/as en España nace por técnicas de reproducción asistida, lo que supone una nueva realidad social que se ha desarrollado en paralelo a las necesidades sociales. Una ampliación, por tanto, de su demanda, fundamentalmente como consecuencia de los cambios en los modelos familiares y por el retraso de la maternidad. Pero al mismo tiempo con un cambio radical en el tipo de pacientes que recurren a estas técnicas: de mujeres de 30 años, con pareja, para solucionar un problema de fertilidad a la actualidad donde más de la mitad de las pacientes son mayores de 40 años que, en un elevado porcentaje de casos, padece una esterilidad por problemas asociados a su edad avanzada.

89



En tal contexto, la oportunidad de incluir ampliamente tales tratamientos entre las prestaciones sanitarias, se convierte en un elemento más a considerar entre las posibles políticas públicas. Resulta así que la disponibilidad de estos servicios va a depender en gran medida de la regulación legal, las políticas y la localización de fondos públicos. En este sentido, algunos países europeos presentan una actitud generosa hacia los tratamientos de infertilidad (ejemplo, países nórdicos) mientras otros son más restrictivos (ejemplo, Italia). La situación difiere en función, fundamentalmente, de dos variables: la disponibilidad y el coste de los tratamientos de la infertilidad. En muchos países europeos el coste es asumido parcialmente por la sociedad, es decir, por su sistema sanitario. Como resultado, tras el diagnóstico de infertilidad, las parejas buscan tratamiento pronto, estas parejas son más jóvenes y la eficacia de la terapia es más elevada. Si el coste tiene que ser asumido en gran parte por la pareja, ésta esperará algún tiempo para ahorrar el dinero antes de iniciar la búsqueda de tratamiento. Este tipo de pacientes suele ser de mayor edad, la eficacia de la terapia es más baja y, con frecuencia, la buscan allá donde está disponible, derivando en un "turismo de pacientes". En muchos países, debido a su legislación o al coste del tratamiento, no todas las personas tienen igual acceso al mismo y queda restringido a los hombres y mujeres que pueden costárselo. Otros, por el contrario, como es el caso de los países nórdicos, poseen un marco favorable para llevar a cabo tratamientos contra la infertilidad efectivos y modernos, y todas las personas disfrutan de un acceso igualitario a estos servicios. En muchos sentidos, este modelo desarrollado sería muy positivo también para otros países europeos (Nygren y Lazdane, 2006).

Asimismo, en un estudio publicado en 2006 por la Rand Europa (Rand Europe) que lleva por título "¿Debe ser la TRA parte de una política demográfica?" (Grant, Hooren, Gallo y Cave, 2006) se indicaba que dicha tecnología TRA tiene la capacidad de estimular la fertilidad y es comparable con las políticas demográficas existentes a menudo utilizadas por los gobiernos para influir en la natalidad. No obstante, alertaba de que la mayor disponibilidad de la fertilización in vitro por medio de subsidios gubernamentales, podía no rendir un aumento en la tasa de natalidad esperado, sino más bien un descenso de la fertilidad en general.

En todo caso, si bien hasta el momento no se había contemplado la contribución de las TRA en los índices de fertilidad, teniendo en cuenta los datos anteriores, parece de interés enlazar las disciplinas de la demografía y de la medicina reproductiva.

Solo cuando fallan estos métodos se suele plantear la adopción. De ahí el auge hace unos años de las adopciones internacionales. Su evolución, no obstante, ha sufrido una caída en picado. Tras el boom que se experimentó entre 2004 y 2005, cuando se produjeron 5.541 y 5.433 adopciones

90



respectivamente, la cifra no ha hecho más que descender. En poco más de una década, el número de niños/as extranjeros/as adoptados/as en España ha pasado de 5.541 a 531, lo que supone **una caída de más del 90%**.

Entre los motivos que diferentes personas expertas mencionan sobre este brusco descenso se encuentran los cambios legislativos y las medidas proteccionistas que los países tradicionalmente emisores han puesto en marcha para luchar contra el tráfico de personas menores. Pero también aducen mejoras en las condiciones económicas de estos países y la repercusión de la crisis en España.

Este descenso de la adopción internacional ha desplazado a las familias hacia la gestación subrogada que contemplan como alternativa más rápida y fácil para ser padres o madres. Los/las niños/as que llegan a España nacidos/as por maternidad subrogada superan los 1000 al año y la cifra va en aumento. Lo cual quizás nos haga volver la vista hacia los grandes olvidados, la **adopción nacional**. Pues está en proceso de reactivación. Las familias interesadas en la adopción nacional casi se han duplicado en un año. Las solicitudes han subido a 2.872 familias desde las 1.431 del año previo. En número de personas menores adoptadas, en territorio nacional pasaron de 606 a 608, una leve subida que rompe la tendencia descendente iniciada en 2012. Por lo que se refiere a Cantabria, solo 8 personas menores fueron entregadas en adopción en 2018.

Sobre el particular, **además de una potenciación de la adopción nacional, serían deseables reformas globales a nivel estatal que mejoraran y facilitaran este instrumento**, lo cual podría venir acompañado, al mismo tiempo, de **ayudas a las mujeres embarazadas en situaciones de vulnerabilidad**.

5. EL DERECHO A LA MATERNIDAD: SU ALCANCE EN LA LTRHA (TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA) Y LA CONFIGURACIÓN DE LA PRESTACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO.

El auge de las tecnologías reproductivas ha traído como consecuencia que, de la escueta atención doctrinal a la procreación como facultad, se haya pasado a un creciente debate sobre la existencia, contenido y límites del derecho a la maternidad.

La libertad de decisión y actuación de las mujeres ha sido objeto de limitación a lo largo de la historia. De todos ellos, quizá el más poderoso haya sido la exaltación de la maternidad. Pese a los avances en materia de emancipación femenina y de conquista de derechos sigue siendo

91



generalizada la idea de que existe un instinto especial de las mujeres para la reproducción que colocará a la madre por encima de las mujeres que no lo son o que no pueden serlo. De aquí deviene la estigmatización de la infertilidad (Flores, 2016).

En la actualidad, no puede decirse que dicho estigma por no tener hijos/as haya desaparecido, pero socialmente se van aligerando los atributos negativos que conlleva. Asistimos así, a una **tendencia de rechazo a la maternidad no por resignación, sino por convicción como alternativa libremente elegida**.

Pero, ¿está reconocido legalmente un derecho a la reproducción humana o derecho a la procreación? El derecho a tener hijos/as, el derecho a ser padre o madre, no se recoge de forma expresa ni en el Derecho Comparado ni en el Derecho Internacional. Y lo mismo puede decirse de la CE. Si bien no es extraño referirse a la existencia de tal derecho como manifestación de otros derechos recogidos en la CE (Constitución Española) (ejercicio de su libertad -art. 1.1- y que a un tiempo es expresión de su dignidad y del libre desarrollo de la personalidad -art. 10.1-).

Un paso adelante en este sentido lo dio la LO 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva (LOSSR), al romper tímidamente el silencio inicial de la CE, reconociendo el derecho a la autodeterminación de la maternidad (arts. 2 y 3.2). En esta Ley no solo queda protegida la vertiente negativa del derecho –entendida como el derecho de las mujeres a no llevar a término el embarazo–, sino también positiva –como el derecho de las mujeres a ser madres, así como a elegir el momento y las condiciones en que ponerlo en práctica–, imprescindible para la efectiva tutela del derecho. Recuerda, además, que la decisión de tener hijos/as y cuándo tenerlos/as constituye uno de los asuntos más íntimos de las personas, que integra un ámbito esencial de la autodeterminación individual, y que los poderes públicos están obligados a respetar, pero también a establecer las condiciones para que las decisiones se adopten de forma libre y responsable, con adecuados servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información.

No obstante, el derecho a procrear no se le ha considerado como un derecho. Y, en este sentido, el alcance actual del derecho a la salud reproductiva viene determinado junto con la LOSSR, por la Ley 14/2006, de 26 de mayo de Técnicas de Reproducción Humana Asistida (LTRHA), así como por la configuración de la prestación en el sistema sanitario público y en sus carteras de servicios.

92



Por lo que se refiere a la LTRHA, **la medicina reproductiva ha dejado de ser un remedio para combatir la esterilidad y evoluciona desde un paradigma exclusivamente médico o de salud hacia una idea más amplia en que la reproducción asistida se convierte en un medio para lograr alcanzar la maternidad/paternidad sin problemas de salud.**

De un asunto médico se ha transformado en una cuestión política. La justificación es que, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esterilidad es la incapacidad de una pareja para lograr el embarazo después de un periodo de un año de relaciones sexuales sin protección contraceptiva.

Por tanto, el objetivo de estas técnicas no se centra ya en solucionar directamente la restricción de la fertilidad. Se configuran, pues, como un medio alternativo a la fecundación siendo suficiente el mero deseo de tener descendencia para garantizar el acceso. La idea de protección del hijo/a se sustituye totalmente por una visión exclusivamente individualista en la que se configura un verdadero derecho a la maternidad. De este modo, se han añadido nuevas variantes a la maternidad, que puede ser postergada, in vitro, sin un padre conocido, etc. Y los grupos de mujeres que tradicionalmente quedaban fuera del mandato maternal son ahora integradas en una lógica que iguala mujeres y maternidad (Burgaleta, 2012).

Se da así un cambio de perspectiva: de la infertilidad a la infecundidad sobre la base del derecho a constituir una familia, considerado como un derecho reproductivo fundamental. El fundamento de este giro en los últimos años se encuentra en el principio de igualdad y no discriminación. No es una patología o una cuestión de salud la que está presente en toda situación de reproducción asistida, sino el derecho a formar una familia.

De otro lado, como decíamos, junto a la regulación general de la LTRA, **el alcance real del derecho a la salud reproductiva asistida vendrá determinado por el contenido de la prestación sanitaria pública.** En este sentido, la reciente concreción (mediante orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre) de algunos aspectos y requisitos para el acceso a tratamientos de reproducción humana asistida, contenidos en la cartera común del SNS, no parece que pueda solventar los problemas que ya se vienen detectando, derivados del encaje jurídico del derecho a los tratamientos, de la valoración judicial realizada ante algunos casos que han llegado a los tribunales, y de la diferente respuesta en la accesibilidad sanitaria pública a nivel autonómico. Lo que, en cualquier caso, aconseja prestar un especial seguimiento a la incidencia de tal regulación en la **posible**

93



desigualdad que puede producirse según modelos de familias entre los diversos servicios autonómicos de salud, y entre quienes pueden hacer uso por capacidad económica de los servicios privados y quienes no tengan tal posibilidad de acceso.

Los desajustes entre la creciente demanda, y los siempre limitados recursos que afectan a la oferta de los servicios públicos de salud, conllevan la necesidad de determinar los criterios de acceso.

En este sentido, el art. 6 LTRA pone de manifiesto que las usuarias de estas técnicas son las mujeres mayores de 18 años, independientemente de su estado civil y orientación sexual. No establece límites, por tanto, ni sobre la edad máxima para someterse a los tratamientos ni en relación al tipo de convivencia que mantengan las posibles usuarias de los servicios. Sin embargo, los diferentes servicios de salud establecen indicaciones sobre dichos extremos. De tal modo que, a las desigualdades económicas para acceder a los servicios, no facilitados en la sanidad pública pero permitidos en la privada, se superponen otras como la edad, el estado civil o la orientación sexual.

Para entender esta situación es preciso remontarse al Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se estableció la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, el cual limitó originariamente en el apartado 5.3.8 del Anexo III la cobertura por el Sistema Nacional de Salud a los casos en los que existiera “un diagnóstico de esterilidad o una indicación clínica establecida, de acuerdo con los programas de cada servicio de salud”. A mayor abundamiento, en julio de 2013, el Consejo Interterritorial de Salud aprobó la decisión de la Ministra de Sanidad de revisar esta cartera de servicios básicos por la que se mantiene la necesidad de que existieran problemas de fertilidad o alguna indicación clínica que así lo recomendará.

Los tratamientos de reproducción asistida (inseminación artificial o fecundación in vitro, entre otros) quedaron restringidos en 2013 por el Ministerio de Sanidad a “parejas integradas por un hombre y una mujer”, desoyendo los derechos de las mujeres solas y lesbianas, sin perjuicio de que quedara en manos de las CCAA la posibilidad de abrir su cartera de prestaciones para estos casos.

El hecho de que dicha limitación careciera de una justificación objetiva y razonable trajo como consecuencia las primeras reacciones judiciales condenando a la sanidad pública a pagar un tratamiento de reproducción asistida a una mujer lesbiana sobre la base del principio de igualdad y no discriminación (STSJ de Asturias núm. 61/2013 de 26 de abril). Dicha restricción se ha mantenido hasta 2019 en una Orden de octubre de 2014

94



(Orden SSI/265/2014 de 31 de octubre -vigente desde el 7 de noviembre de 2014-, modificadora del RD 1030/2006, de 15 de septiembre) en la que se exigía que las personas usuarias de estos tratamientos tuvieran “un trastorno documentado de la capacidad reproductiva” o “ausencia de embarazo tras un mínimo de 12 meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin empleo de métodos anticonceptivos”. Ante lo cual volvió a responder nuestra jurisprudencia en una sentencia del Juzgado de lo Social número 18 de Madrid de 15 de septiembre de 2015 en la que se condena a la Fundación Jiménez Díaz y a la Consejería de Sanidad madrileña en un caso de discriminación por orientación sexual de una pareja de lesbianas argumentando que la Ley 14/2006 sobre Técnicas de Reproducción Asistida es de rango superior a la Orden Ministerial y una norma de rango inferior no puede ir en contra de lo dispuesto en la Ley.

La consecuencia fue que determinadas CCAA cambiaran su línea de actuación (Valencia, Madrid, Cantabria). **Cantabria a partir de finales del año 2015 desoyó este mandato discriminatorio y viene garantizando desde entonces el acceso a la reproducción asistida a todas las mujeres, con independencia de su estado civil y orientación sexual.** Así, la Ley de Cantabria 6/2015, 28 diciembre, de medidas Fiscales y Administrativas la que en su art. 27 añadió un art. 25 bis a la Ley de Cantabria 7/2002, 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria: “El sistema sanitario público garantizará el acceso a las técnicas de reproducción asistida a toda persona o pareja con independencia de su orientación sexual y estado civil. Específicamente las mujeres lesbianas y bisexuales tendrán derecho al acceso a tales técnicas en el Sistema Sanitario Público de Cantabria”.

Extremadura lo hizo también en 2015, Cataluña en 2016 y en noviembre de 2017 lo ha hecho Navarra, una de las pocas comunidades junto con Murcia y Asturias en las que no se cubría.

En el Consejo interterritorial del SINS de fecha 4 de marzo de 2019 se acordó autorizar al Ministerio de sanidad, consumo y Bienestar Social la actualización de la cartera de servicios del SNS, mediante el Proyecto de orden por la que se modifica el anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización y los anexos I y II del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

La orden pretende hacer efectivas las propuestas de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, actualizando el anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, en relación con las técnicas de reproducción humana asistida, con el fin de **proporcionar**

95



seguridad jurídica y la equidad en el acceso a dichas técnicas por parte de las mujeres sin pareja y las mujeres lesbianas, de manera que tengan acceso a las mismas en condiciones de igualdad efectiva respecto al resto de mujeres.

A mayor abundamiento la Comunidad Valenciana permitía en la Ley 8/2017, de 7 de abril, integral del reconocimiento del derecho a la identidad y a la expresión de género (art. 15.3), el derecho de los transexuales valencianos a congelar sus óvulos o semen en la sanidad pública para poder tener hijos/as con reproducción asistida (se trata ésta de una medida que ha sido igualmente tomada por la sanidad británica). Sobre este particular se ha pronunciado recientemente la sección segunda de la sala de lo contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana al reconocer en una sentencia de 28 de septiembre de 2017 el derecho de las mujeres de un hombre transexual a recibir tratamiento de reproducción asistida impartida por un seguro privado colaborador de la Mutualidad General de Funcionarios/as Civiles del Estado (Muface) al considerar que el rechazo a cubrir esa prestación vulnera el artículo 14 de la Constitución, de derecho a la igualdad sin poder ser discriminados por razón de sexo.

En Cantabria, la sanidad pública no cubre la “**preservación social**”, es decir, la congelación de óvulos de aquellas mujeres que retrasan la maternidad de forma voluntaria. Sí lo hace cuando existe una causa médica. En el caso de los hombres, el proceso de congelación del esperma es más sencillo, puesto que no requiere tratamiento hormonal previo; de hecho, lleva años realizándose. Asimismo, a partir de 2017, se han empezado a ofertar directamente estos servicios por la Unidad de Reproducción Asistida (URA) sin necesidad de derivar a otros centros para la congelación de óvulos de las pacientes oncológicas. Asimismo, en Cantabria el “Protocolo de atención a las personas transexuales en el Servicio Cántabro de Salud” recoge la posibilidad de preservar la fecundidad de los pacientes que se someten a tratamiento por cambio de sexo.

Respecto a la justificación del límite de edad, a los criterios de justicia social se añaden criterios de eficiencia reproductiva.

En cuanto a la edad para el acceso a este tipo de técnicas, la LTRHA sólo establece una edad mínima de 18 años y plena capacidad de obrar (art. 6.1). No fija, por el contrario, una edad máxima y sólo impone el deber de información sobre los posibles riesgos que se pueden derivar tanto para las mujeres como para su descendencia. Resulta así que la única referencia a una edad inadecuada viene establecida por el contenido de la información a proporcionar a la futura usuaria, pero no como limitación a su aplicación.

96

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



No obstante, en la actualidad, de facto y por criterios médicos suele limitarse el acceso en la sanidad privada entre los 45 y 50 años. Las posturas, en todo caso, son muy diferentes y cada centro tiene libertad de acción. La duda que surge en este punto es si los criterios médicos manejados de facto deberían fijarse también como límite legal, con el fin de evitar el fenómeno de las madres-abuelas; esto es, se pone en cuestión si es precisa una ley que limite las prácticas de forma responsable.

Se estima que, en estos casos, el derecho a la salud se sitúa por encima del derecho a la reproducción, sobre todo, cuando la aplicación haya de realizarse a través de la cobertura del Sistema Nacional de Salud dado que, a edades avanzadas, desciende mucho el porcentaje de éxito y los recursos son limitados, lo que exige establecer prioridades. Ello justifica que, en este ámbito, sí se hayan fijado unas edades máximas. En concreto, el RD 1030/2006 excluyó el derecho a todas aquellas personas mayores de 40 años en el caso de las mujeres y mayores de 55 años en el caso de los hombres. Esta restricción se mantuvo con posterioridad en la Orden SSI/265/2014, de 31 de octubre, en la que se siguen manteniendo unas edades máximas. Con carácter general, las mujeres serán mayores de 18 años y menores de 40 años y los hombres mayores de 18 años y menores de 55 años en el momento del inicio del estudio de esterilidad. A renglón seguido, se determinan criterios específicos de acceso en función de la técnica empleada (menores de: - 38 para la inseminación artificial con semen de la pareja; - 40 si es con gameto de donante; - 50 para el caso de preembriones criopreservados; - 40 para el diagnóstico genético implantacional; - y, en todo caso, podría excluirse a mujeres con edad inferior en el supuesto de concurrir alguna de las situaciones de exclusión enumeradas por la Orden). **El problema que puede surgir de esta restricción es que, por la edad de inicio tardía, en ocasiones las mujeres pueden no tener tiempo a someterse a varios tratamientos en caso de requerirlo.**

Frente a ello nos encontramos con que, a nivel internacional, las edades máximas fijadas por los protocolos médicos o las normas de acceso a la sanidad pública tienden a ser cada vez más elevadas. Así, el Instituto Nacional de Excelencia Clínica del Reino Unido (*National Institute for Health and Care Excellence*, NICE) publicó el 20 de febrero de 2013 una nueva guía clínica sobre el tratamiento de la infertilidad en la sanidad pública británica en la que se produce una ampliación del límite de edad que pasa de 39 a 42 años; y en el mismo sentido se observa una ampliación de las edades máximas en otros países: Bélgica, 45 años para solicitar la implantación de embriones o inseminación de gametos pudiendo realizarse la práctica hasta los 47. En la Bahía de San Francisco, 50 años, pero aumenta a 51 si se quieren usar óvulos de donantes, y a 52 para la transferencia de embriones congelados almacenados; 45 años en Singapur; también 45 en Canadá, pero 50 si se utilizan óvulos de donantes. (Jiménez, 2016).

97



Ello ha llevado a cuestionar la normativa en este punto y a abrir el **debate sobre la oportunidad de ampliar la cobertura por el Sistema Nacional de Salud a una edad superior**, teniendo en cuenta que las mujeres cada vez son fértiles a una mayor edad y que la normativa ha de adaptarse a los cambios sociales. (En este sentido, en diciembre de 2016, las Cortes Valencianas aprobaron instar al Consejo a que incluyera en la cartera de servicios de la sanidad pública valenciana el acceso a las técnicas de reproducción asistida de mujeres mayores de 40 años). Claro está, una vez que a las mujeres se les haya informado a la firma de su consentimiento de los posibles riesgos que se pueden derivar de la maternidad a una edad clínicamente inadecuada pues, junto a su voluntariedad, deberían valorarse en todo caso las condiciones de salud de la usuaria en su conjunto para decidir si es inadecuada la práctica de las técnicas, decisión a la que solo se podría llegar una vez examinado cada caso en concreto. Quizás por ello lo más conveniente resultara recoger un límite indirecto del que ya se hacía eco la LTRA de 1988 al exigir en su art. 2.1.b) que las técnicas se realizaran solamente en mujeres en buen estado de salud psicofísica.

Con todo, los tratamientos con técnicas de reproducción asistida, pese a tener una gran pujanza, un alto nivel y una buena calidad, tienen pendiente un importante recorrido en el sector público. En la Unidad de Reproducción Asistida del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, a fecha enero de 2019, la demora media en los tratamientos de fecundación in vitro es de 35 días y en inseminación artificial no hay lista de espera. Asimismo, el 70% de los centros son privados en Cantabria en concreto contamos con un centro público y tres privados.

Aunque España es la primera potencia por el número de clínicas y ciclos, sin embargo, el porcentaje reembolsado por el Estado al paciente es del 25% lo que nos sitúa en la cola de Europa (Finlandia, Austria, Holanda reembolsan el 80-90%. Noruega o Portugal el 70%. Alemania el 65% y Francia el 100%) según datos presentados por Eshre en su Congreso internacional de 2015.

Ello exige un mayor compromiso de los Estados y una mayor inversión pública para dar respuesta a los ciudadanos/as y a los retos sociales que la infertilidad plantea a fin de paliar, si quiera en parte, el problema de la caída demográfica. Es cierto que la infertilidad es un dato de naturaleza individual o familiar, pero también con gran repercusión en la organización social. Al efecto será importante que el Estado realice un mayor esfuerzo inversor que se traduzca en el incremento de unidades, de medios y de técnicas practicadas desde el sistema público, al objeto de reducir las listas de espera y ampliar los criterios o plantear un posible aumento de la edad límite establecida al efecto. Y, a mayor abundamiento, podríamos citar la ampliación de las ayudas públicas a las parejas que ya tienen un hijo/a anterior en común. Tal y como se ha

98

CVE-2019-4582



hecho en Asturias, **sería importante abrir la reflexión, al menos para tomar en consideración que el límite sea el índice de reposición de la familia, en torno a dos hijos/as.**

Con todo, quizás el impacto de estas técnicas a fin de incrementar los índices de fecundidad sea modesto. No obstante, tal vez pueda tenerlo en el futuro pensando, fundamentalmente, en la baja fecundidad provocada por el retraso en la primera maternidad. Es en el terreno de facilitar a las mujeres su permanencia en el mercado laboral al ofrecer nuevas opciones en la preservación de la fertilidad y libre decisión de cuándo ejercer sus derechos reproductivos, donde se visualiza que puedan tener un mayor papel. Por ello **no debe percibirse el gasto sanitario sólo como un coste, sino como una inversión futura**, especialmente en atención a la salud reproductiva que conecta con un elemento clave del proceso social (Reguera, 2013 y 2016). Y, en todo caso, fortaleciendo una legislación sobre reproducción asistida que no persiga convertirse únicamente en un mecanismo que favorezca planteamientos de postergación de la maternidad.

6. NUEVOS TIPOS DE FAMILIAS Y LA EXIGENCIA DE POLÍTICAS SOCIALES DE APOYO FAMILIAR CONCRETAS.

Lógicamente, al tener a la prole a edades tan tardías, se reducen las posibilidades de tener una gran familia. La fertilidad disminuye gradualmente a partir de los 30 años y, sobre todo, a partir de los 35. De ahí que, al contrario que en las generaciones previas en las que los hijos/as de madres mayores solían ser los últimos de una serie, ahora, esos niños/as son casi siempre los primeros y únicos. Esto lleva a políticas dirigidas a modificar el calendario (cuándo) más que la intensidad (cuántos) de la fecundidad. Cuando se posponen los nacimientos no suele recuperarse toda la fecundidad en edades más avanzadas. Por eso, interesa adelantar la edad a la que se tiene el primer hijo/a.

Este tipo de familias tardías presentan, además, retos distintos. Se topan con el contratiempo de que los abuelos y, fundamentalmente las abuelas, también son mayores; la llegada del nieto/a les ha cogido a una edad muy avanzada, de tal modo que no pueden desempeñar el papel de proveedores de cuidados tan importante que han venido realizando durante mucho tiempo y cuya labor como motor social ha sido invisibilizada. Se plantea entonces la necesidad de buscar nuevas formas de apoyo a esa mujer con el recién nacido. Pero es que, al mismo tiempo, **estos abuelos/as no solo no pueden ayudar a sus hijos/as con los nietos/as, sino que ellos también pueden necesitar cuidados**. Y la mujer que iba a cuidar de ellos, cuando tiene descendencia se cuestiona quién va a hacerse cargo de ellos. Son familias, por tanto, en las que se acentúan las necesidades de cuidado. Mujeres con hijos/as dependientes, al tiempo que son hijas con padres y madres dependientes, que

99



provoca un desfase importante en el reemplazo generacional. Estarán cuidando a la vez a sus padres o madres ancianos y a sus hijos o hijas muy jóvenes en una nueva versión de lo que ha venido a denominarse la **"sandwich generation"**. Todo lo cual **exige una reestructuración de las redes de cuidado y políticas sociales de apoyo familiar concretas que den respuesta a familias en las que coexisten dos generaciones dependientes.**

Si bien las mujeres han sido las principales responsables del cuidado de personas dependientes, ahora, su menor disponibilidad y compromiso, hace que nos enfrentemos a una **crisis de cuidados** que se incrementará. Faltan, sin embargo, políticas públicas potentes que suplan estas carencias de tal modo que, la longevidad que en principio debería verse como un triunfo histórico y como un dato positivo, se plantea como un problema a consecuencia de las mayores demandas de cuidado (cronicidades, discapacidades, ...). Hay más necesidades, pero, sin embargo, son menos las personas para proveer ante familias cada vez más reducidas al tener menos hijos/as, familias de doble salario donde cada vez la figura del ama de casa es más escasa, etc.

Sobre esta base, los cuidados entran en la agenda política y **se hace imprescindible avanzar hacia una democratización de los cuidados**: socializar la responsabilidad del cuidado de tal manera que nos permita pasar de la obligación (donde no puedes elegir) al compromiso (lo que implica una elección y la posibilidad de establecer prioridades). Los cuidados son, por tanto, un compromiso individual (a compartir entre hombres y mujeres), pero también social que hace que las políticas hayan de fijarlo como objetivo prioritario porque, de lo contrario, los derechos reproductivos no se podrán materializar. **Medidas que socialicen el cuidado y que hagan que las personas, sobre todo las mujeres, no tengan que soportar el coste de oportunidad de tener un hijo/a en términos laborales o vitales.** Consecuentemente, el sector privado ha de perder su papel protagonista en este ámbito en favor de la promoción de nuevas fórmulas de apoyo.

En esta línea se observa que, en los países donde la natalidad es más alta, es porque hay una larga tradición de aplicación de políticas demográficas familiares y la existencia de ayudas a las madres en situaciones difíciles. La sociedad ha de asumir que **la natalidad no es solo fruto del instinto maternal y el deseo de las mujeres de desarrollo personal a través de la familia, sino de la responsabilidad colectiva.**

Cierto es que las técnicas reproductivas antes vistas permiten a las mujeres superar su reloj biológico y ajustar su proyecto vital sin que la maternidad interfiera. Incluso puede afirmarse que favorecen su libertad al abrirle un nuevo abanico de posibilidades en la elección de cuándo

100



y cómo ser madres. No obstante, abordar la cuestión desde una perspectiva individual privada, aparenta un aumento de las posibilidades de elección abiertas a las mujeres que en muchos casos son ilusorias. El verdadero problema de las técnicas de reproducción asistida va a ser el contexto social en el que se practican. Y es aquí donde resultará vital ampliar las políticas sanitarias en el campo de la información y educación, para evitar que una sobreestimación de las posibilidades reales de la reproducción asistida induzca a una demanda en momentos inadecuados biológicamente. Desde luego, los problemas de consolidación laboral de las mujeres, entre otros, no se solucionan a través de la medicina, sino mediante una política social y laboral adecuada (Alkorta, 2006).

De ahí que para incidir sobre la tasa de natalidad sea necesario un abordaje más amplio con medidas de tipo social, económico o laboral. Esto es, siendo la edad de las mujeres una de las primeras razones para recurrir a la reproducción asistida parece más lógico atajar las causas de dicha infertilidad social indeseada que combatir sus consecuencias con unas técnicas clínicas que, además de insuficientes para incidir en la tasa de natalidad, pueden ser incluso inadecuadas en ciertas condiciones o a partir de cierta edad (Reguera, 2016). Está muy bien que la edad fértil de las mujeres se esté prolongando de forma proporcional a como lo hace la esperanza de vida, que la atención al embarazo haya hecho que se le pierda el miedo a la barrera de los 40, pero no es conveniente que ello sea a costa de un desierto reproductivo que se alargue hasta los 35 años. La natalidad sólo podría crecer de manera más intensa si se produce un rejuvenecimiento del calendario de la maternidad que deja margen para nuevos nacimientos en edades y condiciones más favorables. A estos efectos debe tenerse en cuenta que, al ser las generaciones de mujeres jóvenes cada vez más reducidas en términos absolutos, el número de madres potenciales disminuye cada vez más. De tal manera que las que haya deberían aumentar exponencialmente su fecundidad para mantener la "producción" (González Carrasco, 2017).

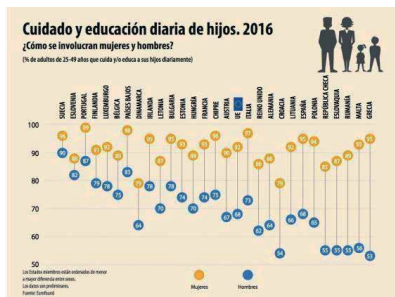
Lo cual nos aboca indefectiblemente a analizar las razones de fondo que llevan a utilizar estas técnicas a las mujeres y qué causas propician el retraso: la más común el síndrome de working mom, la incorporación de las mujeres al trabajo con la consiguiente dificultad de compaginar maternidad y actividad laboral. Hoy en día las mujeres siguen trabajando más horas en el hogar que los hombres. El tiempo que invierten mujeres y hombres en realizar las distintas actividades de la vida cotidiana se distribuye de forma distinta. Las mujeres dedican más tiempo a actividades que tienen que ver con el trabajo doméstico y de cuidado, mientras que los hombres dedican más tiempo a las actividades extra domésticas. Las mujeres participan ahora en el espacio productivo y reproductivo, compatibilizando ambos espacios con una mayor sobrecarga de trabajo: la llamada "doble jornada laboral o doble presencia"; en cambio, esa participación no ha sido paralela y/o recíproca a la desempeñada por los hombres, que siguen instalados en el espacio productivo, especialmente los de aquellas generaciones de mayor edad.

101



Según el informe "La vida de las mujeres y los hombres en Europa" elaborado por Eurostat con datos del INE, en España, el 95% de las mujeres entre 25-49 años cuida y/o educa a sus hijos/as frente al 68% de los hombres. (Tan sólo seis países –Polonia, República Checa, Eslovaquia, Rumanía, Malta y Grecia- son más desiguales que los españoles en el reparto de tareas). Asimismo, el 84% de las mujeres mayores de 18 años cocina o lleva a cabo estas tareas cada día, mientras que el porcentaje de hombres queda en el 42% (Las diferencias más grandes entre hombres y mujeres se observaron en Grecia -85%y 16%- e Italia -81% y 20%).

Figura 6.1. Cuidado y educación diaria de los hijos/as. 2016.



Fuente: Informe "La vida de las mujeres y los hombres en Europa" elaborado por Eurostat con datos del INE.

102

CVE-2019-4582



Figura 6.2. Cocina y tareas domésticas diarias. 2016.

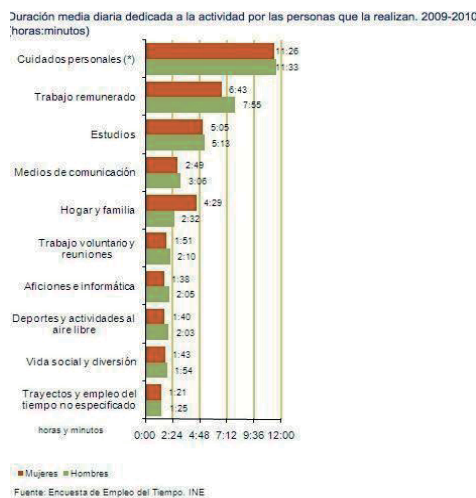


Fuente: Informe "La vida de las mujeres y los hombres en Europa" elaborado por Eurostat con datos del INE.

Si además tenemos en cuenta el factor tiempo, podemos poner en contexto aún más estas cifras. Según un estudio del INE sobre uso del tiempo publicado en 2010, el 91,9% de las mujeres realizan tareas domésticas y se ocupan del cuidado de niños/as, personas ancianas y personas dependientes, dedicándoles una media de 4 horas y 29 minutos diarios, frente al 74,7% de los hombres, que dedican en promedio 2 horas y 32 minutos.



Figura 6.3. Encuesta de Empleo del Tiempo.

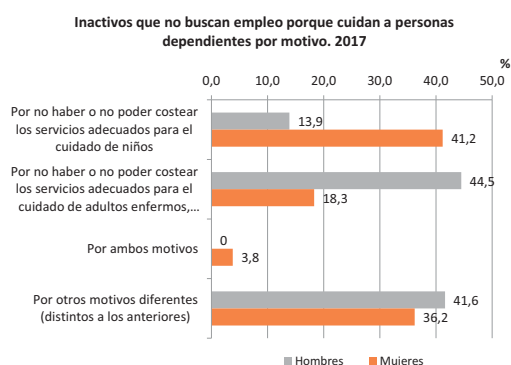


Fuente: INE.



Esto también se ve reflejado en el tiempo que se dedica al trabajo remunerado: un 41,4% de las mujeres respondió en la encuesta de 2016 que no buscaba empleo por no poder costear los servicios adecuados para el cuidado de las personas menores. El porcentaje de hombres era del 8,4 %.

Figura 6.4. Inactivos que no buscan empleo porque cuidan a personas dependientes por motivo. 2017



Fuente: Encuesta de población activa. Variables de submuestra 2017. INE

Fuente: INE.

105



La distribución y adscripción desigual de actividades y tiempos, así como la feminización del cuidado de personas en situación de dependencia, confirma el mantenimiento de patrones sexistas.

En España, según la edición 2016 del Módulo sobre Acceso a los Servicios de la Encuesta de Condiciones de Vida, realizada durante la primavera del año anterior, un 9,6% de hombres y un 13,2% de mujeres cuidan a personas dependientes. Por grupos de edad, el porcentaje más elevado de hombres corresponde al grupo de 65 y más años (un 13,6%) y en las mujeres el porcentaje más elevado corresponde al grupo de edad de 45 a 64 años (un 20,3%).

En este punto es preciso incidir, tanto en la insuficiente modificación del modelo tradicional de división sexual del trabajo en la familia, como en la escasez de medidas que faciliten dicha compatibilización. **La solución pasa, por tanto, necesariamente por la corresponsabilidad en el cuidado.** Modificar los roles tradicionales de género y crear instrumentos o mecanismos para promover la corresponsabilidad es el reto de futuro; y para ello será preciso transformar (deconstruir) los condicionantes de género de las propias mujeres e igualmente la identidad de los hombres, de manera que puedan interiorizar y/o asumir que las tareas de cuidado también les corresponde. La corresponsabilidad en la familia y su necesaria implementación requiere pues un nuevo modelo de socialización y cambio cultural en las nuevas generaciones, dirigidos a fomentar una maternidad y paternidad corresponsable y compartida (Pérez Vallejo, 2016).

No obstante, aun cuando los cambios en el modo de asumir las responsabilidades domésticas y de cuidado de los hijos/as pueden mejorar la situación de las mujeres en los casos en los que el comportamiento de la pareja sea de mayor implicación, el retraso en la edad de procrear parece seguir siendo inevitable.

Todo lo cual nos lleva a concluir que, en último término, las necesidades específicas de este tipo de familias no solo afectan al ámbito privado, sino a la sociedad y al Estado que no puede hacer caso omiso a sus demandas. Hay que reclamar el fomento de otro tipo de respuestas sociales encaminadas a facilitar a las mujeres su deseo de ser madres a edades más tempranas. Y ello pasa por hacer imprescindible un debate que se traduzca en medidas estratégicas, de políticas públicas activas y efectivas de apoyo a las mujeres capaces de crear un entorno más favorable a la maternidad que la permita tener realmente el número de hijos/as que desea, cuando los desea; lo que exige apoyar el empleo femenino

106

CVE-2019-4582



Vicepresidencia

creando un entorno laboral y social más amigable. Una participación laboral femenina segura, acompañada de corresponsabilidad familiar que puedan favorecer la fecundidad entendida como realización del proyecto reproductivo (Reguera, 2016).

7. PERMISOS LABORALES PARA EL CUIDADO DE LOS HIJOS/AS.

Podemos afirmar que **las medidas de conciliación familiar y laboral en España y, de igual manera en Cantabria, son pobres en su generalidad.** El hecho de que nuestra legislación conceda excedencias temporales, posibilidad de reducciones de jornadas laborales, u otro tipo de permisos, no entendemos que sean soluciones de calidad. No olvidemos que la reducción o supresión del salario en numerosas ocasiones va aparejada a las anteriores concesiones. **En cuanto a los permisos de maternidad y paternidad, entendemos que son insuficientes y se encuentran muy alejados de otros países de Europa.** Dichas medidas se concretan en una serie de permisos en los que la persona trabajadora puede ausentarse de su puesto de trabajo. El art. 37.3 del ET (Estatuto de los Trabajadores) recoge una lista de dichas concesiones a las que el trabajador tiene derecho.

Poniendo en conexión la cuestión con el tema de la maternidad y la escasa natalidad desarrollada en los últimos años en España, hay que poner de manifiesto que, según los datos aportados por la encuesta de Familia y Género del CIS (datos obtenidos del CIS, 2012), **la práctica totalidad de los/las españoles/as querrían tener más descendencia de la que tienen.** Querrían tener una media de 2,3 hijos/as. Esto aseguraría un reemplazo generacional que actualmente no está en aras de cumplirse. El 89% de los/las españoles/as encuentra que su número ideal de hijos/as está entre dos (58%) y tres o más (31%). Es de destacar que únicamente 3 de cada 1000 españoles/as no desea tener hijos/as.

En la anterior encuesta se refleja que, uno de los problemas que viene íntimamente relacionado con la conciliación y la maternidad es que el 91,9% consideran que **“ver crecer a su hijos/as es el mayor placer de la vida”.** **El hecho de no poder dedicarse a sus hijos/as y a sus familias por una falta de coordinación con su puesto de trabajo es, sin duda, uno de los motivos de ese problema de reemplazo generacional.**

En esta línea, el estudio “Maternidad y carrera profesional” (2017) realizado por IESE y Ordesa, incide en que 1 de cada 4 mujeres en España renuncia a tener descendencia por su carrera profesional. Esta investigación muestra que el 53% de las participantes que tienen hijos/as indican que ser madre ha limitado su trabajo; el 57% ha tenido que renunciar a un trabajo incompatible con la maternidad y al 45% se les ha preguntado

107



Vicepresidencia

en un proceso de selección si iban a tener hijos/as. Además, las españolas se quedan con el deseo de tener más hijos/as: en este caso se estima que les gustaría tener un promedio de 2,52. Será preciso, en consecuencia, eliminar las barreras que impiden tener el número de hijos/as que se desea para garantizar la riqueza y sostenibilidad del país en el medio y largo plazo.

8. MEDIDAS ESTRATÉGICAS: POLÍTICAS DE FECUNDIDAD ASOCIADAS A POLÍTICAS FAMILIARES Y DE CONCILIACIÓN CREADORAS DE UN ENTORNO MÁS FAVORABLE A LA MATERNIDAD.

La escasa atención que se le ha prestado a la baja fecundidad quizá tenga origen en su relación con derechos personalísimos engarzados en la libertad y derechos humanos fundamentales. Pero ello no justifica la abstención del Estado, sino que, **a la vista de la creciente infertilidad indeseada, el Estado ha de intervenir a fin de influir sobre las tendencias poblacionales en el marco del respeto de los derechos humanos.**

En las décadas pasadas generalmente se asociaba la baja fecundidad de los países industrializados con el crecimiento de la ocupación femenina. Sin embargo, en la actualidad esta relación no se mantiene en todos los casos. Más aún, en algunos países parece haberse revertido ese vínculo, ya que muchos estudios encuentran una relación positiva a nivel macro entre participación femenina en el mercado de trabajo y fecundidad. Es lo que se ha denominado el “positive turn” o giro positivo: **a mayor participación de las mujeres en la fuerza de trabajo de un país no se registra una menor, sino una mayor fecundidad.** (En esta línea, en la *Estrategia Europa 2020 -Comunicación de la Comisión, Europa 2020. Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador*, Bruselas, 2010- se subraya la baja participación laboral de las mujeres como carencia estructural proponiendo su mayor participación en la población activa para garantizar la sostenibilidad de los sistemas de protección social. Y, asimismo, la Comunicación “*Abordar los efectos del envejecimiento de la población de la UE*” -informe sobre envejecimiento 2009- insiste en la necesidad de incrementar la tasa de empleo, especialmente de las mujeres).

De hecho, **las diferencias en fecundidad entre los países europeos con muy baja fecundidad y los del norte con un nivel de fecundidad mayor se han relacionado con la situación de las mujeres en el mercado de trabajo, que es más favorable en los países con más alta fecundidad y tradición en políticas familiares.** Por tanto, **la prioridad clave se va a situar en incrementar la tasa de empleo, fundamentalmente femenina, que al tiempo coadyuvará a erradicar la feminización de la pobreza y la exclusión social.**

108

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Unos menores ingresos, una mayor concentración en el trabajo a tiempo parcial y unas brechas en la carrera profesional relacionadas con las responsabilidades familiares lo único que traen como consecuencia es que muchas mujeres sean económicamente más dependientes de sus parejas o del Estado.

Esta mayor vulnerabilidad a la pobreza se agudizará como consecuencia de las dependencias en cadena que se prolongan para las mujeres hasta la vejez. **No es lo mismo envejecer siendo hombre que siendo mujer.** En este sentido se pondrá de manifiesto una dependencia de recursos económicos y una desigualdad de acceso al derecho al envejecimiento digno derivado de la acumulación durante toda una vida de discriminación laboral y que se prolonga al combinarse con la discriminación por razón de edad.

Las mujeres mayores se enfrentan así a lo que se ha denominado la doble barrera, doble discriminación o discriminación múltiple: la discriminación por razón de sexo que aún hoy sufren las mujeres se acrecienta cuando llega al envejecimiento pues a partir de cierta edad al anterior factor de discriminación se une el de la edad. Si tenemos en cuenta, por otra parte, que la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres, esta última discriminación, que es compartida con los hombres de edad avanzada, la experimenta durante mayor tiempo.

Hasta el momento, este fenómeno no ha tenido por el Derecho la atención que merece. Es escasa la atención que la sociedad dedica a estos dos factores considerados conjuntamente y son pocos los estudios al respecto. Las políticas públicas de protección de las personas mayores son un buen ejemplo de que los legisladores centran su atención en algún motivo de discriminación olvidando la transversalidad del género y que las mujeres sufre discriminaciones múltiples.

Diversos factores aborarán a las mujeres a esta situación entre otros, rentas procedentes de su trabajo productivo que no atienden los costes del trabajo reproductivo y que traerán como consecuencia una mayor dificultad en acceder a una prestación contributiva con unos ingresos dignos (mayor participación de las mujeres en edad activa en la economía informal, menor tiempo de dedicación a un trabajo remunerado, más frecuente interrupción de la vida laboral con las consiguientes lagunas de cotización, salarios más bajos, penalización de contratos a tiempo parcial e impacto en la pensión de jubilación, etc.); rentas procedentes de transferencias públicas por su relación de dependencia con la persona cotizante; o la dependencia de recursos y transferencias privadas en caso de separación o divorcio.

109



Habrà que evitar, por tanto, que continúe el "castigo" social o laboral de las mujeres al querer procrear incrementando su participación en el mercado de trabajo y reduciendo la brecha de género, incluida la brecha salarial y en materia de pensiones. Ello ayudará a los empleadores a retener los trabajadores/as, mejorar la motivación y la productividad de los empleados/as, reducir el absentismo y evitar que se desaproveche el talento, al tiempo que contribuirá a afrontar el reto del envejecimiento demográfico y a la estabilidad financiera.

A tal fin se aboga por crear mejores condiciones para las familias adoptando medidas para pasar a una "sociedad favorable a los hijos/as" fomentando el equilibrio entre vida familiar y profesional, pues su falta se traduce en tasas de empleo bajas, ya que la maternidad hace abandonar el mercado laboral, además de reducir la tasa de natalidad.

Es interesante observar que la diferencia en las tasas de empleo entre mujeres y hombres aumenta con el número de hijos/as: a más hijos/as, mayor es la brecha en la participación laboral entre mujeres y hombres tal y como se desprende de los últimos datos recopilados por Eurostat en un portal dedicado a la vida de hombres y mujeres en Europa. Así, la tasa de empleo de las mujeres sin hijos/as era del 65 %, mientras que la de los hombres era del 73 %. En mujeres con un hijo/a, las tasas de empleo se incrementaron y fueron del 71 % y del 85 % para los hombres. En mujeres con dos hijos/as, la tasa se mantuvo casi igual, en el 70 %, mientras que la de los hombres aumentó al 89 %. Para aquellas personas con tres o más hijos/as, la tasa de empleo disminuyó hasta el 55 % para las mujeres, en comparación con el 84 % de los hombres. Esta pauta se observa en la gran mayoría de los Estados miembros.

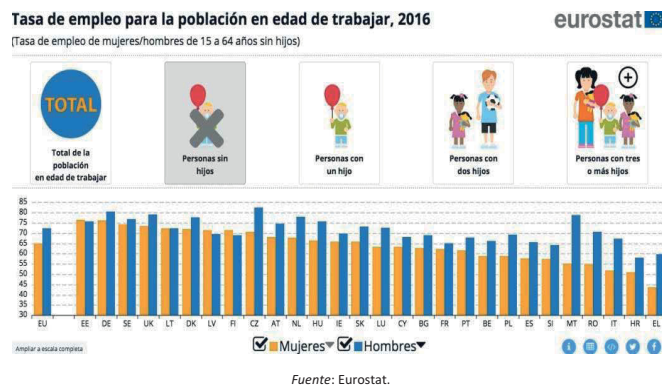
En España, la brecha es algo mayor que la media europea y crece de forma muy abultada con la llegada de los hijos/as: sin descendencia, los hombres tienen una tasa de empleo siete puntos mayor que la de las mujeres, una diferencia que crece hasta los catorce puntos cuando hay un hijo/a y hasta los veinte cuando hay dos hijos/as.

110

CVE-2019-4582



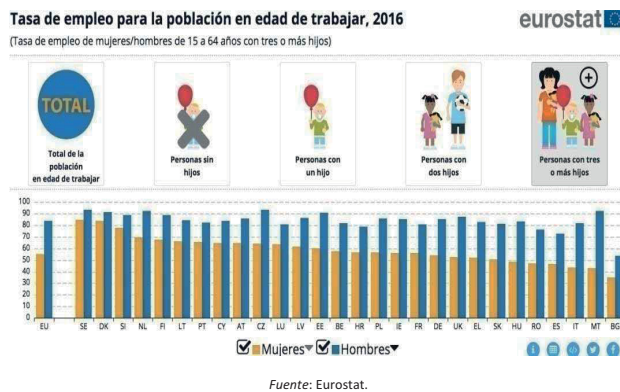
Figura 8.2. Tasa de empleo mujeres/hombres sin hijos/as.



111



Figura 8.3. Tasa de empleo mujeres/hombres con tres o más hijos/as.



Los datos ponen así de manifiesto el peso que aún tienen los modelos tradicionales y cómo la llegada de los hijos/as tiene consecuencias muy diferentes en el empleo de hombres y mujeres: ellas abandonan o reducen su jornada mientras que ellos trabajan más para compensar esa pérdida de salario. Parece clara, pues, la desigualdad de género en el trabajo asociada a la maternidad.

De ahí que la mejor política de natalidad sea una buena política de empleo, sobre todo femenino, como constatan los países europeos con mayor fecundidad, **sin que se pueda hablar de igualdad efectiva mientras las mujeres tengan que seguir eligiendo entre tener hijos/as o carrera profesional** (Cabré, 2009). Consiguientemente, **las posibles políticas de fecundidad a adoptar difícilmente van a poder ser concebidas al margen**

112



de las políticas de familias. La propia OIT (Organización Internacional del Trabajo), en un informe sobre Empleo y protección social en el nuevo contexto demográfico (OIT, 2013), propone promover políticas activas que fomenten prácticas laborales compatibles con la vida familiar.

En cualquier caso, el objetivo principal de una política de fecundidad/familiar no debería ser aumentar la natalidad. No se trata de convencer a las mujeres de que tengan más hijos/as sino colaborar para que mujeres y varones tengan el número de hijos/as que deseen, generando las condiciones para que puedan criarlos en las mejores circunstancias. **El papel del sector público debe ceñirse a eliminar los obstáculos que impidan tener el número de hijos o hijas deseados**; a crear un ambiente favorable para que aquellas personas que quieren tener descendencia puedan hacerlo en las mejores condiciones para la fecundidad y la crianza en general y no a provocar cambios en los comportamientos. De hecho, la mayoría de políticas que se adoptan no son directamente pronatalistas, sino que miran a mejorar el bienestar de los niños/as pues apuntan a los niños/as que ya nacieron. En este sentido, **las únicas variables que muestran asociación estadística con los cambios en la fecundidad son la disponibilidad de cuidados infantiles y proporción de mujeres cuyo trabajo es flexible**. Y todo ello sin olvidar que esta discusión debe vincular la implementación de una política con las posibilidades de un **enfoque de género** y de derechos humanos. Es decir, políticas respetuosas de las decisiones personales y que no profundicen las desigualdades existentes entre mujeres y varones, sino que brinden condiciones adecuadas para que mujeres y varones tengan la descendencia que anhelan tener en el momento en que lo desean.

En esta línea, **será importante incidir en una política de conciliación no dirigida solo a las mujeres, sino encaminadas a cambiar los roles de género** (por ejemplo, con permisos de paternidad más amplios). El marco general de estas medidas no debe contemplar por tanto únicamente la **conciliación entre la vida laboral y la familiar**, sino que debe plantearse, además, la **corresponsabilidad de la crianza**. No se trata de ayudar a las mujeres a que concilien ambos roles, y trabajen en doble jornada en tareas no remuneradas y otras estrictamente laborales, sino de **implementar políticas que no refuercen las diferencias de género y promuevan la redistribución de roles e igualdad entre mujeres y varones** (Varela, 2011). (Sobre la cuestión "Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social europeo y al Comité de las Regiones. Una iniciativa para promover la conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y las personas cuidadoras. Bruselas, 26.4.2017). **Se trata de un reto importante, no solo en lo que al avance en igualdad de oportunidades se refiere, sino también por el impacto y hondo calado que supone la transmisión de valores, actitudes igualitarias y ciertas pautas educativas en los hijos e hijas, en aras de propiciar el valor de la igualdad desde edades tempranas de la vida.**

113



Sobre esta base, a la hora de adoptar medidas estratégicas eficaces, **será importante seguir la orientación de los países que más han invertido en políticas familiares y en igualdad de género**, dado que muestran unas tasas de fecundidad más altas, como Francia o Suecia.

En **Suecia**, las políticas se han orientado a la equidad de género: permiten al hombre y a la mujer combinar trabajo con parentalidad en un contexto de altas tasas de ocupación femenina y pleno empleo, elementos básicos para financiar el gasto social. Ese país no buscó con sus políticas fomentar la crianza de los hijos/as, ni llevar la tasa de fecundidad a un determinado nivel. No obstante, el conjunto de políticas diseñadas tiende a socializar el costo de la crianza de los hijos y a facilitar la articulación de la vida familiar y la laboral, permitiendo reducir la brecha entre fecundidad tenida y deseada.

Francia, con una gran institucionalización de la política familiar, combina objetivos pronatalistas con otros de asistencia familiar. Se destaca fundamentalmente la batería de medidas en relación con los cuidados infantiles, aunque no ha logrado que los padres se involucren plenamente en el ejercicio de su paternidad. La inclinación por políticas a favor de la equidad de género es bastante menos clara que en los países escandinavos. Dado que las medidas se centran en la mujer, quizás podría decirse que es un "debe" en las políticas familiares francesas lograr efectivamente un mayor avance hacia medidas que permitan a los padres involucrarse más con sus familias.

Por su parte, **España**, tiene una idiosincrasia diferente ya que es la familia quien asume tradicionalmente el cuidado de los niños y niñas. Se ha caracterizado por lo que se ha dado en llamar una "**cultura familística**". El término hace referencia a una fuerte solidaridad familiar intergeneracional que funciona como apoyo material y afectivo entre sus integrantes con total autosuficiencia, en la que las mujeres son el elemento clave. Consecuentemente, la intervención pública en políticas familiares ha tenido históricamente poco desarrollo. Por ende, **carece de políticas familiares integrales**. En su lugar, tiene **políticas fragmentadas** para los distintos actores sociales, dirigidas a objetivos o ámbitos diferentes (mujer, infancia, juventud, vivienda, mercado de trabajo, sistema fiscal) (Flaquer, 2000).

Ha mostrado **carencias evidentes para conciliar trabajo y familia en un marco de equidad de género**, entre otras cosas, a causa de las extensas y rígidas jornadas laborales y el escaso gasto público dedicado a las prestaciones familiares. Por todo ello, cabe pensar que **la sociedad se beneficiaría si las políticas procedieran a desfamiliarizarse**, es decir, que la crianza de los niños/as no recaiga exclusivamente en los recursos privados de las familias, al tiempo que faltaría una visión más global de la política familiar; en consecuencia, **se ha de promover una actuación**

114



estratégica integral, de intervención transversal en todas las políticas (sanitarias, laborales, económicas, etc.), con una actividad coordinada de las administraciones y **cuyo punto fuerte será el empleo de las mujeres.**

En todo caso, las políticas a aplicar no han de verse como políticas de empleo para las mujeres, sino más bien como actuaciones dirigidas a las familias con el objetivo de **equilibrar el uso del tiempo**, respetando los derechos de todas las personas integrantes de la familia: el de la madre y el padre a tener un trabajo remunerado, el de los/las hijos/as de estar con sus padres y el de la pareja de disponer de espacios de comunicación para su estabilidad como pareja (López López, 2017).

Más concretamente, el **abanico de posibles medidas a adoptar a la luz de lo acontecido en estos países** incluiría entre otras:

a) Licencias (por maternidad, paternidad y parentales; estas últimas desligadas del momento del nacimiento y atendiendo a las necesidades de la crianza).
b) Apoyo financiero, ya sea a través de transferencias o exenciones fiscales.
c) Incluir medidas que atiendan a la equidad de género desde la corresponsabilidad.
d) Mejorar la provisión de cuidados infantiles (externos o internos al hogar).
e) Beneficios o flexibilidad en el ámbito laboral.
f) Apoyar a las familias numerosas.
g) Apoyar a las familias monoparentales.

- a) **ATENDIENDO A LAS NECESIDADES DE LA CRIANZA):** Las políticas deberían apuntar a crear condiciones duraderas dirigidas a favorecer la crianza de los niños/as desde su nacimiento. Se trata de generar un "clima" institucional de protección a los hijos/as, desde una mayor equidad de género, de manera que su crianza sea corresponsabilidad de ambos padres y de otros actores sociales, fundamentalmente el Estado; se recomienda incentivar la participación de otros actores sociales que pueden colaborar y gestionar en cierta forma las medidas que se pongan en marcha: empleadores, pero también sindicatos y organizaciones de la sociedad civil. Tomaremos así conciencia de que la conciliación no es un problema exclusivo de las mujeres, es una cuestión que debe resolverse entre todos, lo que exige corresponsabilidad de los actores implicados: familia –padre, madre, hijos, abuelos-, agentes políticos, empresarios y de la sociedad en general.

115



- b) **APOYO FINANCIERO, YA SEA A TRAVÉS DE TRANSFERENCIAS O EXENCIONES FISCALES:** Las medidas de apoyo financiero para solventar los costos económicos de tener y criar un hijo/a no parecen ser significativas en términos de política familiar y de fecundidad (tampoco en términos redistributivos si son de aplicación universal e independiente de los ingresos de cada hogar). Dichas medidas pueden tener fines exclusivamente natalistas con la pretensión de incentivar a las mujeres a tener descendencia.

Una opción sería aplicar deducciones fiscales, aunque éstas son criticadas por su ineficacia como propulsoras del natalismo; además, se las acusa de discriminatorias en tanto en cuanto favorecen a los hogares en condiciones de deducir impuestos o con mayores ingresos (así, las familias con menos ingresos están exentas del IRPF).

De otro lado, en el caso de que el apoyo financiero se traduzca en transferencias monetarias pueden tener un carácter universal o particular (diferenciales en función del status económico, edad o número de hijos, entorno rural, ...). En este sentido sería deseable la extensión de los subsidios. A modo de ejemplo, podemos citar el caso de Polonia donde recientemente se ha implementado el subsidio por hijo como una receta para aumentar la natalidad al tiempo que sirve de fórmula para reducir la pobreza. Se trata de una medida que beneficia a todas las familias -no hay que demostrar falta de medios ni acreditar pobreza; los hogares con un solo hijo también tienen subsidios, aunque éstas sí han de probar que tienen pocos recursos. El riesgo que se plantea es que este tipo de medidas pueda producir un efecto no deseado desmotivando la participación de las mujeres en el mercado de empleo porque no les compense económicamente a corto plazo seguir trabajando. No obstante, dicha dificultad puede solventarse con políticas sociales integrales a fin de mejorar las condiciones de los padres y madres para suministrar bienestar a los niños/as. Por ello es recomendable que estas medidas formen parte del conjunto de otras que persigan la conciliación entre el trabajo y la familia y que hagan igualmente responsable a la sociedad junto con los progenitores. Podemos así afirmar que la creación de una matriz de protección que incluya medidas como licencias, condiciones laborales y cuidados infantiles sí parece ser el camino más adecuado para alcanzar el objetivo de lograr una fecundidad satisfactoria y condiciones de crianza de las futuras generaciones.

Sin embargo, las medidas de conciliación entre la vida laboral y familiar, tanto de los españoles/as como de los cántabros/as no son holgadas. Un ejemplo de ello se desprende de la "Orden HAC/14/2016, de 22 de abril por la que se establecen las bases reguladoras de subvenciones

116

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



destinadas a la conciliación de la vida laboral, familiar y personal de las mujeres trabajadoras o desempleadas con hijas e hijos a su cargo o personas incapacitadas sometidas a su tutela en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cantabria (Orden de la Consejería de Economía, Hacienda y Empleo, de 22 de abril de 2016 (CVE-2016-3876). BOC núm. 84, de 3 de mayo de 2016), así como del *“Extracto de la Orden HAC/17/2017, de 17 de abril, por la que aprueba la convocatoria para el año 2017 de subvenciones destinadas a la conciliación de la vida laboral, familiar y personal de mujeres trabajadoras y desempleadas”* (Consejería de Economía, Hacienda y Empleo: Subvenciones y Ayudas, de 17 de abril de 2017 (CVE-2017-3690). BOC núm. 82, de 28 de abril de 2017).

A través de estas resoluciones, se contemplan como beneficiarias de ayudas a las mujeres trabajadoras, tanto por cuenta ajena como propia, a las desempleadas participantes en acciones de orientación del Servicio Cántabro de Empleo y a cuidadoras no profesionales de familiares dependientes. En el año 2016, Cantabria ha destinado a medidas de conciliación laboral y familiar una cantidad de 1.200.000 euros. Hay que destacar que la propia Orden recoge que el objetivo que se pretende es promover la mejora del acceso y mantenimiento de las mujeres en el mercado laboral. Este programa forma parte del catálogo de actuaciones del Programa Operativo del Fondo Social Europeo en Cantabria del período 2014-2020. Este Fondo Social Europeo (FSE) está dedicado a mejorar las oportunidades de empleo y refuerzo de la inclusión social. Para ello se llevan a cabo políticas de inclusión activas, sostenibles y exhaustivas en el marco de las funciones que le asigna el art. 162 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, con financiación de hasta un 50% del coste recogido en la Orden HAC/14/2016, de 22 de abril.

Las subvenciones aprobadas están destinadas a cubrir costes correspondientes a guarderías o centros de atención infantil que no sean gratuitos, así como a la contratación de cuidadores. Para ello, las mujeres solicitantes que cumplan los requisitos exigidos gozarán de una ayuda que, con carácter general, será de 80 euros/mes si se tiene a su cargo un solo hijo/a. En el caso de que el cuidado esté destinado a atender a dos hijos/as, o se trate de personas incapacitadas judicialmente, la ayuda ascenderá de 120 euros/mes. En el caso de que el número de hijos/as sea de tres o más, la cantidad será de 160 euros/mes. Existen algunos supuestos (mujeres responsables de familias monoparentales y monomarentales, sean discapacitadas o hayan sufrido violencia de género), en los que esas cantidades podrán ser elevadas en 40 euros (art. 12 de la Ley 10/2006, de 17 de junio, de Subvenciones de Cantabria).

117



En relación a lo anterior, hay que destacar que, en el mes de octubre de 2017, el Gobierno de Cantabria, a través de Decreto de fecha 13 de octubre, ha convocado ayudas de conciliación enfocadas, por una parte, a mujeres autónomas y, por otra, a planes de igualdad en las pymes. Respecto a las ayudas destinadas a la conciliación de las trabajadoras autónomas, se ha aprobado un presupuesto de 240.000 euros, con efectos retroactivos al 1 de septiembre de 2016.

Se regulan en este aspecto dos tipos de ayudas:

1.- Las primeras, van dirigidas a que las mujeres autónomas puedan contratar a una persona que le pueda sustituir durante un descanso por maternidad, adopción, acogimiento o riesgo durante el embarazo. El contrato de la persona sustituta será a tiempo completo y con duración mínima de 16 semanas. Para obtener esta ayuda es indispensable no contar con otros empleados por cuenta ajena, ni haberlos tenido durante los 6 meses anteriores. La cuantía de la ayuda se establecerá de acuerdo a un baremo estándar de coste unitario: 20 euros/día cotizado por la persona desempleada que es contratada como sustituta de las mujeres autónoma. En este tipo de ayuda está previsto un máximo de contratos de sustitución subvencionables de, en principio, 107.

2.- Las segundas medidas están destinadas a incentivar la reincorporación de las mujeres autónoma tras haber cesado su actividad por descanso por maternidad y situaciones análogas. Se ha fijado como ayuda en el 100% de la cuota de contingencias comunes que resulte de aplicar el tipo de cotización a la base mínima vigente en el régimen de mutualidad que corresponda, y durante un periodo de un año (con independencia de la base por la coticen). Este programa de ayudas será aplicable a aquellos supuestos para los que no consten medidas de empleo de ámbito estatal.

Como se puede comprobar, a pesar de las ayudas que se contemplan en el marco de la Comunidad Autónoma de Cantabria, entendemos que la difícil situación que presenta el cuidado de los hijos para personas trabajadoras es un problema por resolver.

- c) **INCLUIR MEDIDAS QUE ATIENDAN A LA EQUIDAD DE GÉNERO DESDE LA CORRESPONSABILIDAD:** “No es admisible en un Estado justo e igualitario que la dedicación de tiempo a esas tareas, a ese trabajo, tenga una brecha del 70 % en perjuicio de las mujeres” (ARHOE-Comisión Nacional para la Racionalización de los Horarios Españoles). Por ejemplo, sería importante que en nuestro país no existiera una diferencia

118

CVE-2019-4582



tan grande entre la cantidad de días de licencia por maternidad y la cantidad de días de licencia por paternidad (el permiso de maternidad de 16 semanas en España es de los más cortos de la Europa y el permiso de paternidad que se ha aumentado recientemente a 4, está muy lejos del de maternidad).

A este respecto, la actual legislación española contempla que las 16 semanas de permiso por maternidad serán ininterrumpidas. Estas serán ampliables en dos semanas en supuestos de partos múltiples. Tras el parto, la madre debe disfrutar de las seis semanas inmediatamente siguientes, en concepto de descanso obligatorio.

En relación con el permiso de paternidad, el avance ha sido notorio. Reflejo de ello es que desde el 5 de julio de 2018 se aplican las modificaciones operadas en el apdo. 7, Art. 48, ET, primer párrafo apdo. c), RD Leg. 5/2015 de 30 de octubre (TR. de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público)-49, EBEP y art. Art. 185, LGSS, por la DF38ª, PGE 2018, donde se establece que el trabajador tiene derecho a la suspensión del contrato durante cinco semanas ininterrumpidas, ampliables en el supuesto de parto, adopción o acogimiento múltiples en dos días más por cada hijo/a a partir del segundo.

Así, los trabajadores por cuenta ajena a los que les sea de aplicación el ET tendrán derecho a la suspensión del contrato durante 5 semanas ininterrumpidas, ampliables en 2 días más por cada hijo/a a partir del segundo en el supuesto de parto, adopción o acogimiento múltiples, pudiendo disfrutar dicha suspensión en régimen de jornada completa o en régimen de jornada parcial de un mínimo del 50%, previo acuerdo entre el empresario/a y el trabajador.

No obstante, la última semana del periodo de descanso podrá disfrutarse de forma independiente en otro momento dentro de los nueve meses siguientes a la fecha del nacimiento del hijo/a.

5 semanas ininterrumpidas, por el nacimiento, acogimiento o adopción de uno o más hijos/as, para las personas integradas en el régimen general de la Seguridad Social a quienes sea de aplicación el Estatuto Básico del Empleado Público.

Estas personas también podrán disfrutar la última semana del permiso de forma independiente en otro momento dentro de los nueve meses siguientes a la fecha del nacimiento del hijo/a, cuando así lo solicite, al inicio del permiso y se le autorice por la Administración en la que preste servicios.

119



Una de las medidas destacadas se contempla al establecer la posibilidad de que la madre tendrá opción voluntaria para distribuir ese plazo de dieciséis semanas. La única exigencia legal a este respecto es, como ya hemos indicado, que las primeras seis semanas tendrán que ser desarrolladas con posterioridad inmediata al momento del parto. Respecto al resto del periodo, se contempla la posibilidad de que, en el caso de que ambos progenitores trabajen, la madre podrá decidir que el padre disfrute de una parte determinada e ininterrumpida del permiso, bien de forma simultánea (la suma de ambos no podrá superar las dieciséis semanas), bien de forma sucesiva.

Además de lo anterior, la Ley contempla que, en el caso de que la madre, por la situación profesional de su trabajo, y de acuerdo a la normativa que regule su actividad, no tuviese derecho a suspender su actividad laboral, el otro progenitor tendrá derecho a suspender su contrato de trabajo por el periodo que le hubiese correspondido a la madre.

A pesar de los avances, este periodo resulta aún escaso. Prueba de su insuficiencia es el hecho de que, a día de hoy, resulta ser de los menores de Europa, encontrándose muy distante del periodo propuesto por la Unión Europea (veintiocho semanas). Europa ha instado a los Estados miembros con el fin de que faciliten el acceso a permisos parentales remunerados y a otros permisos de corta y larga duración con el fin de poder atender a los hijo/as e integrantes de la familia dependientes.

De los distintos Estados de la UE, destacamos: Bulgaria: 58 semanas y media; Polonia y Reino Unido: 52 semanas; Irlanda: 42 semanas; Eslovaquia: 34 semanas; República Checa: 28 semanas; Hungría: 24 semanas; Portugal: 21 semanas; Estonia e Italia: 20 semanas; Chipre, Dinamarca, Lituania, Malta y Rumanía: 18 semanas, Finlandia: 17 semanas y media; Grecia: 17 semanas. Por debajo de la duración establecida en España, se encuentran países como Bélgica: 15 semanas y Alemania, Croacia Suecia y Eslovenia: 14 semanas.

La diferencia con países como Suecia es evidente. En este país se está potenciando cada vez más la reducción de la jornada laboral a seis horas en empresas públicas. En general, en los países nórdicos, pioneros en los permisos parentales, estos se denominan "seguros" parentales y persiguen un sostén financiero a largo y corto plazo. En Suecia, el hecho de tener un hijo/a supone que el sueldo del padre/madre trabajador/a se reemplaza por el seguro parental y, al tiempo, garantiza el retorno del trabajador a su puesto de trabajo tras finalizar el permiso. La duración del mismo asciende a 16 meses (480 días). La diferencia es que estos permisos son de carácter obligatorio

120

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Vicepresidencia

para las mujeres durante 400 días. En relación al permiso del padre, el 43% de estos solo los utiliza durante 90 días. Además de lo anterior, en este país, los padres tienen el derecho de poder cuidar a sus hijos/as cuando estén enfermos hasta un máximo de 4 meses al año (Diario Información, 2016).

La consecuencia es que, **esta desigualdad en la duración de las prestaciones de los hombres y de las mujeres, genera una brecha de género legal en la corresponsabilidad. Las políticas públicas deberían dirigirse hacia una corresponsabilización por igual porque solo así los empleadores tendrán la expectativa de que hombres y mujeres se van a ausentar por igual cuando tengan descendencia.** En tanto en cuanto se produce este auténtico espaldarazo normativo hacia la corresponsabilidad capaz de reducir la penalización laboral por maternidad de tal modo que contratar a una madre o a una potencial madre deje de verse como un "factor de riesgo". Habrá, pues, que erradicar el acoso laboral por maternidad y establecer mecanismos para evitar discriminaciones.

- d) **MEJORAR LA PROVISIÓN DE CUIDADOS INFANTILES: Cualquier sistema generalizado de cuidados puede tener algún impacto en el nivel de la fecundidad.** Todas las medidas implementadas para facilitar la crianza mejoran las tensiones que viven las mujeres mientras trabajan y tienen hijos o hijas pequeños. Resulta así que, contar con un **sistema de cuidados accesible** (por su extensión y costos) es un factor importante en la decisión de tener un hijo/a. Pero no sólo es necesario mejorar su cobertura en términos cuantitativos y cualitativos, sino también **rediseñar sus horarios**, de manera de cumplir con objetivos de conciliación trabajo-familia para los padres. Por lo pronto, con horarios más flexibles en el período pre y post escolar de la jornada pues los padres y madres necesitan de un "cuidado sustituto" hasta la finalización de su jornada laboral. Además, es deseable **una política social de cuidado de los hijos/as que tenga en cuenta las necesidades de atención de los mismos desde el nacimiento hasta la adolescencia.**

Dicho cuidado infantil sustituto puede ser **externo** (guarderías, centros de atención a la primera infancia,...). En este sentido, la cobertura existente en España en estos momentos en centros públicos para cuidados de niños/as de tres años es mínima y, de otro lado, el costo de los centros privados es muy elevado lo que dificulta el acceso a muchas familias de ingresos bajos o medios. **Sería por tanto deseable una cobertura universal, fundamentalmente para la franja de los 0 a 3 años**, pero con la perspectiva de poder reforzar a todos los niños/as en su primera infancia (de 0 a 5 años) y, en la medida de lo posible, **cubrir actividades recreativas y educativas para la segunda infancia (de 6 a 12 años) y para los adolescentes** dado que el horario escolar y de secundaria puede no cubrir el horario de trabajo de la madre/padre.

121



Vicepresidencia

Estos centros pueden ser financiados cuando ambos padres o madres trabajen un número mínimo de horas a la semana o bien que solo una pequeña cuota sea pagada por los padres/madres y con un descuento especial si se tiene más de un hijo/a. De tratarse de guarderías privadas también sería deseable la posibilidad de que recibiesen subsidios públicos.

En estos supuestos resultaría además conveniente la implementación de **guarderías en los lugares de trabajo** ya que optimiza los tiempos de los padres/madres. El pago podría correr a cargo de los padres/madres o bien ser subvencionado por la Administración y/o las empresas o por alguna vía mixta, como las deducciones fiscales a las empresas que lo implementen. Lo importante sería fomentar a las empresas - mediante incentivos económicos- para crear guarderías como manera de promover los cambios en las mentalidades del empresariado respecto de las responsabilidades sociales, pero también espacios de lactancia, ... En suma, **crear entornos laborales que faciliten la integración de la vida laboral, familiar y personal ha de ser la principal responsabilidad de la empresa.**

La otra opción sería atender los cuidados mediante un sustituto **interno**, en el hogar, apoyando a las familias que opten por emplear a una persona, bien a través de una deducción de impuestos, bien a través de transferencias monetarias.

Pese a lo dicho, no podemos olvidar que la responsabilidad de tener hijos/as, cuidar de ellos y sobre todo educarlos, es de la familia. Indudable resulta el papel clave que desempeña como factor de estabilidad y cohesión social. Por tanto, **los poderes públicos no deberán arbitrar políticas que la sustituyan en su totalidad. Deberán limitar sus actuaciones a ayudar a la familia a desempeñar su labor de manera subsidiaria, teniendo en cuenta que según ellas mismas manifiestan, los servicios preferidos por las familias españolas son aquellos que las descargan y ayudan, pero no las sustituyen.** De ahí que resulte de mayor interés medidas tendentes a **flexibilizar y racionalizar la jornada laboral.**

- e) **FLEXIBILIDAD, BENEFICIOS Y CONDICIONES LABORALES:** Debido a la citada incorporación de ambos cónyuges al mercado laboral, **la conciliación familiar y laboral está resultando cada vez más deficiente.** Entre las causas que provocan la imposibilidad de la conciliación se encuentran, la extensión de los horarios laborales, la distancia cada vez mayor entre los hogares y los centros de trabajo, y la dispersión de la familia extensa.

122

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Por todo ello, insistimos, **no hay duda de que las escasas medidas de conciliación en España afectan al número de hijos/as que las personas desean tener. Ya desde la Unión Europea se ha reiterado en numerosas ocasiones la necesidad de tomar medidas en esta materia.** Refleja que "El futuro de Europa depende de su capacidad para promover sociedades acogedoras para las mujeres y hombres y, en ese marco, la realización de los deseos de tener hijos..." (Informe sobre un marco regulador para medidas de conciliación de la vida familiar y del período de estudios para las mujeres jóvenes en la Unión Europea. A6-0209/2007, 2007). No hay duda de que la Europa intenta fomentar las medidas de conciliación con el objeto de lograr, entre otros, unas tasas de fertilidad más altas de las existentes. **La importancia de estas políticas será fundamental para la renovación demográfica y el gran problema que en la actualidad se presenta al respecto** (Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de Regiones: Un mejor equilibrio en la vida laboral: más apoyo a la conciliación de la vida profesional, privada y familiar. Bruselas, 3 de octubre de 2008. (COM, 2008))

Además de lo anterior, otra de las cuestiones más polémicas, y que afectan a la decisión de los españoles y españolas a la hora de tener hijos, son las **extensas jornadas de trabajo**. La OCDE, en informe publicado en 2014, recoge que los españoles/as trabajan una media de 1.689 horas al año. En Alemania se cifra en 1.371 horas y en Holanda, 1.425. Dinamarca tiene un número medio de horas de 1.438. En este aspecto uno de los problemas evidentes se centra en los tardíos horarios marcados para la salida del trabajo. De esta forma, en datos relativos a 2014 (Instituto de Política Familiar. Informe sobre la Conciliación de la Vida Laboral y Familiar en España, 2015; Fundación Pfizer, 2014), ocho de cada diez españoles/as opina que los horarios de trabajo en España son demasiado largos y estrictos. A su vez, el 77,3% opina que los actuales horarios de salida otorgan muy escaso tiempo a los ciudadanos/as para poder dedicarse a uno mismo y a la familia. De igual forma, respecto al cuidado de los hijos/as en el hogar, el 61,8% entiende que éstos deben ser atendidos/as por la propia familia y no por personas cuidadoras externas o centros públicos o privados como guarderías o centros infantiles.

Hay que tener en cuenta que, un 63,9%, entiende que la falta de conciliación afecta al número de hijos/as de los españoles/as y que no puede resultar extraño que **la gente joven no quiera tener descendientes al no gozar de tiempo para ellos**. Por todo ello entendemos que **las mejores políticas de conciliación son las orientadas a lograr la flexibilización horaria, el trabajo no presencial** –se trata de favorecer el talento, no el presencialismo-. Es decir, políticas públicas que no pretendan que los padres y madres dediquen más horas al trabajo mientras sus hijos/as son cuidados por terceras personas, sino políticas que busquen un **cambio cultural** que valore **la maternidad y la paternidad como**

123



un bien social para todos/as. Y así pueda hacerse compatible el trabajo remunerado con la formación de una familia y el nacimiento de los hijos/as. Por el momento, los horarios actuales y el exceso de presencialismo lo impiden. Las jornadas laborales con hijos/as pequeños se caracterizan por la larga extensión y rigidez y la oferta de trabajo a tiempo parcial es limitada.

Los datos así lo constatan. **En nuestro país, la flexibilidad del horario laboral es únicamente disfrutada por uno de cada nueve españoles/as (11,9%)**. Esto significa que, junto con Portugal, **España es uno de los países de la UE que menor flexibilidad laboral presenta**. A esto se suma que únicamente un 15 % se acoge a la jornada parcial (INE), en su mayoría en contra de su deseo de una jornada completa y concentrada en las mujeres, lo que vuelve a abrir una brecha de género en el mercado laboral (frente al 20,4% de la media europea).

La posibilidad del "teletrabajo" no es desarrollada de forma general por la mayoría de los españoles/as. Tan sólo el 13% de las empresas permiten a sus trabajadores adherirse a esta modalidad y es por eso que son las personas autónomas los que más abundan en este tipo de sistema laboral, ya que no están bajo el mandato de ninguna organización (OIT). Según el INE, en 2017, tan sólo un 2,1% del total de personas asalariadas trabaja desde su domicilio "más de la mitad de los días que trabajó" y un 1,3% lo hace de manera "ocasional". En total, solo un 3,4% de las personas empleadas por cuenta ajena.

Un informe de la OIT relativo a 15 países y pone de manifiesto que hay muchas diferencias entre unos estados y otros. Finlandia, Suecia, Países Bajos, Colombia, Japón o Estados Unidos son los países donde más se practica esta modalidad. En Europa, donde más abundan los/las teletrabajadores/as, son los Estados escandinavos los más adelantados en este sentido, seguidos por países como Bélgica, Francia o Reino Unido.

Por ello, la Comisión Nacional para la Racionalización de los Horarios en España (ARHOE) reivindica **un cambio cultural en las empresas y en el liderazgo para conseguir una conciliación y una igualdad real**. Una cultura que atienda más que a los horarios al cumplimiento de objetivos, a los resultados del trabajo y a la mejora de la productividad. El *Smart working*, la nueva alternativa que llega desde lugares anglosajones, debería ser una opción en una sociedad que logra avanzar en el desarrollo de la tecnología.

124

CVE-2019-4582



Abogamos por la flexibilidad laboral a fin de conciliar vida reproductiva y productiva a asumir indistintamente por el varón o la mujer (teletrabajo, jornada intensiva, horarios flexibles de entrada y salida, más trabajos a tiempo parcial...), aspectos donde otros agentes sociales, como los sindicatos, tendrán un papel importante **introduciendo, a modo de ejemplo, la flexibilidad en los convenios.**

F.- APOYAR A LAS FAMILIAS NUMEROSAS: Las escasas ayudas a la natalidad en su concepto general, también debe ponerse en conexión con el concepto de “familia numerosa”. En España, las familias numerosas, de tipo general, se constituyen cuando el número de hijos/as es de al menos tres. La familia numerosa del tipo especial está destinado a familias con un mínimo de cuatro hijos/as (Ley 40/2003, de 18 de noviembre de protección a las familias numerosas (BOE núm. 277, de 19 de noviembre de 2003- BOE-A-2003-21052) y Real Decreto 1621/2005, de 30 de diciembre (BOE núm. 15, de 18 de enero de 2006- BOE A-2006-674). Estas ayudas pueden ser concedidas desde tres niveles administrativos, las cuales estarán interrelacionadas; estatal, autonómico y local. En general, hay que dejar constancia de que las establecidas por este concepto no podemos calificarlas de holgadas.

Dentro de las ayudas de carácter estatal podemos destacar (“Guía de Ayudas Sociales y Servicios para las Familias- 2018”. Publicado por el Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Entre los beneficios que se establecen en el ámbito estatal están:

- Bonificación del 45% de las cuotas de la Seguridad Social (del empleador) por la contratación de una persona cuidadora al servicio de una familia numerosa.
- Incremento del límite de ingresos para tener derecho a la asignación económica de la Seguridad Social por hijo/a a cargo menor de 18 años: 17.991,42 euros, en los supuestos en que concurren 3 hijos a cargo, incrementándose en 2.914,12 euros por cada hijo a cargo a partir del cuarto, éste incluido.
- Abono mensual de forma anticipada de las deducciones del IRPF por contribuyente que forme parte de una familia numerosa.
- Ampliación del periodo considerado como cotizado y del de reserva del puesto de trabajo en caso de excedencia por cuidado de hijo/a.
- Derechos de preferencia para conseguir becas, reducción del 50% (para la categoría general), o exención (para la categoría especial) de tasas y precios públicos en el ámbito de la educación (matrículas, exámenes, expedición de títulos y diplomas).
- Derecho al subsidio por necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad para el transporte y comedor.
- Bonificaciones del 20% o el 50% en las tarifas de transporte por carretera, ferrocarril y marítimo (dependiendo de la categoría).
- Descuento del 5% o el 10% (según categoría) en las tarifas aéreas nacionales.
- Derechos de preferencia en el acceso de actividades de ocio del IMSERSO (turismo y termalismo social) y bonificación en las cuotas a abonar.
- Bonificaciones en los precios de museos, auditorios y teatros estatales.
- Beneficios en materia de vivienda como acceso a ayudas financieras o preferencia en el acceso a viviendas protegidas.

125



- Bono social en la tarifa eléctrica consistente en que a las familias numerosas con una potencia contratada igual o inferior a 10 kW en su vivienda habitual se les aplica un descuento del 25% sobre el total del consumo realizado.
- Exención del pago de tasas por la expedición o renovación del DNI y del Pasaporte a las personas integrantes de las familias numerosas.
- Acceso a medidas de apoyo para familias numerosas en situación de vulnerabilidad en relación con su vivienda habitual.

Por otra parte, la mayoría de las materias en que cabe reconocer beneficios para las familias numerosas están dentro del ámbito de competencias de las Comunidades Autónomas e, incluso, del de las corporaciones locales.

En el ámbito de la Comunidad autónoma de Cantabria, es competente para el reconocimiento de la condición de familia numerosa y la expedición y renovación del título correspondiente, y existen las siguientes ayudas adicionales:

- Ayudas del fomento a la natalidad del Gobierno de Cantabria dentro de la llamada “Estrategia Abierta al Fomento de la Natalidad”: En la Dirección General de Igualdad y Mujer, Gobierno de Cantabria: “Estrategia Abierta para el Fomento de la Natalidad”, se regulan ayudas por nacimiento de hijos/as, así como por la aportación del tercer hijo/a. Se benefician los nacidos después de 1 de enero de 2015 (según las condiciones reguladas en el Decreto 23/2015, de 23 de abril y la modificación realizada a través del Decreto 26/2016, de 5 de mayo).
- Prestación complementaria económica por hijo/a a cargo (ICASS).
- Descuentos en servicios de ludoteca, cultura, naturaleza y deporte.
- ayudas a nivel municipal (los Municipios de Cantabria otorgan para familias numerosas deducciones relativas a servicios municipales como son el IBI, basuras y alcantarillado y aguas).

Los desafíos de financiación que todas estas medidas implican pueden ser atendidos de diversas formas: con fondos públicos, de los empleadores, de forma mixta, o con otras variantes (por ejemplo, con incentivos tales como la exención de impuestos a aquellos empleadores que implementen las medidas).

Otras medidas exigen únicamente el rediseño de algunas políticas. Entre las medidas que no requieren financiación, hay una de sencilla implementación: la licencia temporal o la reducción no remunerada durante un tiempo determinado (por ejemplo, **la reducción de la jornada completa a media jornada de trabajo**) para aquellas madres o padres que elijan dedicar tiempo a la crianza de sus hijos/as. En términos

126



legales, la prevención fundamental es garantizar que no existirán sanciones por parte de los empleadores: básicamente, **que la carrera laboral de quien elija tomar estas licencias no se verá perjudicada** (hoy, sin embargo, un porcentaje nada desdeñable sigue pensando que usar las políticas de la empresa tiene consecuencias negativas en su futuro profesional).

En último caso, sin la financiación de ciertas medidas, la capacidad de acción se limita. Toda medida quedará eclipsada por un gasto público y coberturas insuficientes que evidencian la existencia de **importantes brechas de inequidad de género y socio-económica**. Por el momento podemos afirmar que **el gasto público para las familias ha sido sumamente insuficiente**. De hecho, **las ayudas sociales a las familias con hijos/as en España son las más bajas de toda la Unión Europea** (mientras en la UE-28 cada país destina de media el 2,2% del PIB a apoyar a las familias, en España dedica como máximo el 1,4%: "Maternidad y carrera profesional" 2017).

G. **APOYAR A LAS FAMILIAS MONOPARENTALES**: el aumento en España de las familias formadas por elección propia por una sola persona sustentadora son un claro reflejo de los cambios sociales y demográficos de los últimos 40 años. En España, aunque la mayoría de nacimientos no matrimoniales se producen en el seno de una pareja estable corresidente, hay un porcentaje importante de nacimientos que corresponden a madres que no conviven con una pareja en el hogar, y que por tanto conformarán un núcleo familiar monoparental. El peso relativo de estos nacimientos en el conjunto de la natalidad ha aumentado significativamente en los últimos años. La secularización, la tolerancia social y el incremento de divorcios y de familias monoparentales. Hemos pasado a ser una sociedad crecientemente secular en la que las generaciones jóvenes ya no ven necesario casarse o incluso las mujeres más formadas e independientes económicamente no entienden necesaria la seguridad de una pareja para procrear. Además, el retraso de la edad de maternidad está haciendo que cada vez más mujeres, ante el imperativo del reloj biológico, decidan tener hijos/as en solitario.

Si la conciliación es difícil para las familias con dos progenitores, en el caso de las monoparentales se convierte en una utopía, con empleos con horarios imposibles y sin la posibilidad de reducir las jornadas.

127



III
ENVEJECIMIENTO, SALUD Y DEPENDENCIA

128

CVE-2019-4582



1. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE.

El envejecimiento supone unos daños moleculares y celulares que aumentan el riesgo de enfermedad de la persona y hacen que pierda capacidad. Esos cambios dependen en gran medida de la edad, pero no son uniformes y difieren de una persona a otra. Por tanto, debemos tener en cuenta la relación entre envejecimiento y salud/enfermedad tanto desde un punto de vista cuantitativo (aumento del número de años que vivimos), como cualitativo (envejecer con buena salud). Para ello, diferenciamos entre Esperanza de vida y Años de vida saludable o Esperanza de vida en buena salud.

La Esperanza de vida (EV) es el número de años que viviríamos en caso de mantenerse el patrón de mortalidad actual. Es un buen indicador para comparar patrones de mortalidad entre poblaciones y, por tanto, sus condiciones de salud y nivel de desarrollo. Sin embargo, interesa conocer la **Esperanza de vida saludable** (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017) para saber si una vida más larga se debe al aumento de los años vividos con buena salud (compresión de morbilidad) o con mala salud (expansión de morbilidad). La esperanza de vida sin limitación de actividad de larga duración, bajo la denominación "años de vida saludable" es uno de los indicadores estructurales para medir los objetivos estratégicos de la Unión Europea. Se mide en las Estadísticas de Ingresos y Condiciones de Vida (SILC-EU) usando el Indicador de limitación de la Actividad Global, mediante la siguiente pregunta: "¿Se ha visto usted limitado en sus actividades diarias por un problema de salud física o mental, una enfermedad o una discapacidad?". En el período entre 2006 y 2013 en España, el incremento de los años de vida saludable al nacer ha sido superior al de la EV, lo que parece señalar una compresión de la morbilidad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Según datos del SILC 2013, en España, la EV a los 65 años fue de 23,4 años en mujeres y 19,2 años en hombres. A los 65 años, las mujeres viven 9 años (38% de su EV) sin limitación de actividad (años de vida saludable), 10,1 años (43%) con limitación moderada de actividad y 4,4 años (19%) con limitación severa de actividad. Los hombres viven 9,7 años (51% de su EV) sin limitación de actividad, 6,7 años (35%) con limitación moderada de actividad y 2,7 años (14%) con limitación severa de actividad. Por tanto, comparadas con los hombres, las mujeres viven un mayor número de años, una mayor proporción con mala salud y además con problemas de salud severos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

Comparando entre Comunidades Autónomas, Aragón y Cantabria (con un 87%) se sitúan como las mejores en cuanto a la proporción de porcentaje de años de vida saludable respecto a EV (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

129



Otro índice del estado de salud de la población es la esperanza de vida en buena salud (EVBS), que evalúa el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida. En este caso, los años de vida se ponderan por la percepción subjetiva que las personas tienen de su propio estado de salud y no por la limitación de actividad. La diferencia entre las Comunidades Autónomas con mayor y menor EVBS fue de alrededor de 12 años. Desde Madrid y Navarra, con 65,2 años a Canarias con 53,2. **Cantabria, se sitúa entre las mejores con 63,5 años de esperanza de vida con buena salud** (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Por tanto, vivir más años no se traduce en vida saludable y libre de discapacidad, pero parece que en nuestra Comunidad la tendencia es optimista, probablemente por la reducción de la morbilidad, aunque con una **notable brecha de género**.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el Envejecimiento Saludable como "el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez". La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona (combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona), las características del entorno (factores del mundo exterior) que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. Aunque la capacidad intrínseca decaiga, la persona todavía puede ser capaz de hacer las cosas importantes para su vida si se ve apoyada en un entorno propicio. Esto refleja la capacidad funcional: el objetivo final del Envejecimiento Saludable (OMS, 2015).

Este objetivo puede lograrse de dos formas: fomentar y mantener la capacidad intrínseca o facilitar que las personas que tienen la capacidad funcional disminuida hagan las cosas que son importantes para ellas.

Cuando se considera a la población en su conjunto, la capacidad funcional y la capacidad intrínseca varían en personas mayores diferenciando tres grandes períodos: un período de capacidad relativamente alta y estable; un período de capacidad disminuida; y un período de pérdida significativa de la capacidad. Estos períodos no dependen de la edad y tienen importantes diferencias entre personas (OMS, 2015). El abordaje desde la salud pública será diferente en cada período.

La prevención en el envejecimiento tiene como objetivos evitar la mortalidad prematura, reducir enfermedad y promocionar estilos de vida saludables. Las estrategias de salud pública dirigidas a las personas con niveles altos y estables de capacidad intrínseca deben centrarse en fomentar y mantener esta capacidad el mayor tiempo posible. Los sistemas de salud tendrán que detectar y controlar a tiempo las enfermedades y los factores de riesgo.

130



No olvidemos además que el Envejecimiento Saludable comienza al nacer con nuestra herencia genética y depende también del medio social en el que nacemos, pues las diferencias de sexo, origen étnico, nivel educativo o socioeconómico condicionan diferencias en el acceso a recursos que supondrán a lo largo de la vida inequidad en salud (OMS, 2015). Por tanto, los hábitos saludables que puedan hacer que una persona envejezca en mejores condiciones que otro de su misma edad, pueden variar en función de determinantes sociales.

1.1. Prevención primaria: modificaciones en el estilo de vida desde el nacimiento para lograr envejecimiento saludable.

Las enfermedades asociadas al envejecimiento de la población son crónicas y en gran medida, prevenibles. Existen tres niveles de prevención dependiendo de la fase del desarrollo de la enfermedad en que se actúe. La prevención primaria, que incorpora acciones tanto de protección como de promoción de la salud, pretende evitar la aparición de la enfermedad mediante el abordaje de los determinantes de la salud. La prevención secundaria (diagnóstico precoz o cribado) actúa en la fase presintomática: la enfermedad ya existe, aunque la persona que la padece lo desconozca porque no han aparecido síntomas perceptibles y no se haya diagnosticado clínicamente. La prevención terciaria retrasa la progresión de una enfermedad crónica ya diagnosticada, recupera calidad de vida y previene discapacidad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

En prevención primaria, estrategias relativas al entorno serán cruciales para alentar conductas saludables, fomentando las habilidades y los conocimientos de las personas o con medidas más globales como políticas contra el consumo de tabaco o fomento de espacios seguros y agradables para la actividad física (OMS, 2015). Sabemos que muchas patologías asociadas con pérdida de capacidad intrínseca como enfermedades osteoarticulares, vasculares, demencias, déficit sensorial o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica tienen como factores de riesgo principales el sedentarismo y el tabaquismo, ambos modificables. Entre las acciones de prevención primaria se encuentran el fomento de la actividad física y la alimentación saludable y las políticas sobre tabaquismo y consumo nocivo de alcohol (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

La región europea de la OMS ha redactado en 2012 la «Estrategia y plan de acción sobre envejecimiento saludable en Europa 2012-2020». Prioriza la promoción y prevención, principalmente con intervenciones de promoción de la actividad física, prevención de caídas, prevención del aislamiento social y el maltrato (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

131



La prevención de enfermedades infecciosas como la gripe, neumococo o tétanos, susceptibles de vacunación, forma parte de la prevención primaria de problemas de salud.

1.2. Prevención secundaria: detección precoz.

Si en la persona adulta destacan programas de detección temprana de cánceres como los de mama, colon o cérvix, en la persona mayor la detección precoz se dirige a detectar a tiempo problemas que puedan mermar su capacidad intrínseca y que pueden paliarse con el apoyo adecuado.

La detección precoz de déficits sensoriales y su corrección temprana permite mantener la capacidad intrínseca de las personas mayores.

Es importante la detección precoz de la fragilidad de la persona anciana por su prevalencia (alrededor de un 10%), por su relevancia clínica y porque es potencialmente reversible con intervenciones apropiadas. La **persona mayor frágil** se define como aquella con disminución de reservas fisiológicas y elevada vulnerabilidad a enfermedades y procesos agresores como la inmovilidad o la hospitalización. Por tanto, tendrá mayor probabilidad de episodios adversos en salud, institucionalización, pérdida de función, dependencia y muerte.

Para identificar a la persona mayor frágil, el personal sanitario se puede orientar con diferentes criterios: factores o indicadores de riesgo (edad mayor de 80 años, hospitalización reciente o múltiple, dificultades sociofamiliares, comorbilidad, polifarmacia, inactividad física, caídas y malnutrición); pérdida incipiente o precoz de funcionalidad, merma en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) detectable a través de escalas como la de Lawton y Brody; pruebas de ejecución que valoran la marcha y la movilidad, como el test de "velocidad de la marcha" y la prueba cronometrada de "levántate y anda"; fenotipo clínico de Fried o variantes sobre la base de criterios clínicos objetivos (pérdida de peso, debilidad, baja energía, lentitud de la marcha, inactividad física) y por último, índices multidimensionales basados en acumulación de ítems de morbilidad, discapacidad y factores mentales y sociales, como el índice de fragilidad de Rockwood. Una vez detectada la fragilidad, se pueden tomar medidas sobre situaciones relacionadas con dicha fragilidad o empeoramiento funcional, como la polifarmacia o el estado nutricional, para así enlentecer su progresión (Martín Lesende *et al.*, 2014).

En cuanto al cribado de demencias, no se recomienda su aplicación a población mayor asintomática, pero sí estar alerta ante síntomas de alarma como quejas de memoria, alteraciones conductuales y empeoramiento en la capacidad de hacer actividades de la vida diaria. En ese caso, se

132



hará un estudio para detectar precozmente la presencia de deterioro cognitivo. Dicho estudio se hará por el/la profesional sanitario, mediante entrevista, aplicando test de diagnóstico validado y confrontado el resultado con una persona informadora cercana al paciente.

Pueden ser necesarias sucesivas valoraciones. Aunque no se han encontrado medidas para retrasar la progresión de la demencia, una dieta saludable, ejercicio físico y control de factores de riesgo cardiovascular, especialmente la hipertensión, se han asociado a menor riesgo de demencia (Herreros Herreros *et al.*, 2012).

1.3. Prevención terciaria: rehabilitación.

En la población que padece un deterioro de las capacidades, es posible que las enfermedades ya se hayan instalado, y los sistemas de salud en general no se centrarán en prevenir su aparición o la curación, sino en reducir al mínimo los efectos de estas afecciones en la capacidad general de la persona. Por lo tanto, se necesitan servicios para ayudar a detener, moderar o revertir el deterioro de la capacidad (OMS, 2015). Las estrategias de abordaje de patologías crónicas recomiendan "prevenir, en los pacientes con condiciones de salud crónicas, la pérdida funcional, las complicaciones asociadas a su enfermedad y la aparición de nuevas enfermedades" (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Se debe ampliar el papel del entorno en la facilitación de la capacidad funcional. La **función del entorno como facilitador de conductas saludables** continuará siendo importante para este segmento de la población de más edad, pero el enfoque puede cambiar. Por ejemplo, es posible promover la actividad física tanto para crear y mantener la masa muscular y el equilibrio como para reducir el riesgo de enfermedades (OMS, 2015).

La **actividad física** puede preservar la reserva funcional en las personas mayores. El ejercicio moderado reduce el dolor y la discapacidad derivados de la artrosis, especialmente en la artrosis de rodilla. La actividad o ejercicio físico, adaptado en intensidad y estructurado, es la recomendación principal para prevenir y/o retrasar la pérdida funcional en la fragilidad (Martín Lesende *et al.*, 2014).

Globalmente, el **Plan de atención a la cronicidad en Cantabria** describe cuatro categorías de pacientes con procesos crónicos complejos que implican discapacidad funcional: pacientes con procesos que causan deterioro funcional agudo grave potencialmente recuperable al menos en parte, pacientes con enfermedades degenerativas que provocan discapacidad progresiva y cada vez mayor necesidad de cuidados, pacientes con

133



discapacidad congénita o aparecida en la infancia y por último, pacientes pluripatológicos con deterioro funcional en agudizaciones y hospitalizaciones (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 2015).

Entre los procesos que causan deterioro funcional brusco e inesperado, destacan la fractura de cadera y el ictus. Según nuestro Plan de atención a la cronicidad, en Cantabria viven casi 10.000 personas mayores de 20 años que han sobrevivido a un ictus y solo un 10% se logran recuperar por completo. La mayor parte de la recuperación del déficit neurológico ocurre en los tres primeros meses y es fundamental que la rehabilitación comience durante el ingreso hospitalario, en cuanto el paciente se estabilice. En cuanto a la fractura de cadera, un 50% de las mayores de 80 años que viven en la comunidad, se caen al menos una vez al año y uno de cada diez sufren consecuencias graves como fractura de cadera. En ese caso, solo la mitad logran recuperar su nivel funcional previo. El objetivo fundamental en los días posteriores a la intervención quirúrgica de cadera es que el paciente vuelva a caminar con ayuda (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 2015).

Respecto a los procesos que provocan discapacidad progresiva en la persona adulta son las demencias como el Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson las de mayor prevalencia (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 2015). Son procesos progresivos que van haciendo a la persona que la padece cada vez más dependiente de otros, pero un abordaje rehabilitador puede enlentecer su progresión. En las personas con demencia, el ejercicio físico puede mejorar o lograr una progresión más lenta del deterioro funcional (Martín Lesende *et al.*, 2014).

En general, en el paciente crónico, frágil y/o pluripatológico que sufre un proceso agudo que hace empeorar su capacidad intrínseca, el entorno de la asistencia sanitaria y social debe ser adaptado con el objetivo de apoyar la recuperación de capacidad funcional.

1.4. Prevención cuaternaria.

Se llama prevención cuaternaria al conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica. Se reduce el daño obviando actividades innecesarias, limitando el impacto perjudicial de alguna actuación o reparando la salud deteriorada como consecuencia de una actividad médica (Gérvás Camacho, Gavilán Moral, Jiménez de Gracia, 2012). Como ejemplo de intervención que puede resultar perjudicial, llama la atención en las personas mayores la polimedicación.

A medida que nos hacemos mayores, aumentan los problemas con el consumo de medicación, aunque los pacientes mayores de 65 años consumen las tres cuartas partes de los fármacos prescritos en España. Según la revisión del Grupo de Actividades Preventivas en las personas

134



mayores del PAPPs, la polifarmacia o consumo diario de 4 o más fármacos afecta a un tercio de mayores y supone más riesgo de utilización de medicaciones inadecuadas, reacciones adversas a medicamentos e incumplimiento terapéutico. El consumo de medicación inadecuada es un factor de riesgo de mortalidad en mayores institucionalizados. El incumplimiento terapéutico afecta al 30-50% de las personas mayores y la automedicación al 31,2% de las personas mayores de 74 años. Las interacciones farmacológicas (prevalencia del 28,5%), suponen un mayor riesgo de reacción adversa. Además, dichas reacciones adversas son más difíciles de diagnosticar en mayores por presentar una clínica atípica o confundirse con procesos del propio envejecimiento (Martín Lesende *et al.*, 2014).

La deprescripción se basa en que una parte importante de los medicamentos utilizados en las personas mayores no han demostrado eficacia, son inútiles o producen reacciones adversas. Se debe priorizar en pacientes polimedcados, mayores de 80 años o con criterios de fragilidad, especialmente en enfermedades terminales o demencias avanzadas. Dicha deprescripción requiere un proceso de revisión continua de cada caso. Para mejorar el cumplimiento terapéutico, se recomienda el uso de pastilleros, simplificar las pautas, reducir número de dosis, la educación grupal de los/las pacientes y mejorar la comunicación con los/las profesionales. Hay evidencia de la falta de eficacia del tratamiento hipolipemiente en mayores de 65 años, que no son precisos criterios de control tan estrictos en mayores de 80 años en la presión arterial o control glucémico, que los antipsicóticos en pacientes con demencia deben retirarse siempre que no empeoren síntomas y de que no se debe usar inhibidores de la bomba de protones si su uso no está justificado clínicamente porque aumentan el riesgo de fracturas (Martín Lesende *et al.*, 2014).

2. PÉRDIDA DE CAPACIDADES Y PATOLOGÍAS, LAS CRONICIDADES.

2.1. Características de la salud en la vejez.

El envejecimiento en términos biológicos se caracteriza por la acumulación progresiva de daños moleculares y celulares que producen un deterioro de funciones del cuerpo, mayor vulnerabilidad a factores del entorno y mayor riesgo de enfermedad y muerte.

Existen cambios comunes a toda la población, aunque difieren en intensidad entre las personas.

135



Tabla 2.1.1. Cambios en el ser humano debidos al envejecimiento.

- Pérdida de masa muscular, deterioro de la fuerza y la función musculo esquelética (disminución de fuerza de prensión y agarre).
- Pérdida de densidad ósea (osteoporosis), especialmente en mujeres posmenopáusicas, con mayor riesgo de fracturas.
- Desgaste del cartilago articular y disminución de liquido sinovial, que produce rigidez y fragilidad en la articulación (artrosis). - Disminución de la velocidad de la marcha.
- Hipoacusia relacionada con la vejez (presbiacusia), progresiva, bilateral y más marcada en las frecuencias más altas.
- Pérdida de visión: presbicia, disminución de la capacidad para enfocar que provoca visión borrosa de cerca (presbicia), aumento de la opacidad del cristalino (cataratas) y degeneración macular senil.
- Menor capacidad para hacer frente a tareas complejas que requieren atender varias cuestiones al mismo tiempo o cambiar de centro de atención.
- Menor capacidad de aprender y dominar tareas que implican manipular, reorganizar, integrar o anticipar activamente varios elementos de la memoria.
- Dificultades sexuales relacionadas con patología (disfunción eréctil por enfermedad vascular) o consumo de medicación (pérdida de libido).
- Inmunosenescencia: reducción de la respuesta inmunitaria y de la eficacia de las vacunas. - Menor capacidad de la piel para actuar como barrera. Pérdida de fibras de colágeno y elastina en la dermis que reduce la resistencia a la tracción de la piel. Atrofias vasculares progresivas que aumentan la probabilidad de presentar dermatitis, escaras y laceraciones de la piel. Aumento del riesgo de enfermedad neoplásica.

Fuente: Elaboración propia a partir del "Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud" de la Organización Mundial de la Salud (2015).

Con la edad aumenta el riesgo de enfermedades que pueden tener efectos importantes en la capacidad intrínseca. Sin embargo, muchos mayores pueden mantener su bienestar y capacidad funcional a pesar de tener una o más enfermedades.

136

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Según datos del Ministerio de Sanidad de 2016, en las personas mayores de 64 años los principales motivos de consulta en el Sistema nacional de salud fueron, por orden, problemas del aparato circulatorio, del aparato locomotor, otros problemas generales e inespecíficos y, en cuarto lugar, los problemas del aparato endocrino, metabolismo y nutrición. Predominan en las personas mayores las siguientes enfermedades crónicas: hipertensión arterial, trastornos de los lípidos, artrosis y diabetes mellitus (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017b). En Atención Primaria, las personas mayores de 65 años tienen una media de más de ocho problemas de salud activos a la vez y esa media va aumentando con la edad y es mayor en mujeres, salvo en el grupo de más de 95 años, que esa diferencia entre géneros se invierte (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017c).

Las personas mayores son las que más acuden al sistema sanitario y también las que mejor lo valoran. Según el Barómetro Sanitario de 2016, el 83,4 % de los mayores de 65 años han asistido en alguna ocasión a una consulta con su médico de cabecera y el 31,4 % han acudido a algún servicio de urgencias (menos que los jóvenes de 18 a 34 años). Las personas mayores son quienes más usan la asistencia especializada: un 57,3% han acudido a consultas y un 12,9% han estado ingresadas en el hospital en el año previo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016). En 2015 en Cantabria, se registraron más de 28.000 altas hospitalarias en mayores de 65 años (ICANE, 2017). En ese grupo de edad, la sanidad es el área de mayor interés, seguida de las pensiones y el empleo. Las personas mayores son los que más confianza y satisfacción muestran hacia el sistema sanitario (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

2.2. Atención a la enfermedad crónica y pluripatología.

Se llama enfermedad crónica a aquellas enfermedades de larga duración cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. En una misma persona aparecen simultáneamente diferentes enfermedades crónicas. Se define comorbilidad como *“cualquier entidad clínica que ha existido o que podría ocurrir durante el curso clínico de un paciente que tiene una enfermedad índice bajo estudio”*. Sin embargo, esta definición ha sido criticada porque, aunque implica la presencia de varias enfermedades, hace mención a una enfermedad índice a partir de la que se define esa comorbilidad.

Con el término comorbilidad parecía excluirse la posibilidad de existencia de varias enfermedades con distinto grado de relación etiológica, clínica o fisiopatológica entre sí. Esa complejidad ha favorecido el desarrollo de nuevos términos como el de *“pacientes pluripatológicos”*, que hace referencia a personas de edad avanzada, o con enfermedades de gran complejidad, o con función limitada y vulnerabilidad. Todos estos

137



conceptos pueden unirse en el de *“multimorbilidad”*, definida como *“cualquier combinación de una enfermedad crónica con al menos otra enfermedad (aguda o crónica), o con un factor psicosocial (asociado o no), o con un factor somático”* (Fernández-Niño y Bustos-Vázquez, 2016).

Se han descrito patrones de multimorbilidad identificando patologías que suelen presentarse conjuntamente. Aparecen tres patrones principales: cardiometabólico, psicogeriatrico y mecánico (Abad-Díez *et al.*, 2014; Garin *et al.*, 2016). En el cardiometabólico aparecen patologías como aterosclerosis, arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca, diabetes, gota o hipertensión. En el psicogeriatrico, problemas de comportamiento, arritmia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, úlceras de piel crónicas, insuficiencia cardíaca, demencia, osteoporosis o Parkinson. Por último, en el mecánico, aparecen asociadas patologías como ansiedad, artropatía, dolor cervical, dermatitis, dolor de espalda o varices de extremidades inferiores. Se dan diferencias de género en la multimorbilidad, siendo más frecuentes en las mujeres los patrones psicogeriatrico y mecánico (Abad-Díez *et al.*, 2014).

Según la Encuesta Nacional de Salud 2017, del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social el 56% de la población 15 años y más de Cantabria refiere padecer algún problema de salud crónico, afectando al 58% de las mujeres y al 55% de los hombres. Según esta misma encuesta, la hipertensión, la artrosis y la hiperlipemia son los problemas de cronicidad más frecuentemente percibidos tanto en varones como en mujeres en Cantabria.

En Cantabria, se llevó a cabo una **estratificación de los/las pacientes** según el consumo de recursos sanitarios, obteniendo cinco niveles desde consumo muy bajo, hasta consumo muy alto. El 28,6% de la población tiene un consumo alto o muy alto frente al 48% que tiene un consumo bajo o muy bajo. La estratificación también informa sobre los/las pacientes considerados como pluripatológicos (se han considerado como tales aquellas personas con 75 o más años y presencia de, al menos, cuatro patologías crónicas). El número total de pacientes pluripatológicos supone un total de 5,6% (32.045 pacientes) sobre la población de Cantabria con tarjeta sanitaria (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 2015).

Las personas ancianas, especialmente las de más edad, sufren diversos cuadros patológicos con especial impacto en su salud y su calidad de vida. Se conoce como síndrome geriátrico al síntoma o conjunto de síntomas complejos con alta prevalencia en personas adultas mayores, de naturaleza multifactorial pues pueden resultar de múltiples enfermedades y factores de riesgo, que raramente se limitan a un solo órgano o sistema y que se asocian con resultados en salud adversos. Los grandes síndromes geriátricos incluyen: inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo. Comparten como características: su elevada frecuencia, especialmente en personas ancianas mayores de 80 años, hospitalizados y/o institucionalizados; su carácter sindrómico, pues otras patologías pueden presentarse en la persona anciana como uno de

138



estos problemas; al aparecer, deterioran la calidad de vida, dan lugar a dependencia y ocasionan aislamiento social; son susceptibles de prevención y tratamiento si se diagnostican adecuadamente y su abordaje precisa una valoración integral de cada caso y un cuidado interdisciplinario, entre diferentes niveles de asistencia (Gómez Ayala, 2012).

La cronicidad se traslada a las causas por las cuales fallece nuestra población. En cuanto a datos de mortalidad, en 2014 en España las cinco primeras causas de muerte fueron, por orden, el cáncer, las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y la enfermedad de Alzheimer (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017). En 2015 en Cantabria, las principales causas de mortalidad fueron los tumores, las enfermedades del aparato circulatorio, las enfermedades del aparato respiratorio, los trastornos mentales y del comportamiento y las enfermedades del sistema nervioso (ICANE, 2017).

2.3. Pérdida de capacidad funcional.

La **multimorbilidad** se asocia con mayor utilización de recursos sanitarios, peor salud percibida, depresión y pérdida de capacidad funcional (Palladino *et al.*, 2016). Diferentes condiciones presentes en la multimorbilidad suponen discapacidad, dependencia de otra persona para el autocuidado y pérdida de calidad de vida. El estudio de Forjaz *et al.* (2015) en varias cohortes de nuestro país de pacientes con multimorbilidad demostró que las condiciones más prevalentes son la patología osteoarticular y la hipertensión. Todas las enfermedades crónicas suponen aumento de discapacidad y pérdida de calidad de vida, excepto la hipertensión (Garin *et al.*, 2014). La discapacidad aparece más frecuentemente en personas con patología osteoarticular, diabetes y enfermedad mental. El mayor impacto en la calidad de vida de la persona se da cuando se unen discapacidad, patología osteoarticular y enfermedad mental (Forjaz *et al.*, 2015). A mayor número de patologías asociadas, peor calidad de vida y mayor discapacidad. Además, aparecen **diferencias de género** y las mujeres sufren mayor nivel de multimorbilidad y, por tanto, peores resultados asociados (Garin *et al.*, 2014).

139



2.4. Definición de dependencia.

En la Recomendación relativa a la dependencia (Consejo de Europa, 1998) aprobada en septiembre de 1998, por el Comité de Ministros del Consejo de Europa, se definió la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o, de manera más precisa, como «un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”. Esta definición ha sido ampliamente aceptada, estando integrada en el libro blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España, elaborado por el IMSERSO (Rodríguez *et al.*, 2005).

La definición plantea la concurrencia de tres factores para que se dé una situación de dependencia: la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria y la necesidad de asistencia o cuidados por parte de una tercera persona.

La dependencia puede entenderse en base a la definición anterior como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. En este contexto existiría una asociación entre dependencia y edad, pues a mayor edad, mayor prevalencia de limitaciones en el funcionamiento corporal y por tanto de dependencia. Ese aumento en la prevalencia de la dependencia por grupos de edad no se produciría a un ritmo constante, sino que existiría una edad (alrededor de los 80 años) en que dicho aumento se aceleraría (Rodríguez *et al.*, 2005). Por ello **existe una estrecha relación entre dependencia y envejecimiento demográfico**, si bien, claro está, la dependencia no es un fenómeno que afecte exclusivamente a los mayores.

2.5. Adaptación del sistema sanitario al envejecimiento de la población.

De acuerdo a la tendencia demográfica presente, es preciso alejar a los sistemas de salud del modelo curativo y acercarlos a la prestación de cuidados integrales centrados en las personas mayores (OMS, 2015).

140



La nueva orientación que debe tomar el modelo asistencial sanitario debería basarse en el denominado **«Modelo Asistencial Integral» centrado en la persona** y no en la enfermedad, basado en la atención primaria y no en la hospitalaria, centrado en las necesidades de la población y no en los/las pacientes individuales, organizado para una atención proactiva y planificada, no reactiva frente a los síntomas, centrado en la promoción y prevención y no en el tratamiento (Curry y Ham, 2012).

2.5.1. Empoderamiento del/la paciente en su autocuidado.

La Promoción de la salud es una de las líneas estratégicas propuestas por la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Dado que la mayor parte de condiciones de salud crónicas y factores de riesgo se pueden prevenir, la promoción de estilos de vida saludables mejora de la salud de la población, implicando cambios en las condiciones personales, sociales, ambientales y económicas en las que las personas se desarrollan (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Esos hábitos saludables deben establecerse desde la infancia y condicionarán un aumento de la Esperanza de Vida Saludable.

La Educación para la Salud es un instrumento importante de Promoción de la salud, que se caracteriza no solo por la transmisión de conocimientos por parte de un experto a la población, sino también el fomento de su motivación, habilidades personales y autoestima, para adoptar medidas destinadas a hacerse responsable de su salud (Paz y Agudo, 2014; Pellico y Hernández, 2012). El Plan de cronicidad para Cantabria contempla entre las acciones a desarrollar programas tanto de prevención y promoción de la salud como de autocuidado y autogestión de la enfermedad. Estos últimos se dirigen a pacientes crónicos o cuidadores informales (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 2015). Dentro del proyecto de Escuela cántabra de salud, la Escuela de pacientes promueve la colaboración entre profesionales sanitarios, pacientes personas expertas/as y pacientes crónicos/as desde la metodología del/la “paciente activo”, estableciendo objetivos consensuados entre profesional y paciente y resolviendo problemas del día a día con la enfermedad crónica. Se pretende así aumentar no solo los conocimientos y habilidades, sino también la motivación al autocuidado.

2.5.2. Coordinación entre niveles.

La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud define la coordinación asistencial como “la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos”. La continuidad asistencial, por su parte, es “el resultado de la coordinación desde la

141



perspectiva del paciente y se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012)

La fragmentación de la atención sanitaria no es apropiada para atender pacientes crónicos complejos, pluripatológicos o en situación de fragilidad. Se recomienda hacer desaparecer la separación estructural entre Atención Primaria y Atención Especializada, favoreciendo una atención compartida, dando los servicios necesarios, en el momento, lugar y durante el tiempo adecuado, evitando duplicidades en las intervenciones y maximizando los resultados en salud. La atención domiciliaria debe potenciarse para garantizar la continuidad en el proceso de cuidados y la respuesta efectiva a las necesidades sociosanitarias que puedan presentar los pacientes. En la coordinación asistencial, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y en concreto, la Historia Clínica Electrónica compartida favorecen la comunicación entre profesionales de diferentes niveles asistenciales y entre estos profesionales y el paciente (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

2.5.3. Recursos sanitarios adaptados.

La provisión de servicios debe adaptarse a las nuevas necesidades de la población y a esos requisitos de coordinación y continuidad asistencial. Además de aumentar la capacidad de resolución de la Atención Primaria, se potencian estructuras como las unidades hospitalarias de atención al paciente pluripatológico, unidades de hospitalización domiciliaria y unidades de convalecencia o rehabilitación integral.

Una unidad de atención al paciente pluripatológico consistirá en un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios encargados de dar una atención integral. El funcionamiento de la unidad debe basarse en los siguientes principios (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 2015):

- Continuidad asistencial entre atención primaria y especializada, activando una vía asistencial conjunta entre el médico/a de familia de referencia en Atención Primaria y el especialista hospitalario/a (Internista de referencia) de cada paciente concreto.
- Ofrecer la atención idónea en cada momento dentro del nivel asistencial adecuado, disponiendo de diferentes de trabajo (planta de hospitalización, consulta, unidad de día, etc.) evitando la duplicidad asistencial.
- Flexibilidad en la atención, con capacidad de actuar de manera rápida cuando sea preciso.

142



Entre los pacientes con procesos crónicos complejos que implican discapacidad funcional, destacan aquellos que padecen patologías como fracturas de cadera e ictus y que se pueden beneficiar de recursos de rehabilitación ambulatoria. Cuando además de rehabilitación necesite cuidados sanitarios complejos, precisará atención completa desde el hospital de día o mediante ingreso en plaza hospitalaria de recuperación funcional.

La atención sanitaria centrada en el domicilio del paciente está adquiriendo cada vez más importancia. En Cantabria la hospitalización domiciliaria está funcionando ya las cuatro áreas de salud. Para su funcionamiento necesita de la colaboración de la atención primaria de salud y de la existencia de recursos sociales formales o informales que posibiliten la permanencia del paciente en su domicilio y las ayudas necesarias para el cumplimiento terapéutico. De ahí la importancia del desarrollo de la recientemente aprobada **Estrategia de coordinación para la atención integrada social y sanitaria 2019-2022** por parte de la Consejería de Universidades e investigación, Medio ambiente y Política social y la Consejería de Sanidad.

La asistencia en el domicilio habitual por parte del SCS debe prestarse también a pacientes especialmente dependientes y vulnerables que residen en centros residenciales sociales de atención a personas dependientes en las mismas condiciones de igualdad que al resto de personas usuarias del SCS.

2.5.4. Nuevos roles profesionales.

La orientación hacia la atención integral del sistema sanitario, la necesidad de mejorar la coordinación entre niveles asistenciales y la creación de nuevos recursos, conlleva que aparezcan perfiles profesionales.

La incorporación de nuevos roles profesionales se hace imprescindible para mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, para favorecer el cuidado y tratamiento del paciente en su entorno. Se recomienda eliminar la actual rigidez en los roles profesionales y organizar los recursos en relación a los perfiles profesionales idóneos para dar respuesta a necesidades específicas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

143



Del mismo modo que el/la paciente cuenta con un médico/a de referencia en Atención Primaria, que atiende a una población concreta de pacientes, se crea la figura de médico de referencia hospitalario, generalmente internista, capaz de resolver sin esperas cuestiones relativas a reagudizaciones o descompensaciones de la patología crónica de base.

En Enfermería, podemos diferenciar un perfil diferente en cada nivel asistencial, Primaria u Hospital. Así, en Atención Primaria, el personal de enfermería gestor de casos atiende a aquellos pacientes identificados con crónicos pluripatológicos complejos, generalmente dependientes y atendidos en su domicilio, coordinando la atención entre diferentes niveles sanitarios y con recursos sociosanitarios y de la comunidad. En el Hospital, el/la enfermero/a de enlace tendrá la responsabilidad de favorecer la continuidad de la atención desde el ingreso hasta la planificación adecuada del alta, trabajando en conjunto con los servicios sociales y el/la enfermero/a gestor/a de casos (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 2015).

3. NECESIDAD DE CUIDADOS Y PERFILES DE PERSONAS CUIDADORAS.

3.1. Aumento de la demanda de cuidado formal con el envejecimiento y Ley de Dependencia.

El/la cuidador/a formal es aquel que presta cuidados en una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas dependientes, ya sean en su hogar o en un centro.

La relación se caracteriza por ser eminentemente laboral, por lo que la persona cuidadora percibe un salario por un servicio, con un horario previamente acordado y unos cuidados especializados que permiten mejorar la calidad de vida de la persona atendida. Cuando se contratan los servicios de un cuidador/a profesional, se pretende que éste cubra un área de atención a la persona, que aquellos que están en su entorno más inmediato no pueden abordar, para ello el profesional tiene que estar formado y especializado en las funciones que desempeña (Junta de Extremadura, 2017, web del cuidador).

En términos legales, los cuidados formales o profesionales se definen como "los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro" (BOE, 2006).

144



3.2. Estado actual de la Ley de Dependencia en España.

La Ley 39/2006, que introduce en nuestro ordenamiento el nuevo Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), se presentó a principios del año 2006 y fue aprobada a finales del mismo año. El desarrollo y puesta en marcha de esta ley surge en un contexto demográfico ante perspectivas y estadísticas que avanzaban un escenario desfavorable y una crisis en los cuidados y cuidadores.

El procedimiento para acogerse al actual SAAD puede sintetizarse en tres fases (ICASS, 2017):

1. Solicitud: expediente activo en la fecha de realización del informe.
2. Dictamen: expedientes que han dado lugar a resoluciones de grado y nivel, agrupados por:
 - 2.1. Grado III
 - 2.2. Grado II
 - 2.3. Grado I
 - 2.4. Sin grado (no dependientes, baja, desistimiento, caducidad, renuncia, suspensión o no acreditación)
3. Prestación: persona beneficiaria de algunas de las prestaciones del SAAD, agrupadas según el servicio/prestación que reciben:
 - 3.1. Teleasistencia
 - 3.2. Ayuda a domicilio
 - 3.3. Centro de día
 - 3.4. Residencia
 - 3.5. Asistente personal
 - 3.6. Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF)

145



En la valoración del grado de dependencia/independencia el Índice de Katz es una de las escalas de dependencia más utilizadas. En muchos casos, puede ser contestado por la propia persona, en otros deben ser los familiares, y en todo caso, deberá mediar una exploración adecuada. Se trata de seis ítems dicotómicos que evalúan la independencia o dependencia para efectuar una serie de tareas. La capacidad para realizar cada una de las tareas se valora con 0, mientras que la incapacidad, con 1. Atendiendo a la puntuación final se establecen tres grados de incapacidad. (Ver Tabla 3.3.1.)

Tabla 3.3.1. Valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria -índice de Katz.

Actividades Básicas de la Vida Diaria	Independiente	Dependiente
Bañarse	Se baña completamente sin ayuda o necesita ayuda solo para lavarse una parte del cuerpo (espalda).	Necesita ayuda para lavarse más de una parte o para salir o entrar de la bañera.
Movilidad	Entra y sale de la cama sin ayuda, se sienta y se levanta solo de la silla.	Precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla.
Vestirse	Coge la ropa del armario, se pone la ropa solo y puede usar cremalleras (se excluye atarse los zapatos).	No es capaz de vestirse solo.
Continencia	Control completo de la micción y defecación.	Incontinencia total o parcial urinaria o fecal. Necesidad permanente de enemas, sondas, colectores o cuñas.
Usar el retrete	Accede al retrete, es capaz de limpiarse y asearse.	Usa orinal o cuña, o precisa ayuda para acceder y utilizar el retrete.

146



Vicepresidencia

Actividades Básicas de la Vida Diaria	Independiente	Dependiente
Alimentación	Lleva la comida del plato a la boca (se excluye cortar carne o untar el pan).	Precisa ayuda para beber o alimentarse, no come o precisa nutrición enteral o parenteral (artificial).

Fuente: Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL. (2009). The Spanish versions of the Barthel index (BI) and the Katz index (KI) of activities of daily living (ADL): a structured review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1):e77-84.

Grados de dependencia:

- Grado I o dependencia moderada: la persona necesita ayuda para realizar varias Actividades Básicas de la Vida Diaria al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Grado II o dependencia severa: la persona necesita ayuda para realizar varias Actividades Básicas de la Vida Diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- Grado III o gran dependencia: la persona necesita ayuda para realizar varias Actividades Básicas de la Vida Diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Las Comunidades Autónomas introducen sus datos en el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD) y con estos datos se confeccionan mensualmente las estadísticas sobre la gestión del Sistema de Dependencia. Cabe señalar que la propia normativa que regula el Sistema de Información recoge el carácter provisional de estas estadísticas mensuales "teniendo en cuenta el proceso de actualización continua y constante de los datos incorporados en el SISAAD, las estadísticas mensuales tienen carácter provisional. El Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, es el órgano encargado de realizar la evaluación anual de la gestión del SAAD, comparando los datos elevados a definitivos a 31 de diciembre de cada año y publicados en el SISAAD,

147



Vicepresidencia

con los datos de los ejercicios anteriores". Los datos definitivos del presente documento son los correspondientes hasta la fecha de 31 de diciembre de 2018.

La cifra de personas beneficiarias a fecha de 31 de diciembre de 2018 con prestación es de 1.054.275, una vez realizado el cruce con los ficheros de fallecidos. En el Gráfico 3.3.1 se muestra la evolución de personas beneficiarias con prestación desde la implantación de la Ley de Dependencia.

En cuanto al perfil por edad de los beneficiarios, el 72,49% tienen más de 65 años. En concreto un 17,97% tienen una edad comprendida entre los 65 y 79 años, mientras que un 54,51% tienen 80 o más años.

En relación al género, los datos muestran que la dependencia es en mayor medida femenina. Del total personas beneficiarias, un total de 686.417 (un 65%) se corresponden con mujeres, y 367.858 (35%) con hombres. Al estratificar por tramos de edad, para el grupo de 65 y 79 años el 63% son mujeres, mientras que un 77% tienen 80 o más años. La explicación a este fenómeno puede encontrarse en la confluencia de varios factores, destacando principalmente: la mayor esperanza de vida entre las mujeres, que supone un mayor riesgo de poder encontrarse en situación de dependencia.

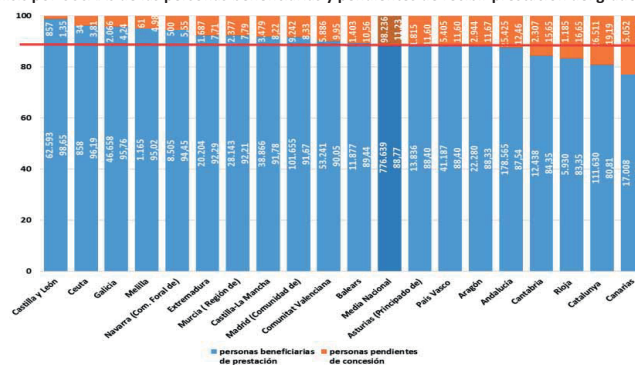
148

CVE-2019-4582



A fecha 31 de diciembre de 2018 encontramos un total de 874.875 personas beneficiarias de Grados III y II (grandes y severos dependientes), cuya implantación se produjo entre los años 2007 y 2009, de las cuales 776.639 son personas beneficiarias con prestación reconocida, lo que supone un 88,77% de cobertura media nacional, como se refleja en la gráfica de la página siguiente. Por lo tanto, hay un total de 98.236 personas de los Grados III y II pendientes de recibir prestación, esto es un 11,23% de las personas, de estos Grados, que ya han sido declaradas con derecho a servicio o prestación.

Figura 3.3.3. Análisis por CCCAAs de las personas beneficiarias y pendientes de recibir prestación del grado de dependencia II y III.



Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Análisis explicativo de las estadísticas mensuales del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Situación a 31 de diciembre de 2018. Madrid: IMSERSO. http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad_compl20181231.pdf

151



3.4. Estado actual de la Ley de Dependencia en Cantabria.

El artículo 11 de la Ley 39/2006, Ley de Dependencia, al referirse a las competencias de las Comunidades Autónomas, dispone "corresponde a las mismas gestionar, en su ámbito territorial, los servicios y recursos necesarios para la valoración y atención de la dependencia". Así, las Comunidades Autónomas son las administraciones competentes para recibir las solicitudes presentadas por los ciudadanos, valorar la situación en que se encuentren las personas solicitantes y dictar, en su caso, la correspondiente resolución en que se reconozca la situación de dependencia. Los datos que a continuación se presentan corresponden a los últimos datos oficiales publicados a fecha de 1 de enero de 2017.

3.4.1. Solicitudes presentadas al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria hasta el 1 de enero de 2019.

En número total de solicitudes presentadas en Cantabria hasta la fecha fue de 25.881. En consonancia con la tendencia nacional, encontramos diferencias significativas en relación al género: el 63% correspondieron a mujeres y un 37% a hombres. Al estratificar por áreas de salud, los datos también muestran diferencias significativas, siendo Santander (52%) y Torrelavega (27%) las áreas que más solicitudes han cursado.

Tabla 3.4.1. Número de solicitudes presentadas en Cantabria a fecha de 1 de enero de 2019

	SOLICITUDES					
	Total		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
I - Santander	13.578	52,46%	4.930	51,36%	8.648	53,11%
II - Laredo	4.308	16,65%	1.663	17,33%	2.645	16,24%
III - Reinosa	1.130	4,37%	418	4,36%	712	4,37%
IV - Torrelavega	6.865	26,53%	2.587	26,95%	4.278	26,27%
CANTABRIA	25.881	100,00%	9.598	100,00%	16.283	100,00%

Fuente: Consejería de Universidades e Investigación, Medio Ambiente y Política Social. Dirección General de Política Social. Servicio de Planificación y Evaluación Social. Estadísticas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria. http://www.serviciossocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/estadisticas-dependencia/Estadisticas%20SAAD_1.enero.2019.pdf

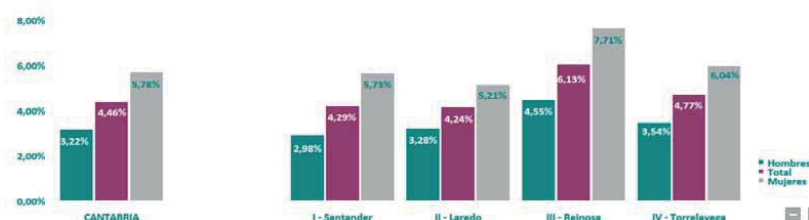
152



El número de solicitudes en relación a la población total de Cantabria se muestra en la Tabla 3.4.2 y el Gráfico 3.4.1. El porcentaje más elevado de solicitudes/habitante lo encontramos en las mujeres del área de Reinosa (7,7%), seguido de Torrelavega (6%), Santander (5,7%) y Laredo (5%). En sentido opuesto, destaca el 3% de solicitudes por habitantes en el caso de los hombres en el área de Santander.

Tabla 3.4.2. y Figura 3.4.1. Número de solicitudes presentadas en relación a la población total de Cantabria a 1 de enero de 2019.

	POBLACIÓN			SOLICITUDES					
	Total	Hombres	Mujeres	Total		Hombres		Mujeres	
				n	% pob.	n	% pob.	n	% pob.
I - Santander	316.378	165.396	150.982	13.578	4,29%	4.930	2,98%	8.648	5,73%
II - Laredo	101.538	50.778	50.760	4.308	4,24%	1.663	3,28%	2.645	5,21%
III - Reinosa	18.426	9.186	9.240	1.130	6,13%	418	4,55%	712	7,71%
IV - Torrelavega	143.953	73.127	70.826	6.865	4,77%	2.587	3,54%	4.278	6,04%
CANTABRIA	580.295	298.487	281.808	25.881	4,46%	9.598	3,22%	16.283	5,78%



Fuente: Consejería de Universidades e Investigación, Medio Ambiente y Política Social. Dirección General de Política Social. Servicio de Planificación y Evaluación Social. Estadísticas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria. http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/estadisticas-dependencia/Estadisticas%20SAAD_1.enero.2019.pdf

153



En relación al perfil de las personas solicitantes, los datos publicados muestran diferencias significativas por género y edad. El grupo de los mayores de 79 años cursó 14.199 solicitudes de dependencia (un 34% de la población para ese grupo de edad) frente a las 5.110 presentadas en el grupo de edad de 65-79 años (6% de la población para ese grupo de edad).

Se observa una diferencia significativa en cuanto al número de solicitudes presentadas por mujeres en ambos grupos de edad: 65-79 años representan el 59% de las solicitudes y entre los solicitantes mayores de 80 años, las mujeres son el 74%. (Ver Tabla 3.4.3.)

Tabla 3.4.3. Perfil de las personas solicitantes: género y edad. Cantabria, 1 de enero de 2019.

	HASTA 3 AÑOS		3 A 17 AÑOS		18 A 64 AÑOS		65 A 79 AÑOS		80 AÑOS Y MÁS		TOTAL	
	n	% pob.	n	% pob.	n	% pob.	n	% pob.	n	% pob.	n	% pob.
Hombres	84	0,91%	738	1,92%	2.924	1,60%	2.110	5,72%	3.742	25,08%	9.598	3,41%
Mujeres	89	1,01%	502	1,36%	2.235	1,23%	3.000	6,96%	10.457	38,28%	16.283	5,46%
TOTAL	173	0,96%	1.240	1,64%	5.159	1,41%	5.110	6,39%	14.199	33,62%	25.881	4,46%

Fuente: Consejería de Universidades e Investigación, Medio Ambiente y Política Social. Dirección General de Política Social. Servicio de Planificación y Evaluación Social. Estadísticas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria. http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/estadisticas-dependencia/Estadisticas%20SAAD_1.enero.2019.pdf

3.4.2. Dictámenes de las solicitudes presentadas al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria hasta el 1 de enero de 2019.

En relación a los dictámenes emitidos de las solicitudes presentadas en Cantabria hasta el 1 de enero de 2019 cabe destacar que se han resuelto en todas las áreas el 96% de las solicitudes presentadas (ver tabla 3.4.4). En los análisis en relación a la población de Cantabria, las diferencias por género encontradas en los dictámenes (5,5% de las mujeres y 3,08% de los hombres) concuerdan con los datos previos de solicitudes

154



presentadas. En el análisis por áreas de salud y población, cabe destacar de nuevo el dato del área de Reinoso: el 7% de las mujeres presentaron dictámenes resueltos favorablemente, frente al 5% de las mujeres de Laredo o el 5,5% de las mujeres de Santander. (Ver tabla 3.4.5.).

Tabla 3.4.4. Dictámenes de las solicitudes presentadas en Cantabria hasta el 1 de enero de 2019.

	SOLICITUDES		DICTÁMENES							
			Total		Grado III		Grado II		Grado I	
	n	%	n	% sol.	n	% dict.	n	% dict.	n	% dict.
I - Santander	13.578	52,46%	13.038	96,02%	3.369	25,84%	4.375	33,56%	2.989	22,93%
II - Laredo	4.308	16,65%	4.119	95,61%	1.112	27,00%	1.302	31,61%	918	22,29%
III - Reinoso	1.130	4,37%	1.025	90,71%	275	26,83%	372	36,29%	239	23,32%
IV - Torrelavega	6.865	26,53%	6.597	96,10%	1.824	27,65%	2.290	34,71%	1.565	23,72%
CANTABRIA	25.881	100,00%	24.779	95,74%	6.580	26,55%	8.339	33,65%	5.711	23,05%

Fuente: Consejería de Universidades e Investigación, Medio Ambiente y Política Social. Dirección General de Política Social. Servicio de Planificación y Evaluación Social. Estadísticas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria.

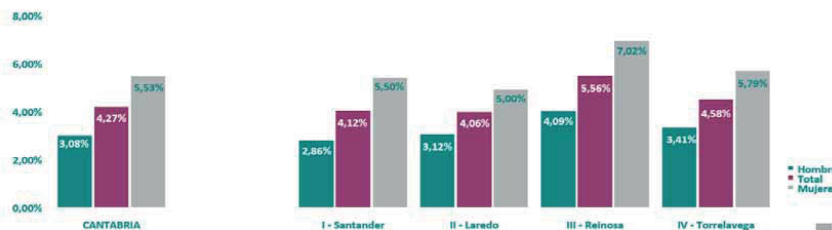
http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/estadisticas-dependencia/Estadisticas%20SAAD_1_enero_2019.pdf

155



Tabla 3.4.5. y Figura 3.4.2. Dictámenes de las solicitudes presentadas en relación a la población de Cantabria hasta el 1 de enero de 2019.

	POBLACIÓN			DICTÁMENES					
	Total	Hombres	Mujeres	Total		Hombres		Mujeres	
				n	% pob.	n	% pob.	n	% pob.
I - Santander	316.378	165.396	150.982	13.038	4,12%	4.730	2,86%	8.308	5,50%
II - Laredo	101.538	50.778	50.760	4.119	4,06%	1.583	3,12%	2.536	5,00%
III - Reinoso	18.426	9.186	9.240	1.025	5,56%	376	4,09%	649	7,02%
IV - Torrelavega	143.953	73.127	70.826	6.597	4,58%	2.494	3,41%	4.103	5,79%
CANTABRIA	580.295	298.487	281.808	24.779	4,27%	9.183	3,08%	15.596	5,53%



Fuente: Consejería de Universidades e Investigación, Medio Ambiente y Política Social. Dirección General de Política Social. Servicio de Planificación y Evaluación Social. Estadísticas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria. http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/estadisticas-dependencia/Estadisticas%20SAAD_1_enero_2019.pdf

156



En la siguiente Tabla 3.4.6. y el Gráfico 3.4.3. se muestra el número solicitudes y los dictámenes según el grado de dependencia reconocido. En concordancia con los datos señalados anteriormente, de nuevo se muestran diferencias significativas por área de salud. Los expedientes sin grado hacen referencia a no dependientes, baja, desistimiento, caducidad, renuncia, suspensión y/o no acreditación.

Tabla 3.4.6. y Figura 3.4.3. Solicitudes y dictámenes según el grado de dependencia. Cantabria, 1 de enero de 2019.

	DICTAMENES	GRADO III		GRADO II		GRADO I		SIN GRADO	
		n	%	n	%	n	%	n	%
I - Santander	13.038	3.369	51,20%	4.375	52,46%	2.989	52,34%	2.305	55,56%
II - Laredo	4.119	1.112	16,90%	1.302	15,61%	918	16,07%	787	18,97%
III - Reinosa	1.025	275	4,18%	372	4,46%	239	4,18%	139	3,35%
IV - Torrelavega	6.597	1.824	27,72%	2.290	27,46%	1.565	27,40%	918	22,13%
CANTABRIA	24.779	6.580	100,00%	8.339	100,00%	5.711	100,00%	4.149	100,00%



Fuente: Consejería de Universidades e Investigación, Medio Ambiente y Política Social. Dirección General de Política Social. Servicio de Planificación y Evaluación Social. . Estadísticas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria. http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/estadisticas-dependencia/Estadisticas%20SAAD_1.enero.2019.pdf

157



3.4.3. Prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria hasta el 1 de enero de 2019.

En concordancia con las solicitudes presentadas y los expedientes resueltos con dictamen favorable, el perfil de las personas con prestación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria presenta una pendiente creciente y proporcional a la población (24% de las mujeres mayores de 80 años) y en el área de Reinosa. (Tablas 3.4.7. y 3.4.8., y Gráfico 3.4.4.).

Tabla 3.4.7. Perfil de las personas con prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria hasta el 1 de enero de 2019.

	HASTA 3 AÑOS		3 A 17 AÑOS		18 A 64 AÑOS		65 A 79 AÑOS		80 AÑOS Y MÁS		TOTAL	
	n	% pob.	n	% pob.	n	% pob.	n	% pob.	n	% pob.	n	% pob.
Hombres	25	0,27%	340	0,88%	1.900	1,04%	1.240	3,36%	2.032	13,62%	5.537	1,96%
Mujeres	18	0,20%	196	0,53%	1.381	0,76%	1.660	3,85%	6.557	24,01%	9.812	3,29%
TOTAL	43	0,24%	536	0,71%	3.281	0,90%	2.900	3,63%	8.589	20,34%	15.349	2,65%

Fuente: Consejería de Universidades e Investigación, Medio Ambiente y Política Social. Dirección General de Política Social. Servicio de Planificación y Evaluación Social. . Estadísticas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria. http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/estadisticas-dependencia/Estadisticas%20SAAD_1.enero.2019.pdf

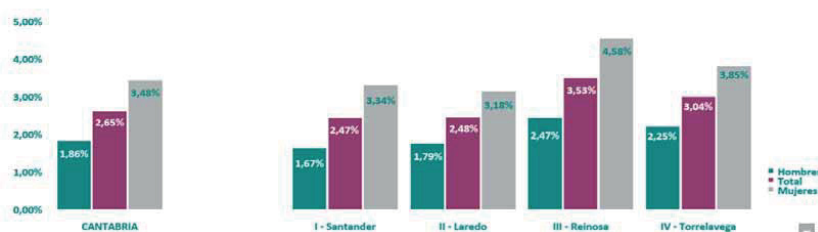
158

CVE-2019-4582



Tabla 3.4.8. y Figura 3.4.4. Perfil de las personas con prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria hasta el 1 de enero de 2019.

	POBLACIÓN			PERSONAS CON PRESTACIONES					
	Total	Hombres	Mujeres	Total		Hombres		Mujeres	
				n	% pob.	n	% pob.	n	% pob.
I - Santander	316.378	165.396	150.982	7.804	2,47%	2.756	1,67%	5.048	3,34%
II - Laredo	101.538	50.778	50.760	2.519	2,48%	907	1,79%	1.612	3,18%
III - Reinosa	18.426	9.186	9.240	650	3,53%	227	2,47%	423	4,58%
IV - Torrelavega	143.953	73.127	70.826	4.376	3,04%	1.647	2,25%	2.729	3,85%
CANTABRIA	580.295	298.487	281.808	15.349	2,65%	5.537	1,86%	9.812	3,48%



Fuente: Consejería de Universidades e Investigación, Medio Ambiente y Política Social. Dirección General de Política Social. Servicio de Planificación y Evaluación Social. Estadísticas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria. http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/estadisticas-dependencia/Estadisticas%20SAAD_1.enero.2019.pdf

159



Para finalizar este apartado y a modo de síntesis, en la Tabla 3.4.9 se presenta una visión global de las solicitudes, dictámenes y personas con prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria a 1 de enero de 2019. Destacar que un 96% de las solicitudes ya presentan un dictamen a esa fecha, y que el 83% de las personas ya tiene asignada prestación con derecho valorada.

Tabla 3.4.9. Solicitudes, dictámenes y personas con prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria hasta el 1 de enero de 2019.

	SOLICITUDES		DICTÁMENES								P. CON DERECHO	
			Total		Grado III		Grado II		Grado I			
	n	%	n	% sol.	n	% dict.	n	% dict.	n	% dict.	n	% dict.
I - Santander	13.578	52,46%	13.038	96,02%	3.369	25,84%	4.375	33,56%	2.989	22,93%	10.733	82,32%
II - Laredo	4.308	16,65%	4.119	95,61%	1.112	27,00%	1.302	31,61%	918	22,29%	3.332	80,89%
III - Reinosa	1.130	4,37%	1.025	90,71%	275	26,83%	372	36,29%	239	23,32%	886	86,44%
IV - Torrelavega	6.865	26,53%	6.597	96,10%	1.824	27,65%	2.290	34,71%	1.565	23,72%	5.679	86,08%
CANTABRIA	25.881	100,00%	24.779	95,74%	6.580	26,55%	8.339	33,65%	5.711	23,05%	20.630	83,26%

Fuente: Consejería de Universidades e Investigación, Medio Ambiente y Política Social. Dirección General de Política Social. Servicio de Planificación y Evaluación Social. Estadísticas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria. http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/estadisticas-dependencia/Estadisticas%20SAAD_1.enero.2019.pdf

3.5. Cuidadores/as profesionales en el ámbito familiar como motor generador de empleo.

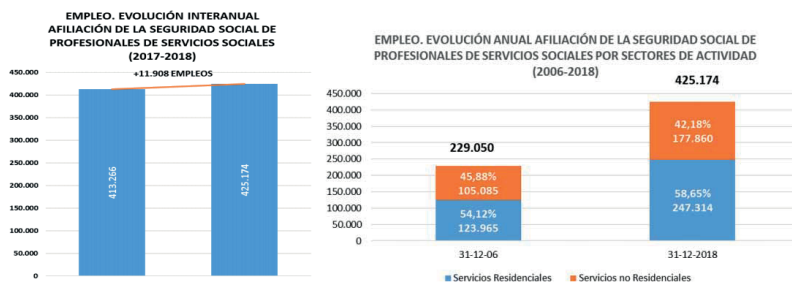
En relación al perfil de las solicitudes la prestación de cuidados a través de Servicios Profesionales es notablemente superior a la de Prestaciones Económicas para Cuidados en el Entorno Familiar. En 2018, los servicios profesionales representan el 69% del total de prestaciones reconocidas, frente al 31% de Prestaciones Económicas para Cuidados en el Entorno Familiar (IMSERSO, 2018).

160



La evolución interanual, comparada con el mismo mes del año anterior, diciembre 2017, presenta un aumento de 11.908 nuevas afiliaciones, un 2,88%. Desde la puesta en marcha de la Ley de Dependencia en 2006, en la evolución de las afiliaciones a la Seguridad Social se ha producido un aumento de 192.647 nuevas afiliaciones desde dicha fecha.

Figura 3.5.1. Evolución de las afiliaciones a la Seguridad Social estratificando por sectores de actividad (2006-2018).



Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Análisis explicativo de las estadísticas mensuales del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Situación a 31 de diciembre de 2018. Madrid: IMSERSO. http://www.imserso.es/interPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad_compl20181231.pdf

En Cantabria, no se mantiene esta tendencia nacional. Las solicitudes y dictámenes de Prestaciones Económicas para Cuidados en el Entorno Familiar fueron superiores a las solicitudes de Prestaciones de Servicios a través de Servicios Profesionales (Tabla 3.5.1). En 2017, los servicios profesionales representan el 46% del total de prestaciones reconocidas, frente al 54% de Prestaciones Económicas para Cuidados en el Entorno Familiar (Gobierno de Cantabria, 2019).

161



Tabla 3.5.1. Personas beneficiarias del SAAD y prestaciones. Cantabria, 1 de enero de 2019.

	PERSONAS CON PRESTACIONES	TAD		SAD		CENTRO DE DIA		RESIDENCIA		ASISTENTE PERSONAL		PECEF		TOTAL PRESTACIONES	RATIO
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
I - Santander	7.804	794	50,28%	561	49,87%	970	56,26%	2.508	54,56%	1	100,0%	4.004	48,08%	8.838	1,13
II - Laredo	2.519	800	19,00%	196	17,42%	268	15,55%	554	12,05%	0	0,00%	1.562	18,76%	2.880	1,14
III - Reinosa	650	71	4,50%	37	3,29%	49	2,84%	245	5,33%	0	0,00%	323	3,88%	725	1,12
IV - Torrelavega	4.376	414	26,22%	331	29,42%	437	25,35%	1.290	28,06%	0	0,00%	2.438	29,28%	4.910	1,12
CANTABRIA	15.349	1.579	100,0%	1.125	100,0%	1.724	100,0%	4.597	100,0%	1	100,0%	8.327	100,0%	17.353	1,13

TAD: Teleasistencia; SAD: Ayuda a domicilio; PECEF: Prestación económica para cuidados en el entorno familiar.
 Fuente: Consejería de Universidades e Investigación, Medio Ambiente y Política Social. Dirección General de Política Social. Servicio de Planificación y Evaluación Social. Estadísticas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria. http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/estadisticas-dependencia/Estadisticas%20SAAD_1.enero.2019.pdf

4. ASISTENCIA INFORMAL-INTERGENERACIONAL Y SOCIEDAD GLOBALIZADA.

4.1. Perfil de la persona cuidadora informal.

Es aquel en el que la relación con el/la paciente se establece por lazos familiares, amistades, o por un compromiso personal. Se diferencia claramente de la persona cuidadora profesional en la ausencia de remuneración económica por el servicio del cuidado (Rodríguez *et al.*, 2005). No existe un claro consenso en cuanto a la elección del término más adecuado, y por ello, en este documento los términos "Persona cuidadora informal o familiar" serán citados indistintamente.

162

CVE-2019-4582



España se sitúa al frente de los cuidados informales frente al resto de países europeos (Vilaplana, Jiménez, y García, 2011). En los países del norte de Europa hay menos personas cuidadoras y estos cuidan menos horas que el resto. Por el contrario, los países mediterráneos, como Italia y España, son los países con mayor número de personas cuidadoras informales y que dedican un mayor porcentaje de horas al cuidado. En España más del 50 % de las personas cuidadoras emplean más de 20 horas semanales en cuidar, frente a Suecia, en el que solo un 10 % de ellas emplea este tiempo. Los países continentales como Alemania y Francia, junto al Reino Unido, se encuentran en una posición intermedia respecto a los países del norte y sur de Europa (Colombo, Llena, Mercier, y Tjadens, 2011).

Por el contrario, el norte de Europa se sitúa en los primeros puestos relacionados con la institucionalización de personas mayores, mientras en España, la red informal del cuidado es mayor, así como el tiempo y la duración del cuidado. A pesar de ello, los hogares reciben menos ayuda externa que el resto de los países del continente europeo (Colombo *et al.*, 2011; Galaso, De Vera, y Vara, 2013).

En Cantabria el Instituto Cántabro de Asuntos Sociales (ICASS) e Instituto Cántabro de Estadística (ICANE) han publicado datos sobre las personas receptoras de cuidados informales (Cueli, 2017; ICANE, 2015). Este informe muestra que en un 6,65 % de los hogares de Cantabria, residen personas que necesitan ayuda de otras siendo su distribución de 11,09 % personas mayores de 65 años y unas 4,44 % personas con discapacidad. En el 57,7 % de los hogares de Cantabria la persona que se encarga de los cuidados habita en el hogar con quien necesita atención y en un 11,08 % de los hogares, las personas que necesitan atención son atendidas por un/a integrante de la familia que vive en otro domicilio; es decir, en un 68,8 % de los hogares de Cantabria, las personas que necesitan ayuda para cualquier actividad de la vida cotidiana son atendidas por el sistema informal de cuidados.

Es previsible que la demanda de servicios de cuidados formales e informales crezca de manera sustancial en las próximas décadas, lo que va a ejercer presión sobre los sistemas sanitarios de Cantabria, España o de toda Europa o países desarrollados en general (OMS, 2015; Schaller, Mauskopf, Kriza, Wahlster, y Kolominsky-Rabas, 2015).

163



4.2. Características de las personas receptoras de los cuidados y de los cuidados proporcionados por las personas cuidadoras informales.

En España se han realizado dos encuestas de ámbito nacional dirigidas a la población de personas cuidadoras de personas mayores. La primera se realizó en el año 1994 (Rodríguez *et al.*, 1995) y una década después se realizó la segunda, año 2004; ambas son llevadas a cabo por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). En el año 2008 se realizó una tercera encuesta nacional, Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Dependencia (EDAD) llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística (INE) (Rodríguez *et al.*, 2005). Esta última, aunque no realizó un análisis específico de la persona cuidadora, ofrece información relevante al respecto. A nivel nacional, clásicamente los estudios acerca de personas cuidadoras informales, claramente definen su perfil en nuestro país en género femenino (Rodríguez *et al.*, 1995; Rodríguez *et al.*, 2005), coincidiendo con múltiples investigaciones en varias Comunidades Autónomas como Barcelona, Andalucía, Madrid, Castilla y León, Galicia o País Vasco que estudian el cuidado informal en su comunidad (Flores, Jenaro, Moro, y Tomsa, 2016; González-Valentín y Gálvez-Romero, 2009; Molinuevo y Hernández 2011; Pérez *et al.*, 2009; Torres, Blanco, Vázquez, Díaz, Otero, y Hermida, 2015).

En España, el perfil clásico de persona cuidadora informal sería una mujer, con una edad comprendida entre los 45 y 64 años, conviviente con la persona cuidada, lo que suele implicar un lazo familiar directo (Instituto Nacional de Estadística, 2009). Suelen ser mujeres con estudios primarios o incompletos, amas de casa o sin ocupación remunerada, correspondiendo con la última generación de mujeres no activas en el mercado laboral, esto es, aquellas mujeres que al casarse se quedaron en casa, encargándose del cuidado de la casa y de sus familiares (De los Santos y Carmona, 2012; García, Mateo, y Eguiguren, 2004; Sánchez, 2014).

Sin embargo, las circunstancias socio-económicas en España y en Cantabria han cambiado en los últimos diez años. Progresivamente, las mujeres se han incorporado al mercado laboral para sustentar, al igual que el hombre, la economía doméstica. A ello, se añade el fuerte impacto de la crisis económica acaecida en los últimos años, lo que condiciona un aumento de integrantes de la familia desocupadas o jubiladas.

Como fuente directa de información sobre personas cuidadoras informales, en Cantabria se ha publicado un reciente estudio transversal del año 2017 en forma de tesis doctoral (Cueli, 2017). Este estudio incluyó 184 personas cuidadoras familiares de personas mayores dependientes de todo Cantabria, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple estratificado por Centro de Salud, y ha mostrado tres perfiles de personas cuidadoras familiares de personas mayores dependientes más prevalentes en cuanto a sexo y relación de parentesco: Hijas (N= 104, 56,5 %); Cónyuge o pareja (esposa) (N= 24, 13 %); 13,0; Hijos (N= 22, 12 %). En global las hijas e hijos constituyeron el 68,5 % de la muestra (N= 126), y los Cónyuges o pareja (esposas y esposos), el 15,8 % (N = 29). Así pues, los tres perfiles más prevalentes de cuidadores familiares, en cuanto a

164



sexo y relación de parentesco, en orden de frecuencia serían: hijas, esposas e hijos (Cueli, 2017). Al menos en Cantabria, aunque del cuidado familiar de personas mayores dependientes se ocupan mayoritariamente las mujeres- hijas seguidas de esposas-, esta brecha de género disminuye en las dos últimas décadas a favor de los hijos cuidadores. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre hijas e hijos en cuanto a estado civil y situación laboral. Las mujeres cuidadoras fueron en mayor porcentaje "casadas y conviviendo en pareja" (70,6 %) y los hombres cuidadores fueron en mayor porcentaje "solteros" y "divorciados o separados" (54,8 %), $p=0,005$. Las "tareas del hogar" fueron más prevalentes entre las mujeres respecto a los hombres. Los hombres estuvieron ocupados, jubilados y parados en mayor medida. El nivel educativo fue similar en hombres y mujeres. El 61,4 % de la muestra de cuidadores familiares cursó únicamente estudios primarios.

Asimismo, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la relación de parentesco de la persona cuidadora y el sexo del receptor de los cuidados. Los hombres son cuidados principalmente por sus esposas (47,7%) seguidas de sus hijos e hijas (38,6%), mientras que las mujeres son cuidadas mayoritariamente por sus hijos e hijas (77,9 %) y escasamente por sus esposos (5,7 %) (Cueli, 2017).

En el primer estudio a nivel nacional que se conoce (Rodríguez *et al.*, 1995), la edad media de la persona cuidadora fue de 52 años. En el año 2008, según la encuesta EDAD, la edad media de las personas cuidadoras de personas mayores de 65 años fue 60,68 años (Oliva, Vilaplana, y Osuna, 2011). En Cantabria los últimos datos de los que disponemos (Cueli, 2017) muestran una media de edad de 61 años. Así pues, es previsible un aumento de la edad media de las personas cuidadoras, que puede explicarse por el progresivo envejecimiento de la población española. Es decir, aumenta tanto la edad de las personas receptoras de cuidados, como la edad de los cónyuges o parejas, o el de las generaciones más próximas que los cuidan.

En este sentido se ha descrito un aumento gradual en el porcentaje de personas cuidadoras informales jubiladas desde las dos últimas décadas (Rodríguez *et al.*, 1995, Rodríguez *et al.*, 2005), que en Cantabria en el 2017 fue del 32,1 % (Cueli, 2017).

El progresivo envejecimiento que afecta tanto a las personas cuidadoras como receptoras de cuidados, hace previsible el mantenimiento de esta tendencia al aumento gradual en las próximas décadas (Rodríguez, 2006).

En conclusión, el contexto socioeconómico parece influir en la elección de la persona cuidadora familiar. La creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral y el desempleo en los hogares españoles, parece replantear la elección de la persona cuidadora dentro del grupo familiar en función de su ocupación laboral; siendo la hija o el hijo desocupado susceptibles de tomar el rol de persona cuidadora familiar.

165



En Cantabria, según el estudio transversal de corte poblacional, las personas receptoras de los cuidados fueron principalmente mujeres de edad avanzada mayores de 85 años. Cerca del 40 % estos presentaron un grado de comorbilidad alto en base al índice de Charlson, siendo la demencia, insuficiencia cardiaca y el accidente cerebro-vascular las comorbilidades más prevalentes (Cueli, 2017). Estos datos son coincidentes con otros estudios realizados con poblaciones de iguales características a las de nuestra comunidad (Del Pozo, Escribano, y Moya, 2011). En base al estudio de Cueli (2017), el 59% de las personas receptoras de los cuidados tendría dependencia grave o severa en base al índice de Barthel.

Estos datos coinciden con la bibliografía nacional e internacional. Las enfermedades neurodegenerativas como la demencia, se han establecido según la Organización Mundial de la Salud, como la principal causa de dependencia entre las personas mayores en todo el mundo, asociándose con la necesidad de asistencia en las actividades básicas de la vida diaria, precisando la ayuda de otras personas para poder vivir (OMS, 2015, 2017). A la demencia se la denomina "la enfermedad de los costes indirectos" puesto que los incrementos del coste asociados a los mayores niveles de gravedad de la demencia se producen sobre todo a expensas del cuidado informal en tiempo y recursos para ejercer el cuidado (Neuroalianza y Universidad Complutense de Madrid, 2016; Peña-Longobardo, y Oliva-Moreno, 2015).

Los cuidados proporcionados por las personas cuidadoras familiares fueron de más de dos años, con un tiempo diario de dedicación de 3,5 horas en promedio en relación a las actividades de la vida diaria (preparar las comidas y movilizar a su familiar principalmente) y 13,6 horas en otras tareas como las de vigilancia (Cueli, 2017).

Estos datos coinciden con el estudio realizado a partir de los datos de la encuesta EDAD para el año 2008 (Esparza, 2011) y otros estudios (Junta de Extremadura, 2017; Rodríguez Rodríguez, 2005). Existe consenso, por lo tanto, en que los cuidados a personas mayores dependientes, son cuidados de largo duración, estableciéndose una media de 6 años.

Los últimos estudios de ámbito nacional apoyan tiempos diarios de dedicación mayores a 8 horas (Rodríguez, 2004; Esparza, 2011). Este promedio de horas es consecuencia fundamental de la tarea de vigilancia, debido a la alta prevalencia de la demencia entre las personas receptoras de los cuidados (Cueli, 2017).

En el ámbito europeo, los países del sur de Europa (España e Italia) se encontrarían a la cabeza en cuanto a porcentaje de personas cuidadoras informales con tiempos diarios de dedicación altos, mientras que, en países Nórdicos como Suecia y Dinamarca, el tiempo diario dedicado sería menor (Colombo *et al.*, 2011).

166



En Cantabria el 64,9 % de las personas cuidadoras no compartió el cuidado con otra persona integrante de la familia (Cueli, 2017), dato coincidente con lo publicado en el libro blanco de "Atención a las personas en situación de dependencia en España", en el que un 77,2 % de las personas cuidadoras no compartió el cuidado con otros integrantes (Rodríguez *et al.*, 2004).

En cuanto a las ayudas recibidas, el 57 % de las personas mayores de 65 años de Cantabria, dependientes, perciben Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF), con acuerdo a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por ICASS). Cueli (2017), en su tesis doctoral mostró que en Cantabria el 60,10 % de las personas receptoras de cuidados mayores de 65 años dependientes, perciben dicha prestación, lo cual apoya la validez de este porcentaje.

No obstante, estos datos se alejan de los nacionales (Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia-SAAD, 2016), en los que solo un 34 % de las personas mayores dependientes son beneficiarias de "Prestaciones Económicas para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF)", mientras que el 66 % perciben servicios profesionales. Existe una tendencia a nivel nacional a aumentar las prestaciones profesionales mientras caen las económicas (SAAD, 2016), pero estos datos no parecen reflejarse en Cantabria.

Es necesario por último señalar que, aunque clásicamente los cuidados especializados se asocian con la persona cuidadora profesional, la persona cuidadora informal o familiar cada vez más realiza cuidados especializados a pesar de no ser profesional, y que la previsión es la de una mayor tecnificación en las próximas décadas (Schurz y Martire 2004). Así pues, los cuidados de hoy difieren de los del siglo pasado y pueden incluir lavar catéteres, ajustar mascarillas de oxígeno, o conocimientos en prevención de úlceras por presión (UPPS) por poner algunos ejemplos.

4.3. Impacto del cuidado en la persona cuidadora informal.

El efecto que el cuidado tiene en la Salud física y mental y la Calidad de Vida de las personas cuidadoras ha sido objeto tradicional de investigación desde diferentes modelos teóricos del estrés de los/las cuidadores/ras, entre los que destacan 1) la teoría de estrés y afrontamiento del cuidador familiar de Lazarus y Folkman (1984), y la teoría de Lawton (Lawton, Kleban, Moss, Rovine, y Glicksman A, 1989) basada en un doble modelo de la evaluación del cuidado y bienestar psicológico (Cueli, 2017).

167



La mayor parte de los estudios utilizan herramientas para evaluar los aspectos negativos del cuidado en las personas cuidadoras familiares, siendo la "Carga" la más evaluada.

Son pocos los estudios que evalúan aspectos positivos del cuidado en la persona cuidadora, y la mayor parte de ellos recurren a otro tipo de herramientas que son diseñadas para la población general y no son específicas de la persona cuidadora familiar.

En este sentido destaca la escala "Revised Caregiving Appraisal Scale (RCAS)" compuesta por 25 ítems, pues evalúa dimensiones positivas y negativas simultáneamente en la persona cuidadora familiar. Esta escala ha sido utilizada con una amplia trayectoria internacional, y recientemente ha sido adaptada transculturalmente en España dando lugar a RCAS-VE [Escala revisada de la evaluación de la percepción de los cuidadores familiares en la población española] (Cueli, 2017). Esta escala sería pues susceptible de incorporación en las estrategias sociosanitarias para la prevención o afrontamiento del impacto negativo del cuidado, y del fortalecimiento del impacto positivo del cuidado, junto con las herramientas individuales más clásicas como la escala entrevista de Zarit, en inglés Zarit Burden Interview (ZBI) (Zarit, Reever, BachPeterson, 1980) o la Escala de Satisfacción Familiar (ESFA) (Barraca y López, 1997).

4.4. Guías, programas y estrategias para cuidadores/as informales.

Las investigaciones que evalúan el estado de salud de las personas cuidadoras permiten diseñar programas de intervención para mejorar su salud y bienestar.

En 1993 el entonces INSERSO fue pionero en España en el estudio de los cuidados informales de las personas mayores en situación de dependencia desde una perspectiva sociológica. La primera de estas investigaciones, llevada a cabo en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas, fue el estudio cuantitativo "Apoyo informal a las personas mayores". En 1993 se pudieron conocer los perfiles de la población mayor que precisa cuidados para desenvolverse en su vida cotidiana, mientras que la investigación se centró al año siguiente en los cuidadores con el fin de determinar las dimensiones más relevantes que caracterizan el apoyo informal. En paralelo, la investigación cualitativa "Cuidados en la vejez. El apoyo informal" (1995) se convirtió, asimismo, en un referente.

168



Fruto de estas investigaciones, el IMSERSO promovió la elaboración de la guía “Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares” (Izal, Montorio, y Díaz, 1997) que actualmente es una herramienta de trabajo de referencia para profesionales sanitarios y sociales.

En trabajos posteriores, destaca un nuevo estudio cuantitativo centrado en los cuidadores: “Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar” (IMSERSO, 2005) y la investigación llevada a cabo por la Universidad Complutense de Madrid y el IMSERSO, en el que la salud física y psicológica de las personas cuidadoras se comparó entre cuidadores formales e informales de pacientes de Alzheimer ubicados en una Residencia y Centro de Día de la Ciudad de Madrid. En el trabajo se analizaron las variables que modulan el estado de salud en cada una de las poblaciones y si estas variables difieren para cada grupo de cuidadores (formales o informales) (Aparicio *et al.*, 2008).

En 2006 el IMSERSO premió el estudio “El Apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar” (Crespo y Lopez, 2007), consistente en un programa de intervención psicoterapéutica dirigido a mejorar el manejo del stress y la calidad de vida de las personas cuidadoras, evaluado positivamente por los/las profesionales.

A nivel autonómico, las distintas Comunidades Autónomas en mayor o menor medida disponen de portales y guías, programas y estrategias para cuidadores informales como por ejemplo la web de la persona cuidadora de la Junta de Extremadura (Junta de Extremadura, 2017). Cantabria se encuentra en este momento realizando la guía de atención a la persona cuidadora.

A modo general, las intervenciones con cuidadores familiares se engloban en el término de Terapias No Farmacológicas (TNP). Entre ellas, destacan las “Intervenciones de tipo Multicomponente”, pues establecen diferentes estrategias de intervención combinando materiales educativos, consejo y entrenamiento en algunas habilidades. Algunos de los elementos de los que constan son:

- Información y estrategias de apoyo individual.
- Grupos de apoyo y terapia para familias.
- Abordajes psicoeducativos.
- Intervenciones sobre el terreno, destacándose está como uno de los componentes clave de las intervenciones Multicomponente; en el medio ambiente del paciente y persona cuidadora o en el hogar del mismo.

169



- Sistemas de apoyo con tecnología al alcance que faciliten los cuidados.

El impacto de las intervenciones de este tipo ha sido evaluado desde diferentes perspectivas en revisiones sistemáticas y metaanálisis. Existe evidencia de que componentes específicos de la calidad de vida, como la carga que soporta la persona cuidadora, su estado de ánimo y el estrés percibido, responden a este tipo de Intervenciones Multicomponente. Estos efectos además se mantendrían a largo plazo (Chien *et al.*, 2011; Sörensen, Pinquar y Duberstein, 2002; Tang y Chan, 2016) Asimismo existe evidencia (Grado A) de un impacto positivo en el retraso el retraso en la institucionalización de los pacientes (Mittelman, Haley y Clay, 2006).

4.5. Estrategias de intervención para la población de cuidadores/as familiares de Cantabria.

Atendiendo a las guías, programas y estrategias para personas cuidadoras informales, y a la evidencia proporcionada por las revisiones sistemáticas y metaanálisis, las intervenciones con cuidadores/as familiares deben cumplir los siguientes criterios:

- Intervenciones en el medio hospitalario:

Es en este medio donde se define por primera vez el rol de persona cuidadora, ya que personas mayores independientes que sufren alguna enfermedad aguda, rompen el estado de equilibrio inestable pasando a ser pacientes dependientes. Por tanto, es un periodo de estrés importante sobre todo para aquellas personas cuidadoras “noveles” que acaban de adoptar el rol de cuidador/a. Las personas cuidadoras presentan falta de conocimientos acerca de los cuidados generales o específicos que deben recibir los receptores de cuidados tras el alta hospitalaria.

La intervención con cuidadores/as familiares o informales exige de la existencia de recursos multicomponentes desde su inicio para contextualizar al paciente:

- en su entorno diario o domicilio con las necesidades a este nivel que deben cubrirse desde atención sanitaria y atención social, proporcionando a estas personas las habilidades, conocimientos y recursos necesarios para afrontar la situación de los cuidados a su familiar sin merma en su propia integridad personal, física y psicológica, y poder contar con la posibilidad de descanso, ayuda o sustitución cuando se vean sobrecargados por la tarea.

170



- en entornos inevitables o necesarios según el proceso vital que afecte a la persona receptora de los cuidados, afrontar un ingreso hospitalario o la necesidad de un recurso social más especializado acorde con situación de dependencia de la persona. Debe considerarse desde el domicilio en primer lugar, y valorando las posibilidades reales de la situación familiar y social donde éstas personas, persona que precisa de cuidados y persona cuidadora viven.

En todos los ámbitos, las intervenciones deben ser multiprofesionales, con implicación de profesionales sanitarios y del área social fundamentalmente, con coordinación de actuaciones entre ellos y entre los diferentes niveles de atención.

Las intervenciones igualmente en todos los ámbitos serán multicomponentes, abarcando atención física y emocional y con gran componente educativo en ambos campos para conocimiento del recurso que va a necesitar la persona cuidadora en el afrontamiento de los cuidados.

➤ Intervenciones en el domicilio del/la paciente y la persona cuidadora familiar:

En este ámbito, las intervenciones multicomponentes deberán contemplar:

- intervenciones asistenciales y de atención e
- intervenciones educativas.

y en ambos tipos de intervención debe darse el componente sanitario y el social.

En las intervenciones asistenciales y de atención, se tendrá en cuenta el componente emocional para ayudar a las personas a desarrollar estrategias de afrontamiento ante los sentimientos negativos de tristeza o culpa, manejo de preocupaciones y miedos, enfado o resentimiento, superación de la autocompasión y resolución de conflictos familiares.

171



Un elemento a tener en cuenta es el concepto de asociacionismo, así como el conocimiento de diferentes grupos existentes en la Comunidad de personas cuidadoras de pacientes con distintas patologías.

Respecto de las intervenciones educativas: En el domicilio, el/la paciente, los equipos de atención social y sanitario deben continuar los programas psicoeducativos iniciados a nivel hospitalario, reforzándose aquellas áreas educativas iniciadas en el ámbito hospitalario o incluyéndose otras nuevas como la adaptación del entorno a la nueva situación de dependencia (tipo de cama, colchón adecuado, dispositivos para la movilización o eliminación, eliminación de barreras arquitectónicas).

Ésta intervención tendrá también un componente sociocomunitario dirigido a enseñar y manejar adecuadamente los recursos con los que puede contar la persona cuidadora familiar: recursos materiales, recursos en personal de ayuda y recursos económicos; abarcando temas como:

- o Reconocimiento legal de una discapacidad.
- o Prestaciones sociales y económicas.
- o Reconocimiento de la situación de dependencia (Ley de promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia).
- o Servicios sociales y comunitarios.
- o Servicios sanitarios.
- o Ayudas técnicas y adaptación del hogar.

172



IV LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA VEJEZ

173



Siguiendo patrones conocidos en España y en el entorno de la Europa Occidental, Cantabria, que en cien años ha visto multiplicada por dos su población y por siete la de sus habitantes mayores de 65 años, ha experimentado cambios no sólo en su estructura demográfica, sino también su configuración social y familiar que obligan a reconsiderar el fenómeno de la construcción social de la vejez y adaptar las estrategias y acciones para garantizar el desarrollo de una vida digna y sostenible con anclaje estable en una sociedad en transformación.

1. UN FENÓMENO SOCIAL Y CULTURALMENTE CONSTRUIDO.

La vejez, al igual que la adolescencia, la infancia o la madurez, es una construcción social que varía en función del contexto en que se produce. Está condicionada por factores culturales, económicos o políticos, entre otros. Así, cada sociedad ha ido construyendo históricamente su propia definición. En la actualidad, en las sociedades occidentales, conceptos como envejecimiento activo u óptimo y vida independiente acompañan a la consideración sobre esta etapa de la vida, si bien no existen definiciones claras del concepto de *vejez* más allá de entenderla genéricamente como un periodo que comprende la última etapa de la vida, una etapa cambiante y en proceso de transformación constante, pero reconocible y dotada de sentido propio en cada sociedad. Por esta razón, no existe un consenso sobre la edad de partida de la vejez. Diferentes sociedades y culturas se han aproximado a ella de modos muy diversos. En consecuencia, no se puede ofrecer una definición precisa y universalmente válida. Una aproximación genérica, como se ha indicado más arriba, podría acercarnos a la objetivación de ese periodo final del ciclo de la vida, pero ese criterio por sí mismo resultaría reduccionista y poco útil para abordar su complejidad y la heterogeneidad con la que se manifiesta en las sociedades actuales.

Mientras que en España la esperanza de vida media se sitúa en los 82 años y la esperanza de vida saludable en los 73, en la República Democrática del Congo las cifras alcanzan los 52 y los 44 años respectivamente, según datos de la OMS. Los contrastes son evidentes. Los problemas, más allá de las palabras que se utilicen, también son diversos²².

Las desigualdades manifiestas sobre el proceso de envejecimiento han pasado a ocupar un primer plano en las agendas políticas nacionales y en las de los organismos internacionales. Un punto de inflexión importante en este sentido se produjo en el año 2002, cuando en la II Asamblea

²² Por esto, se proponen nuevas fórmulas para su medición como el establecimiento de un "umbral variable de la vejez" o "edad prospectiva" (Abellán, Ayala y Pujol, 2017).

174



Mundial del Envejecimiento celebrada en Madrid se aprobó el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, “el primer convenio internacional en reconocer el potencial de las personas mayores para contribuir al desarrollo, y en comprometer a los gobiernos a incluir el envejecimiento en todas las políticas de desarrollo social y económico, incluyendo los programas de reducción de la pobreza.”²³ Así, a diferencia de lo que sucedía en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Agenda 2030 integra en sus objetivos la reducción de las desigualdades por razón de edad, así como la necesidad de establecer políticas específicas e indicadores de seguimiento y guía que permitan conocer los avances, retrocesos o estancamientos (ODS nº 10).

En línea con estas directrices, HelpAge International, una Organización No Gubernamental que trabaja para la mejora de las condiciones de vida de las personas mayores en todo el mundo, elabora desde 2013 el Global AgeWatch Index, un índice internacional que mide comparativamente la calidad de vida que se disfruta durante esta etapa de la vida en los diferentes países a nivel mundial. Uno de los problemas que esta organización refiere en relación a la elaboración de este índice -que analiza los datos de organismos internacionales como el Banco Mundial, la OMS, UNESCO o la OIT- es la falta de datos desagregados por grupos de edad en la información estadística disponible para muchos países, que se computa en base a cuatro grandes indicadores: seguridad de ingresos, estado de salud, competencias y entornos favorables. Así, la combinación de estos indicadores trata de reflejar la complejidad de factores que condicionan la calidad de vida.

En el último ranking de HelpAge International, el de 2015, España ocupó la posición 25, justo por debajo de Chile, la República Checa, Estonia y Bélgica. Pero resulta importante observar las diferentes situaciones que reflejan los cuatro grandes indicadores fijándonos en los resultados parciales de cada uno de ellos: España ocupa el puesto 37 en seguridad de ingresos, el 3 en estado de salud, el 78 en competencias (que incluye la educación) y el 22 en la medición de las condiciones favorables del entorno; estos dos últimos han empeorado con respecto al ranking de 2014²⁴. Así, es necesario ampliar la mirada para valorar, de ese modo, con amplitud de miras, la calidad de vida en el proceso de envejecimiento, si bien la salud es un factor determinante.

²³ Citado por Ramos Toro (2013, p. 274).

²⁴ <http://www.helpage.org/global-agemwatch/> (consultado el 8 de diciembre de 2017).



En los dos últimos siglos la esperanza de vida de la población española y europea se mantuvo por debajo de los 50 años, dejando fuera de consideración las dos grandes guerras del siglo XX, contextos en que las cifras se afectaron por el curso de los enfrentamientos. En el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial la esperanza de vida de los/las europeos/as no ha dejado de aumentar de forma continua y desconocida hasta entonces. Las raíces de los cambios se derivan de transformaciones en el ciclo demográfico conocidas en toda Europa Occidental y tendenciales también en España y en Cantabria en los tramos finales del siglo XVIII y en el XIX y la progresiva irrupción y expansión de la *longevidad* por razón de esas transformaciones. El *envejecimiento* se deriva de dos fenómenos interrelacionados: el incremento cuantitativo de la población de edad avanzada (acompañado de la reducción de la mortalidad infantil que eleva el número de personas con posibilidades de envejecer); el incremento relativo de la población adulta de edad avanzada dentro del conjunto de la sociedad (por razón de la reducción de la fecundidad y por la evolución positiva y continua de la esperanza de vida). El primero de los fenómenos se ha etiquetado como *ancianización*, el segundo es más propiamente *envejecimiento* (Redondo de la Serna, 1985, p. 164). Son dos fenómenos que parten de un proceso histórico común y que se expresan con desigual intensidad en el territorio europeo, español y en el regional de Cantabria. A ambos y a sus efectos se enfrentan las sociedades de nuestro tiempo.

1.1. Análisis del momento actual en Cantabria.

Ambos fenómenos, *ancianización* y *envejecimiento*, tienen concreciones evidentes hoy en Cantabria y plantean retos asistenciales. La caída desacompañada de la natalidad y mortalidad, unida a una elevación de la esperanza de vida ha provocado un envejecimiento de la población por encima de los patrones generales y los conocidos en etapas previas. Este proceso tiene una afección más intensa en mujeres que en hombres y, considerando las tendencias actuales, tendrá continuidad en los próximos 30 años. Estas tendencias conforman pautas esperables también en la evolución mundial. Los 6.000 millones de personas que se alcanzaron en la población mundial en el cambio de siglo pasarán a ser unos 9.000 en el medio siglo, momento en que algo más de un 20 % de la población, es decir, el doble que en el año 2000, serán personas adultas mayores de 60 años.

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Hoy dos tercios de la población mayor de 60 años se concentra en sociedades consideradas *modernas*. En España un 19% de la población cuenta ya con 65 años o más²⁵. El avance del envejecimiento ha sido rápido si se considera que en 1970 la proporción era la mitad. En algunos países europeos, no obstante, el fenómeno es mucho más intensificado, por ejemplo, en Finlandia, uno de los países más envejecidos del mundo, ha avanzado más rápidamente que otras sociedades europeas, ya la población por encima de 60 años es el 27 % del conjunto.

En España y en Cantabria, donde en treinta años ha caído a la mitad la población menor de 14 años, y la mayor de 65 sobrepasa ligeramente el 19% (la mitad de esta, mayor de 75 años), ese proceso se vivirá de una forma respectivamente más intensificada que la media europea. En ello influyen muchos factores. Uno de los sustanciales para frenar el avance de la *ancianización* es la evolución de la fecundidad.

Las proyecciones sobre la evolución de los riesgos de muerte en hombres y mujeres en España durante la primera mitad del siglo arrojan una perspectiva optimista sobre la disminución del riesgo en ambos sexos a partir de los 55 años (INE, 2016). Esto afectará a la *ancianización* de la sociedad: **mayor supervivencia** en edades por encima de 60 y hasta edades más avanzadas que lo que es común hoy. La tasa de mortalidad avanza, por efecto de este fenómeno, más rápidamente en Cantabria (por encima del 10 por mil) que en España (un punto por debajo).

Cantabria cuenta con una **esperanza de vida** masculina al nacimiento en torno a los 80 años. Se ubica dentro de la media española, que es una de las más altas de Europa, pero aumentará en los próximos tres lustros, afectada por el proceso español de incremento de la supervivencia en edades más avanzadas. Este es un patrón que comparte toda la Cornisa Cantábrica y Castilla-León. También se elevará la media nacional según todas las previsiones. En el caso de las mujeres el fenómeno será aún más intenso. Si actualmente en Cantabria la esperanza de vida femenina al nacimiento es de un poco más de 85 años, a la altura de 2030 podría superar los 87 (INE, 2016). Este dato eleva a más de dos tercios de población femenina entre los mayores de 65 años.

En términos generales, España cuenta con una esperanza de vida media superior a otras regiones del continente. Comparte unos patrones y perspectivas similares a otros países del entorno europeo, pero más intensificados. Así, la población de más de 60 años que hoy está en torno al 20 % pasará a ser un tercio en el 2030 y algo más de un 40 % una década después. Las personas mayores de 65 años son el 15 % de la

²⁵ Datos INE 2015, sobre 46,4 millones de habitantes.

177



población, sólo el 3 % dentro de esa proporción se mantienen activos. En la próxima década las proporciones se duplicarán en el primer caso y se reducirá a la mitad la proporción de quienes se mantengan activos. En Cantabria, las perspectivas son más intensificadas por las razones anteriormente señaladas, fenómeno que se ha consolidado desde los años setenta del siglo XX y tiende a incrementarse, siendo aún más acusados los contrastes, y también las necesidades, en los escenarios rurales que en los urbanos.

Es cierto que se envejece desde que se nace y eso es algo natural, no un problema. El problema se genera cuando ese proceso activa en las personas algunas fragilidades que provocan dependencia personal respecto de servicios o auxilios que pueden convertirse en esenciales para el desarrollo de una vida digna cuando se debe tratar de diluir las desigualdades sociales y dotar a esta etapa vital de un periodo para el ejercicio de la libertad, con apoyos afectivos, sociales y sanitarios adecuados, lo que podría considerarse un *envejecimiento satisfactorio*. Más allá de los 60 esto es progresivamente importante, puesto que al tiempo que se logran los mencionados efectos, también se incrementa la progresiva pérdida de capacidades y deben prevenirse enfermedades que pudieran generar discapacidad o riesgos para la vida. Hay que tener en cuenta que los estilos de vida influyen junto con otros factores ambientales en la propia experiencia de esta etapa vital.

Las fragilidades que el envejecimiento agudiza son también el resultado de diferencias previas y desigualdades de carácter sociocultural. En este sentido, la **desigualdad estructural de género** en las sociedades patriarcales las hace especialmente vulnerables en el periodo de la vejez. Esa vulnerabilidad es también autopercebida por ellas, que manifiestan necesidades de apoyo insatisfechas en mayor medida que los varones, aunque Cantabria se sitúa en el grupo de comunidades que presentan un mayor grado general de satisfacción (IMSERSO, 2014).

Las mujeres mayores, no obstante, sufren una doble invisibilización: como mujeres y como mayores. Por una parte, sus cuerpos quedan fuera del canon hegemónico de representación del cuerpo femenino como joven e hipersexualizado. Por otra, en tanto que pertenecientes a las generaciones de mayor edad su protagonismo real en la sociedad no está suficientemente reconocido. Cuando son tenidas en cuenta a menudo se proyecta hacia ellas una mirada paternalista que las minusvalora. La invisibilidad afecta también a la percepción social de las aportaciones a la comunidad de las mujeres mayores, pues son más proveedoras de cuidados que receptoras (Ramos, 2017). De hecho, se ha descrito el "síndrome de la abuela esclava" y se han mostrado las consecuencias negativas que las actividades de cuidado intensivo tienen en la salud y en el bienestar de las mujeres mayores y que incluyen problemas graves, como el aumento del riesgo a sufrir enfermedad coronaria (Lee *et al.*, 2003).

178

CVE-2019-4582



La situación de invisibilización de las mujeres mayores puede llevar a ignorar o subestimar la existencia de problemas importantes. Desde el Observatorio contra la Violencia de Género del Consejo General del Poder Judicial se ha llamado la atención sobre el aumento de los asesinatos de mujeres de mayor edad durante los últimos años, que representaron un 17% del total en el año 2015 (Observatorio contra la Violencia de Género, 2015, p. 12). En Cantabria, un 4,19% de los expedientes de violencia de género y violencia doméstica vistos en el Instituto de Medicina Legal durante 2016 corresponden a mujeres de 61 y más años (Gobierno de Cantabria, 2017). Si bien la media de edad de las mujeres atendidas en el Centro de Información y Atención Integral del Gobierno de Cantabria (CIAIGC) durante el periodo 2004-2016 fue de 40 años, un 6,5% de mujeres tenía 61 años y más, porcentaje que en el año 2016 llegó a un 8% (Gobierno de Cantabria, 2017).

Atendiendo a cuanto se ha analizado, en la configuración de la vejez inciden una gran diversidad de factores socio-culturales y subjetivos que exigen un acercamiento complejo a la vez que global e integral. Por ello, abordaremos algunos aspectos que permitan un acercamiento multifocal, buscando ofrecer claves para afrontar los retos con los que se enfrenta nuestro entorno más inmediato a la hora de gestionar un bien documentado proceso de cambio demográfico en el que cobra gran protagonismo el fenómeno del envejecimiento de la población.

1.2. Perspectivas y propuestas.

En los países más desarrollados las tasas actuales de crecimiento demográfico positivo tenderán a continuar en los próximos tres lustros. Posteriormente, a diferencia de otras regiones del planeta, en estos entornos se registrarán **tasas de crecimiento negativo**. Eso y la **feminización progresiva de la supervivencia en edades superiores a 60 años** plantea retos que las sociedades modernas deben afrontar. En Europa ya una de cada cinco personas tiene 60 años o más y para 2050 serán más de una de cada tres. Las sociedades modernas han acusado recibo del envejecimiento como *problema* analizando las consecuencias de la generalización de la transición demográfica, así como del impacto sobre el relevo generacional y sus consecuencias en el modelo productivo y de prestación de servicios.

Es fundamental afrontar con rigor estas transiciones y revisar críticamente la consideración del envejecimiento de la población como un problema, pues disfrutar de esta etapa vital con dignidad es una conquista social que hoy alcanza únicamente a los países más desarrollados y no a todo el conjunto de sus sociedades. La universalización, a través de la mejora de los niveles de salud de la población mundial, es una meta

179



prioritaria en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) adoptados por la Asamblea General de la ONU el 25 de septiembre de 2015. El tercer objetivo de los 17 ODS que conforman la Agenda 2030, centrado en la salud y el bienestar, tiene como eje fundamental combatir las **desigualdades en salud**. Diversas de sus metas se encaminan directamente a conseguir la disminución de los niveles de mortalidad debidos a causas evitables que se presentan en extensas regiones del mundo, y que están en la base de las diferencias en la esperanza de vida y en la esperanza de vida saludable de las personas.

En las circunstancias actuales, el **reemplazo** en la Cornisa Cantábrica precisaría de una tasa de fecundidad de más de 2 y ésta queda muy lejos de la actual, así como de la capacidad de compensarla por razón de la aportación que pudiera venir de inmigrantes jóvenes, habida cuenta de los múltiples impactos de la última década de crisis y el desempleo, factores que agudizan procesos de envejecimiento de la población, intensificados para las personas mayores de 65 años y, muy particularmente, de 75. Serán más graves en las próximas décadas, por eso es preciso arbitrar iniciativas específicas que tomen en consideración la **diversidad con que se muestra el fenómeno demográfico** y que afecta a otros problemas globales del mismo. Entre ellos se cuentan los relacionados tanto con la evolución de los **modelos familiares** y su relación con la **sociabilidad** de las personas de edad más avanzada. También los derivados de los gastos de la generación de los ineludibles servicios que asistan a las situaciones de necesidad específicas y que, considerando las respuestas de otros países europeos, supondrán prever un incremento anual del gasto entre un 0,5 y un 7 %, según sean más o menos optimistas las expectativas.

Cantabria se coloca en los promedios europeos más generalizados, es decir, entre el 2 y el 7%, pero hay margen de mejora para acercarse a los países avanzados de nuestro entorno europeo, lo que es preciso debido a la intensificación con que se dan en Cantabria los efectos de la **longevidad, ancianización y envejecimiento**.

La presión de los factores demográficos y económicos sobre la disponibilidad de recursos intensificará los patrones y las tendencias que actualmente se constatan de **compromiso social**, por un lado, y la fragilidad presupuestaria, por otro. Los cambios experimentados por los modelos familiares y la conformación de unidades de convivencia, que van desgastando formas más tradicionales, harán creciente la demanda de servicios complementarios que, desde las instituciones, garanticen la **suficiencia emocional, psicológica y social de la ciudadanía en situaciones de dependencia**.

180



La incorporación de las mujeres al trabajo remunerado, y sus efectos en las tasas de actividad y cotización dentro del marco de las transformaciones que han asistido a la sociedad española del último medio siglo, introduce elementos que afectan a los modos de vida ante el avance de la edad y a las singulares experiencias vitales de género ante el envejecimiento y la *ancianización*. También afecta a los procesos de asignación de recursos ante las situaciones de necesidad. Este rasgo es menos acusado en España que en otras regiones europeas puesto que aún hoy las mujeres trabajadoras con salario son aproximadamente una cuarta parte. En Francia esa proporción se duplica y en otros entornos europeos, como los Países Escandinavos, se triplica. En España hay, por lo tanto, un fondo de reserva poblacional femenino muy importante con posibilidades de incrementar su peso en los sectores de actividad y aportar recursos para sostener los servicios y acciones de protección social en las edades avanzadas.

El incremento de la esperanza de vida y la prolongación de la vida laboral, así como la adaptación de las jornadas (a tiempo total o parcial) a las capacidades y circunstancias de las personas, hombres y mujeres, a lo largo de la vida no sólo se plantean como retos y adaptaciones que intervienen directamente sobre los gastos y los ingresos, que por supuesto, sino también en la vida de las personas a medida que cumplen años o experimentan cambios en sus circunstancias vitales y capacidades, abundando en los fines de dignificación y sostenibilidad de los ciclos vitales de envejecimiento en la edad adulta avanzada.

A mediados de los años 80 del siglo XX un 37 % de las personas mayores de 65 años españolas vivían con sus hijos/as. El 8 % residían con otros familiares, en su mayor parte solitarios y con escasos recursos (Redondo de la Serna, 1985). Estas proporciones han variado sustancialmente. Más del 39 % vive en hogares conyugales y un 16 % en unipersonales. Los primeros mantienen generalmente una más intensa vida social derivada del *familismo*. La proporción de los segundos tiende a ser creciente. Las sociedades históricas en el Occidente de Europa, ya desde la disolución del orden medieval, han respondido a los retos de atender las situaciones de necesidad derivadas de los procesos y situaciones de envejecimiento y dependencia atendiendo a la diversidad. Sin embargo, en los tiempos pasados como en nuestros días son grandes las diferencias de planteamientos asistenciales y las dificultades para **decidir sobre los criterios y prácticas para asignar recursos a situaciones de necesidad y, al tiempo, atender a la diversidad de éstas**. En este punto las propuestas concretas son:

181



- **Flexibilización de la jornada laboral y adaptabilidad a las circunstancias vitales, capacidades y disponibilidad de hombres y mujeres, atendiendo especialmente a las situaciones de conciliación de la vida familiar y laboral** (feminización/diversificación del trabajo; estímulo a los permisos de paternidad; atención para familias monoparentales y monomarentales).
- **Política de empleo que favorezca el acceso al primer empleo y a la durabilidad o permanencia en el mismo** (primeros tres contratos; especial atención a las mujeres).

Como resultado de los procesos de *longevidad, ancianización y envejecimiento*, nos encontramos no solo ante el reto de gestionar las características propias de una sociedad compuesta por personas progresivamente más longevas, sino también de **transformar la concepción misma de vejez y adaptar a ello los servicios sociales**. La explosión demográfica o *baby boom* postbélico, que caracterizó las tendencias demográficas de la segunda mitad del siglo XX, vino de la mano de un cambio profundo en el modo de entender las etapas del curso de la vida, favoreciendo una cultura que sobrevaloraba la juventud y rompía con la consideración social y el respeto hacia la vejez que habían mostrado las sociedades tradicionales. El momento actual impone nuevos parámetros para que el estímulo a la juventud no implique minusvalorar otras etapas vitales y, al contrario, para que se dignifique la vida en las etapas más avanzadas. **Reconocer como natural e incorporar el proceso de envejecimiento en la gestión social del curso de la vida** permitirá afrontar las situaciones de dependencia asociadas al mismo de una manera menos traumática, pues las familias expresan dificultades y ansiedad derivadas de la imprevisión para manejar las fases en las que el problema se agudiza (Peña y Boo, 2017). Esa nueva mirada al proceso de envejecimiento y a la vejez es imprescindible para erradicar actitudes paternalistas, infantilización de las personas mayores y formas de discriminación directa o indirecta por motivos asociados a la edad, fenómenos que hoy están presentes en nuestra sociedad y son reconocidos por profesionales del ámbito sociosanitario que atienden a personas mayores (Ribera Casado et al, 2016).

2. LA GESTIÓN DE UN TIEMPO NUEVO. TIEMPO LIBRE, ACTIVIDADES DE OCIO Y EDUCACIÓN PARA PERSONAS MAYORES.

La centralidad que el tiempo dedicado al trabajo remunerado juega en la configuración de la identidad de las personas adultas hace que la llegada de un nuevo periodo vital en el que la disponibilidad de tiempo libre aumenta respecto a etapas anteriores ofrezca alternativas sobre cómo gestionarlo, ocuparlo y, sobre todo, evitar la ausencia de referentes y de apoyos para la construcción de una identidad como personas

182



mayores. No hay que olvidar que “el trabajo es algo más que la manera para solventar los problemas económicos. También nos ayuda a organizar la vida, a relacionarnos, a tener un concepto de nosotros mismos o, incluso, a justificar nuestro ocio, entendido desde una perspectiva de descanso y diversión” (Cuenca, 2007). La administración del tiempo y las nuevas oportunidades vitales en esta etapa es experimentada en general de manera positiva (sin olvidar la influencia que el sexo, el nivel cultural, económico o el hábitat entre otros factores pueden tener), aunque es preciso atender a problemas específicos asociados a necesidades vitales derivadas de consecuencias no deseadas de la edad y la jubilación, como el inmovilismo de tipo físico, social, mental o afectivo, que pueden afectar negativamente tanto a cada persona “de edad” como a su entorno al grupo (Limón Mendizábal, 2002).

2.1. Análisis del momento actual en Cantabria.

El aumento de la esperanza de vida de la población hace que **el periodo que transcurre desde la edad de la jubilación hasta el fallecimiento se haya ido haciendo mayor** y, por lo tanto, se precise atender a las necesidades específicas de esta etapa vital. Es creciente la relevancia que ha ido cobrando esta realidad. Las proyecciones demográficas de Cantabria y España en sus entornos europeos obligan a considerar la oportunidad de aplicar recursos y generar servicios dirigidos a las personas mayores para atender a esta etapa de la vida en los ciudadanos y ciudadanas en la diversidad de necesidades que se presentan. En la actualidad, la mayor parte de la población española de más de 64 años se muestra satisfecha con el tiempo libre del que dispone (CIS, 2017), un tiempo que, sin embargo, todavía dista de ser ocupado de manera activa. Atendiendo a los datos del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2017), la dedicación principal en este tiempo libre para la población de 65 y más años es ver la televisión (80% de las personas encuestadas así lo afirma), salir a pasear (75%), leer u oír la radio (38%). Acudir a una asociación o club sólo lo hace un 14% y estudiar un 3%.

Nos encontramos así con un ocio especialmente sedentario vinculado al hogar, muy lejos de un modelo de activo, realizado “de puertas hacia afuera”. No por esto debemos de dejar de poner en valor la importancia de la actividad de las personas mayores en ámbitos como el voluntariado, en el que su presencia es creciente. La edad media de las personas que desarrollan sus trabajos en entidades de voluntariado en Cantabria es de 53 años. En los últimos años, se reconoce un incremento de esa edad de referencia y se va acercando a la de comienzo de la jubilación. El aumento del tiempo libre hace que se sienta la necesidad de sentirse miembros útiles de la sociedad, “de contribuir o de hacer una devolución a sus comunidades, conocer gente nueva, y crecer personalmente” (García-Lastra *et al*, 2017).

183



Las **actividades en este nuevo tiempo libre** deben procurar una ocupación útil, fomentando la actividad y huyendo de la desmotivación. Los objetivos de esta intervención pueden concretarse en (Martín García y Requejo Osorio, 2005): prevenir el declive de las personas mayores; promover papeles significativos que promuevan la integración en su contexto; desarrollar y potenciar su crecimiento y desarrollo personal desde el punto de vista afectivo, físico y mental; y, en definitiva, mejorar su calidad de vida. Es imprescindible dar voz a las personas mayores a la hora de su planificación, atendiendo a sus intereses, necesidades y deseos. La animación sociocultural, entendida como una práctica encaminada a promocionar la participación activa de quienes integran una comunidad con el objetivo final de promover el cambio social, puede ser un instrumento apropiado para el desarrollo de estos objetivos. Este tipo de participación supone que las personas protagonicen su propio desarrollo buscando espacios para la puesta en marcha de estas acciones. Según Limón Mendizábal (2002), estos son “espacios para mayores” entre los que se encuentran los centros residenciales, aulas de personas mayores, hogares y clubes o centros de día.

Según el Instituto Cántabro de Estadística (ICANE, 2017) en la actualidad Cantabria cuenta con 51 centros de día para personas mayores (en los que se oferta un total de 1.463 plazas) y 20 centros sociales para personas mayores. La actividad que desarrollan se adapta a la necesidad de sociabilidad y recreo intelectual en una etapa de la vida en que la occlusión de unos espacios de encuentro y desarrollo intelectual ligados fundamentalmente a la actividad laboral y/o profesional ha de recomponerse para propiciar una vida satisfactoria para la convivencia. En algunos casos, también el deterioro, la fragmentación o la ruptura de lazos familiares a lo largo del tiempo se acusa en esta etapa de la vida y convierte estas iniciativas estimulantes de la sociabilidad y de la actividad intelectual en una opción importante para una vida sana. Uno de los retos se encuentra en hacer llegar una propuesta de calidad a cada lugar, en poblaciones pequeñas, donde los rasgos negativos antes señalados, precisamente, se acentúan.

Es fundamental incidir en la formación de profesionales que intervengan en el diseño y puesta en marcha de acciones de formación y organización del **tiempo libre para personas mayores**, atender al estímulo del voluntariado participativo en esta etapa de la vida, contando para ello con la colaboración y oferta de las instituciones, asociaciones y empresas de la región, a las que se podría hacer un llamamiento anual para poder contar con ubicaciones posibles para este voluntariado mayor, que puede intervenir de forma colaborativa para el desarrollo de actividades a tiempo parcial o bien de naturaleza fragmentaria y filantrópica que no supongan amortización de empleo y permitan la aplicación de la experiencia y el conocimiento acumulado para el desarrollo de actividades en beneficio de la comunidad.

184



En esta etapa de ampliación del tiempo libre, se abren las posibilidades de optar a formas de educación formal e informal. La educación a lo largo de la vida promovida por instituciones como la UNESCO desde la década de los setenta del pasado siglo, tuvo su espaldarazo definitivo en el denominado Informe Delors de 1996, promocionando desde entonces este tipo de formación. Este Informe (UNESCO, 1996), realizado por la Comisión Internacional sobre la Educación del Siglo XXI reivindica no solo una **formación** que no conoce de límites temporales, sino también la **multiplicidad de marcos y entornos para el aprendizaje**, hablando de este modo de una “sociedad educativa”. Esta educación es además concebida no sólo como una necesidad, sino también como un compromiso responsable para las sociedades modernas que “brinde a todos la oportunidad de realizar su potencial con miras a un futuro sostenible y una existencia digna” (UNESCO, 2015, p. 10).

El ejemplo actual que ofrece Geoff Edwards, transeúnte de 52 años que vivía en Cambridge vendiendo el *Big Issue* (prensa de personas sin techo) y ha sido admitido para desarrollar estudios de Filología en la prestigiosa universidad de esta ciudad británica cuando se encuentra ya en lo que podía llamarse su media vida, da muestra del importante papel que pueden y deben jugar las administraciones públicas para generar caminos de integración en la formación de todo tipo de niveles a lo largo de la vida²⁶. En nuestro país, el *Estatuto del estudiante universitario* garantiza la no discriminación por razón de edad y el acceso a la formación universitaria a lo largo de la vida y las universidades públicas trabajan desde hace años por hacer efectivos esos derechos²⁷.

La formación, entendida como un espacio temporal limitado que terminaba en el momento de salir de los muros de la institución educativa (la educación formal), se ha visto rodeada, y superada, por variantes de educación no formal propias de las sociedades de cambio intrageneracional (Fernández Enguita, 2016) capaces de construir espacios de cultura y sociabilidad que otras instituciones formativas no generan. Esto exige

²⁶ Noticia recogida por *The Guardian* (8-11-2017), *El País* (13-11-2017) y *El Diario Montañés* (14-11-2017, p. 72). Muestra que el interés de Edwards por la literatura de Steinbeck encuentra un eco en las instituciones toda vez que ha superado los exámenes de acceso a la universidad. Uno de sus tutores describe el proceso: “Three years ago, at Cambridge Regional College, he began a gateway course, which then led to an access course, in which he gained distinctions for every subject. His tutor recommended he try for Cambridge and last month he took up his place”. Estas prácticas requieren un apoyo institucional a adultos en edad avanzada que podrían reintegrarse a la formación y vida activa, independientemente de su situación laboral. Otros como Edwards lograron algo similar ese año en Cambridge. “Jannah Abdulayem, 25, also a CRC access student, who arrived in the city from Syria at the age of 19, has also won a place at Hughes Hall, to study human, social and political sciences. She said: „I have loved learning in England. It is completely different to Syria where everything is about learning things off by heart. I have never really been seen as clever because of the teaching methods in Syria, but to know I am clever enough to get into Cambridge is amazing.”

²⁷ Artículos 4 y 7 del *Estatuto del estudiante universitario* (BOE núm. 318 de 31/12/2010).

185



atender a las dinámicas de formación a lo largo de la vida. Si bien en otras etapas etarias esta formación aparece habitualmente vinculada a las exigencias del mundo laboral, entre las personas de mayor edad bien puede ser entendida como una **oportunidad para el desarrollo de un proyecto vital a lo largo de su biografía**, algo que, además tiene indudables retornos para la sociedad: desarrollo de culturas cívicas, voluntariado, auto-asistencia. No aparece ligado a un fin filantrópico, sino a la idea de justicia social unida a un derecho y a una necesidad antropológica (Muñoz Galiano, 2012), dado que partimos de la idea de persona mayor que aprende y progresa, lo que supone “apostar por una visión del ser humano abierta y que reconozca su potencial de cambio durante toda la vida” (Villar Posada, 2004).

Hay que atender a necesidades básicas, elementales y que permiten profundizar en la dignificación de las personas, siendo las personas de mayor edad aquellas en las que las tasas de analfabetismo y los niveles más bajos de instrucción siguen siendo significativos hoy (Abellán, Ayala y Pujol, 2017). Esta situación refleja un patrón también constatado en Cantabria. En esta región, una quinta parte de la población de 65 y más años (más mujeres que hombres) no tiene estudios o no completó la educación básica y un tercio más sólo logró un grado primario. La puesta en marcha de una oferta formativa (formalizada pero flexible, que puede perseguir, o no, la obtención de una credencial específica) debe aparecer como una nueva oportunidad de aprendizaje y desarrollo personal para este grupo de edad. En el primero de los casos, entre aquellas personas que deseen obtener un título académico no universitario u optar a este nivel sin estudios previos, la opción de los Centros de Educación para Personas Adultas (CEPA), aparece como la más adecuada. En Cantabria, en el curso 2017-2018, doce CEPA ofrecen programas de alfabetización y de obtención de títulos: primaria, secundaria o acceso a ciclos formativos o a la universidad para mayores de 25 años.²⁸

²⁸ A esta oferta hay que añadir otros centros que, sin tener la consideración de CEPA, ofrecen enseñanzas específicas para personas adultas. Esta oferta puede verse en <http://www.educantabria.es/centrosalv/centros-de-educacion-para-personas-adultas.html> (consultado el 18 de Diciembre de 2017).

186

Tabla 2.1.1: Nivel de estudios de la población de Cantabria de 65 y más años²⁹.

	Mujeres	Hombres
Analfabetos/as	1.075 (1,7%)	440 (0,95%)
Sin estudios	14.455 (22,7%)	7.410 (16%)
Grado primario	23.860 (37,5%)	14.380 (31,1%)
Grado secundario	21.115 (33,2%)	18.565 (40,2%)
Grado terciario	3.055 (4,8%)	5.395 (11,7%)

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y el Censo de Población y Viviendas (2011).

En las últimas décadas, al tiempo que crecía la importancia de las personas mayores en nuestras sociedades, la oferta de formación dirigida a este grupo ha ido en aumento. Entidades estatales, regionales y locales, fundaciones, asociaciones e incluso universidades han puesto en marcha diversas iniciativas formativas específicas para este grupo. La Asociación Estatal de Programas Universitarios para Personas Mayores (AEPUPM), una organización cuya existencia misma refleja la fuerza que este tipo de programas ha cobrado en los últimos años, calcula en más de 52.000 personas mayores de 40 años las que participaron en el curso 2016-2017 en estas iniciativas desarrolladas en los 84 programas adheridos a la Asociación.

En Cantabria, cabe destacar la experiencia del Programa Senior de la Universidad de Cantabria, iniciado en el año 2009 con el objetivo de hacer cumplir la idea de formación a lo largo de la vida en el marco de un envejecimiento activo y saludable. El programa formativo que ofrece Senior

²⁹ Según el INE se consideran con Primer grado las personas que fueron a la escuela 5 años o más sin completar EGB, ESO o Bachiller Elemental. Segundo grado: terminado ESO, EGB, Bachiller Elemental, o tiene el Certificado de Escolaridad o de Estudios Primarios. Bachiller (LOE, LOGSE), BUP, Bachiller superior, COU, PREU, FP grado medio, FP I, Oficialía industrial o equivalente, Grado Medio de Música Danza, Certificados de Escuelas Oficiales de Idiomas, FP superior, FP II, Maestría industrial o equivalente. Tercer grado: con una Diplomatura, Arquitectura o Ingeniería Técnica, Grado Universitario, Licenciatura, Arquitectura, Ingeniería, Máster oficial universitario, Especialidades médicas, Doctorado.

a personas de más de 50 años se aleja del modelo basado en las ideas de entretenimiento, distracción o terapia para acercarse a otro que entienda la educación como una opción vital que permite el desarrollo personal, de capacidades y aptitudes, además del disfrute de una vida digna y satisfactoria de acuerdo con los proyectos individuales de la ciudadanía. El Programa es también una historia de éxito, en el que se han realizado ya más de 2300 matrículas, dos tercios correspondientes a mujeres y con una evolución crecientemente progresiva que hace que en 2017 se haya triplicado la matrícula de 2009.

Tabla 2.1.2. Matrículas en el Programa Senior, Universidad de Cantabria 2009- 2017³⁰.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
M	63,87%	62,07%	64,17%	64,22%	65,59%	63,58%	61,15%	59,64%	58,87%
H	36,13%	37,93%	35,83%	35,78%	34,41%	36,42%	38,85%	40,36%	41,13%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la UC Programa Senior, facilitados por el Servicio de Gestión Académica (2017).

El Programa Senior de la Universidad de Cantabria, con casi una década de experiencia desde su fundación (2009), ofrece enseñanzas especializadas que se cursan durante cuatro años en las grandes áreas de conocimiento científico: Biomédicas, Ciencia Básica, Ciencias Sociales, Artes y Humanidades, Tecnológicas. El programa se completa con talleres, conferencias y mesas redondas. Permite satisfacer la curiosidad intelectual de las personas que anualmente, a medida que abandonan la vida laboral activa, tratan de mejorar su formación para desarrollar sus capacidades y finalmente para vivir mejor, y ese enriquecimiento personal revierte en sus entornos sociales de manera informal pero también a través de un retorno más formalizado, por ejemplo, en forma de voluntariado.

Gradualmente se ha ido incrementando la presencia de personas de edades más elevadas entre el alumnado del programa. Si en los primeros años el peso principal de la matrícula estaba en el grupo de entre los 60-64 años, a partir del 2015 el peso mayor se sitúa entre los 65-69, y va

³⁰ Se contabilizan únicamente las matrículas de personas de 50 y más años, desestimando algunas de personas más jóvenes.



incrementándose el alumnado de mayor edad. Estos programas, a diferencia de las enseñanzas universitarias regladas, no requieren contar con un grado académico de partida. Ofrecen un escenario formativo para un alumnado heterogéneo, con niveles educativos de origen diversos y requieren un esfuerzo para hacer llegar la oferta a zonas de difícil acceso. Otro ejemplo en el ámbito universitario en Cantabria es la labor realizada por la UNED, que ofrece una alternativa al aprendizaje presencial. En el curso 2008-2009 la UNED puso en marcha, de modo experimental, un Programa Senior asociado a la AEPUPM. Desde el curso 2009-2010 ha tenido una acogida importante. Aunque inicialmente la oferta se concentraba en Santander, en los últimos años se ha ido desplazando actividad a Torrelavega, desde donde se impartieron 8 asignaturas en el curso 2015-2016.

Tabla 2.1.3. Alumnado del Programa Senior del Centro Asociado UNEDCantabria.

	Nº alumnado matriculado	Nº alumnado
Curso 2009-2010	25	
Curso 2010-2011	199	
Curso 2011-2012	122	
Curso 2012-2013	16	
Curso 2013-2014	41	37
Curso 2014-2015	138	103
Curso 2015-2016	118	91

Fuente: Datos de la UNED. Memorias del Programa Senior, cursos 2008-2009 y 2015-2016 (2017).

189



La mayoría de las personas matriculadas en estos programas son mujeres, tanto en la oferta de la Universidad de Cantabria como en la de la UNED. En ambos casos son casi los dos tercios de las personas matriculadas. **Las mujeres mayores apuestan más decididamente que los varones por participar en las ofertas formativas.** Esto ocurre no sólo en esta formación universitaria. No hay que olvidar, como muestra la Tabla 1, la situación de desventaja de la que parten las mujeres respecto a los hombres, fruto de una cultura patriarcal que durante décadas ha relegado a las mujeres de las estructuras formativas y que afecta fundamentalmente en los segmentos de edad más avanzada. Quizá por ello, durante la madurez y la vejez las mujeres apuestan más que los hombres por la formación como una opción para disfrutar más plenamente de las alternativas vitales de esta etapa. Una política de formación a lo largo de la vida es imprescindible y debe tener presentes estas características del problema, así como los cambios en los perfiles formativos de las futuras generaciones de personas mayores.

El éxito de los **programas universitarios específicos** a la hora de satisfacer las demandas educativas de las personas mayores se corrobora si se correlaciona este dato con la baja matrícula de este colectivo en los grados oficiales que ofrece la Universidad de Cantabria. Entre los cursos 2012-13 y 2017-18 se han realizado un total de 19 matrículas de personas mayores de 65 años, 5 por parte de mujeres y 14 de hombres. La matrícula en los grados por parte del grupo de edad al que se dirige el programa senior, es decir mayores de 50 años, representa un porcentaje muy bajo sobre el total del alumnado, y parece haber disminuido a medida que se consolidaba el programa: en el curso 2012- 13 representó un 0,64% del total de la matrícula, un 0,43% en 2013- 14, un 0,54% en 2014- 15, un 0,47% en 2015- 16, un 0,40% en 2016- 17 y un 0,34% el curso 2017- 18.

Es importante señalar cómo en los programas oficiales no existe el predominio de la matrícula femenina que se observa en el Programa Senior, siendo este último menos exigente que los anteriores en cuanto a requisitos académicos de acceso.

En Cantabria, en otro ámbito diferente, la experiencia de la Universidad Nacional de Aulas de la Tercera Edad-UNATE³³, que inició su andadura en 1978 con poco más de 150 estudiantes y en la actualidad cuenta con más de dos mil, suma una oferta complementaria a las anteriormente descritas. Con sede en Santander y diez extensiones en diversas localidades de Cantabria, mantiene una descentralización de sus actividades, que llega a personas mayores de diferentes puntos de la región. Esas extensiones cuentan con casi mil personas asociadas, según la memoria

³³<http://unate.org/>(consultado el 18 de noviembre de 2017) ³³ Datos ofrecidos por la UNATE en diciembre de 2017.

190



de 2015-2016 y, según datos dispensados por la entidad, hoy son 1.300 (con media de 68 años) las que están inscritas en la actualidad en Santander, el 83% mujeres³³.

UNATE es una asociación de personas mayores que busca promover la sociabilidad cultural de quienes deseen perfeccionar su formación en cualquier ámbito del conocimiento o de ocupación del ocio y tiempo libre. Trabaja para promover la calidad de vida de las personas mayores potenciando sus capacidades y su protagonismo en todos los ámbitos de la vida social. En Santander las actividades se organizan en torno a siete áreas temáticas de contenido general: Estudios e investigación; Salud y mantenimiento físico; Dinámica ocupacional; Nuevas tecnologías; Cursos monográficos; Actividades artísticas y Acción social y convivencia. Las actividades desarrolladas en cada sede responden a las necesidades específicas de cada una. Además de mantener una oferta propia, UNATE mantiene acuerdos para ampliar su acción. Cabe señalar los mantenidos con la UC y la UIIMP para que sus miembros puedan realizar la matrícula gratuita en uno de los cursos de verano de la programación anual de estas instituciones. Estos acuerdos pueden ser modelo para otras iniciativas culturales.

Aunque la participación de las personas mayores en los Cursos de Verano de la Universidad de Cantabria no es porcentualmente muy elevada, especialmente si se compara con la asistencia a otro tipo de actividades culturales de extensión universitaria gratuitas (como por ejemplo conferencias puntuales que no requieren matrícula previa), en los últimos 5 años prácticamente se ha multiplicado por 2. Con un promedio anual de matrículas directas con referencia de edad para el último quinquenio de más de 1.900 personas, en 2017 la proporción de personas mayores de 65 años que formalizaron matrícula, por encima del 8%, es importante. Entre 2013 y 2017 los registros de matrícula sobre la edad de las personas matriculadas en esta oferta de la Universidad de Cantabria son más detallados y permiten constatar la tendencia³².

Si se analiza la participación de personas mayores en la oferta de Cursos de Verano de la Universidad de Cantabria por grupos de edad se evidencia cómo la mayor participación se produce en la franja de edad entre 65 y 74 años, disminuyendo significativamente a partir de los 80.

³²Hay que tener en cuenta que para el periodo analizado los datos sobre edad de matrícula son progresivamente más fiables, pues el número de matrículas sin ese dato fue de 352 en 2013, 418 en 2014, 164 en 2015, 123 en 2016 y 111 en 2017.



Esta característica se presenta también en los datos de los programas de estudios universitarios, ya sea en el Programa Senior de la Universidad de Cantabria y la UNED o en los programas de enseñanzas oficiales.

En los últimos tiempos, en los Cursos de Verano del año 2017 se registra un aumento considerable de la matrícula en la franja de edad entre 65 y 69 años, lo que podría estar indicando una tendencia de mejora del interés creciente de las personas que se van incorporando a estas franjas de edad a las ofertas de formación y extensión universitaria de alta calidad. En este sentido, hay que señalar que esta mejora coincide con un incremento significativo de la matrícula de mujeres, acorde con una creciente demanda de formación por parte de ellas especialmente en programas a los que se accede sin exigencias académicas previas pero que cuentan con una programación universitaria, de calidad.

En un mundo en el que la tecnología ha cobrado un protagonismo en la vida cotidiana, uno de los focos de atención debe recaer en la instrucción en y para el uso de las TIC. La *brecha digital*, esto es, la distancia que separa a quienes poseen y/o hacen un uso adecuado de las TIC afecta de forma acusada a las personas mayores. Si bien el 98% de los jóvenes de entre 16 y 24 años que en Cantabria utilizaron el ordenador en los últimos tres meses, sólo lo hicieron el 39% de las personas entre 65 y 74. En el mismo periodo, un 99% de jóvenes frente a un 44% de mayores accedió a internet (INE, 2017).

La comunicación que ofrecen estas opciones, sin embargo, puede ayudar a combatir la tendencia al aislamiento y facilitar el acceso a una oferta cultural y de sociabilidad amplia por vía telemática. No obstante, si nos fijamos en el uso del comercio electrónico, Cantabria presenta un nivel bajo, con una tasa del 22,6%, muy por debajo del 50% del Principado de Asturias, del 40,4% de Murcia o del 33,3% de Castilla-La Mancha (IMSERO, 2014, p. 323). La formación en TIC debe ir guiada no tanto por acercar a los conocimientos más "formales" de estas tecnologías, sino, sobre todo, hacia las técnicas de uso y el acceso crítico de la información que puede obtenerse a través de ella (Calvo y García-Lastra, 2006).

Además de las ofertas señaladas, cabe hablar de la participación activa de las personas mayores en el ámbito de la educación formal como sujetos activos, protagonistas de su generación que cabe encuadrar dentro de programas en los centros educativos de la región bajo la coordinación de las instituciones regionales (Gutiérrez Sánchez y López Bachero, 2013). Un ejemplo de estas experiencias son los "grupos interactivos" en los que junto al profesorado se cuenta con la participación de personas adultas en el aula (Peirats Chacón y López Marí (2013).



La ocasión de estas prácticas “intrageneracionales” parte además de la valoración positiva por parte de las personas más jóvenes de la oportunidad de contar con el bagaje de las personas mayores: casi la totalidad (95%) de los jóvenes españoles de entre 18 y 24 años se muestra de acuerdo según las cifras del CIS (2015) con “que las personas mayores aportan conocimiento y experiencias a nuestra sociedad”.

Junto a estas iniciativas, no debemos olvidar la necesidad de la **introducción en el currículum escolar del valor de las personas mayores** (una *cultura ausente* de este en palabras de Torres (1993)), y del cuidado de la imagen que los materiales educativos transmiten sobre esta etapa. Diversos estudios alertan de la escasa presencia de mayores en los libros de texto y de que cuando se incorporan informaciones son para referirse exclusivamente a la ancianidad (Rey-Cao, Táboas-Pais y Canales Lacruz, 2013). De este modo, junto a una formación *para* las personas mayores hay que desarrollar una formación *sobre* las personas mayores que permita conocerlas mejor y generar mejores prácticas que contemplen sus demandas y necesidades. Ha sido puesta de relieve esta necesidad que es propia de la sociedad de nuestro tiempo (Morón Marchena, 2014, p. 109). Incluso sigue siendo una asignatura pendiente en los Grados de Magisterio.

Aún queda mucho para poder ofrecer una formación más diversificada que llegue a otros niveles formativos, también a demandas como la de Geoff Edwards mencionada anteriormente. Por las razones anotadas este tipo de acciones y las políticas de intervención no pueden ser unidireccionales, es decir, planificadas desde arriba, desde las instituciones exclusivamente, sino dotarse de **carácter participativo** y acorde con los intereses de desarrollo personal en este colectivo. Las líneas generales de las propuestas que más abajo se concretan pasan por impulsar:

- **Políticas de promoción de la relación y de la solidaridad intergeneracional:** es necesario establecer socialmente vínculos intergeneracionales de relación y solidaridad. Estos lazos habitualmente están vigentes en las modernas sociedades mediterráneas circunscritos al ámbito familiar, pero crecientemente se van erosionando exigiendo el desarrollo de alternativas.
- **Políticas de valoración de la vejez:** resulta imprescindible erradicar una arraigada mirada paternalista a la vejez, potenciando el empoderamiento de las personas mayores y su participación en todas las esferas de la vida social. Este reconocimiento debe tener presente la experiencia diferenciada de mujeres y hombres en su diversidad y sin establecer jerarquías.

193



- **Políticas de igualdad:** es necesario romper los estereotipos de género que afectan específicamente a las personas mayores y aprovechar esta etapa vital como un periodo creativo de desarrollo personal, para explorar capacidades que no han podido cultivarse en anteriores etapas de la vida. Así, deberían implementarse políticas de empoderamiento de las mujeres mayores y políticas de promoción de la autonomía doméstica de los varones.
- **Políticas que favorezcan el desarrollo personal:** es imprescindible asegurar el acceso a la educación y a la participación en la actividad sociocultural de las personas mayores.
- **Desarrollo de acciones de coordinación** para facilitar la complementariedad de instituciones y asociaciones que propician una oferta formativa relevante, para potenciar el alcance de la misma.

3. HACIA UN NUEVO MODELO DE SERVICIOS SOCIALES.

La creciente prolongación de la esperanza de vida, que permite trayectorias vitales mucho más prolongadas y que configura una sociedad con mayor diversidad generacional, junto con la progresiva superación de la división sexual del trabajo y la transformación y diversificación de las estructuras y dinámicas familiares, trae como consecuencia lo que se ha venido a denominar como “crisis de los cuidados” y que hace necesaria la construcción de un nuevo modelo de servicios sociales.

Así la “Estrategia Social Horizonte 2030”, aprobada por el Gobierno de Cantabria, plantea la necesidad de contar con un Sistema Público de Servicios Sociales capaz de hacer efectivo el derecho de acceso a toda la ciudadanía, e independientemente de su edad, a un conjunto de políticas y servicios sociales que protejan y promuevan la interacción de todas las personas.

Para hacer posible esta tarea encomendada resulta necesario “*el desarrollo y potenciación de servicios de proximidad y prestaciones técnicas y tecnológicas que faciliten el desenvolvimiento, con la mayor autonomía posible, de las personas en sus redes familiares y comunitarias*”. Desde

194

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Vicepresidencia

la consideración de que en la promoción y protección de la autonomía funcional y de la integración relacional es donde los servicios sociales pueden encontrar un objeto lo suficientemente relevante para cualquier persona y en cualquier momento de su ciclo vital.

A este nivel, la primera línea de la "Estrategia Social Horizonte 2030" apuesta por EL MANTENIMIENTO Y MEJORA DE LA RED DE SERVICIOS ACTUAL Y EL IMPULSO DE NUEVOS SERVICIOS Y PRESTACIONES poniendo especial énfasis en promover un nuevo modelo de atención que ponga a la persona, su dignidad y sus derechos en el centro de todas las actuaciones del sistema.

Apostando claramente por el refuerzo de los servicios de proximidad, y especialmente de los Servicios Sociales de Atención Primaria, para que adquieran el protagonismo que realmente deben tener en el conjunto del sistema.

A la vez que se van poniendo en marcha nuevos servicios y prestaciones, unas veces para desarrollar los previstos en la Ley de Derechos y Servicios Sociales que no se han desarrollado convenientemente y otras para dar una respuesta adecuada a las nuevas necesidades sociales.

Incluyendo entre los objetivos recogidos en la Estrategia cuestiones fundamentales como:

- Ofrecer nuevos servicios y prestaciones que den respuesta a las necesidades sociales en clave comunitaria.
- Promover un nuevo modelo de atención que ponga a la persona, su dignidad y sus derechos en el centro de todas las actuaciones del sistema.
- Poner en marcha experiencias de coordinación intersectorial y atención integrada con otros sistemas de protección social.

195



Vicepresidencia



196

CVE-2019-4582



1. INTRODUCCIÓN.

Nuestro país está inmerso en la denominada *segunda transición demográfica*, la cual, está caracterizada por una población con un gran número de personas de edad avanzada y un reducido número de jóvenes. Por ello, unas tasas de natalidad extremadamente bajas, ni siquiera, garantizan ya el reemplazo generacional, provocando saldos vegetativos negativos.

Este rápido cambio en la estructura poblacional tiene un gran impacto económico y social. En concreto, si la población joven es menor, habrá menos población activa (tanto actual, como potencial) y con ello menos producción económica presente y futura en la región en términos de PIB. Asimismo, la Administraciones Públicas verán reducidos sus ingresos, debido a la reducción de las cotizaciones a la seguridad social y el menor dinamismo económico (baja recaudación de impuestos como IVA, IRPF, Sociedades, impuestos especiales al consumo, etc.).

Por otra parte, si el colectivo de personas mayores aumenta la inversión pública social también aumentarán especialmente en las partidas de gasto de Sanidad, Pensiones y Dependencia pues están profundamente ligadas a la edad (López I Casasnovas, 2015). En relación a lo que nos atañe en el presente informe, a mayor edad, es más probable demandar más servicios y bienes relacionados con la Sanidad y/o con la Dependencia pues, además, esta inversión social es de competencia autonómica.

En nuestro país la proporción de mayores de 64 años según el Instituto Nacional de Estadística (INE) pasará a representar el 34,5% del total en 2066, frente al 17,5% actual. **Tendremos así una de las tasas de dependencia más elevadas del mundo según la OCDE** (ratio entre población mayor de 65 años y población activa, 16-64 años, tanto el INE como la OCDE utilizan la misma definición de tasa de dependencia).

En la actualidad, las mujeres españolas (con una esperanza de vida de 85 años frente a la media europea de 80), figuran entre las más longevas, mientras que los hombres españoles alcanzan los 80 años frente a una media europea de 73 años (INE, 2017). Por ello, nuestro país con 83 años de media es el que tiene una mayor esperanza de vida de Europa y del resto de la OCDE (35 países) sólo Japón (83,9 años) nos supera ligeramente.

197



Además, si en el futuro se mantiene dicha evolución demográfica desfavorable, la pérdida de población se extendería a la mayoría de las Comunidades Autónomas en estos próximos 15 años. Y es que, según el INE, **los mayores descensos demográficos relativos se darían en Cantabria (-6,3%)**, Asturias (-11,1%), Castilla y León (-10,7%), Galicia (-8,5%), Castilla-La Mancha (-6,8%). Así, en el caso de nuestra región, pasaríamos de los actuales 582.571 habitantes a descender en 15 años hasta los 545.876 con un saldo vegetativo claramente negativo. En concreto, en Cantabria según el ICANE se perderán unos 50.000 habitantes en los próximos 20 años (un 9,2% de la población cántabra). Se pasará así de unos 577.000 habitantes que hay actualmente a unos 523.000 habitantes dentro de 20 años. Sólo 11 municipios de toda la región ganarán habitantes (Cartes, Entrambasaguas, Meruelo, Penagos, Piélagos, Polanco, San Felices, Ribamontán al Monte, Santa Cruz de Bezana, Selaya y Villaescusa). Por otro lado, aproximadamente 41 municipios tendrán menos de 1.000 habitantes, y dentro de estos, 6 municipios menos de 200 habitantes.

Cabe destacar la evolución demográfica esperada para los grandes municipios de la región. En el caso de la capital (Santander) perderá un 12% de la población, es decir, su población será de 151.000 habitantes dentro de 20 años. Y en Torrelavega la población menguará un 13,8% quedándose aproximadamente con 44.000 personas. Así, las mayores pérdidas de población se producirán en Santander, Torrelavega y en la comarca de Campoo.

Es decir, el dibujo de la pirámide poblacional de Cantabria puede sufrir una enorme metamorfosis, de modo que la figura que la representa se habría invertido si, por ejemplo, se comparan los perfiles de estructuras de edad del censo poblacional de 1991 y del 2015. Esto supondrá que dicha pirámide de población ya crece más por la cúspide que por su base (Reques y De Cos, 2017).

Toda esta batería de cifras demográficas implica que, al seguir registrándose crecimientos vegetativos negativos y un menor "relevé generacional", **Cantabria ha pasado ya de ser un territorio "receptor" de inmigrantes a ser "emisor" de población al exterior.**

Dicha crisis demográfica también se refleja en el mercado laboral, pues solo en 15 años, desde 2002, Cantabria ha perdido casi 30.000 personas trabajadoras jóvenes, lo que supone más de un tercio de los que existían hace tres lustros. Así, según la Encuesta de Población Activa (EPA) relativa al cuarto trimestre de 2018 del INE, Cantabria dispone de 48.300 personas ocupadas entre 16 y 34 años frente a las 79.300 existentes

198



en la EPA del primer trimestre de 2002. Dicha diferencia de 31.000 personas representa **un desplome muy significativo de la población activa** y equivalente al 39%.

Todo lo anteriormente indicado repercutirá sobre la economía y el Estado de Bienestar no sólo de España, sino también de Cantabria, así como sobre el difícil equilibrio de equidad intergeneracional.

En todo caso, es de resaltar que el fenómeno del envejecimiento poblacional ha recibido en las últimas décadas una gran atención, dados los desafíos sociales que conlleva desde el punto de vista económico pues supone un **incremento de la población inactiva y amenaza la viabilidad financiera de los sistemas públicos de protección social**. De hecho, el perfil socioeconómico de las *personas mayores* viene determinado por tres elementos principales (Menéndez, 2008): consumo, ingresos y tiempo libre. Así, el colectivo de *personas mayores* se asocia con una **mayor intensidad y frecuencia en el consumo de servicios socio-sanitarios y de cuidados de larga duración**, el protagonismo de **la pensión como principal fuente de ingresos**, y la **mayor disponibilidad de tiempo de ocio**.

A este respecto, en un contexto de envejecimiento poblacional como el actual, la preocupación básica en términos de sostenibilidad del sistema de bienestar social viene fundamentada especialmente por el consumo de servicios públicos del colectivo de *personas mayores*. De esta forma, se plantea la necesidad de analizar los diferentes parámetros socioeconómicos vinculados a dicha población mayor, así como determinar su impacto formal en el conjunto del sistema.

En todo caso, a fin de plantear las distintas propuestas de mejora una vez establecido el diagnóstico, será importante apuntar que el colectivo de mayores supone una nueva oportunidad económica teniendo en cuenta ese nuevo "nicho de mercado". Esto es, dicho marco requiere tanto nuevos parámetros de actividad como de ocio, turismo o sanidad. Sin olvidar tampoco, que dicho colectivo acumula patrimonio y otros recursos económicos derivados de su vida laboral en términos de consumo y ahorro ("**Economía Sénior**").

Por consiguiente, las nuevas políticas públicas deben concebir dicho colectivo de **las personas mayores como un grupo económicamente diferenciado y proactivo**, que conlleva grandes oportunidades de innovación, sin olvidar que también tienen sus necesidades específicas como

199



consecuencia de sus propias limitaciones debido a su edad. Dicha ventana de oportunidad ha de tenerse en cuenta no sólo en España sino también en Cantabria.

En síntesis, se puede establecer que los problemas y desafíos asociados a la **Economía del Envejecimiento** recaen sobre la inversión pública en pensiones, sanidad y dependencia. De este modo, y dado que la inversión social en pensiones es competencia nacional y no autonómica, en esta sección se analizan las siguientes tres cuestiones: la financiación autonómica y la fiscalidad; las desigualdades, pobreza y exclusión social; y el impacto del envejecimiento en los gastos regionales (bajo diferentes escenarios según las proyecciones demográficas disponibles y los correspondientes análisis de sensibilidad).

En concreto, para llevar a cabo nuestro análisis las principales fuentes de información estadística que se emplean son el INE, Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad o de Economía y Hacienda del Gobierno de España, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero), Servicio Cántabro de Salud (SCS), Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS), etc. Además, se han tenido en cuenta los presupuestos de las distintas Comunidades Autónomas (CC.AA.) o las estimaciones de población de Pedro Reques y Olga de Cos (Ver sección "Análisis y diagnóstico del envejecimiento en la Comunidad Autónoma de Cantabria: una perspectiva territorial" (2017) en este mismo informe).

Dado que la evaluación de políticas públicas es una herramienta básica de gestión precisamente es a través de ellas de dónde surgen recomendaciones que incrementan la eficacia y eficiencia de las acciones de cualquier gobierno. De este modo, tras profundizar en los aspectos principales de diagnóstico, nuestro planteamiento incluirá un listado de propuestas de mejora de cara al futuro para que puedan ser consideradas en las distintas políticas públicas a adoptar por los decisores a este respecto.

2. FINANCIACIÓN AUTONÓMICA Y TRATAMIENTO FISCAL DE LAS PERSONAS MAYORES.

En este apartado, nuestro objetivo principal se refiere al impacto del envejecimiento en el sistema de financiación subcentral, tras su próxima reforma adelantada en los informes de la *Comisión de Personas expertas para la revisión del Sistema de Financiación Local* (2017) y de la *Comisión de Personas expertas para la revisión del Modelo de Financiación Autonómica* (2017). Así, analizar el tratamiento fiscal que se aplica a las personas de edad avanzada como los posibles incentivos económicos en este marco son elementos clave.

200



Comenzando por los aspectos relativos a la **financiación autonómica**, y observando la evolución de las ratios población/población ajustada no parece acertado afirmar que la fórmula de población ajustada estime adecuadamente las necesidades de gasto. Por ello, es bastante discutible el posible cambio de criterio operativo de equidad como plantea la reforma diseñada por la *Comisión de Personas expertas para la revisión del Modelo de Financiación Autonómica* (2017). Asimismo, algunas Comunidades incurren en costes fijos reales específicos en la prestación de cierto tipo de gastos (que ya existían en los anteriores modelos de financiación) que necesitan ser recogidos de algún modo en la fórmula de variables de necesidad anuales y no en el *statu quo* inicial autonómico.

No obstante, una reforma de la financiación autonómica que elimine dicho *statu quo* puede introducir nuevas desigualdades, especialmente en las autonomías que hasta ahora eran de las mejor consideradas en financiación per cápita, como Cantabria o Extremadura, y que conservaban el compromiso de mejorar o quedarse igual, en atención a especificidades como el envejecimiento o la dispersión de la población.

Así, la inversión social en las regiones más envejecidas y menos pobladas, como es el caso de Cantabria, se vería afectada de manera considerable, pues no todas las Comunidades realizan el mismo esfuerzo presupuestario. A este respecto, destaca en 2018 el «significativo» retroceso en la financiación que recibe Cantabria con una caída de entre el 1,8% en la financiación por habitante, situando los datos provisionales en el pasado ejercicio a 1.787 millones de euros.

En 2017, nos llegaron 1.640 millones a través de entregas a cuenta y 76 millones se refieren a la liquidación final por la recaudación en 2015. Igualmente, Cantabria recibió 458 millones de euros del Fondo de Suficiencia Global (FSG), que dispone de un total de 3.821 millones de euros (el FSG se utiliza para cubrir la diferencia entre la necesidad de financiación de una región y su capacidad tributaria más las transferencias recibidas). Por otra parte, participó en el reparto de los 8.570 millones del Fondo de Garantía, cuyo objetivo es asegurar que cada autonomía recibe la misma financiación por habitante. A su vez, en cuanto a los recursos propios, Cantabria completa sus ingresos con impuestos cedidos, tasas y rendimientos personas menores, como los que puede obtener por sanciones, enajenación de bienes o intereses bancarios.

201



2.1. Análisis del sistema de financiación autonómica.

Por todo ello, es necesario analizar el sistema de financiación autonómico para entender de dónde obtienen los recursos económicos las Comunidades Autónomas, presentando a continuación unas tablas resumen con los principales elementos relativos a la financiación autonómica para los años 2013, 2014 y 2015 (último año liquidado hasta la fecha). Véanse Tablas 2.1.1 a 2.1.5.

Estas diferencias entre CC.AA. en los recursos que reciben de la Administración General del Estado (AGE), con el actual sistema de financiación autonómico, sumado a su capacidad recaudatoria propia. Es decir, con los recursos totales con los que financian los presupuestos regionales, explican las diferencias entre la oferta de servicios y subvenciones, y las cuantías de las mismas, entre CC.AA. En este sentido, se producen graves asimetrías entre CCAA en las partidas de inversión en las referidas a los Servicios Públicos Fundamentales (Servicios Sociales, Sanidad, Dependencia, Educación...).

Si miramos detenidamente la Figura y Tablas anteriores podemos observar cómo Cantabria es la Comunidad Autónoma que más recursos obtiene por habitante por parte de la Administración del Estado, con el actual Sistema de Financiación. Pero hay que ser consciente de que debido a su relativa baja población (es la segunda en términos poblaciones de España tras La Rioja), es la que tiene unos costes fijos más elevados, es decir, un coste efectivo muy alto en la prestación de Servicios Públicos Fundamentales.

202

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Tabla 2.1.1: Liquidación definitiva del sistema de financiación autonómica en el año 2013 (miles de euros).

Comunidades Autónomas	Capacidad Tributaria	Transferencia del Fondo de Garantía	Participación en el Fondo Suficiencia Global	Total Fondos Convergencia	Financiación normativa total	Competen. Específicas	Financiación total homogénea	Recursos totales del sistema de financiación
Cataluña	17361542	-839309	734578	684358	17941169	2267389	14989421	17256811
Galicia	5038950	1097783	537321	262336	6936390	292019	6382034,74	6674054
Andalucía	13125531	3546077	494021	420012	17585643	785806	16379824	17165630
Asturias	2227062	184131	169879	100217	2681290	72767	2508306	2581073
Cantabria	1323281	-13187	424053	54498	1788646	124739	1609407	1734147
La Rioja	656853	51008	184403	27061	919326	67997	824267	892264
Murcia	2418018	54891	-158002	13084	2939772	17828	2791102	2808930
C. Valenciana	9230129	1110957	-1186155	1080654	10235586	308286	8846645	9154931
Aragón	29932878	111680	249987	42334	3397290	81906	3273049	3354955
C. Mancha	3528728	985155	87857	207366	4809107	11144	4590596	4601741
Canarias	1773399	2195333	80492	202288	4251514	260839	3788386	4049226
Extremadura	1636403	703548	391069	115619	2846640	7613	2723408	2731021
Baleares	2552367	-104134	-586051	218834	2081015	108387	1753793	1862181
Madrid	17162965	-2654063	-584356	239547	14164092	997758	12926787	13924545
C. León	4974882	756546	395804	230440	6357673	14996	6112236	6127233
TOTAL	86003404	7680442	1234902	4016410	98935160	5419481	89499268	94918749

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2015).

203



Tabla 2.1.2: Liquidación definitiva del sistema de financiación autonómica en el año 2014 (miles de euros).

Comunidades Autónomas	Capacidad Tributaria	Transferencia del Fondo de Garantía	Participación en el Fondo Suficiencia Global	Total Fondos Convergencia	Financiación normativa total	Competen. específicas	Financiación total homogénea	Recursos totales del sistema de financiación
Cataluña	18207413	-763279	731991	785142	18961268	2447164	15728962	18176126
Galicia	5231374	1184172	556416	202744	7174705	315173	6656789	6971961
Andalucía	13611287	3909200	470322	685081	18675891	848110	17142699	17990810
Asturias	2306861	212352	174240	77961	2771415	78537	2614916	2693453
Cantabria	1368969	1603	453123	0	1823695	134630	1689065	1823695
La Rioja	682261	58006	196411	19692	956369	73389	863289	936677
Murcia	2495448	615048	-181666	148703	3077534	19242	2909589	2928831
C. Valenciana	9907657	964912	-1318329	1098307	10652547	332730	9221510	9554240
Aragón	3117336	119463	258361	80866	3576025	88400	3406759	3495160
C. Mancha	3600698	1081814	77819	164393	4924723	12028	4748302	4760330
Canarias	1819610	2341177	72812	163165	4396765	281521	3952079	4233600
Extremadura	1689701	747161	412910	93349	2943121	8217	2841555	2849772
Baleares	2714652	-125711	-641680	629176	2576437	116982	1830280	1947261
Madrid	18268392	-2909014	-681112	236227	14914493	1076868	13601399	14678266
C. León	5112964	852497	405357	175311	6546129	16186	6354632	6370818
TOTAL	90134623	8289401	986975	4560117	103971117	5849177	93561825	99411000

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2016).

204

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Tabla 2.1.3: Liquidación definitiva del sistema de financiación autonómica en el año 2015 (miles de euros).

Comunidades Autónomas	Capacidad Tributaria	Transferencia del Fondo de Garantía	Participación en el Fondo Suficiencia Global	Total Fondos Convergencia	Financiación normativa total	Competen específicas	Financiación total homogénea	Recursos totales del sistema de financiación
Cataluña	19533214	-977584	756744	873131	20185506	2529917	16782457	19312374
Galicia	5411036	1332380	575232	236909	7555557	325831	6992818	7318648
Andalucía	14339348	4307202	496418	470865	19613833	876790	18266178	19142968
Asturias	2384548	248853	180132	91694	2905227	81192	2732430	2813623
Cantabria	1420109	21004	468446	496868	2406427	139183	1770376	1909559
La Rioja	717587	62507	203052	23640	1006787	75870	907276	983146
Murcia	2645086	659075	-187809	160623	3276974	19892	3096459	3116352
C. Valenciana	10432018	1063624	-1362910	1160018	11292750	343982	9788751	10132733
Aragón	3290236	115214	267097	96921	3769468	91390	3581157	3672547
C. Mancha	3716830	1164322	80450	191932	5153534	12435	4949168	4961602
Canarias	1894005	1505467	75402	407024	3881898	291168	4183706	4474874
Extremadura	1764789	789431	426873	107733	3088826	8495	2972598	2981093
Baleares	2949428	-196939	-662908	633596	2723177	120937	1968643	2089580
Madrid	19861670	-3429023	-703756	132861	15861752	1113672	14615219	15728891
C. León	5356800	904181	419064	206949	6886993	16733	6663311	6680044
TOTAL	95716704	7569714	1031527	5290764	109608709	6047487	99270548	105318036

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2017).

205



Tabla 2.1.4: Tasas de variación (%) de las liquidaciones definitivas del sistema de financiación autonómica (2013-2015).

Comunidades Autónomas	Capacidad Tributaria			Participación en el Fondo Suficiencia Global		
	2013-2014	2014-2015	2013-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2015
Cataluña	4,87	7,28	12,51	-0,35	3,38	3,02
Galicia	3,82	3,43	7,38	3,55	3,38	7,06
Andalucía	3,70	5,35	9,25	-4,80	5,55	0,49
Asturias	3,58	3,37	7,07	2,57	3,38	6,04
Cantabria	3,45	3,74	7,32	6,86	3,38	10,47
La Rioja	3,87	5,18	9,25	6,51	3,38	10,11
Murcia	3,20	6,00	9,39	14,98	3,38	18,86
C. Valenciana	7,34	5,29	13,02	11,14	3,38	14,90
Aragón	-89,59	5,55	-89,01	3,35	3,38	6,84
C. Mancha	2,04	3,23	5,33	-11,43	3,38	-8,43
Canarias	2,61	4,09	6,80	-9,54	3,56	-6,32
Extremadura	3,26	4,44	7,85	5,58	3,38	9,16
Baleares	6,36	8,65	15,56	9,49	3,31	13,11
Madrid	6,44	8,72	15,72	16,56	3,32	20,43
C. León	2,78	4,77	7,68	2,41	3,38	5,88
TOTAL	4,80	6,19	11,29	-20,08	4,51	-16,47

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2016).

206

CVE-2019-4582



Tabla 2.1.5: Tasas de variación (%) de las liquidaciones definitivas del sistema de financiación autonómica (2013-2015).

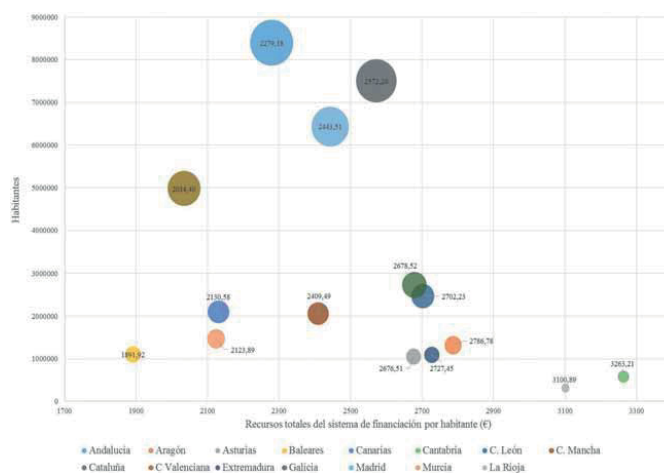
Comunidades Autónomas	Financiación normativa total			Financiación total homogénea			Recursos totales del sistema de financiación		
	2013-2014	2014-2015	2013-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2015
Cataluña	5,69	6,46	12,51	4,93	6,70	11,96	5,33	6,25	11,91
Galicia	3,44	5,31	8,93	4,31	5,05	9,57	4,46	4,97	9,66
Andalucía	6,20	5,02	11,53	4,66	6,55	11,52	4,81	6,40	11,52
Asturias	3,36	4,83	8,35	4,25	4,49	8,94	4,35	4,46	9,01
Cantabria	1,96	31,95	34,54	4,95	4,81	10,00	5,16	4,71	10,12
La Rioja	4,03	5,27	9,51	4,73	5,10	10,07	4,98	4,96	10,19
Murcia	4,69	6,48	11,47	4,25	6,42	10,94	4,27	6,40	10,94
C Valenciana	4,07	6,01	10,33	4,24	6,15	10,65	4,36	6,05	10,68
Aragón	5,26	5,41	10,96	4,09	5,12	9,41	4,18	5,08	9,47
C. Mancha	2,40	4,65	7,16	3,44	4,23	7,81	3,45	4,23	7,82
Canarias	3,42	-11,71	-8,69	4,32	5,86	10,44	4,55	5,70	10,51
Extremadura	3,39	4,95	8,51	4,34	4,61	9,15	4,35	4,61	9,16
Baleares	23,81	5,70	30,86	4,36	7,56	12,25	4,57	7,31	12,21
Madrid	5,30	6,35	11,99	5,22	7,45	13,06	5,41	7,16	12,96
C. León	2,96	5,21	8,33	3,97	4,86	9,02	3,98	4,85	9,02
TOTAL	5,09	5,42	10,79	4,54	6,10	10,92	4,73	5,94	10,96

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2017).

207



Figura 2.1.1: Recursos totales del sistema de financiación por habitante (€), para las CCAA de régimen común en el año 2015.



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2017).

208



2.2. Análisis de la capacidad fiscal de Cantabria.

La capacidad fiscal de una Comunidad Autónoma son los ingresos que ésta genera a través de los impuestos que tiene plenamente cedidos (Patrimonio, Sucesiones, etc.) y la parte de impuestos de tipo compartido procedentes de los grandes impuestos estatales (IVA e IRPF). Por ello, gran parte de los ingresos tributarios están estrechamente vinculados al grado de desarrollo y actividad económica del territorio en cuestión siendo los ingresos de las CC.AA. más sensibles al ciclo económico que los propios gastos que son de su competencia y debe financiar tales como, entre otros, sanidad, educación o dependencia).

En síntesis, las diferencias entre Comunidades de gasto autonómico, recaudación propia y financiación recibida de la AGE se ven condicionadas por otros factores, como el *statu quo* del sistema de financiación, la población (crecimiento de la misma y densidad), el sistema fiscal autonómico de cada Comunidad o la coyuntura económico-social de cada momento.

No obstante, cada vez es más complicado conocer en detalle todas las escalas de gravamen o deducciones y bonificaciones distintas que se aplican en cada una de nuestras Comunidades Autónomas pues éstas disponen ya desde hace un tiempo de un amplio margen para mover la presión fiscal que aplican a sus empresas y particulares (véase Libro electrónico de tributación autonómica del Ministerio de Hacienda y Función Pública: <http://www.minhfp.gob.es/esES/Areas%20Tematicas/Financiacion%20Autonomica/Paginas/libro%20electronico%20tributacion.aspx>) En concreto, dicha libertad de maniobra tributaria, aunque no es absoluta (si exceptuamos sobre todo los casos forales de País Vasco y Navarra) reside fundamentalmente en la parte de impuestos directos que gravan la renta de las personas, su patrimonio o la propia transmisión de éste.

Es decir, si el objetivo que se persigue es recaudar más en algunas Comunidades puede estarse aún en momento como los actuales priorizando lo urgente (reducir el déficit) frente a lo realmente importante, que no es otra que generar un mayor crecimiento económico para así reducir dicho desequilibrio fiscal.

Precisamente, ya conocemos lo sucedido en 2017 y ahora toca adentrarse en 2018 en dónde además contemplamos ya como será muy complicado hacer comparaciones entre interterritoriales puesto que muchas regiones han ofertado una baja presión fiscal en algún impuesto mientras que la han aumentado en otros tributos (impuestos, tasas, etc.). Es decir, si en nuestro país no existen como tales "paraísos fiscales" cabe preguntarse si siguen existiendo territorios en dónde resulta tremendamente "barato" pagar impuestos. Asimismo, sigue estando

209



pendiente responder a un interrogante fundamental: discernir aquellos "umbrales" de tributación que pueden generar efectos desincentivo al contribuyente y hagan aumentar una economía sumergida que dificulte a su vez recaudar más impuestos

Del mismo modo, en el Impuesto sobre la renta el País vasco con un tipo máximo del 49% sólo es superada por Navarra con un 52%, lejos del 48% de Andalucía, Asturias, Cantabria, Cataluña, La Rioja o la Comunidad Valenciana. En otro orden de cosas, la estrategia de la Comunidad de Madrid con un tipo bajo del IRPF y una fiscalidad benévola en herencias pivota también en el hecho de ser la única región en donde no se cobra actualmente por el Impuesto de Patrimonio, frente a la elevada fiscalidad en este tipo de impuesto en regiones como Andalucía, Aragón o Galicia. A este respecto, Cantabria se caracteriza por contar con un mínimo exento de 700.000 euros y la misma escala del Estado.

Además, en el caso del impuesto de donaciones hemos de señalar que Cantabria, al igual que otras regiones como Andalucía, Extremadura o Comunidad Valenciana, no se caracteriza especialmente por contar con beneficios fiscales significativos. En ese mismo orden de cosas, puede observarse también según el anteriormente mencionado Libro electrónico de tributación autonómica del Ministerio de Hacienda y Función Pública (2017) que existen territorios donde se trata con grandes ventajas fiscales a los/las herederos/as a raíz del fallecimiento de una persona. Dicho impuesto de sucesiones se fija en Cantabria del modo siguiente: los grupos I y II tienen una bonificación del 99% y existe una escala propia con un tipo marginal del 34% a partir de los 797.555 euros. Lejos de eso queda pues, por ejemplo, el País Vasco (donde el cónyuge, descendientes y ascendientes tienen una reducción de 400.000 euros por heredero/a y un tipo fijo reducido del 1,5%) o Navarra (donde cónyuge y descendientes tienen un tipo fijo del 0,8%). En todo caso, todas estas cifras nos revelan que estamos ante distintos sistemas públicos tributarios que a su vez proporcionan un elevado grado de dispersión en términos de gasto autonómico en partidas como la sanidad, educación o servicios sociales.

No obstante, evaluar lo que hace el sector público constituye un gran reto no sólo en Cantabria sino para todas las Administraciones. En todo caso, es preciso aplicar nuevas medidas de estímulo que generen crecimiento económico y ser más competitivos y eficientes en el precio que exigimos a nuestros ciudadanos por unos mejores servicios públicos, es decir, en los impuestos.

Cantabria, pues, precisa de un horizonte plurianual en dónde pueda planificar fiscalmente cuáles serán las modificaciones que pretende hacer en las próximas fechas teniendo en cuenta que debería abogar por una fiscalidad más benévola para ciertos colectivos de la población y en

210



dónde, lógicamente, se encuentra no sólo el segmento de población joven a la que se pretende atraer sino también al grupo de personas mayores dada la situación demográfica de envejecimiento de nuestra Comunidad.

2.3. Simulaciones de evolución de la inversión en dependencia y en sanidad: escenarios de desaparición del *statu quo* actual de modo paulatino.

El comportamiento de una población en términos de su estructura demográfica son claves del nivel y tendencia de la inversión en sanidad y dependencia en una CC.AA. Asimismo, una población con mayor grado de envejecimiento incrementa, según las últimas evidencias empíricas disponibles las necesidades de atención sanitaria y de servicios sociales frente a una población de menor edad. En ese mismo sentido, un ejemplo claro de las diferencias en gasto entre CC.AA., que pueden ampliarse en estos próximos años, aparece en Cantarero (2017), en este caso, relativas a una hipotética reforma del modelo de financiación autonómica en estas próximas fechas.

En concreto, las Tablas 2.3.1a y 2.3.1b recogen la evolución del sistema durante cinco años tomando como base la liquidación de 2015 (última disponible hasta la fecha), con población ajustada constante (y participaciones en la inversión sanitaria según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e INE), tasa de crecimiento del 2% anual para todos los ingresos y reduciendo paulatinamente la compensación por *statu quo* hasta desaparecer según se simula en De la Fuente (2017).

Tabla 2.3.1a: Simulación (euros por habitante) de evolución de la inversión sanitaria según financiación definitiva hasta desaparición del *statu quo*.

Comunidades	Año base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Cataluña	1192,84	1331,50	1366,10	1400,69	1435,26	1469,81
Galicia	1333,27	1353,49	1365,57	1378,18	1390,30	1402,98
Andalucía	1108,98	1262,91	1295,93	1329,50	1362,59	1395,67

211



Comunidades	Año base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Asturias	1586,64	1354,01	1371,86	1389,70	1407,03	1424,91
Cantabria	1421,89	1564,50	1530,51	1496,48	1462,45	1428,56
La Rioja	1199,98	1484,39	1470,29	1456,17	1442,06	1428,04
Murcia	1206,25	1262,91	1296,46	1329,50	1363,11	1396,19
C. Valenciana	1232,88	1285,94	1319,49	1353,58	1387,16	1420,73
Aragón	1441,38	1369,72	1384,95	1400,69	1415,92	1431,70
C. Mancha	1319,36	1320,50	1337,82	1355,15	1372,52	1389,93
Canarias	1261,74	1384,90	1420,55	1456,70	1492,26	1527,77
Extremadura	1453,15	1460,30	1439,92	1419,53	1398,66	1378,44
Baleares	1296,95	1410,04	1425,79	1441,52	1456,70	1471,90
Madrid	1179,10	1390,14	1425,80	1461,93	1497,49	1533,51
C. León	1431,13	1377,57	1385,47	1393,36	1401,28	1408,72
Total	1311,04	1337,26	1363,48	1389,70	1415,92	1442,14

Fuente: Elaboración propia a partir de INE, Ministerio de Hacienda, Cantarero (2017) y De la Fuente (2017).

212



Tabla 2.3.1b: Simulación (euros por habitante) de evolución de inversión en dependencia según financiación definitiva hasta desaparición del *statu quo*.

Comunidades	Año base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Cataluña	25,24	28,17	28,91	29,64	30,37	31,10
Galicia	109,22	110,88	111,87	112,90	113,89	114,93
Andalucía	130,30	148,39	152,27	156,21	160,10	163,98
Asturias	156,89	133,89	135,65	137,42	139,13	140,90
Cantabria	173,47	190,87	186,72	182,57	178,42	174,28
La Rioja	273,24	338,00	334,79	331,58	328,36	325,17
Murcia	43,37	45,41	46,61	47,80	49,01	50,20
C. Valenciana	32,13	33,51	34,39	35,28	36,15	37,03
Aragón	47,25	44,90	45,40	45,92	46,42	46,93
C. Mancha	237,36	237,57	240,68	243,80	246,92	250,06
Canarias	45,89	50,37	51,67	52,98	54,27	55,57
Extremadura	270,01	271,34	267,55	263,76	259,89	256,13
Baleares	58,26	63,34	64,05	64,75	65,44	66,12
Madrid	39,71	46,82	48,02	49,24	50,43	51,65
C. León	48,36	46,55	46,82	47,08	47,35	47,60
Total	112,71	114,97	117,22	119,48	121,73	123,98

Fuente: Elaboración propia a partir de INE y Ministerio de Hacienda, Cantarero (2017) y De la Fuente (2017).

213



Como puede observarse en dichas simulaciones referidas a distintos escenarios hipotéticos y claramente desfavorables para algunas regiones y en especial para Cantabria, si se llegase a aprobar un nuevo sistema de financiación autonómica en los términos acordados en el Informe de la Comisión de Personas expertas para la revisión del Modelo de Financiación Autonómica (2017) ello supondría, entre otras cuestiones, el que se eliminaría progresivamente la cláusula de *statu quo*. En ese caso, la **pérdida de financiación tanto en términos absolutos como en per cápita sería en ambos casos muy notable para Cantabria**. Además, incidiría en una merma de recursos no sólo presentes sino futuros para financiar tanto la sanidad como la dependencia.

En todo caso, cabe recordar, la "insatisfacción crónica" de muchas regiones con la cuantía final que les ha correspondido con los distintos repartos de modelos anteriores de financiación (Cantarero-Prieto y Pascual-Sáez, 2016). De hecho, en muchas de ellas ha generado un fuerte desequilibrio vertical entre sus propias competencias y las existentes a nivel estatal. Al mismo tiempo, la descentralización por la parte del gasto público ha avanzado mucho más, que por la parte de los ingresos. De hecho, no olvidemos que de lo que se trata es de asignar eficientemente recursos y de gastar en relación con la disponibilidad de recursos que proporciona el modelo de financiación autonómica, así como la coyuntura económico-social de cada momento. Por todo ello, es urgente que Cantabria active su propia estrategia a fin de evitar ser castigada injustamente en una hipotética reforma del modelo de financiación autonómica que premiase a regiones más pobladas y con mayor renta per cápita.

2.4. Financiación de la Dependencia.

Un ejemplo claro de las diferencias en gasto entre CCAA es el gasto referido a la Dependencia y que se financia con recursos procedentes de las Comunidades Autónomas y de la Administración General del Estado (AGE).

Es evidente el desigual reparto de los esfuerzos en el crecimiento de gasto del sistema. Mientras comunidades autónomas y personas usuarias asumen el esfuerzo de crecimiento, en términos absolutos, la financiación estatal se fue recortando desde 2011 y no se ha recuperado. En 2017, la ya escasa financiación estatal bajó un punto respecto al año anterior y se sitúa en el 16,3% del conjunto (17,4% en 2016). Las Comunidades Autónomas financian el 83,7% restante, según se deduce de las certificaciones anuales. De ellas se deduce una inversión pública total certificada

214



de 7.459 millones de euros. De toda esa cantidad, la aportación finalista del Ministerio fue de 1.218 millones, es decir, el 16,3% del total, mientras que las CC.AA., con 6.241 millones de euros, aportan el 83,7% restante.

A 31 de enero de 2019 en España había 1.057.190 personas que percibían algún tipo de prestación enmarcada dentro de la Ley de Dependencia. A ellas hay que sumar las personas pendientes de valoración o las que tienen reconocida la dependencia, pero no se benefician de ningún tipo de ayuda. En el caso particular de Cantabria en dicha fecha había un total de 15.813 personas que eran o son beneficiarias de este tipo de prestaciones, lo que supone un 2,7% respecto de la población total de la región. Y según los datos oficiales del IMSERSO, Cantabria ha registrado el dato más alto de España, en cuanto al gasto público en dependencia, con 984,19 euros de media, muy por encima de la media nacional (625 euros).

La financiación de la Ley de Dependencia se realiza de la siguiente forma:

- (i) Un Nivel Mínimo (NM) abonado por la AGE que garantiza la atención a todas las personas en situación de dependencia.
- (ii) Un Nivel Acordado (NA) con la Comunidad Autónoma correspondiente (eliminado en el año 2012, actualmente la AGE sólo proporciona el NM).
- (iii) Aportaciones de las Comunidades Autónomas que deben ser iguales o superiores al NM.
- (iv) Los copagos, es decir, aportaciones de los usuarios de los servicios.

El recorte del presupuesto aportado por la AGE desde el año 2012 es paralelo al de las CCAA pues éstas también redujeron sus aportaciones al Sistema de la Dependencia. Por ello, **el estancamiento de las aportaciones de la AGE ha supuesto un retroceso generalizado en el Sistema de la Dependencia, que ha imposibilitado el aprovechamiento de los posibles retornos** (IVA, IRPF, cotizaciones a la Seguridad Social e Impuesto de Sociedades) y una mayor creación de empleo en todo este tiempo. En Cantabria, el total del presupuesto destinado a Dependencia sufrió un severo recorte entre 2011-2014, pasando de un presupuesto ejecutado de 156,3 millones de euros a 114,1. De este presupuesto, es de destacar el recorte en la partida destinada a estancias concertadas en centros, cuya ejecución pasó de los 65,5 millones de euros en 2011 a los 54,9 en 2014.

215



Asimismo, en el momento actual **la mayor parte de la financiación de la inversión en la Ley de Dependencia recae sobre los recursos de las CC.AA.** Hay una infrafinanciación general del Sistema por parte del Estado. Es evidente el desigual reparto de los esfuerzos en el crecimiento de la inversión en el sistema. Mientras las Comunidades autónomas y las personas usuarias asumen el esfuerzo de crecimiento, en términos absolutos, la financiación estatal se fue recortando desde 2011 y no se ha recuperado. La inversión en Dependencia fue de 7.459 millones de euros en 2017, de los que 6.241 los asumieron las Comunidades Autónomas (86%) y solo 1.218 millones el Estado (14%).

Por otro lado, **las diferencias en la inversión presupuestada para la financiación de la dependencia entre Comunidades Autónomas son bastante notorias.** A modo de ejemplo, las Comunidades con menor número de residentes (como Cantabria o La Rioja) son las que presentan una inversión en dependencia per cápita superior a la mayoría de CC.AA. de régimen común. Por el contrario, las Comunidades del régimen común que menos recursos per cápita dedican a sufragar gastos derivados de la Ley de Dependencia son Cataluña, Valencia, Madrid o Murcia. Dichas Comunidades tienen una población más "joven", menos envejecida, que las Comunidades del noroeste peninsular.

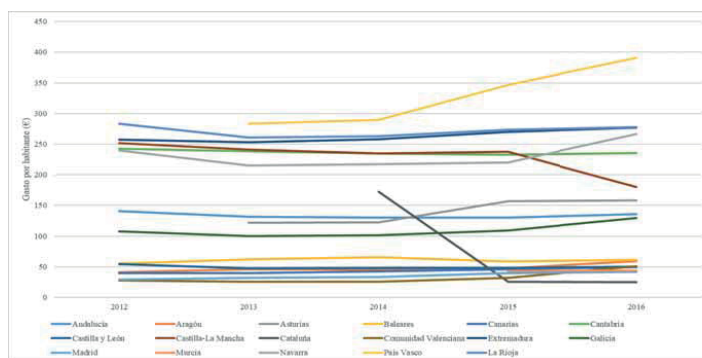
Por tanto, las diferentes estructuras poblacionales de las CC.AA. se ven reflejadas en una dispar inversión per cápita en dependencia. Es decir, **las Comunidades de régimen común con una ratio de población envejecida más elevada tienen gastos superiores. Y a su vez, tienen una mayor dispersión de la población, de tal manera, que el coste de los servicios se incrementa notablemente.** Asimismo, las Comunidades de Régimen Foral (País Vasco y Navarra), dedican muchos recursos y de manera más estable a esta partida presupuestaria, por su mayor autonomía fiscal.

En ese mismo sentido, en la Figura 2.4.1 se representan las cuantías per cápita presupuestadas para todas las CC.AA. Así, puede observarse que **la inversión en dependencia se ve fuertemente condicionada por el grado de envejecimiento de cada Comunidad, la densidad de la población, si son Comunidades emisoras o receptoras de población y la actividad económica de la Comunidad.**

216



Figura 2.4.1: Evolución de la inversión per cápita presupuestada en dependencia por CCAA (2012-2016).



Fuente: Elaboración propia a partir de los presupuestos de las CCAA y del INE (2017).

Dada la tendencia actual hacia un mayor envejecimiento poblacional en nuestra región, **cabe esperar que las prestaciones y el número de personas beneficiarias de prestaciones y/o servicios públicos aumenten**. Y desafortunadamente, no hay hasta el momento mucha evidencia directa que explique las grandes disparidades regionales en este campo (Jiménez-Martin y Viola, 2017). Ello supone, por consiguiente, que las CC.AA. es muy probable que tengan que hacer frente a una mayor parte de la inversión en dependencia en estos próximos años.

217



No obstante, a partir de 2015 Cantabria ha avanzado en inversión en Dependencia. Así, de un presupuesto ejecutado destinado a Dependencia en 2015 de 111,5 millones de euros a 121,4 en 2018. De este presupuesto, es de destacar el recorte en la partida destinada a estancias concertadas en centros, cuya ejecución pasó de los 59,3 millones de euros en 2015 a los 67,6 millones en 2018.

La previsión para 2019 es de 128,5 millones de euros en el presupuesto destinado a Dependencia y 73,71 millones de euros para estancias concertadas en centros.

2.5 Financiación de la Sanidad.

La ejecución de la inversión en Sanidad en España depende de la Administración General del Estado (AGE), la Seguridad Social (SS), las Mutuas, las Comunidades Autónomas y las Administraciones Locales.

Desde el año 2002, con la finalización del traspaso de competencias en materia sanitaria a todas las CCAA, la inversión en sanidad depende en su mayoría de dichas CC.AA., aunque no se ha traspasado la capacidad recaudatoria necesaria para financiar el gasto sanitario. Esto provoca que **no exista una plena corresponsabilidad fiscal en las CC.AA.** (Pinillos-Franco, 2017) ni en sentido estricto o fuerte (porcentaje de la cesta de impuestos con capacidad normativa sobre el total de financiación incondicionada), ni en sentido débil o relajado (porcentaje de la cesta de impuestos sobre el total de financiación incondicionada) (Cantarero Prieto, 2004).

Así, Pinillos-Franco (2017) analiza las últimas desviaciones del gasto en sanidad respecto de las cantidades presupuestadas y encuentra que, de manera general, en todos los años y en todas las CC.AA. **la cantidad presupuestada es sistemáticamente menor al gasto efectuado**. Así, aunque en algunas Comunidades como Andalucía, Canarias, Galicia, Navarra, País Vasco o La Rioja no experimentan desajustes superiores al 10% sí que en el resto de CC.AA., incluida Cantabria, dichas desviaciones son superiores al 10%.

218

CVE-2019-4582



Por ello, se tiene que procurar en los próximos años **garantizar la sostenibilidad y equidad de acceso al Sistema Nacional de Salud** en sus diferentes Servicios Regionales (Urbanos, 2007)

Asimismo, la creciente demanda de mayor gasto sanitario según Peiró y Barrubés (2012) está, entre otros factores, motivada por:

- (i) La evolución de la tecnología, en donde se estima que puede llegar a suponer casi la mitad del incremento del gasto sanitario.
- (ii) La evolución de los precios sanitarios por encima del IPC en estos últimos tiempos.
- (iii) La escasa cultura evaluadora de nuestro Sistema Nacional de Salud en términos de análisis económico, circunstancia que sólo hasta la fecha es cuando ha empezado a mejorar.
- (iv) El incremento de la demanda inducida por la oferta sanitaria previamente preexistente y utilización de servicios por parte de las personas usuarias. Esto se puede deber a muchos factores, entre los que cabe destacar: el envejecimiento de la población, el incremento de enfermedades crónicas o la proliferación de hábitos de vida poco saludables.

2.6. Análisis local de los efectos económicos del envejecimiento.

Básicamente, **tanto la Comunidad Autónoma de Cantabria como sus 102 municipios habrían de atraer y fijar en su censo a un número de habitantes óptimo para que financiasen un grado de servicios públicos eficiente y justo** pues, además de otras variables socioeconómicas de ajuste, existe una relación directa entre riqueza de un territorio y número de habitantes o residentes en dicho territorio. No obstante, **la pérdida de población actual y futura en nuestra Comunidad supone efectos económicos de primera magnitud** que van más allá de la sostenibilidad de los servicios públicos. Entre ellos, cabe citar que se producirá un menor crecimiento económico potencial, la caída de la productividad, mayores desequilibrios en las finanzas públicas, la pérdida de peso de la región/municipio en la economía nacional o la concentración del consumo privado y riqueza en otras regiones/municipios de mayor tamaño. Por ello, **es urgente tomar medidas de choque contra la pérdida de población.**

Los ingresos municipales se reducen significativamente al bajar el número de residentes censados en los municipios de menor población. Así, como regla general, los ayuntamientos se financian a través de tres vías posibles (y cada una aporta entorno a un tercio del total de ingresos

219



locales): con impuestos municipales (IBI, IAE, impuestos (sobre vehículos de tracción mecánica, sobre Incremento de Valor de los Terrenos de Naturaleza Urbana, sobre Construcciones, Instalaciones y Obras), tasas y precios públicos), aportaciones del Estado (pues paga otro tercio de los gastos de un ayuntamiento tipo y dado que dicho Estado aporta a dicho ayuntamiento una parte de lo que usted paga en impuestos pues cada ciudadano/a financia dos tercios de las cuentas de los ayuntamientos) e ingresos procedentes de concesiones y valores patrimoniales (intereses de cuentas corrientes, arrendamientos, traspasos, adjudicaciones o concesiones, aprovechamiento de una playa o gestión de un aparcamiento público por una empresa privada, etc.). Por tanto, los ingresos municipales tanto en forma de impuestos locales, aportaciones del Estado e ingresos patrimoniales bajan significativamente al reducirse el número de residentes censados/as en los municipios de menor población, siendo además esta reducción aún más significativa si el municipio pierde con ello renta y atractivo turístico o económico-patrimonial.

Además, el que 41 municipios tengan menos de 1.000 habitantes según las proyecciones de población local en Cantabria de cara a próximos años (ICANE, 2017) **hará más difícil poder prestar una mayor oferta de servicios locales de calidad** a no ser que dichos servicios básicos (alumbrado público – cementerio – recogida de residuos – limpieza viaria – abastecimiento domiciliario de agua potable – alcantarillado – acceso núcleos de población – pavimentación de las vías públicas – control de alimentos y bebidas, etc.) se presten de manera mancomunada (es decir, agrupada por parte de varios municipios). En todo caso, esto no es solo característico de Cantabria, pues en toda España los municipios de menos de 1.000 habitantes son casi el 60% de los más de 8.100 que hay en nuestro país (INE; 2017).

Los principales factores socioeconómicos que influyen en esta pérdida de vecinos/as en muchos municipios son los siguientes: en Cantabria se observa que la franja costera y el área metropolitana de Santander continúan atrayendo a más habitantes en busca de nuevas oportunidades, mientras que el interior de la región mantiene una tendencia a la baja, agrupando a municipios que siguen perdiendo vecinos/as. Esta amplia **divergencia entre la Costa y el interior** no es un hecho desconocido para Cantabria, pero **la frontera entre ambas zonas se ensancha cada vez más**, haciendo que la despoblación sea una amenaza real en la región para los próximos años. Así, la falta de trabajo, la complicada orografía y la dificultad de infraestructuras y comunicaciones hacen muy difícil compaginar la vida en municipios alejados de los de más población y renta y poder así disponer de un empleo similar al de las localidades con más actividad económica y laboral.

La pérdida de vecinos/as supone también un envejecimiento considerable de la población y una despoblación como fenómeno acompañado de otros determinantes. Si no existen nuevos habitantes, entre los que siguen en el municipio que tocara analizar observaríamos que apenas

220



existiría recambio generacional. **Un padrón reducido no permite un mayor despliegue de servicios tan básicos** (que provisiona el nivel autonómico) como la sanidad o la educación y, además, muchos de estos municipios pequeños incluso se quedan sin sucursales bancarias. Por eso, **el círculo vicioso es que un paulatino envejecimiento de la población en un municipio hace difícil revertir el proceso de que se sigan perdiendo vecinos/as**. Constituye un problema socioeconómico de primera magnitud que demanda medidas en Cantabria como la formulación, desarrollo y seguimiento de **una Estrategia y una Agencia u Observatorio Anti-despoblación** que aborde el reto demográfico del envejecimiento a fin de afrontar los problemas básicos que afectan al día a día de estas poblaciones históricamente olvidadas y resuelva temas como la movilidad, educación, sanidad, servicios sociales y financieros, fiscalidad o el empleo pues debería existir una discriminación positiva para estos municipios por parte de las Administraciones.

Efectivamente la teoría económica afirma que el “voto con los pies” (Modelo de Tiebout, denominado así por el economista que lo propuso) explica que los municipios compiten entre sí en términos fiscales (impuestos y gastos públicos, a fin de ser más corresponsables ante sus vecinos/as) para atraer a un número de habitantes óptimo. Eso explicaría que, además de otras variables socioeconómicas de ajuste, exista una relación directa entre riqueza y número de habitantes o residentes en el municipio. Además, municipios envejecidos y con menor población tienen tasas de desempleo estructural realmente preocupantes que hacen que deba combinarse con urgencia programas de ayuda pública con medidas de atracción de actividad económica y especialización productiva. En definitiva, más recursos, pero con una estrategia clara y continua en el tiempo de dinamización demográfica y, por ende, de tipo económico.

2.7. Envejecimiento y financiación autonómica en perspectiva.

Actualmente, diversas Comunidades están tratando que la reforma del Sistema de Financiación se lleve a cabo cuanto antes, de modo que obtengan así un mejor posicionamiento a la hora de recibir y aportar dinero a dicho modelo de financiación.

A continuación, presentamos una **batería de propuestas que podrían mejorar notablemente el actual sistema de financiación** y que probablemente serán tenidas en cuenta o, al menos, debatidas en la reforma que se acerca a fin de que dicho modelo gane en transparencia y fomente la suficiencia financiera, autonomía y corresponsabilidad fiscal entre las CC.AA.

221



Así, **en el caso de Cantabria resulta fundamental que se garantice con el nuevo sistema que se mantengan al menos los recursos necesarios para cubrir los costes de los servicios públicos fundamentales. Es decir, que se tenga en cuenta el coste efectivo de dichos servicios y se respete el principio constitucional de solidaridad interterritorial.**

Por esto, **desde las CC.AA. más envejecidas y con una densidad de población más baja deben ponerse sobre la mesa de la reforma de la financiación autonómica propuestas concretas y cuantificables**. Un reciente ejemplo de ello es el frente común formado por las Comunidades de Galicia, Asturias y Castilla-León que, entre otras líneas de acción, han planteado que se incluya **un tramo de financiación específico para mayores de 85 años**. Es decir, que se tenga en cuenta la población con más edad a la hora de repartir los recursos económicos pues principalmente tienen un gasto sanitario mayor por su avanzada edad, y se pueden encontrar con un cierto grado de dependencia, lo que les hace receptores de los servicios y prestaciones sociales asociados a dicha prestación. A nuestro entender, parece razonable no sólo incluir ese nuevo tramo poblacional, sino **también otras cohortes poblacionales de mayores tales como los siguientes grupos quinquenales de 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89 e incluso aquellos mayores de 90 y 100 años**, es decir, ir más allá de lo planteado en el pasado en otros modelos al pretender medir el envejecimiento (MINHAFP, 2005 y 2007).

Asimismo, han planteado la inclusión de otro tramo específico de financiación teniendo en cuenta **el número de personas que viven en un entorno rural**. Es sabido que el coste de ofrecer los Servicios Públicos fundamentales a los pequeños núcleos de población es muy costoso tanto en términos monetarios, como materiales y personales. De esta manera, se tendría en cuenta la **dispersión de la población** en la Reforma del Sistema de Financiación.

Por otro lado, la mayor parte de las CC.AA. están pidiendo **participar en mayor medida de la recaudación de ciertos impuestos estatales que actualmente ya se encuentran cedidos parcialmente**, esencialmente el IVA y el IRPF, para ser capaces de hacer frente a sus gastos en los próximos años. Cantabria, entre otras Comunidades, puede así beneficiarse de dicha línea de reforma, pero todo dependerá de cuáles serán los importes finales de dichas cestas autonómicas.

222



2.8. Envejecimiento y fiscalidad a modo de síntesis.

Con todo lo anterior, es necesario precisar que **desde el punto de vista tributario no procede la asimilación de situaciones de envejecimiento, discapacidad y dependencia**. Así, al hablar de discapacidad y dependencia se deben considerar diferencias en función de los grados. Precisamente, las prestaciones a las que se tiene derecho con el reconocimiento del grado de discapacidad dependen del porcentaje (mayor o igual que el 33%) concedido, de la edad y de otros factores. Por su parte, la dependencia hace referencia a los grados I, II, III: dependencia moderada, dependencia severa y gran dependencia, respectivamente. Adicionalmente, es preciso considerar la edad de las personas en función de distintos tramos (por ejemplo, mayor de 65, mayor de 75 o mayores de 80 años).

Igualmente, es preciso analizar los **beneficios fiscales vinculados al envejecimiento**, lo que requiere considerar dos perspectivas: incentivos directos e indirectos. En este sentido, la financiación tradicional pivota sobre impuestos tradicionales tales como IRPF (Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas), IVA (Impuesto sobre el Valor Añadido), impuestos especiales al consumo (combustible o estilos de vida no saludables), sobre sociedades, y cotizaciones sociales (siendo de interés aquí las políticas de fomento del empleo e incremento de la productividad).

Actualmente, las medidas fiscales de protección de colectivos "desfavorecidos" van dirigidas a la razón de discapacidad, y en menor medida, a dependencia. En relación a los incentivos fiscales relacionados con el envejecimiento, se articulan básicamente en el IRPF, donde existen cinco tipos de incentivos fiscales vinculados (Menéndez, 2016): no sujeción (hipoteca inversa), exenciones (ayudas a la financiación de estancias en residencias y centros de día, acogimiento de mayores de 65 años, rentas vitalicias de planes individuales de ahorro sistemático, ganancias de patrimonio por transmisión de la vivienda habitual de mayores de 65 años, reinversión en rentas vitalicias aseguradas), mínimo personal y familiar (mínimo del contribuyente por edad y mínimo por ascendiente), reducciones sobre la base imponible (aportaciones y contribuciones a sistemas de protección social) y deducciones sobre la cuota autonómicas (relacionadas con: edad del contribuyente, cuidado de familiares mayores y/o acogimiento de mayores no remunerado).

Por otro lado, considerando la imposición indirecta (principalmente, IVA), los incentivos fiscales previstos se aplican vía exenciones en la prestación de bienes (y servicios) dirigidos a las personas mayores, o vía discriminación positiva de tipos de gravamen (aplicar tipos reducidos). De igual forma, aparecen distintos beneficios fiscales asociados a los impuestos sobre sucesiones y donaciones. Así, aparecen beneficios

223



asociados a la discapacidad (no por edad), mientras que en donaciones aparecen bonificaciones asociadas a la transmisión de participaciones empresariales.

Otras medidas recogerían situaciones tales como la **deducibilidad de las contribuciones empresariales a fondos de pensiones de las personas trabajadoras** y la **deducción por actividades I+D+i en productos dirigidos a las personas mayores**. Esto es, en un futuro inmediato, y unido a las nuevas oportunidades de mercado vinculadas al envejecimiento poblacional **debiera mejorarse la fiscalidad a aplicar en el conjunto de productos y servicios específicos que las personas van a consumir por el hecho de ser mayores**. Es decir, la dinámica del desarrollo empresarial futuro ha de seguir vinculada a la denominada "Economía Senior", especialmente en Comunidades como la nuestra. Además del importante reto de la economía colaborativa y digital

3. DESIGUALDADES, POBREZA Y EXCLUSIÓN EN EDAD AVANZADA.

Dado que el análisis de la renta de las personas mayores constituye un parámetro básico al considerar sus efectos económicos, resulta pertinente que un apartado del informe se ocupe de ello, preguntándonos, cómo influye la edad de la persona en su consumo y ahorro individual, así como, al gasto del sistema ("Economía Senior"). Igualmente, las implicaciones correspondientes en términos de desigualdades, pobreza y exclusión social, también serán tenidas en cuenta.

3.1. El consumo y ahorro de las personas mayores.

El análisis que desarrollamos a continuación se basa en la explotación de los resultados agregados de la última Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) para el año 2017, a fin de estimar el gasto en consumo de las personas mayores y su aportación económica al conjunto de la economía. Dicha encuesta reporta información sobre el gasto en consumo de los hogares (y personas) en España, con datos relativos al año anterior a la encuesta, en este caso relativos a 2016. En concreto, nos centramos en el caso de Cantabria con respecto al total nacional para las personas mayores. En la Tabla 3.1.1. puede constatarse cómo el gasto total, el gasto medio por hogar, el gasto medio por persona y el gasto medio por unidad de consumo, es mayor en el caso de Cantabria. Así, por ejemplo, **la distribución porcentual del gasto total de las personas de más de 65 años representa en Cantabria un 29% frente al 25% de media nacional**. Esto es, más de 4 puntos porcentuales de diferencia.

224

Tabla 3.1.1: Gasto total y gastos medios por edad del sustentador principal (reducida).

	Gasto total	Distribución porcentual	Gasto medio por hogar	Gasto medio por persona	Gasto medio por unidad de consumo	Índice sobre la media del gasto medio por persona
Total Nacional						
Todas las edades	540.347.373	100	29.188	11.726	17.400	100
De 16 a 44 años	159.829.258	30	28.458	10.543	16.771	90
De 45 a 64 años	243.535.914	45	33.224	11.882	17.960	101
65 y más años	136.982.201	25	24.610	13.140	17.198	112
Cantabria						
Todas las edades	7.200.738	100	29.945	12.512	18.271	100
De 16 a 44 años	2.018.730	28	29.632	11.766	18.205	94
De 45 a 64 años	3.062.799	43	32.713	12.178	18.208	97
65 y más años	2.119.209	29	26.925	13.905	18.428	111

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Presupuestos Familiares (2017).

3.1. Desigualdad, pobreza y exclusión social de las personas mayores.

Las *desigualdades* son indeseables tanto desde un punto de vista ético, como desde una perspectiva económica. Tanto es así, que en las últimas décadas muchos estudios han centrado su atención en las causas y el impacto de estos problemas, donde la relación entre la distribución de la renta de la sociedad y el bienestar resulta ser fundamental. Suponen de hecho, problemas ineludibles en las agendas de las/los responsables políticos tanto a nivel regional, como nacional e internacional.

La Tabla 3.2.1 muestra que España no es un caso particular en el contexto de los países europeos. En ellos, se mantiene un elevado porcentaje de personas en edad avanzada en situaciones de riesgo de pobreza o exclusión social.

225

Tabla 3.2.1: Porcentaje de personas mayores (≥ 65 años) en riesgo de pobreza o exclusión social.

	Año	Hombres	Mujeres
Unión Europea (28 países)	2010	16,4	22,9
	2011	16,9	23,2
	2012	16,2	21,5
	2013	15,3	20,6
	2014	14,7	20,3
	2015	14,6	19,6
	2016	14,6	20,1
España	2010	20,2	24,9
	2011	18,9	22,9
	2012	16,1	16,8
	2013	13,8	15,0
	2014	11,4	14,0
	2015	12,2	14,8
	2016	13,8	14,9

Fuente: Eurostat (2017).

226



La literatura económica de la pobreza se ha centrado en el estudio de las personas que se encuentran en situación de desventaja (Prieto-Aláiz *et al.*, 2016). Así, desde el estudio seminal de Sen (1976), han aparecido diferentes aplicaciones, que incluyen tanto enfoques estáticos como dinámicos, de pobreza general y sus dimensiones (incidencia, intensidad y desigualdad, principalmente).

En este sentido, tradicionalmente el nivel de pobreza se determina como el “estudio del extremo inferior de la distribución personal de la renta”. Precisamente, podría decirse, que desde el siglo XX la literatura sobre medición de la pobreza demuestra que existe un amplio consenso sobre el conjunto de propiedades que los índices de pobreza deberían satisfacer (Gradín *et al.*, 2012).

En todo caso, es importante destacar, que tanto la formulación como la investigación sobre la pobreza, se han centrado en índices basados en los ingresos de las personas, aunque la investigación reciente ha pasado de análisis unidimensionales a los multidimensionales. Es decir, el bienestar global de una sociedad, y por lo tanto, su grado de desigualdad y pobreza, dependen de muchos factores (tales como la educación, la salud o el empleo). Siendo pues, el ingreso (la renta) únicamente otro factor adicional a considerar.

En síntesis, podemos señalar que la pobreza es un concepto complejo y puede ser abordado desde distintos puntos de vista:

- (i) Según el tipo de información utilizada en el análisis: Pobreza objetiva / subjetiva.
- (ii) Según el umbral establecido: Pobreza absoluta / relativa.
- (iii) Según el horizonte temporal analizado: Pobreza estática / dinámica.
- (iv) Según el acceso a determinados aspectos básicos: Privación multidimensional / unidimensional.

De igual forma, existen distintas formas de medirla, tales como, la proporción de pobres sobre el total de la población, brechas de pobreza, índice de Sen, índice de Thon, familia de índices de pobreza de Foster, Greer y Thorbecke, índice de Hagenaars, Curvas Tip de pobreza, etc.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que la dimensión económica de la pobreza no es la única, es importante su impacto sobre las condiciones de vida de las personas mayores, ya que en última instancia tiene efectos sobre la salud y dependencia en las personas mayores. En todo caso, la situación económica de las personas mayores vendrá determinada, fundamentalmente, también por el sistema de pensiones.

227



Para medir la desigualdad, pobreza y exclusión social de las personas mayores trabajaremos con micro datos de fuentes oficiales, disponibles a través del Instituto Nacional de Estadística (INE). Para ello, a continuación, recogemos la estadística descriptiva básica de los resultados con micro datos disponibles para la región de Cantabria y su importancia para el colectivo de mayores, utilizado la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Esto es, se recogen distintos indicadores para el periodo más reciente posible. En concreto, nos centraremos en la descripción del riesgo de pobreza y/o exclusión social y elementos relacionados con la pobreza y carencia material severa de los hogares. En todo caso, los resultados aquí presentados deben ser interpretados con la debida cautela, dado que se basan en una muestra de tamaño reducido.

3.2.1. Análisis con macro datos.

En todo caso, antes de comenzar con el análisis de los micro datos en la comparativa Cantabria-Total Nacional, en el cual atenderemos a diferencias por grupos de edad, presentaremos una serie de tablas con los datos agregados que proporciona el INE para poner en contexto nuestro análisis posterior.

En concreto, a nivel agregado, se incluyen en el análisis los siguientes indicadores: renta anual neta media, riesgo de pobreza y/o exclusión social, hogares que sufren determinados problemas en la vivienda y su entorno, e indicadores de carencia material.

Renta anual neta media:

La Tabla 3.2.2 contiene la renta media neta por persona, por unidad de consumo, y por hogar. Así, la renta anual media por persona muestra una evolución similar para el conjunto del periodo en Cantabria con respecto al total nacional. En este sentido, la renta anual media por persona en nuestra región desciende notablemente en el periodo de Gran Recesión. Relativo a la renta media por unidad de consumo, se observa una evolución similar a la renta media por persona, salvo en los últimos años 2015-2016, donde, en este caso, los niveles se encuentran por debajo del total nacional. La renta media por hogar sigue la misma evolución que la renta por persona con un salto importante para nuestra región entre los periodos pre-crisis y postcrisis.

228

Tabla 3.2.2: Renta anual media neta por persona, por unidad de consumo, y por hogar 2018 (en euros)³³.

Año	Renta media por persona		Renta media por unidad de consumo		Renta media por hogar	
	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria
2008	10.737	11.232	16.190	16.727	28.787	29.576
2009	11.318	12.184	17.042	18.108	30.045	31.234
2010	11.284	11.083	16.922	16.456	29.634	28.237
2011	10.858	10.495	16.280	15.447	28.206	26.431
2012	10.795	10.388	16.119	15.211	27.747	25.764
2013	10.531	9.843	15.635	14.426	26.775	24.188
2014	10.391	9.824	15.405	14.137	26.154	23.905
2015	10.419	10.494	15.408	15.159	26.092	25.282
2016	10.708	10.670	15.842	15.484	26.730	25.787
2017	11.074	11.293	16.390	16.199	27.558	27.024

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Instituto Nacional de Estadística.

Por su parte en la Tabla 3.2.3 se presentan las personas por decil de renta y por unidad de consumo. En concreto, presentamos el decil primero y el noveno, ya que serán los que expongamos en nuestro análisis con micro datos. Las mayores oscilaciones se encuentran para las rentas de 2010 y 2012.

³³ Los ejercicios que aparecen en la tabla corresponden a la fecha de publicación de la encuesta (2018), pero los ingresos a los que se refiere, corresponden al año inmediatamente anterior (2017)

Tabla 3.2.3: Porcentaje de personas por decil de renta y por unidad de consumo en Cantabria.

Año	Primer decil	Noveno decil
2008	5,4	14,4
2009	7,0	10,1
2010	7,4	10,1
2011	8,1	9,5
2012	6,9	6,9
2013	8,3	9,2
2014	7,1	8,5
2015	5,2	7,1
2016	6,3	9,0
2017	4,5	11,4

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Instituto Nacional de Estadística.

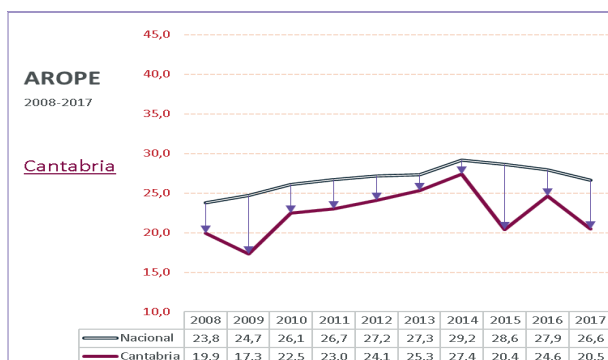
Riesgo de pobreza v/o exclusión social:

En la Tabla 3.2.4 se observa cómo en relación con la tasa de riesgo de pobreza, Cantabria se encuentra por debajo del total nacional, si bien la serie no es muy estable debido a la escasa muestra utilizada. La tasa de riesgo o exclusión social (indicador AROPE) también es menor para Cantabria. Se aprecian los efectos de la Gran Recesión en esta región en mayor proporción, pero no en los niveles que el total nacional.



El 20,5 % de la población de Cantabria está en riesgo de pobreza y/o exclusión social en el año 2017. Esta cifra es 6 puntos porcentuales inferior a la media nacional (23 % menos). En el último año, la tasa ha retomado su senda descendente y se ha reducido algo más de cuatro puntos porcentuales. En términos absolutos, algo más de 118.000 personas están en riesgo de pobreza y/o exclusión social.

Tabla 3.2.4. Riesgo de pobreza y/o exclusión social (AROPE) Cantabria 2008-2017³⁴



Fuente: Informe "El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2017.

³⁴Los ejercicios que aparecen en la tabla corresponden a la fecha de publicación de la encuesta (2018), pero los ingresos a los que se refiere, corresponden al año inmediatamente anterior (2017)



Tabla 3.2.5. Riesgo de pobreza y/o exclusión social (AROPE) por sexos. Cantabria 2008-2017³⁵

CANTABRIA: POBLACIÓN AROPE POR SEXO										
CANTABRIA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
POB. TOTAL	582.138	589.235	592.250	593.121	593.861	591.888	588.656	585.179	582.206	580.295
Hombres	285.469	288.735	289.931	289.872	289.999	288.643	286.782	284.788	282.988	281.808
Mujeres	296.669	300.500	302.319	303.249	303.862	303.245	301.874	300.391	299.218	298.487
% AROPE	19,9%	17,3%	22,5%	23,0%	24,1%	25,3%	27,4%	20,4%	24,6%	20,5%
% Hombres	17,9%	16,3%	21,5%	22,9%	24,4%	22,9%	26,5%	19,0%	26,3%	20,9%
% Mujeres	21,8%	18,3%	23,4%	23,0%	23,9%	27,7%	28,2%	21,7%	23,0%	20,0%
POB. AROPE TOTAL	115.845	101.938	133.256	136.418	143.121	149.748	161.292	119.377	143.223	118.817
AROPE Hombres	51.156	47.049	62.454	66.481	70.702	66.086	76.080	54.136	74.458	58.979
AROPE Mujeres	64.639	55.068	70.767	69.671	72.575	83.949	85.129	65.068	68.921	59.819

Fuente: Informe "El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2017.

³⁵Los ejercicios que aparecen en la tabla corresponden a la fecha de publicación de la encuesta (2018), pero los ingresos a los que se refiere, corresponden al año inmediatamente anterior (2017)

Tabla 3.2.6. Riesgo de pobreza y/o exclusión social (AROPE) Cantabria 2008-2017³⁶

Año	Tasa de riesgo de pobreza ^a		Tasa de riesgo o exclusión social (indicador AROPE) ^b	
	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria
2008	19,8	14,3	23,8	19,9
2009	20,4	13,9	24,7	17,3
2010	20,7	20,1	26,1	22,5
2011	20,6	16,7	26,7	23,0
2012	20,8	17,7	27,2	24,1
2013	20,4	17,8	27,3	25,3
2014	22,2	20,6	29,2	27,4
2015	22,1	14,9	28,6	20,4
2016	22,3	15,3	27,9	24,6
2017	21,6	17,6	26,6	20,5

^aTasa de riesgo de pobreza (con alquiler imputado): La definición de renta del hogar incluye el alquiler imputado. El alquiler imputado se aplica a los hogares que no pagan un alquiler completo por ser personas propietarias o por ocupar una vivienda alquilada a un precio inferior al de mercado o a título gratuito. El valor que se imputa es el equivalente al alquiler que se pagaría en el mercado por una vivienda similar a la ocupada, menos cualquier alquiler realmente abonado. Asimismo, se deducen de los ingresos totales del hogar los intereses de los préstamos solicitados para la compra de la vivienda principal. Umbral de pobreza es el 60% de la mediana de los ingresos anuales por unidad de consumo (escala OCDE modificada), tomando la distribución de personas. Los ingresos por unidad de consumo se obtienen dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo.

^bLa población en riesgo de pobreza o exclusión social es aquella que está en alguna de estas situaciones: En riesgo de pobreza (60% mediana de los ingresos por unidad de consumo), en carencia material severa (con carencia en al menos 4 conceptos de una lista de 9), en hogares sin empleo o con baja intensidad en el empleo (hogares en los que sus miembros en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año de referencia). Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Instituto Nacional de Estadística.

³⁶Los ejercicios que aparecen en la tabla corresponden a la fecha de publicación de la encuesta (2018), pero los ingresos a los que se refiere, corresponden al año inmediatamente anterior (2017)

233

Hogares que sufren determinados problemas en la vivienda y su entorno:

Al hablar de riesgo de pobreza o exclusión social, sus componentes jugarán un papel fundamental a la hora de atender a las distintas políticas posibles a desarrollar. A continuación, se atenderá a la pobreza multidimensional. Diferentes indicadores y factores pueden ser considerados. Nosotros apuntaremos a los principales recogidos en la ECV y establecidos en estudios previos tales como privaciones materiales, problemas relacionados con la habitabilidad o problemas relacionados con el entorno de la vivienda.

En la Tabla 3.2.5, se contempla la carencia material severa junto con los hogares con baja intensidad en el trabajo. Para el primero, Cantabria se muestra por debajo del total nacional. Asociado a la carencia material, un elemento básico a considerar son los hogares con baja intensidad en el trabajo, siendo esta la principal fuente de renta, y dejando al margen el colectivo de personas jubiladas (se trata de hogares en los que sus integrantes en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año de referencia). La recesión parece favorecer así los resultados de este indicador en Cantabria, en comparación con el total nacional.

Tabla 3.2.7: Carencia material severa y hogares con baja intensidad en el trabajo (en porcentajes)³⁷.

Año	Carencia material severa		Hogares con baja intensidad en el trabajo	
	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria
2008	3,6	1,0	6,6	9,2
2009	4,5	1,2	7,6	6,8
2010	4,9	1,5	10,8	8,9
2011	4,5	1,5	13,4	13,8

³⁷Los ejercicios que aparecen en la tabla corresponden a la fecha de publicación de la encuesta (2018), pero los ingresos a los que se refiere, corresponden al año inmediatamente anterior (2017)

234

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Año	Carencia material severa		Hogares con baja intensidad en el trabajo	
	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria
2012	5,8	2,3	14,3	11,9
2013	6,2	3,9	15,7	11,1
2014	7,1	3,5	17,1	18,4
2015	6,4	3,5	15,4	15,5
2016	5,8	7,5	14,9	16,0
2017	5,1	2,2	12,8	9,3

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Instituto Nacional de Estadística.

En la Tabla 3.2.6 se muestran los posibles problemas de carencia considerados. En los cuatro contemplados los niveles son menores en Cantabria respecto al total nacional.

Tabla 3.2.8: Factores asociados a los problemas de carencia (en porcentajes).³⁸

Año	Escasez de luz natural		Ruidos producidos por vecinos/as o del exterior		Contaminación y otros problemas ambientales		Delincuencia o vandalismo	
	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria
2008	5,9	1,5	22,0	13,3	12,9	10,1	14,9	6,1
2009	7,0	4,7	22,5	14,7	13,3	14,5	16,4	6,6
2010	5,7	4,3	18,7	18,9	10,4	15,9	13,1	11,7

³⁸Los ejercicios que aparecen en la tabla corresponden a la fecha de publicación de la encuesta (2018), pero los ingresos a los que se refiere, corresponden al año inmediatamente anterior (2017)

235



Año	Escasez de luz natural		Ruidos producidos por vecinos/as o del exterior		Contaminación y otros problemas ambientales		Delincuencia o vandalismo	
	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria
2011	4,5	5,3	15,4	14,5	7,9	10,2	10,6	8,9
2012	4,4	5,6	14,6	11,6	7,8	9,4	10,0	7,2
2013	6,6	3,4	18,7	15,5	9,8	6,6	14,6	6,3
2014	5,3	2,2	16,3	8,1	10,2	4,2	11,7	5,2
2015	4,0	2,1	15,5	11,9	9,9	6,5	9,8	7,2
2016	4,6	4,0	15,9	14,7	9,7	4,9	10,0	11,5
2017	4,2	0,8	15,1	1,7	8,2	0,5	8,9	1,4

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Instituto Nacional de Estadística.

Si bien es cierto que hemos focalizado hasta el momento la atención en el porcentaje asociado a los efectos negativos, cabe señalar que un hecho importante es su inversa. Así, la Tabla 3.2.7, que se presenta a continuación, recoge los hogares que no muestran ningún problema en la vivienda y su entorno, siendo, en este caso, los niveles de Cantabria mucho mayores.

Tabla 3.2.9: Porcentaje de hogares que NO sufren ningún problema en la vivienda y su entorno³⁹.

Año	Nacional	Cantabria
2008	63,5	77,5
2009	61,9	72,7
2010	67,6	66,7
2011	74,1	72,6

³⁹Los ejercicios que aparecen en la tabla corresponden a la fecha de publicación de la encuesta (2018), pero los ingresos a los que se refiere, corresponden al año inmediatamente anterior (2017)

236

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Año	Nacional	Cantabria
2012	74,8	77,2
2013	67,2	75,9
2014	71,2	84,4
2015	73,5	76,7
2016	73,2	75,7
2017	75,8	97,4

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Instituto Nacional de Estadística.

Indicadores de carencia material:

Para carencia material, la ECV se centra en este tipo de cuestiones: no puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año; no puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días; no puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada; no tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos; ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) en los últimos 12 meses; no puede permitirse disponer de un automóvil; no puede permitirse disponer de un ordenador personal. Las Tablas 3.2.8 y 3.2.9 recogen tales porcentajes, para hogares y personas, respectivamente.

237



Tabla 3.2.10: Porcentaje de HOGARES con carencia material Total nacional y Cantabria⁴⁰.

	No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año		No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días		No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada		No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos		Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) en los últimos 12 meses		No puede permitirse disponer de un automóvil		No puede permitirse disponer de un ordenador personal	
	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria
2004	44,7	42,9	2,7	2,6	9,9	8,3	40,5	31,2	6,6	2,6	7,4	4,3	13,3	7,1
2005	41,6	31,6	2,6	0,4	9,7	2,8	34,7	21,7	5,5	0,8	6,5	3,0	11,3	6,7
2006	39,5	33,3	4,0	1,1	10,2	2,9	33,0	23,3	5,4	1,8	6,1	1,6	10,5	4,6
2007	37,0	35,1	2,5	0,2	8,5	4,2	31,9	16,3	5,6	2,3	5,1	2,2	8,9	4,3
2008	34,5	33,7	2,2	1,0	6,2	2,5	29,9	22,6	6,0	2,9	6,2	5,9	7,9	6,8
2009	40,3	38,4	2,1	1,3	7,1	3,4	36,1	22,1	8,1	2,5	6,0	6,1	7,5	7,0
2010	40,8	46,9	2,8	0,1	7,5	6,3	38,5	39,1	8,7	1,4	5,9	6,6	7,1	10,4
2011	40,0	43,3	3,3	3,2	6,4	5,5	37,8	36,6	7,0	8,1	5,7	6,7	5,1	7,1
2012	45,1	32,8	2,8	3,4	9,0	3,7	41,4	23,0	8,4	2,5	5,7	3,4	6,0	2,3
2013	45,8	51,4	3,4	3,2	8,0	4,0	41,0	30,9	9,3	5,3	6,1	2,3	6,2	4,7
2014	45,0	52,6	3,3	3,2	11,1	8,3	42,4	32,6	10,2	4,6	6,5	4,8	6,9	7,0

⁴⁰Los ejercicios que aparecen en la tabla corresponden a la fecha de publicación de la encuesta (2018), pero los ingresos a los que se refiere, corresponden al año inmediatamente anterior (2017)

238

CVE-2019-4582

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



	No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año		No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días		No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada		No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos		Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) en los últimos 12 meses		No puede permitirse disponer de un automóvil		No puede permitirse disponer de un ordenador personal	
	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria
2015	40,6	29,9	2,7	1,7	10,7	7,9	39,4	29,2	9,4	6,2	6,0	5,0	6,5	4,5
2016	39,5	38,8	2,9	1,2	10,2	17,4	38,1	34,5	8,4	6,2	6,2	7,0	6,5	9,4
2017	34,4	27,6	3,8	2,3	8,3	4,4	37,3	14,5	7,4	2,3	5,1	2,3	4,9	3,7

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Instituto Nacional de Estadística.

239



Tabla 3.2.11: Porcentaje de PERSONAS con carencia material por Total nacional y Cantabria⁴¹.

	No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año		No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días		No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada		No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos		Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) en los últimos 12 meses		No puede permitirse disponer de un automóvil		No puede permitirse disponer de un ordenador personal	
	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria
2004	45,1	44,0	2,3	1,9	9,5	6,7	39,6	28,4	7,3	2,1	7,0	4,7	14,9	7,5
2005	42,5	31,9	2,4	0,7	9,3	2,6	34,5	20,5	6,2	1,0	6,4	3,1	12,4	7,1
2006	40,5	36,9	3,8	1,2	10,1	4,4	32,5	23,9	6,1	2,3	5,8	1,9	11,7	5,8
2007	37,9	38,9	2,4	0,4	8,0	4,5	30,8	17,1	6,6	2,9	4,9	2,1	9,6	5,1
2008	36,2	33,0	2,2	0,9	5,9	1,7	29,9	20,8	7,1	3,6	5,9	4,4	8,9	7,5
2009	42,0	40,3	2,1	0,5	7,2	2,4	36,5	22,0	9,6	3,1	5,7	4,7	8,1	7,9
2010	42,7	49,7	2,6	0,2	7,5	4,5	38,7	39,9	10,4	2,0	5,9	4,9	7,6	7,6
2011	40,9	46,2	3,2	1,5	6,5	4,0	37,6	34,8	7,9	8,4	5,6	5,4	5,6	5,5
2012	46,6	33,0	2,6	3,6	9,1	3,6	42,1	23,1	9,9	3,1	5,7	2,9	6,6	2,5
2013	48,0	53,2	3,5	3,0	8,0	3,7	42,1	33,2	11,0	7,7	6,2	2,0	6,7	3,7
2014	46,4	56,8	3,3	2,3	11,1	8,7	42,6	31,7	11,7	5,0	6,0	3,2	7,2	5,9

⁴¹Los ejercicios que aparecen en la tabla corresponden a la fecha de publicación de la encuesta (2018), pero los ingresos a los que se refiere, corresponden al año inmediatamente anterior (2017)

240

CVE-2019-4582

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98

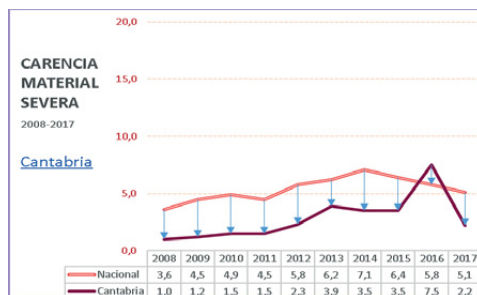


	No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año		No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días		No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada		No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos		Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) en los últimos 12 meses		No puede permitirse disponer de un automóvil		No puede permitirse disponer de un ordenador personal	
	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria
2015	41,5	31,5	2,6	1,5	10,6	7,5	39,8	29,1	11,0	6,2	5,8	4,0	7,1	3,3
2016	40,3	39,1	2,9	1,1	10,1	18,0	38,7	34,8	9,8	5,9	6,0	5,7	7,2	7,4
2017	34,3	27,1	3,7	1,7	8,0	4,0	36,6	12,5	8,8	2,3	4,7	1,8	5,1	2,7

241



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Instituto Nacional de Estadística.



Fuente: Informe "El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2017.

Asimismo, relacionando los indicadores previamente representados (de acuerdo, principalmente, con la renta y tasas de pobreza), la mayor dificultad de los hogares para llegar a fin de mes se presenta para los años 2012 a 2016. Por persona, evoluciona de manera similar, con **comienzo del periodo de recuperación en 2017**.

242

CVE-2019-4582

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Tabla 3.2.12: Con muchas dificultades para llegar a fin de mes (en porcentajes)⁴².

Año	Personas		Hogares	
	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria
2008	13,7	11,0	12,8	9,9
2009	16,2	6,1	14,8	6,8
2010	15,5	14,1	14,2	15
2011	11,1	7,2	10,6	6,5
2012	14,7	8,1	13,5	6,7
2013	18,6	14,9	16,9	16,5
2014	17,5	18,3	16,1	15,2
2015	14,8	13,2	13,7	12,5
2016	16,6	11,1	15,3	12,9
2017	9,5	6,1	9,3	7,5

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Instituto Nacional de Estadística.

Un agregado y factor a considerar en la pobreza multidimensional será el porcentaje de personas u hogares que presentan carencia en al menos cuatro de los conceptos anteriores. Cantabria muestra, para ambos (hogares y personas), una evolución pareja al total nacional (en niveles inferiores) siendo el año 2016 un punto de inflexión en este indicador.

⁴²Los ejercicios que aparecen en la tabla corresponden a la fecha de publicación de la encuesta (2018), pero los ingresos a los que se refiere, corresponden al año inmediatamente anterior (2017)

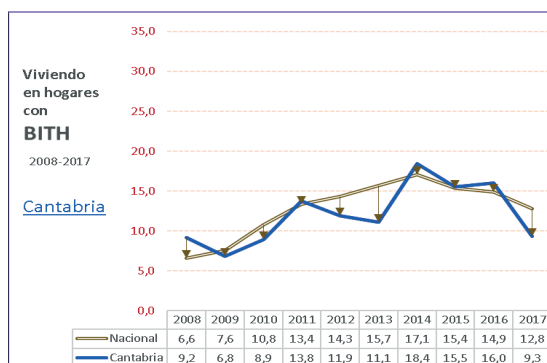


Tabla 3.2.13: Carencia material en al menos cuatro conceptos (en porcentajes)⁴³.

Año	Personas		Hogares	
	Nacional	Cantabria	Nacional	Cantabria
2008	3,6	1,0	3,2	1,3
2009	4,5	1,2	4,0	1,7
2010	4,9	1,5	4,5	2,4
2011	4,5	1,5	4,4	1,8
2012	5,8	2,3	5,5	2,2
2013	6,2	3,9	5,6	3,4
2014	7,1	3,5	6,6	3,9
2015	6,4	3,5	6,1	4,3
2016	5,8	7,5	5,5	7,5
2017	5,1	2,2	5,0	2,4

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Instituto Nacional de Estadística.

⁴³Los ejercicios que aparecen en la tabla corresponden a la fecha de publicación de la encuesta (2018), pero los ingresos a los que se refiere, corresponden al año inmediatamente anterior (2017)



Fuente: Informe "El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2017."

3.2.2. Análisis de la pobreza.

Relativo a los indicadores de pobreza, en este análisis descriptivo, se incluyen los siguientes:

- **Tasas de riesgo de pobreza o exclusión social (estrategia Europa 2020).** Incluye a los que están en alguna de estas situaciones:
 - En riesgo de pobreza (60% mediana de los ingresos por unidad de consumo).
 - En carencia material severa (con carencia en al menos 4 conceptos de una lista de 9).

245



- En hogares sin empleo o con baja intensidad en el empleo (hogares en los que sus miembros en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año de referencia).
- **Hogares en riesgo de pobreza**
O Umbral de pobreza: es el 60% de la mediana de los ingresos anuales por unidad de consumo (escala OCDE modificada), tomando la distribución de personas. Los ingresos por unidad de consumo se obtienen dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo.
- **Hogares en carencia material severa** Son los hogares con carencia en al menos cuatro conceptos de una lista de nueve. Los conceptos considerados son:
 - No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año.
 - No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días.
 - No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada.
 - No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos.
 - Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) o en compras a plazos en los últimos 12 meses.
 - No puede permitirse disponer de un automóvil.
 - No puede permitirse disponer de teléfono.
 - No puede permitirse disponer de un televisor en color.
 - No puede permitirse disponer de una lavadora.

246



Atendiendo al riesgo de pobreza o exclusión social, en la Tabla 3.2.14 relativa al porcentaje de personas en riesgo de pobreza o exclusión social (estrategia Europa 2020), Cantabria muestra un porcentaje inferior al total nacional a lo largo de todo el periodo, alcanzando en 2017 una de las mayores diferencias porcentuales.

Tabla 3.2.14: Tasas de riesgo de pobreza o exclusión social

	Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE)	
	Nacional	Cantabria
2008	23,8	19,9
2009	24,7	17,3
2010	26,1	22,5
2011	26,7	23,0
2012	27,2	24,1
2013	27,3	25,3
2014	29,2	27,4
2015	28,6	20,4
2016	27,9	24,6
2017	26,6	20,5

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. INE

A su vez, la Tabla 3.2.15 recoge la comparativa de hogares en riesgo de pobreza. De nuevo, Cantabria registra menores porcentajes que el total nacional.

247



Tabla 3.2.15: Porcentaje de hogares en riesgo de pobreza

	En riesgo de pobreza	
	Nacional	Cantabria
2008	19,8	14,3
2009	20,4	13,9
2010	20,7	20,1
2011	20,6	16,7
2012	20,8	17,7
2013	20,4	17,8
2014	22,2	20,6
2015	22,1	14,9
2016	22,3	15,3
2017	21,6	17,6

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. INE

Para el análisis de la carencia material severa, recogido en la Tabla 3.2.16, se observa que si bien en Cantabria se registra menores porcentajes en nueve de los diez años revisados que en el cómputo estatal, en 2016 el porcentaje de hogares con carencia material severa superó al de España.

Tabla 3.2.16: Porcentaje de hogares en carencia material severa

	Con carencia material severa	
	Nacional	Cantabria
2008	3,6	1,0
2009	4,5	1,2

248



	Con carencia material severa	
	Nacional	Cantabria
2010	4,9	1,5
2011	4,5	1,5
2012	5,8	2,3
2013	6,2	3,9
2014	7,1	3,5
2015	6,4	3,5
2016	5,8	7,5
2017	5,1	2,2

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. INE

4. EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO EN LOS GASTOS REGIONALES: ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD Y ESCENARIOS PARA 2018-2025 (OPTIMISTA, PESIMISTA E INTERMEDIO).

Muchas personas mayores bien en situación de dependencia bien afectadas por enfermedades agudas o crónicas consumen servicios públicos fundamentales de especial relevancia en términos presupuestarios para las CC.AA. tales como la sanidad y servicios sociales (Cantarero-Prieto y Pascual-Sáez, 2016 y 2017).

Por consiguiente, mayores tasas de dependencia llevan implícitas que aumentará el peso de la población mayor dentro de esta "nueva normalidad". Toca repensar cómo adaptar el sistema a este intenso envejecimiento común no solo en Cantabria, sino también en España y toda Europa. Asimismo, no es baladí el impacto de dicho envejecimiento sobre el sistema de gastos sociales en nuestra región dada su estructura demográfica en forma de "pirámide invertida".

249



Como nuestro país actualmente tiene una de las mayores esperanzas de vida a nivel mundial (solo superado por Japón) debido, entre otros motivos, a un sistema sanitario muy eficaz (los resultados son francamente buenos para el nivel de inversión que realizamos). Cabe la posibilidad de que aparezca una cierta inactividad en casos de incertidumbre económica, en las inversiones y el gasto en sanidad y/o dependencia, por parte de los poderes públicos.

No obstante, dado el actual contexto de envejecimiento poblacional que hará necesario aumentar la inversión en sanidad y dependencia, es necesario recuperar el nivel de inversión previo a la Gran Recesión. Sin embargo, esta cantidad va a ser insuficiente por el aumento de la inversión social que va a provocar el envejecimiento. Por lo que va a ser vital que la inversión en sanidad y dependencia aumente paulatinamente desde este momento, adecuándose al proceso de envejecimiento, con la idea de que la inversión aumente de la manera más estable posible. Así, para que no se produzcan quebrantos importantes en las cuentas públicas, una correcta previsión de gastos a medio plazo es fundamental.

A continuación, se muestran en las Figuras 4.1 y 4.2 los últimos datos de inversión real en dependencia y en sanidad. Además, puede observarse cómo Cantabria siempre tiene uno de los mayores cuantías de inversión per cápita más altos, tanto en dependencia como en sanidad y, por tanto, suele ser superior a la media de todas las CC.AA. Dichas diferencias pueden responder, entre otros motivos, no solo a factores demográficos que impactan en la demanda sino también al nivel de renta, población desplazada o preferencias de los/las pacientes, además de diferencias en nivel de precios, orografía de la región, deseconomías de escala e ineficiencia, tipo de prestación pública o privada, así como asimetrías del sistema de financiación y restricciones presupuestarias.

250



Metodología

La escasez es la base de la ciencia económica, lo cual plantea la necesidad de priorizar entre las distintas opciones disponibles. Esto es, la elección de la opción óptima entre las diferentes alternativas existentes en cada momento. De esta forma, en la toma de decisiones conjuntas es importante contar con una visión de lo que puede llegar a pasar en el futuro. Es decir, considerar la evolución futura de los factores o parámetros que van a condicionar dichas decisiones, jugando la predicción (económica) un papel esencial. El horizonte temporal es la primera premisa a considerar y nosotros realizaremos predicciones/simulaciones hasta el año 2025, dada la alta volatilidad de las distintas variables de interés más allá de este momento temporal.

Metodológicamente tomaremos como referencia los estudios más recientes sobre los determinantes de la inversión social y proyecciones basadas en distintos escenarios de cambio poblacional. Así, siguiendo a Colombier (2017) no hemos de olvidar otros elementos a contemplar que incluyen la revisión de la cartera de servicios (qué protegemos y qué deberíamos proteger), el grado de solidaridad y/o riesgo compartido, cuestiones económicas y sociales relacionadas tanto con los personas menores ingresos de las personas mayores tras jubilarse, como las mayores cuantías de inversión en atención social que precisa el colectivo "dependiente por edad avanzada" en un contexto de envejecimiento del envejecimiento.

No hay que olvidar que los recursos del sector público son limitados y cuantificables y se plasman en los presupuestos (que no son más que el resumen sistemático y cifrado con autorización del gasto público en función de las previsiones de ingresos para cada periodo). Dado el carácter *incrementalista* de los mismos, y más allá del ciclo político, es necesario considerar distintos escenarios y realizar análisis de sensibilidad.

De esta forma, tomando como referencia las proyecciones demográficas desarrolladas anteriormente en este informe por Reques y de Cos (2017), estimamos las correspondientes predicciones de gasto sanitario y en dependencia atendiendo a los siguientes escenarios: Optimista, Pesimista e Intermedio.

Para ello, se tomará como hipótesis de partida los modelos demográficos, combinando a su vez el gasto específico por edad.

253



A continuación, se muestran las estimaciones hasta el año 2025. En concreto, los resultados de los tres escenarios considerados se presentan tanto para el gasto sanitario como para el relativo a dependencia.

Asimismo, el mayor volumen de inversión tanto sanitario como en dependencia se encuentra para el escenario optimista, seguido del intermedio y por último del pesimista (Tablas 4.1-4.2 y Figuras 4.3 y 4.4, respectivamente), siendo latente la importancia de la propia evolución económica en las inversiones sanitaria y social.

En todo caso, cabe destacar que la importancia las variables de tipo económico sería más relevante que las asociadas al envejecimiento poblacional en el caso del gasto en sanidad mientras que el gasto en dependencia tendría un mayor peso asociado al envejecimiento que a la propia coyuntura económica.

Tabla 4.1: Simulaciones de evolución de la inversión sanitaria (euros) per cápita (2018-2025) Comunidad de Cantabria.

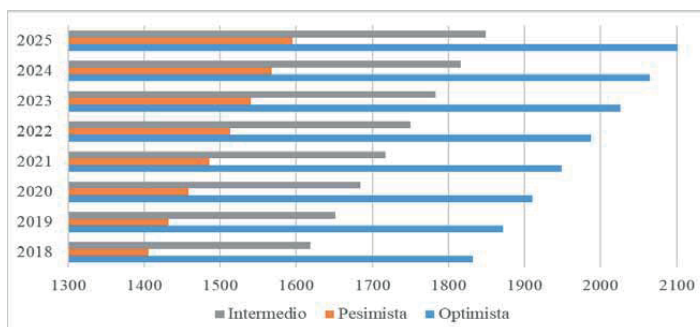
	ESCENARIO PESIMISTA	ESCENARIO INTERMEDIO	ESCENARIO OPTIMISTA
2018	1.405,54	1.618,70	1.831,87
2019	1.432,00	1.651,80	1.871,61
2020	1.458,85	1.684,67	1.910,50
2021	1.485,84	1.717,50	1.949,16
2022	1.512,94	1.750,33	1.987,72
2023	1.540,13	1.783,15	2.026,17
2024	1.567,40	1.815,97	2.064,54
2025	1.594,76	1.848,80	2.102,84

Fuente: Elaboración propia.

254



Figura 4.3: Simulaciones de evolución de gasto sanitario (euros) per cápita (2018-2025) Comunidad de Cantabria.



Fuente: Elaboración propia.

255



Tabla 4.2: Simulaciones de evolución del gasto (euros) en dependencia per cápita (2018-2025) Comunidad de Cantabria.

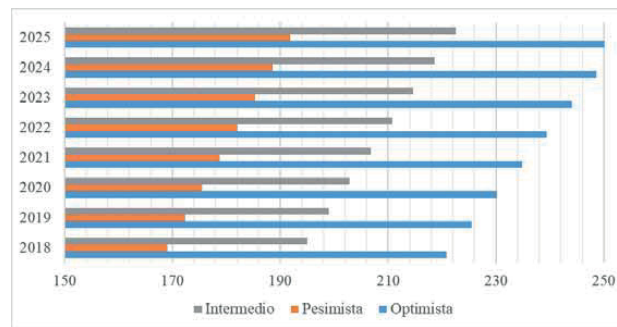
	ESCENARIO PESIMISTA	ESCENARIO INTERMEDIO	ESCENARIO OPTIMISTA
2018	169,13	195,00	220,87
2019	172,34	198,93	225,53
2020	175,56	202,87	230,18
2021	178,80	206,80	234,81
2022	182,04	210,74	239,43
2023	185,30	214,67	244,03
2024	188,56	218,60	248,62
2025	191,83	222,52	253,20

Fuente: Elaboración propia.

256



Figura 4.4: Simulaciones de evolución de gasto en dependencia (euros) per cápita (2018-2025) Comunidad de Cantabria.



Fuente: Elaboración propia.



VI DESPOBLAMIENTO RURAL



Vicepresidencia

1. LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL MEDIO RURAL.

Según los datos del Comisionado del Gobierno frente al Reto Demográfico, los más de 42 millones de españoles/as que viven en 1.500 municipios —de los más de 8.100 que se reparten por el país—, en una extensión que equivale al 30% superficie del país, partirían con ventaja frente al éxodo rural en las 5.032 localidades que han perdido población en la última década y que tienen 4,6 millones de habitantes y se reparten el 70% del territorio.

El 60% de los municipios (4.800 de más de 8.100) tienen una proporción de dos mayores de 65 años por un menor de 15 y en más de 1.000 localidades no hay menores de cinco años. En casi 400 no hay jóvenes de menos de 15 años.

En Cantabria el 100 por 100 de la población que vive en el medio rural de Cantabria habita en municipios rurales de pequeño tamaño.

2. LA DESPOBLACIÓN RURAL Y SUS CONSECUENCIAS.

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta el medio rural en España es el despoblamiento, entendido como un fenómeno demográfico y territorial, consistente en la disminución del número de habitantes de un territorio o núcleo con relación a un periodo previo. La reducción masiva y permanente de población puede derivar en la desertización o a una densidad de población por debajo del cual es casi imposible mantener la actividad económica.

Según los últimos datos facilitados por el INE, las Comunidades autónomas que han perdido más población rural con respecto a 2008 son Cantabria (-11,0 por 100), Galicia (-9,2 por 100) y La Rioja (-8,3 por 100). Entre las que más han ganado: Islas Baleares (10,0 por 100), Islas Canarias (5,2 por 100) y la Comunidad de Madrid (2,3 por 100).

El declive en términos absolutos de la población en parte de la España rural es un problema que afecta a gran parte del territorio, y que puede terminar en la desaparición de algunos pueblos, lo que supone una pérdida en los ámbitos etnológico, económico y ambiental. Según el Instituto Nacional de Estadística, en 2016 había en España 3.225 núcleos de población en los que no vive nadie.

259



Vicepresidencia

En Cantabria en la actualidad hay dos tipos de despoblación: la que tiene que ver con los lugares de montaña y los valles interiores, y la de los núcleos urbanos. El primero responde a un despoblamiento histórico que comenzó en el siglo XIX por la emigración de sus habitantes hacia las ciudades, y que actualmente continúa a través de las altas tasas de mortalidad. El segundo se corresponde con un proceso de periurbanización.

Es difícil revertir este proceso en el caso de áreas de baja densidad, desequilibradas en su estructura de edades y género, que además carecen de un sistema urbano que vertebré su territorio y que, en muchos casos, se trata de zonas con una estructura de empleo muy tradicional y económicamente muy poco dinámicas.

Todas ellas padecen una serie de problemas comunes, como son el envejecimiento, el aislamiento geográfico, considerables dificultades de integración territorial con otras regiones, falta de conexiones de transporte y de internet, ausencia de servicios sociales adecuados, menores dotaciones de capital humano y oportunidades de empleo, y por tanto, un mayor declive económico.

El aumento de la movilidad ha generado una nueva realidad del modelo de poblamiento en el medio rural, el éxodo de población de los municipios más pequeños a otros que, aun siendo rurales, tienen mayor población (entre 5.000 y 10.000 habitantes). En los últimos años algunas pequeñas cabeceras de comarca reciben inmigración, principalmente de población joven que encuentra en estos enclaves mayores oportunidades de empleo, precios de la vivienda más asequibles, un mejor nivel de equipamientos, servicios e infraestructuras y, por tanto, mayor calidad de vida.

La llegada de población extranjera supuso un pequeño freno a este decrecimiento y envejecimiento poblacional, aunque a partir de la crisis económica parte de ellos abandonaron España. Pero hoy, la presencia de la población extranjera en los municipios rurales es baja.

El éxodo rural lo protagonizan mayoritariamente jóvenes y de mediana edad, lo que tiene como consecuencia un futuro de descenso vegetativo de la población rural, por el descenso en la natalidad y el envejecimiento de su población.

260



Cualquier esperanza de crecimiento tiene que venir vinculada a mejorar la calidad de vida y las oportunidades de las edades intermedias que permanecen en las zonas rurales. Son ellas las encargadas del trabajo productivo, reproductivo y de cuidados de mayores, la llamada "generación soporte". Una generación dedicada a la producción, a la reproducción y crianza, a los cuidados y en la que descansan otras actividades de dinamización de la vida local que tradicionalmente ocupaban otras generaciones más jóvenes ahora más reducidas.

La despoblación afecta a múltiples vertientes: económica, patrimonial y medioambiental. Supone la pérdida de valores sociales, culturales y medioambientales, pero también cambios sociales y económicos.

Afecta a la estructura económica a través de la reducción de los servicios públicos y de la desagrarización, y afecta también por la pérdida de recursos humanos esenciales y mínimos para el desarrollo de estos territorios y el mantenimiento de la actividad económica.

Conlleva también un abandono y expolio del patrimonio histórico-artístico y que supone un serio factor de riesgo para la conservación del medio natural. La desaparición de actividades agrícolas y ganaderas, la pérdida de modos de vida tradicionales, transforma el paisaje, favoreciendo la recolonización descontrolada por ciertas especies de fauna o de vegetación y facilita la tala de árboles. Especialmente grave es el problema de la propagación de incendios por el abandono de la ganadería extensiva, que además dificulta su extinción.

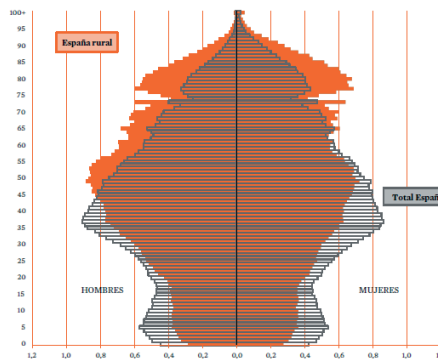
Además, la pérdida de población joven, plantea un gran reto a los municipios más pequeños para mantener unos más costosos servicios públicos esenciales, no pudiendo las Administraciones locales ofrecer servicios y equipamientos. En algunos casos se comparte personal y se mancomunan servicios, mientras que en otros casos desaparecen y son absorbidos por otros municipios.

2.1. Desequilibrios demográficos.

En el medio rural, se aprecian evidentes desequilibrios demográficos en la estructura poblacional, destacando una menor proporción infantil y juvenil respecto al ámbito urbano, una significativa masculinización y un mayor envejecimiento.



Figura 1. Pirámides de población de España, total y rural, 2014 (Porcentajes, Padrón Continuo a 1 de enero de 2014)



Estos desequilibrios demográficos vienen ocasionados por los mismos factores que son determinantes para la sostenibilidad social en el medio rural. Así, la tasa de dependencia- el cociente entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años- es superior a la media nacional en los municipios de hasta 5. 000 habitantes y esto tiene un claro impacto económico porque supone que la población inactiva supone un porcentaje muy elevado respecto de la población potencialmente activa, lo que condiciona la posibilidad de



crecimiento y la supervivencia de los pueblos más pequeños y también determina las necesidades de atención sanitaria, educativa, y sociales a las personas dependientes.

Existe también un claro desequilibrio por sexos en las poblaciones rurales que afecta de forma directa a los procesos de reproducción y a la composición familiar, pero también a las expectativas vitales del conjunto de la población rural. La ausencia de mujeres en las edades jóvenes y centrales es uno de los principales factores que dificultan la sostenibilidad social y demográfica de las áreas rurales. En la masculinización rural en las edades jóvenes e intermedias influyen claramente las desigualdades de género, ya que es consecuencia directa de una elevada emigración femenina hacia las ciudades. Los factores de esta emigración femenina son el mayor nivel educativo de las mujeres para las que la educación se convierte en la principal vía para alejarse del medio rural y de una economía de base familiar, y acceder al mercado de trabajo de forma cualificada y con unas expectativas de profesionalización. Y por otro lado, y vinculado al anterior, la falta de igualdad de oportunidades en su acceso al mercado laboral y la falta de corresponsabilidad y de apoyo para la conciliación familiar. Huyen de un mercado de trabajo en el medio rural articulado básicamente en torno al concepto de *commuting*-tareas del ámbito doméstico y de cuidados- lo que limita sus oportunidades laborales.

A ello se suma un elevado número de personas mayores en situación de dependencia y la insuficiencia de servicios que aligeren la carga familiar de los cuidados. La supresión de la obligatoriedad y la eliminación de la financiación estatal de las aportaciones a la Seguridad Social de los y las cuidadoras no profesionales a partir del año 2013 (recuperada hoy a través del *Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo*) supuso un impactante descenso en el número de cotizantes, mayoritariamente mujeres y un impacto muy negativo sobre el reconocimiento social y la puesta en valor del trabajo asociado a la dependencia que, en su día, tuvo como objetivo la Ley de Dependencia de 2006.

Las personas jóvenes abandonan las zonas rurales, principalmente en la edad de acceso a la Universidad y para buscar oportunidades laborales acordes con sus niveles y características formativas. Además, el incremento de la movilidad y el acceso a la tecnología coadyuvan a que sean más conscientes de la diferencia de oportunidades en el ocio y en el acceso a la cultura.

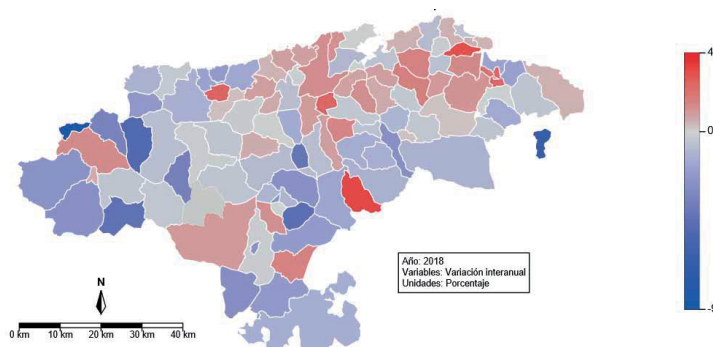
263



El grupo poblacional más numeroso es el de las personas mayores que abandonan el medio rural cada vez en menor proporción. Este sobre-envejecimiento genera un problema de dependencia superior al del conjunto de la población. Esto, unido a la masculinización y a la reducción de las generaciones jóvenes, dificulta la atención a la dependencia desde el ámbito familiar.

En Cantabria, la orografía y las zonas de montaña suponen mayores demandas de movilidad y una mayor inversión social en infraestructuras sociales, sanitarias y de servicios.

Mapa 1. Variación interanual en la revisión del padrón municipal de habitantes 2018. Cantabria.



264



Vicepresidencia

A estos factores, en el caso de Cantabria se suman los fuertes desequilibrios territoriales en la región ocasionados por los fenómenos de litoralización y periurbanización y por el declive de algunos municipios rurales del interior, que dan lugar a la dicotomía costa-valles interiores. Los dos primeros procesos demográficos propiciaron un crecimiento sostenido de la población de la mayoría de municipios pertenecientes a la costa oriental y de los pertenecientes al área de influencia de Santander y Torrelavega. Por su parte, el tercero de los procesos ha causado la despoblación de aquellos espacios rurales del interior aquejados de una grave desvitalización económica, social y en definitiva, territorial.

Un número significativo de municipios del interior de Cantabria, los más extensos entre ellos, debido a limitaciones derivadas fundamentalmente de sus condiciones físicas, no alcanzan los 10 habitantes por Km². Además, en todos ellos, la baja densidad de población se ve agravada por la tradicional tendencia a la dispersión – llevada al límite en el área pasiega –, y el reducido tamaño de los núcleos. Si tomamos ejemplos de cada uno de los valles, con cifras de 2018: en Polaciones, 238 habitantes se reparten en 12 núcleos de población, en Vega de Liébana 745 en 25 núcleos, en Lamasón 287 en 8, en Valderredible 974 en 52, y en Soba 1.193 habitantes para 27 núcleos; es decir, en ningún caso se superan los 50 habitantes por núcleo de media.

La tasa de envejecimiento (porcentaje de habitantes de más de 64 años) supera el 30% en 38 municipios y alcanza el 40% en Lamasón, Cieza, Herrerías, Peñarrubia, Tresviso, Tudanca y Vega de Liébana.

La tasa de masculinización entre los 16 y los 64 años (porcentaje de varones sobre el total de la población en edad de trabajar), supera el 60% en Tresviso, Tudanca, Lamasón, Pesquera y Polaciones.

El desequilibrio demográfico que ponen de manifiesto estos datos es el resultado de una serie de factores – tanto físicos como socioeconómicos – que actúan sobre el territorio y la vida de sus pobladores. Entre ellos, el hecho de que Cantabria y el resto de las comunidades del Norte de España tengan un grave problema estructural, de dimensión productiva, como ponen de manifiesto los datos de la Encuesta sobre la estructura de las explotaciones agrarias. Es también significativo el abandono de la actividad y pérdida de población activa agraria (la edad media de los titulares de explotación de Cantabria se situaría en 49 años, de los que los que tan sólo el 28% de los

265



Vicepresidencia

titulares de explotaciones de leche tendría menos de 45 años. El envejecimiento del sector es un problema en buena medida común al sector primario en toda Europa, pero especialmente grave en Cantabria.

Asimismo, en lo que se refiere a la incorporación de la mujer a la titularidad de las explotaciones, los datos citados indican que casi el 42% de los titulares individuales de explotación son mujeres. Sin embargo, persisten situaciones de desigualdad en las que las mujeres aportan el trabajo y en buena medida el peso de la gestión diaria de la explotación, sin que ello suponga ningún reconocimiento de titularidad a su favor a los efectos económicos, jurídicos y sociales.

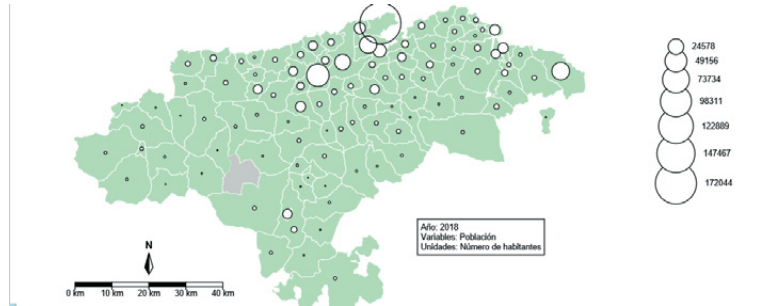
2.2. Las Zonas a revitalizar, las áreas de Montaña.

El medio rural cántabro delimitado a efectos de la aplicación de la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural abarca 88 municipios, tiene una extensión del 92,46% de la superficie regional, el 32,61% del total de la población y una densidad de población media de 39,09 habitantes por km².

266



Figura 2. Padrón municipal. Actualización año 2018.



Fuente: Icade.

Entre estos municipios, cabe apreciar diferentes grados de ruralidad según el número de valores superiores o inferiores a la media regional que presenta cada término municipal. El territorio clasificado por la Ley como *zona a revitalizar* abarca 34 municipios, 29 de los cuales reúnen todas las condiciones requeridas al estar por debajo de la media regional en los valores relativos a la densidad de población y la renta *per cápita* y por encima de la media en cuanto al porcentaje de población activa agraria, el tiempo de desplazamiento a la ciudad más próxima, el peso de la población dispersa y/o la pendiente media. En los otros 5 no se da alguna de esas condiciones, pero todos ellos tienen un índice de envejecimiento y/o unas tasas de regresión de su población superiores a la media rural de la región. Todos estos factores hacen que en las *Zonas a revitalizar* exista un conjunto de desventajas socioeconómicas que pueden explicar el éxodo masivo que sufrieron hasta finales del siglo XX, un menoscabo demográfico que aún no ha terminado.

267

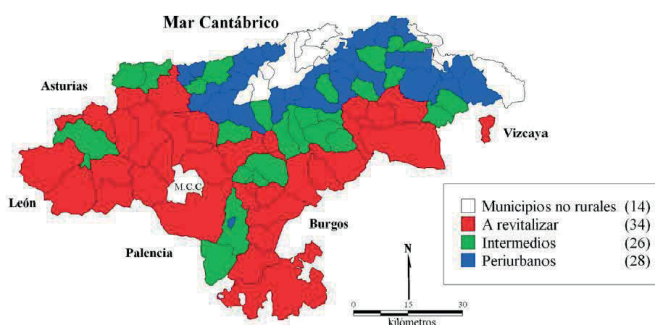


A grandes rasgos, la *zona a revitalizar* está constituida por municipios que forman dos grandes conjuntos: uno occidental que se identifica con las comarcas históricas de Liébana y Cabuérniga-Tudanca y otro oriental, correspondiente a las comarcas de Campoo-Los Valles y de los Montes de Pas. Se trata de cinco *zonas bastante* uniformes entre sí en cuanto a sus características y bastante equilibradas en sus dimensiones, tanto en la superficie de su territorio como en su tamaño poblacional y en cuanto al número de municipios que las integran: “Montaña Occidental” (Liébana-Cabuérniga Tudanca), “Montaña Central” (Campoo-Iguña) y “Montaña Oriental” (Pas-Pisueña, Miera y Asón-Agüera).

268



Mapa 2. Clasificación de la Ley 45/2007 de los municipios cántabros en tipos según niveles de ruralidad.



La "Montaña Occidental" (Liébana-Cabuérniga-Tudanca) está formada por 17 municipios correspondientes a las comarcas históricas de Liébana (7), Cabuérniga y Tudanca (10). De los 17 municipios incluidos en la zona, 15 son clasificados como *a revitalizar* y sólo dos, Potes y Cillorigo de Liébana, son municipios de carácter *intermedio*.

Este territorio posee una extensión de poco más de 1.300 km², buena parte de la cual son tierras en pendiente que alcanzan valores extremos en algunos municipios como Tresviso, situado en el corazón del sistema montañoso.

269



La "Montaña Occidental" se encuentra entre las áreas cántabras con menores niveles de renta.

La población del conjunto comarcal no alcanza los 14.000 habitantes, una cifra suma de poblaciones minúsculas, como la de Tresviso y de otros de dimensiones medias (Cabuerniga, Camaleño, Cillorigo, Rionansa y Riente tienen más de 1.000 habitantes y Valdálga supera los 2.000).

Su densidad poblacional media es muy baja, 9,19 hab/km² por la evolución demográfica reciente, las importantes mermas de población que ha sufrido este territorio en los últimos 0 años del siglo XX, una pérdida de más del 40% de la población que tenía en 1970. En el siglo XXI, la población de la zona ha seguido disminuyendo: mucho en algunos casos (Tudanca, Rionansa, Lamasón, Herrerías) y a un ritmo menor en otros.

Se ha producido una fuerte emigración, generalmente joven, que ha provocado altas tasas de envejecimiento que en algunos casos es de más del 39%, valores que se encuentran entre los más elevados de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

La tasa media de dispersión se eleva a 64,19% porque en estos municipios más de la mitad de sus habitantes viven en núcleos distintos del principal, aldeas minúsculas casi siempre, llegando a superar el 75% en 8 términos, las tasas de dispersión más altas de toda Cantabria.

Las características de estos territorios son consecuencia, en gran medida, por las dificultades de accesibilidad. La distancia media en tiempo, desde la zona a la ciudad mayor de 30.000 habitantes más próxima es de más de una hora. En algunos municipios se tarda en torno a una hora y media o más en llegar desde Tresviso, Camaleño, Pesaguero, Polaciones y Vega de Liébana a Torrelavega, el núcleo más cercano para acceder a servicios algo más especializados que los básicos.

La "Montaña Central" (Campoo-Iguña) es una zona constituida por 16 municipios de los que la mayoría (10), son municipios clasificados como *a revitalizar* de acuerdo con los criterios normativos aplicables. Es un territorio con características comunes. Suman una extensión de 1.265,48 km². La población que en ellos reside supera los 25.000 habitantes y salvo Reinosa, el resto de los municipios son de pequeño

270

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Vicepresidencia

tamaño poblacional, ninguno de ellos llega a 2.000 habitantes e incluso alguno no alcanza los 100, como es el caso de Pesquera, o apenas los supera, como ocurre en el de San Miguel de Aguayo.

La densidad de población media de la zona, *excluyendo Reinosa, es de 12,19%*. Coexisten términos municipales que no llegan a tener 5 hab/km² (Valdeprado del Río, Valderredible y San Miguel de Aguayo), o apenas los rebasan (Las Rozas de Valdearroyo), con otros que superan los 20 hab/km², sobre todo los situados en el Valle de Iguña (Bárcena de Pie de Concha, Molledo, Arenas de Iguña), además de Campo de Enmedio (42,41 hab/km²).

La proporción de población dispersa es también muy elevada en esta zona, la mayoría de la población que vive en núcleos diferentes del principal excede ampliamente el 50%. Más de las tres cuartas partes de su población habita en núcleos distintos, casi siempre pequeñas aldeas con un número minúsculo de habitantes. Un modelo disperso de poblamiento tradicional reforzado por los procesos recientes de despoblación. Esta zona perdió más del 38% de su población en el último tercio del siglo XX, *un proceso que en los municipios más netamente rurales de la zona ha supuesto una sangría mayor*. Algunos han perdido bastante más de la mitad de su población.

Los municipios igüeses han resultado algo menos perjudicados ya que en ellos el retroceso demográfico, que no remite, en las últimas tres décadas del siglo XX tuvo valores comprendidos entre -30% y -40% Y la población que se queda en la Zona está sensiblemente envejecida, siendo su tasa de envejecimiento superior a 30%.

El área de Valderredible es la más alejada y el desplazamiento tiene una duración superior a los 60 minutos.

La "Montaña Oriental" (Valles del Pas-Pisueña, Miera y Asón-Agüera está integrada por las áreas de las cabeceras y los sectores medios de los valles de los ríos Pas, Miera y Asón, y la práctica totalidad de las cuencas de los cursos del Agüera y del Pisueña. Una Zona a revitalizar compuesta por 17 municipios que ocupan una superficie de algo menos de 1.000 km² en la que no llegan a habitar 19.000 personas.

Es una zona con altitudes medias, pero con grandes diferencias entre lugares próximos y tierras en pendiente.

Algunos términos municipales presentan volúmenes de población muy reducidos (Valle de Villaverde, Miera, San Roque de Riomiera, San Pedro del Romeral). Por otro lado, nueve municipios sobrepasan los 1.000 habitantes. La densidad media de población de la zona es

271



Vicepresidencia

modesta, 19,73 hab/km², pero no extremadamente baja por la presencia de algunos municipios con valores relativamente elevados para el medio rural, junto a los que se encuentran un número pequeño de municipios no alcanzan los 10 hab/km²: Luena (8,37 hab/km²), San Pedro del Romeral (9,54 hab/km²), Soba (6,66 hab/km²); el emplazamiento de los tres municipios en las zonas más elevadas y menos accesibles de las áreas de cabecera.

El déficit poblacional es consecuencia de la evolución reciente de la población, con una pérdida de casi el 30% de sus habitantes. En algunos casos, como los municipios del valle del Miera, las pérdidas superaron el 50% mientras que en otros (Corvera y Santiurde de Toranzo, Rasines y Villafufre) apenas rozaron el 20%. El cambio de siglo no ha supuesto ninguna mejora en el territorio pasiego ya que sigue perdiendo población.

La tasa de dispersión media es muy alta, casi el 63% de la población habita en núcleos diferentes del principal en cada término municipal. Su modelo de poblamiento es una herencia de las formas de aprovechamiento agropecuario tradicional, al "modo de vida pasiego". Es una zona con los altos niveles de envejecimiento, aunque menor que en las zonas mencionadas anteriormente.

272

CVE-2019-4582



VII. EQUIPO

Gobierno de Cantabria: Dirección general de Política social.

Universidad de Cantabria:

Pedro Reques Velasco
Olga De Cos Guerra
Silvia Tamayo
Laura Fernández Echegaray
María Paz-Zulueta
Miguel Santibañez Margüello
Amada Pellico López
Montserrat Cabré I Pairet
Marta García Lastra
Tomás A. Mantecón Movellán
David Cantarero Prieto
Marta Pascual Sáez
Carla Blázquez Fernández
María González Diego

273



VIII. BIBLIOGRAFÍA

DIAGNÓSTICO Y PERSPECTIVAS DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN CANTABRIA:

- Arango, J. (2012): Del boom a la crisis: la inmigración en España de la primera década del siglo XXI. En: Matia, F. J. y Álvarez-Rodríguez, I. (coords.) *Crisis e inmigración: reflexiones interdisciplinarias sobre la inmigración en España*. Tirant lo Blanch.
- Bermejo Patón, F. (2012): *Las causas de la transición demográfica en España*. Documentos de Trabajo. Seminario Permanente de Ciencias Sociales, nº 2, 23 pp.
- Bermejo, F. (2011): *El impacto del dividendo demográfico en la economía española*, en Documentos de Trabajo. Seminario Permanente de Ciencias Sociales, nº 13.
- Billari, F. C., y Kohler, H. P. (2004): Patterns of low and lowest-low fertility in Europe. *Population Studies*, 58: 161–176.
- Bloom, D.E., Canning, D. y Sevilla, J. (2002): *The demographic dividend: a new perspective on the economic consequences of population change*. RAND MR 1274-WFHF / DLPF / RF / UPNF.
- Camarero Rioja, L. A. (coord.) (2009): *La población rural de España. De los desequilibrios a la sostenibilidad social*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Castro, T., Martín, T., Abellán, A., Puyol, R. y Puga, D. (2015): Tras las huellas de la crisis económica en la demografía española. *Panorama Social*, 22, 43-60.
- Coleman, D. (2002): Population of the industrial world. A convergent demographic community. *International Journal of Population Geography*, 8, nº 5.
- Comas d'Argemir, D. (2012): Políticas públicas y vida cotidiana. Redescubrimiento y auge de las políticas familiares en España. *Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, nº extra 16, 395.
- Díaz Fernández, M. M. y Llorente Marrón, M. M. (2013): Nacimientos y necesidades de vivienda en España: un análisis de causalidad. *Rect@: Revista Electrónica de Comunicaciones y Trabajos de ASEPUMA*, nº 14, pp. 21-33.
- Esping-Andersen, G. (2013): Por qué la fecundidad es importante: teoría e investigación empírica". En Esping-Andersen, G. (Coord.) *El déficit de natalidad en Europa. La singularidad del caso español*. Barcelona: Obra Social "La Caixa": 24-47.
- European Comission (2012): *Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union*, Luxembourg, Eurostat.
- Gil-Alonso, F. (2014): Looking for low fertility determinants in the European Union: gender distribution of family tasks. *Revista Catalana de Sociologia*, 29: 71-89.
- Gurría, J.L.; Reques, P. y Rodríguez, V. (2008) : Le vieillissement de la population espagnole et les déficits sociaux futurs. En: Pueyo, A. (coord.) *Sud-Ouest européen: revue géographique des Pyrénées et du Sud-Ouest* (Ejemplar dedicado a: La population espagnole en ce début de XXIe siècle) nº 26, pp. 57-69.
- Hoorens, S.; Clift, J.; Staetsky, L.; Janta, B.; Diepeveen, S.; Morgan Jones, M. y Grant, J. (2011): Low fertility in Europe. Is there still reason to worry?. RAND.
- Icane (Parra, F. y Campo, L.) (2017): *Proyecciones de Población de los municipios 20162037*. Documentos técnicos del ICANE, Santander.

274

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Vicepresidencia

- Lanzieri, G. (2013): *Towards a „baby recession“ in Europe?. Differential fertility trends during the economic crisis*. Eurostat Statistics in focus. 13/2013.
- <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3433488/5585916/KS-SF-13-013-EN.PDF/a812b0807ede-41a4-97ef-589ee767c581>
- INE (2016). Proyecciones de la población de España. 2016-2066. INE, Madrid.
- León Borja, M. (2015): *Empleo y maternidad: obstáculos y desafíos a la conciliación de la vida laboral y familiar*. IGOP-Funcas
- Lesthaegue, R. y Willens, P. (1999): Is low fertility a temporary phenomenon in the European Union? *Population and Development Review*, vol. 25, nº 2, pp. 211-228.
- Luci-Greulich, A. y Thévenon, O. (2013): The Impact of Family Policies on Fertility Trends in Developed Countries. *European Journal of Population*, 29: 387-416
- Meil Landwerlin, G. (2011): *Individualización y solidaridad familiar*. Madrid: Fundación "La Caixa".
- Pérez Díaz, J. (2003): Feminización de la vejez y Estado del Bienestar en España. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, nº 104, pp. 91-121.
- Reques Velasco, P. y de Cos Guerra, O. (2005): Los cambios en los patrones territoriales de la población española (1900-2001). *Papeles de Economía Española*, nº 104, pp. 167-192.
- Reques, P. (2011): *El estallido de la longevidad*. Cinco Días, 6 de Agosto de 2007.
- Reques, P. (2011): *El factor D. Los nueve retos demográficos de la España actual*. Madrid:Edit/Cinco Días.
- Reques, P. (2017): *(Contra las) posverdades demográficas*. Cinco Días, 30 de Agosto, 2017.
- Rindfuss, R.R. y Choe, M.K. (2015): Diversity across low-fertility countries: An overview. En R.R. Rindfuss y M.K. Choe (Eds.), *Low and lower fertility: Variations across developed countries*. Cham: Springer International Publishing., pp. 1-13.
- Sarribe Pedroni, G. D. (2010): Fecundidad diferencial de distintas subpoblaciones de mujeres en España: una diferencia no tan grande. *Papers: revista de sociología*, vol. 95, nº 3 (Ejemplar dedicado a: El desarrollo de la familia en España desde una perspectiva demográfica), pp. 859-870.
- Serrano-Martínez, R. y García Marín, R. (2013): Regresión demográfica en España: crisis económica y cambio de ciclo migratorio. *Papeles de Población*, vol. 19, nº 76.

CRISIS DE LA FECUNDIDAD, RETRASO EN LA MATERNIDAD Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE NATALIDAD, CONCILIACIÓN Y APOYO A LA FAMILIA

- Alkorta Idiakez, I., (2006), Los derechos reproductivos de las mujeres vascas en el cambio de siglo: de la anticoncepción a la reproducción asistida, *Vasconia*, 35, p. 349.
- Armijo Suárez, O., (2015), Nuevas aplicaciones de las Técnicas de Reproducción Asistida: destino de los preembriones sobrantes, infertilidad social y oncofertilidad, Año LXIX. *BMJ* núm. 2179. Junio 2015, p. 32.
- Asociación de familias numerosas (<http://www.afnc.es/es/inicio>)

275



Vicepresidencia

- Burgaleta Pérez, E., (2012), Género, identidad y consumo: las "nuevas maternidades" en España. (<http://eprints.ucm.es/13974/>)
- Bericat Alastuey, y E., Martín-Lagos, Mª. D., (2006). La transformación de los hogares españoles y andaluces, *Centro de Estudios Andaluces*.
- (https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/47583/00000144_090H0101.PDF?sequence=1&isAllowed=y)
- Cabré, A., (2009), <http://www.ine.es/Asturias/2009/11/23/mejor-politica-natalidad-buenapolitica-empleo-femenino/837800.html>. Cfr. <http://www.reto2030.eu/>
- Chinchilla, N.; Jiménez, E. y Grau, M., (2017). Maternidad y trayectoria profesional. Análisis de las barreras e impulsores para la maternidad de las mujeres españolas, *IESE Business School en colaboración con Laboratorios Ordesa*.
- Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social europeo y al Comité de las Regiones. Una iniciativa para promover la conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y los cuidadores. Bruselas, 26.4.2017.
- Delgado Pérez, M., (2000), Los componentes de la fecundidad: su impacto en la reducción del promedio de hijos por mujer en España, *Economistas*, nº 86, 2000, pp. 23-34.
- Dictamen: La respuesta de la UE al reto demográfico. Comité de las Regiones. 118.º Pleno, Sesiones 15 y 16 de junio de 2016. Ponente: Herrera Campo.
- Encuesta Social de Cantabria, (2013), ICANE: http://www.icane.es/c/document_library/get_file?uuid=1b44e074-4d5b-42e0-b849def100c401bb&groupId=10138
- Eshre, Congreso internacional, (2015).
- Esteve, A.; Devolder, D. y Domingo, (2016), La infecundidad en España: tic-tic, tic-tac, tictac!, *Perspectives Demográfiques*, nº 1.
- Estrategia abierta para el fomento de la natalidad: (http://www.afnc.es/files/documentos/AYUDAS_DE_LOS_AYUNTAMIENTOS_DE_CANTABRIA.pdf)
- Estudio sobre Técnicas de Reproducción Asistida: la necesidad de inversión pública para tratar una enfermedad y un problema social, *Asociación pro Derechos Civiles, Económicos y Sociales –ADECES-*, (2015).
- Estudio sobre uso del tiempo, 2010, *INE*:http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925472448&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m3=1259924822888
- Eurostat: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/main/home>.
- Eurostat: la vida de hombres y mujeres en Europa, 2017. <http://www.ine.es/prodysr/myhue17/bloc-2b.html?lang=es>

276

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Vicepresidencia

- Flaquer, (2000), Las políticas familiares en una perspectiva comparada, ed. *Fundación La Caixa*, Barcelona.
- Flores Anarte, L., (2016), Las técnicas de reproducción asistida en España, ¿Mercantilización de la maternidad o empoderamiento femenino?, *Tirant lo Blanch*, p. 39.
- González Carrasco, M^a C., (2017), ¿Cómo influye la legislación sobre familia y persona sobre la natalidad?, *II Foro Stop suicidio demográfico*,
- (<https://www.familiasnumerosasdemadrid.es/files/20170605125252-ponencia-carmengonzalez-para-ii-foro-demografico-como-influye-la-legislacion-sobre-la-familia-y-la-persona-en-la-natalidad.pdf>)
- Grant J., Hoorens S., Gallo F. and Cave J., (2006), ¿Debe ser la TRA parte de una política demográfica? (Should ART be part of a population policy mix? A preliminary assessment of the demographic and economic impact of Assisted Reproductive Technologies), *Rand Europe* (RAND, DB-507-FER, www.rand.org/publications)
- Guía de ayudas sociales y servicios para las familias, (2017), *Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad*.
- (<https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/ayudas/ayudasFamiliasNumerosas/Doc2017/guiaayudasparafamilias2017.pdf>)
- Hernández, E., (2012), Familias tardías: ¿nuevos retos para la sociedad del bienestar?, *Formas y maneras de hacer familia. Las familias tardías en España, una modalidad emergente*. Nancy Konvalinka [eds.]. *Biblioteca Nueva*.
- Informe de la Secretaría Para la Igualdad de UGT elaborado con estadísticas oficiales de la
- Encuesta de Población Activa (EPA), el Servicio Público Empleo Estatal (SEPE) y el ICANE, (2016), *Instituto Cántabro de Estadística*.
- Informe: La vida de las mujeres y los hombres en Europa, elaborado por Eurostat con datos del INE: <http://www.ine.es/prodyser/myhue17/index.html?lang=es>
- Informe: La conciliación de la vida laboral y familiar en España: Una oportunidad para promover y proteger los derechos de la infancia. (2013), *Save the Children*. https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/la_conciliacion_de_la_vida_laboral_y_familiaresp_vok.pdf
- Informe: Instituto de las mujeres, dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (2014). <http://www.inmujer.gob.es/MujerCifras/Conciliacion/ExcedPermisos.htm>.
- Informe: sobre la conciliación de la vida laboral y familiar en España. (2015)
- Informe: sobre un marco regulador para medidas de conciliación de la vida familiar y del periodo de estudios para las mujeres jóvenes en la Unión Europea. A6-0209/2007.
- Informe: Conferencia sobre la Mujer, Beijing, (1995).
- <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf> 31992L0085. Diario Oficial núm. L 348, de 28 de noviembre de 1992. <http://eurlex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A31992L0085>

277



Vicepresidencia

- Instituto Cántabro de Estadística (ICANE): <https://www.icane.es/>
- Jiménez Muñoz, F. J., (2016), Consentimiento y edad en la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, en *La maternidad y la paternidad en el s. XXI*, ed. *Comares*, pp. 17 y ss.
- Jover Ramírez, C., (2013). La difícil supervivencia de la conciliación entre la vida laboral y familiar en tiempos de crisis y reforma, *Revista Doctrinal Aranzadi Social*, núm. 4/2013, *Parte Doctrina*, Cizur Menor.
- Konvalinka, N., (2012), Modos y maneras de hacer familia. Las familias tardías, una modalidad emergente, *Biblioteca Nueva*.
- López Gálvez, J. J., Moreno García, J. M., (2015), ¿Industria de la fertilidad o respuesta a la búsqueda del hijo biológico?, Año LXIX. *BMJ* núm. 2179. Junio 2015, p. 241-3.
- López López, M^a T., Trabajo remunerado y vida familiar en la generación del milenio: un equilibrio necesario, p. 10-11.
- Movimiento Natural de la Población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios), (2017). Datos provisionales, INE ([www.ine.es](http://www.ine.es/prensa/mnp_2016_p.pdf)). (http://www.ine.es/prensa/mnp_2016_p.pdf)
- Mujeres y Hombres desde la Perspectiva de Género, (2014), ICANE.
- Nygren, K.G., Lazdane, G., (2006) Tendencias actuales de las tasas de fecundidad –e infertilidad- en Europa, en *Baja fecundidad. ¿El futuro de Europa?*. *Entre Nous, revista europea sobre salud sexual y reproductiva*, núm. 63, p. 11.
- Pérez Camarero, S., Moreno Mínguez, A. Hidalgo Vega, A., Ivanova Markova, A. y Pérez Cañellas, E., (2012), Aspectos económicos y sociales de la caída de la natalidad en España. Políticas sociales y sanitarias de apoyo a la natalidad. Las técnicas de reproducción asistida como corrección de la baja Fecundidad, Instituto Max Weber, Madrid, Merck, julio, 2012.
- Pérez Vallejo, A.M^a. (2016), Hacia un nuevo modelo de paternidad y maternidad corresponsable, en *La maternidad y la paternidad en el s. XXI*, ed. *Comares*, pp. 199 y ss.
- Reguera Andrés, M.C., (2016), El derecho a la salud reproductiva: configuración en el marco jurídico nacional e internacional, *ediciones Universidad de Cantabria*.
- Reguera Andrés, M^a C., (2013) El derecho a la protección de la salud reproductiva asistida: una cuestión de igualdad, *Vol. 23. Extraordinario XXII Congreso 2013. Comunicaciones*, p. 140.
- Registro Nacional de Actividad (2015), Registro SEF:
- https://www.registrosef.com/public/docs/sef2015_IAFIVm.pdf
- Sanmartín, O., (2017), El número de nacimientos en España cae un 21% desde 2008. *Diario*

278

CVE-2019-4582



Vicepresidencia

- El Mundo, Sociedad, 22 de junio de 2017. (<http://www.elmundo.es/sociedad/2017/06/22/594b9c0aca4741ba598b45fe.html>).
- Varela Petito, C. (coord.), Pardo, I., Pollero, R. (2011). ¿Qué hacer ante la baja fecundidad?, *Sistematización de políticas y recomendaciones para el caso uruguayo. Informe Final*, Montevideo.

ENVEJECIMIENTO, SALUD Y DEPENDENCIA:

- Abad-Díez, J.M., Calderón-Larrañaga, A., Poncel-Falcó, A., Poblador-Plou, B., Calderón-Meza, J.M., Sicras-Mainar, A. et al., (2014). *Age and gender differences in the prevalence and patterns of multimorbidity in the older population. BMC Geriatrics*, 14:75.
- Aparicio, M.E., Sánchez, M.P., Díaz, J.F., Cuéllar, I., Castellanos, B., Fernández, M.T. et al., (2008). *La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales*. Madrid: IMSERSO. Consultado el 12 de julio de 2017, de http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/idi24_07saludfisica.pdf
- Barraca, J., López, L. (1997). *Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos*. Madrid: TEA Ediciones.
- Bovera A., Taltavull J.M., Gastaldo D., Luengo R., Izquierdo M.D., Juando-Prats C., et al., (2015). *Calidad de vida de trabajadoras inmigrantes latinoamericanas como cuidadoras en España. Gaceta Sanitaria*, 29, 123-126.
- Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL. (2009). *The Spanish versions of the Barthel index (BI) and the Katz index (KI) of activities of daily living (ADL): a structured review. Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1):e77-84.
- Casado-Mejía R., Ruiz-Arias E., Solano-Parés A. (2012). *El cuidado familiar prestado por mujeres inmigrantes y su repercusión en la calidad del cuidado y en la salud. Gaceta Sanitaria*, 26, 547-553.
- Cebrían-Cuenca, A., Díez-Domingo, J., San-Martín, M., Puig-Barberá, J., Navarro-Pérez, J. (2010). *Herpes Zoster Research Group of the Valencian Community. Epidemiology of Herpes Zoster Infection among Patients Treated in Primary Care Centres in the Valencian Community (Spain). BMC Family Practice*, 11(33).
- Chien L.Y., Chu H, Guo J.L., Liao Y.M., Chang L.I., Chen C.H., Chou K.R. (2011). *Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. Int J Geriatr Psychiatry*. 2011 Oct;26(10):1089-98.
- Colombo, F., Llana, A., Mercier, J., Tjadens, F. (2011). *Help Wanted?: providing and paying for long-term care. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing*, 1-8.
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. (2015). Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2015-2019. Santander, España: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Consejería de Universidades e Investigación, Medio Ambiente y Política Social. Dirección General de Política Social. (2016). *Empleo y Ley de Dependencia. Primer semestre 2016. Santander, España: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales*.

279



Vicepresidencia

- Consejería de Universidades e Investigación, Medio Ambiente y Política Social. Dirección General de Política Social. Servicio de Planificación y Evaluación Social. (2017). *Estadísticas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Cantabria. Santander, España: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales*. Consultado el 20 de octubre de 2017, de http://www.serviciossocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/estadisticasdependencia/Estadisticas%20SAAD_1.enero.2017.pdf
- Consejo de Europa (1998). *Recomendación N.º R (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia*.
- Crespo M, López J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares de personas mayores dependientes en el hogar: "como mantener su bienestar"*. Madrid: IMSERSO. Consultado el 12 de julio de 2017, de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
- Cueli, M. (2017). *Adaptación transcultural de la escala revisada de la evaluación de la percepción de los cuidadores familiares [revised caregiving appraisal scale (RCAS)] en población española [tesis]*. Santander: Universidad de Cantabria.
- Curry N, Ham C. (2012). *Clinical and service integration. The route to improved outcomes. International Journal of Integrated Care*, 12, e199. Consultado el 12 de julio de 2017, de <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Clinical-and-service-integration-Natasha-CurryChris-Ham-22-November-2010.pdf>
- De los Santos, P.V., Carmona, S.E. (2012). *Cuidado informal: Una mirada desde la perspectiva de género. Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 4, 138-146.
- Del Pozo, R., Escribano, F., Moya, P. (2011). *El papel del apoyo informal en las prestaciones del plan individualizado de atención: Una elección condicionada para las personas dependientes. Gaceta Sanitaria*, 25(5), 93-99.
- Dirección General de Salud Pública. *Servicio de Salud Pública Promoción y Educación para la Salud de la Consejería de Sanidad de Cantabria (2016). Programa de vacunaciones de Cantabria 2017*. Santander, España: Consejería de Sanidad.
- Esparza, C. (2011). *Discapacidad y dependencia en España. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 108*. Consultado el 12 de julio de 2017, de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>
- Flores, N., Jenaro, C., Moro, L., Tomsa, R. (2014). *Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4, 79-88.
- Forjaz, M.J., Rodríguez-Blázquez, C., Ayala, A., Rodríguez-Rodríguez, V., de Pedro-Cuesta, J., García-Gutiérrez, S. et al., (2015). *Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. European Journal of Internal Medicine*, 26, 176-181.
- Fraga S, Lindert J, Barros H, Torres-González F, Ioannidi-Kapoulou E, Melchiorre MG, Stankunas M, Soares JF.. (2014). *Elder abuse and socioeconomic inequalities: a multilevel study in 7 European countries. Preventive Medicine*, 61, 42-47.
- Galaso, P., De vera, V., Vara, M.J. (2013). *Redes informales de cuidados en Europa. El papel de las mujeres mayores. En: Género y envejecimiento: XIX Jornadas Internacionales de Investigación Interdisciplinar / Pilar Folguera (ed. lit.), Virginia Maquieira D'Angelo (ed. lit.), María Jesús Matilla Quiza (ed. lit.), Pilar Montero López (ed. lit.), María Jesús Vara Miranda (ed. lit.)*, ISBN 978-84-8344-348-4, págs. 461-484
- García, Mª.M., Mateo, I., Eguiguren, A.P. (2004). *El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 1), 132-139.
- Garin, N., Koyanagi, A., Chatterji, S., Tyrovolas, S., Olaya, B., Leonardi, M. et al., (2016).

280



Vicepresidencia

- *Global Multimorbidity Patterns: A Cross-Sectional, Population-Based, Multi-Country Study. The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 71, 205–214.
- Garin, N., Olaya, B., Moneta, M.V., Miret, M., Lobo, A., Ayuso-Mateos, J.L. et al., (2014). *Impact of Multimorbidity on Disability and Quality of Life in the Spanish Older Population. Plos One*, 9, e111498.
- Garre-Olmo J., Planas-Pujol X., Lopez-Pousa S., Juvinya D., Vila A., Vilalta-Franch J. (2009) *Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 815–922.
- Gómez Ayala, A.E. (2012). *Grandes síndromes geriátricas: los gigantes de la geriatría* (1ª ed.). Málaga: Vértice Books.
- González-Valentín, A., Gálvez-Romero, C. (2009). *Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. Gerokomos*, 20, 15-21.
- Guillén Llera, F. (2001). *Formación especializada en Geriatría. Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36 (55), 43-50.
- Herreros Herreros, Y., López-Torres Hidalgo, J.D., de-Hoyos Alonso, M.C., Baena Díez, J.M., Gorroñoigoitia Iturbe A. et al. (2012). *Actividades preventivas en los mayores. Atención Primaria*, 44 Supl 1, 57-64.
- ICANE. (2015). *Explotación estadística padrón municipal de habitantes. Cantabria 2015*. Consultado el 12 de julio de 2017, de https://www.icane.es/c/document_library/get_file?uuid=1bea8d66-9ee8-4e32-8252495bc5642516vgroupld=10138
- Inouye, S., Studenski, S., Tinetti, M., Kuchel, G. (2007). *Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 780-791.
- Instituto Cántabro de Estadística (ICANE). (2017). *Altas hospitalarias de residentes en Cantabria según sexo y grupo de edad. Santander, España: ICANE*. Consultado el 14 de julio de 2017, de <http://datos.icane.es/recurso/salud/morbilidad-hospitalaria/serie/altas-hospitalarias-residentes-cantabria-genero-grupos-edad.html>
- Instituto Cántabro de Estadística (ICANE). (2017). *Defunciones según la causa de muerte por sexo y grupos de edad, ICANE 2016. Santander, España: ICANE*. Consultado el 17 de julio de 2017, de <http://www.icane.es/data/causes-death-gendergroups-age-reduced-from-1999-series#timeseries>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO. (2013). *Informe sobre perfil de la persona solicitante y beneficiario a 31 de diciembre de 2013. Madrid: IMSERSO*. Consultado el 21 de octubre de 2017, de http://www.dependencia.imserso.es/interPresent1/groups/imserso/documents/binario/pe_rfil_perso2013.pdf
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO. (2015). *Evolución anual de afiliaciones a la Seguridad Social de los profesionales de Servicios Sociales por sectores de actividad. Madrid: IMSERSO*. Consultado el 17 de julio de 2017, de http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/datos_empleo/index.htm
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO. (2017). *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (2015). Análisis explicativo de las estadísticas mensuales del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Situación a 31 de diciembre de 2016. Madrid: IMSERSO*. Consultado el 18 de octubre de 2017, de http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/index.

281



Vicepresidencia

- Instituto Nacional de Estadística. (2009). *Panorámica de la discapacidad en España. Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situación de dependencia. 2008. Madrid: INE*. Consultado el 12 de julio de 2017, de <http://www.ine.es/revistas/cifraine/1009.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2014). *Proyección de la población de España 2014-2064. Madrid: INE*. Consultado el 12 de julio de 2017, de www.ine.es/prensa/np870.pdf
- Izal, M., Montorio, I. y Díaz, P. (1997). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales. IMSERSO*. Consultado el 12 de julio de 2017, de http://fiapam.org/wpcontent/uploads/2013/12/419_1-mayoresayuda.pdf.
- Jiménez, A. y Rodríguez, A. (2012). *La Economía Social y la atención a la dependencia. Propuestas para contribuir al desarrollo de los servicios de atención de la dependencia y a la generación de empleo estable y de calidad*. Madrid: Fundación Alternativas.
- Junta de Extremadura. (2017). *Portal web del SEPAD - Cuidadores*. Consultado el 12 de julio de 2017, de <http://sepad.gobex.es/cuidadores/la-figura-del-cuidador>.
- Kessel H., Marín N., Maturana N. (1996). *Declaración de Almería sobre el Anciano Maltrato. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 31, 367-372.
- Lawton, M.P., Kleban, M.H., Moss, M., Rovine, M., glicksman, A. (1989). *Measuring caregiving appraisal. Journal of Gerontology*, 44, 61-71.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping. Nueva York: Springer Publishing Company*.
- López-Gil, M., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona de la Morena, J., Moreno, A., et al., (2009). *El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2, 332-339.
- Marmolejo II. (2008). *Elder abuse in the family in Spain. Valencia: Queen Sofi a Center for the Study of Violence*. Consultado el 22 de octubre de 2017 de http://www.inpea.net/images/Spain_Report_2008_Elder.pdf
- Martín Lesende, I., López-Torres Hidalgo, J.D., Gorroñoigoitia Iturbe, A., de-Hoyos Alonso, M.C., Baena Díez, J.M., Herreros Herreros, Y. (2014). *Actividades preventivas en los mayores. Atención Primaria*, 46(Supl 4), 75-81.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid, España:
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Indicadores de Salud 2013. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Esperanzas de vida en España, 2013. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*.
- Consultado el 17 de julio de 2017, de http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/EsperanzasDe Vida_2013.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Barómetro Sanitario (tabulación por edad), 2016. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*.

282

GOBIERNO
de
CANTABRIA
Vicepresidencia

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Base de Datos Clínicos de Atención Primaria - BDCAP*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consultado el 12 de julio de 2017, de <https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/ho me.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consultado el 16 de julio de 2017, de <https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Esperanza de vida saludable en España, 2015*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consultado el 12 de julio de 2017, de <https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/vidaSaludable.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2016*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consultado el 14 de julio de 2017, de <https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Patrones de Mortalidad en España, 2014*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consultado el 17 de julio de 2017, de <https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/mortalidad.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Registro de Altas de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud. CMBD*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consultado el 17 de julio de 2017, de <https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>
- Mittelman M., Haley W., Clay O. (2006). *Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease*. *Neurology*, 67, 1592-9.
- Molinuevo, J.L., Hernández, B. (2011). *Perfil del cuidador informal asociado al manejo clínico del paciente con enfermedad de Alzheimer no respondedor al tratamiento sintomático de la enfermedad*. *Neurología*, 26, 518-27.
- Morales-Moreno I., Giménez-Fernández M., Echevarría-Pérez P. (2015). *The cultural dialogue on the domestic dimension of care to immigrant caregivers in Spain*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23, 821-828.
- Mosquera, I., Vergara, I., Larrañaga, I., Machón, M., Del Río, M., Calderón, C. (2016). *Measuring the impact of informal elderly caregiving: a systematic review of tools*. *Quality of Life Research*, 25, 1059-1092.
- Negrón-Blanco, L., de Pedro-Cuesta, J., Almazán, J., Rodríguez-Blázquez, C., Franco, E. Damián J. (2016). *Prevalence of and factors associated with homebound status among adults in urban and rural Spanish populations*. *BMC Public Health*, 16, 574.
- Neuroalianza y Universidad Complutense de Madrid. (2016). *Estudio sobre las enfermedades neurodegenerativas en España y su impacto económico y social*. Consultado el 12 de julio de 2017, de <http://neuroalianza.org/wpcontent/uploads/Informe-NeuroAlianza-Completo-v-5-optimizado.pdf>
- Oliva, J., Osuna, R., y Jorgensen, N. (2007). *Estimación de los costes de los cuidados informales asociados a enfermedades neurológicas de alta prevalencia en España*. *Pharmaco Economics Spanish Research Articles*, 4, 83-96.

283

GOBIERNO
de
CANTABRIA
Vicepresidencia

- Oliva, J., Vilaplana, C., Osuna, R. (2011). *El Valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España*. *Gaceta Sanitaria*, 25(S), 108-114.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Consultado el 12 de julio de 2017, de <http://who.int/ageing/publications/worldreport-2015/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Consultado el 12 de julio de 2017, de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Palladino, R., Lee, J.T., Ashworth, M., Triassi, M. y Millett, C. (2016). *Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries*. *Age and Ageing*, 45, 431-435.
- Paz M. y Agudo M.J. (2014). Asignatura 'Enfermería en la Infancia y Adolescencia' en abierto a través del Open Course Ware-Universidad de Cantabria (OCW-UC) gestionado a través del portal Universia. Consultado el 11 de noviembre de 2017, de http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-la-infancia-y-la-adolescencia/programa/skinless_view
- Pellico A. y Hernández C. (2012). Asignatura "Educación y promoción de la Salud" en abierto a través del Open Course Ware-Universidad de Cantabria (OCW-UC) gestionado a través del portal Universia. Consultado el 22 de abril de 2017, de <https://ocw.unican.es/course/view.php?id=72&ysection=4>
- Peña-Longobardo, L.M., y Oliva-Moreno, J. (2015). *Economic valuation and determinants of informal care to people with Alzheimer's disease*. *The European Journal of Health Economics*, 16, 507-515.
- Pérez, A., García, L., Rodríguez, E., Losada, A., Porras, N., Gómez, M.A. (2009). *Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia*. *Atención Primaria*, 41, 621-628.
- Perez-Rojo G., Izal M., Montorio I., Regato P., Espinosa J.M. (2013). *Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España*. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 141, 522-526.
- Perez-Rojo G., Sancho M., del Barrio E., Yanguas J.J. (2011). *Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. *Donostia/San Sebastian: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco*. Consultado el 22 de octubre de 2017, de http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/ESTUDIO%20DE%20PREVALENCIA_CAST.pdf
- Real Decreto 1096/2011, de 22 de julio, por el que se complementa el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, mediante el establecimiento de nueve cualificaciones profesionales de la familia profesional Servicios Socioculturales y a la Comunidad. BOE núm. 209, de 31 de agosto de 2011, páginas 94668 a 94872 (205 págs.). Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Ministerio de la Presidencia. Consultado el 12 de julio de 2017, de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOEA-2011-14250
- Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el

284



Vicepresidencia

- Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. BOE núm. 303, de 17 de diciembre de 2008, páginas 50722 a 50725 (4 págs.). Sección: III.
- Otras disposiciones. Departamento: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Consultado el 12 de julio de 2017, de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A2008-20451>
- Rodríguez P. (2006). El apoyo informal como destinatarios de los programas de intervención en situación de dependencia [monografía en internet]. Bizkaia: Caritas Bizkaia. Consultado el 12 de julio de 2017, de <http://www.caritas.es/imagesrepositorio/CapitulosPublicaciones/525/08%20EL%20APOYO%20INFORMAL%20COMO%20DESTINATARIO.pdf>
- Rodríguez, A., Cobo, P., Duque, J.M., Fernández, J.N., García, J.M., Herrero, A., et al., (2004). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco [monografía en internet]. Madrid: IMSERSO. Consultado el 12 de julio de 2017, de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
- Rodríguez, P., Sancho, M.T., Abellán, A., Puga M.D., Colectivo Ióé, IMSERSO, CIS. (1995). Los cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: IMSERSO.
- Rodríguez-Martín B., Martínez-Andrés M., Notario-Pacheco B., Martínez-Vizcaino V. (2016). Conceptualizaciones sobre la atención a personas con demencia en residencias de mayores. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00163914.
- Rodríguez-Rodríguez P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de la ciudadanía. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(S3), 5-15.
- Sánchez, A.G. (2014). Intervenciones de enfermería en el cuidador informal del adulto dependiente. *Nuberos Científica*, 2, 21-26.
- Schaller, S., Mauskopf, J., Kriza, C., Wahlster, P., Kolominsky-Rabas, P.L. (2015). The main cost drivers in dementia: a systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 30, 111-129.
- Schulz, R. y Martire, L.M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 240-249.
- Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). (2016). Estadística mensual. 31 de octubre de 2016 [Internet]. Madrid: IMSERSO; 2016. Consultado el 12 de julio de 2017, de http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/est_inf/datos_estadisticos_saad/index.htm
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2016). Recomendaciones para la vacunación de adultos y mayores 2016-2017. Madrid, España: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Sörensen S., Pinquar T.M., Duberstein P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 24, 356-72.
- Tang W.K., Chan C.Y. (2016). Effects of psychosocial interventions on self-efficacy of dementia caregivers: a literature review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 31, 475-93.

285



Vicepresidencia

- Torres, A., Blanco, V., Vázquez, F., Díaz, O, Otero, P., Hermida, E. (2015). Prevalence of major depressive episodes in non-professional caregivers. *Psychiatry Research*, 226, 333-339.
- Vilaplana, C. 2009. Dependencia y cuidados informales: un modelo de preferencias de ayudas a la dependencia. *Presupuesto y gasto Público*, 56, 183-204. Consultado el 12 de julio de 2017, de http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/56_12.pdf
- Vilaplana, C., Jiménez, S., García, P. (2011). Trade-Off entre cuidadores formales e informales en Europa. *Gaceta Sanitaria*, 25(S), 115-124.
- Yon Y., Mikton C.R., Gassoumis Z.D., Wilber K.H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, (2), e147-e156.
- Zarit, S.H., Reever K.E., Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA VEJEZ

- Abellán, Antonio, Ayala, Alba y Pujol, Rogelio (2017). Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores Estadísticos básicos. *Informes envejecimiento en red*, nº 15. Disponible en <http://envejecimiento.csis.es/documentos/documentos/enredindicadoresbasicos17.pdf> (consultado el 13 de noviembre de 2017).
- Aguirre Elustondo, José Antonio (1993). Envejecimiento social: los retos del futuro. *Revista de Servicios Sociales*, 22, pp. 28-38.
- Arquiola, Elvira (1985). *La vejez a debate. Análisis histórico de la situación sociosanitaria de la vejez en la actualidad*. Madrid, CSIC.
- Beauvoir, Simone de (1983) [1970]. *La vejez*. Barcelona, Edhasa. Traducción de Aurora Bernárdez.
- Cabré, Montserrat et al. (2005). *Mujeres y ciencia en Cantabria. Modos de participación en el sistema educativo de ciencia y tecnología*. Santander, Sodercan.
- Calvo, Adelina y García-Lastra, Marta (2006). *¿Nos vamos de vacaciones? Una propuesta de formación sociodigital para personas mayores*. Santander, EMCANTA- Gobierno de Cantabria.
- Campo Moreno, Lorena y Parra Rodríguez, Francisco (2017). *Proyecciones de población de los municipios de España, 2016-2037*. Santander, ICANE.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2015). *Barómetro de Septiembre 2015*. Disponible en http://www.cis.es/cis/openm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14234 (consultado el 19 de Noviembre de 2017).
- (2017). *Barómetro de Marzo de 2017*. Disponible en http://www.cis.es/cis/openm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14359 (consultado el 17 de Noviembre de 2017).

286



Vicepresidencia

- (2017). *Barómetro de Junio de 2017*. Disponible en http://www.cis.es/cis/encuestas/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14345 (consultado el 17 de Noviembre de 2017).
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) (2011). *Envejecimiento activo. Libro blanco*. Madrid, Centro de Investigaciones Científicas. Disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imsersolibroblancoenvejecimientoactivo-01.pdf> (consultado el 17 de Noviembre de 2017).
 - Cueli Arce, Mónica (2017). *Adaptación transcultural de la escala revisada de la evaluación de la percepción de los cuidadores familiares*. Tesis doctoral, Universidad de Cantabria.
 - Cuenca, Manuel (2007). Ocio y mayores. Reflexiones prácticas desde la Universidad. En *V Jornadas municipales "Familia y Comunidad"*. Agüimes (Gran Canaria). 19 a 21 de marzo.
 - Díaz Díaz, Belén (2011). *El Impacto económico y social de la atención a la dependencia en Cantabria*. Dirección General de Políticas Sociales. Gobierno de Cantabria. Disponible en <http://www.serviciossocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/EI%20Impacto%20economico%20y%20social%20de%20la%20atencion%20a%20la%20dependencia%20en%20Cantabria.pdf> (consultado el 5 de Diciembre de 2017).
 - Domínguez Alcón, Carmen (1992). Envejecimiento y familia. *Papers. Revista de Sociología*, 40, pp. 75-88.
 - Elu Terán, Alexander (2010). Las pensiones públicas de vejez en España, 1908-1936. En Jerònia Pons y Javier Silvestre (Eds.), *Los orígenes del Estado del Bienestar en España, 1900-1945: los seguros de accidentes, vejez, desempleo y enfermedad*. Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza, pp.152-181.
 - España Catalán, Cecilia (2011). *Discapacidad y dependencia en España*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-discapacidad-01.pdf> (consultado el 21 de Diciembre de 2017).
 - EVA y Keizai Doyukai (2006). Creative and aging societies. Views from Japan and Finland. Joint Report of EVA and Keizai Doyukai. Publisher Taloustieto Oy. Disponible en http://www.eva.fi/wp-content/uploads/files/1719_creative_and_aging_societies.pdf (consultado el 5 de Diciembre de 2017).
 - Fernández Enguita, Mariano (2016). *La educación en la encrucijada*. Madrid, Santillana.
 - García-Lastra, Marta *et al* (2017). *Diagnóstico del voluntariado en Cantabria*. Santander, Vicerrectorado de Internacionalización y Cooperación al Desarrollo. Universidad de Cantabria.
 - Giró Miranda, Joaquín (Coord.) (2011). *Envejecimiento, conocimiento y experiencia*. Logroño, Servicio de Publicaciones de la Universidad de La Rioja.
 - Gobierno de Cantabria (2017). *Informe anual en materia de violencia de género en la comunidad autónoma de Cantabria*. Santander, Consejería de Universidades e Investigación, Medio Ambiente y Política Social, Dirección General de Igualdad y Mujer.
 - Gutiérrez Sánchez, Marta y Hernández Torrano, Daniel (2013). Los beneficios de los programas intergeneracionales desde la perspectiva de los profesionales. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 21, pp. 213-235.

287



Vicepresidencia

- Gutiérrez Sánchez, Marta y López Bachero, Miguel (2013). La participación de las personas mayores en los centros de enseñanza: beneficios para todos". En Susana Torio López *et al* (Coords.), *La crisis social y el Estado de Bienestar. Respuestas desde la Pedagogía Social*. Oviedo, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo, pp. 267-271.
- Hinojo- Lucena, M^a Angustias, Ágreda-Montoro, Miriam y Alonso-García, Santiago (2018). El camino al emprendimiento en la educación de personas mayores. *Revista Internacional de Investigación e Innovación Educativa*, 9, pp. 122-138.
- Instituto Cántabro de Estadística (ICANE) (2017). *Datos municipales. Recursos sociales para mayores*. Disponible en <http://www.icane.es/data/social-resourcesaged/results> (consultado el 20 de Diciembre de 2017).
- Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS) (2015). *Estadísticas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Cantabria. Balance 1 de julio de 2011-1 de julio de 2015*. Disponible en <http://www.serviciossocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/Balancede%20AAD%201julio2011-%201julio2015.pdf> (consultado el 20 de Diciembre de 2017).
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2016). *Proyecciones de la población de España, 2016-2066*. Disponible en http://www.ine.es/CDINEbase/consultar.do?mes=Octubre+2016&id_mes=lr&o_peracion=&L=0 (consultado el 15 de Noviembre de 2017).
- (2017). *Encuesta sobre equipamiento y uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los hogares 2017*. Disponible en http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t25/p450/base_2011/a2017/10/&file=09_002.px (consultado el 13 de Noviembre de 2017).
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2015). *Informe 2014. Las personas mayores en España. Datos estadísticos y por comunidades autónomas*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf (consultado el 11 de diciembre de 2017).
- Iruzubieta Barragán, Francisco Javier (2006). La atención domiciliaria. En Joaquín Giró Miranda (Ed.), *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*. Logroño, Servicio de Publicaciones Universidad de La Rioja, 2006, pp. 211- 230.
- Lee, Sunmin, *et al* (2003). Caregiving and risk of coronary heart disease in US women. *American Journal of Preventive Medicine*, 24 (2), pp. 113-119.
- Martín García, Antonio Víctor y Requejo Osorio, Agustín (2005). Fundamentos y propuestas de la educación no formal con personas mayores. *Revista de Educación*, 338, pp. 45-66.
- Minois, Georges (1987) [1986]. *Historia de la vejez*. Madrid, Nerea. 2 vols.
- Muñoz Galiano, Inés María (2012). Una mirada a la educación en personas mayores: de Educación permanente a Educación a lo largo de la vida. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia REID* (7), 105-125.
- Obra Social La Caixa (2017). *Retrato de un jubilado en España*. Obra Social La Caixa. Disponible en <https://www.vidaaixa.es/uploads/files/conclusiones-barometrovidaaixa-retrato-del-jubilado.pdf> (consultado el 4 de Diciembre de 2017).
- Observatorio contra la Violencia de Género (2017). *Informe sobre víctimas mortales de la violencia de género y de la violencia doméstica en el ámbito de la pareja o expareja en el año 2015*. Consejo General del Poder Judicial. Disponible en: [http://www.poderjudicial.es/cjpi/es/Temas/Violencia-domestica-y-](http://www.poderjudicial.es/cjpi/es/Temas/Violencia-domestica-y)

288

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



- [degenero/Actividad-del-Observatorio/Informes-de-violencia-domestica/Informe-sobrevictimas-mortales-de-la-Violencia-de-Genero-y-de-la-Violencia-Domestica-en-el-ambito-de-la-pareja-o-ex-pareja-en-2015](#)(consultado el 10 de diciembre de 2017).
- Peirats Chacón, José y López Mari, María (2013). Los grupos interactivos como estrategia didáctica en la atención a la diversidad. *Ensayos. Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 28, pp. 197- 211. Disponible en <http://www.revista.uclm.es/index.php/ensayos> (consultado el 18 de Noviembre de 2017).
 - Peña Martín, M^ª del Rosario, Boo Bustillo, M^ª Teresa (2017). Madre en una residencia de mayores. Sentimientos y emociones de un hijo. *Nuberos científica* 3 (22), pp. 59-64.
 - Ramos Toro, Mónica (2017). Envejecer siendo mujer. Dificultades, oportunidades y retos. Barcelona, Bellaterra. 352 pp.
 - Ramos Toro, Mónica (2013). Políticas y programas para un nuevo envejecimiento desde la perspectiva de género. En Pilar Folguera et al (Eds.), *Género y envejecimiento: XIX Jornadas Internacionales de Investigación Interdisciplinar* Madrid, Universidad Autónoma de Madrid-Instituto Universitario de Estudios de las Mujeres, pp. 269-288.
 - Redondo de la Serna, Alberto (1985). Envejecimiento demográfico y cambio social, *Papers. Revista de Sociología*, vol. 24, pp. 163- 173.
 - Rey-Cao, Ana; Táboas-Pais, M^ª Inés y Canales Lacruz, Inma (2013). "La representación de las personas mayores en los libros de Educación Física". *Revista de Educación*, 362, pp. 129-153.
 - Ribera Casado, José Manuel, et al. ¿Se discrimina a los mayores en función de su edad? Visión del profesional. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 51.5 (septiembreoctubre 2016), pp. 270-275.
 - Rowe, John W. y Kahn, Robert, L. (1987). Human ageing: usual and successful. *Science*, vol. 237 (4811), pp. 143-149.
 - Torio López, Susana et al (Coords.) (2013). *La crisis social y el Estado de Bienestar. Respuestas desde la Pedagogía Social*. Oviedo, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.
 - Torres, Jurjo (1993). Las culturas negadas y silenciadas en el curriculum. *Cuadernos de Pedagogía*, 217, pp. 60-66.
 - UNESCO
 - (1996). *La educación encierra un tesoro*. Disponible en http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS_S.PDF(consultado el 23 de Noviembre de 2017).
 - (2015). *Replantear la educación. ¿Hacia un bien mundial común?* Disponible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002326/232697s.pdf>(consultado el 8 de Diciembre de 2017).
 - Villar Posada, Feliciano (2004). Educación y personas mayores: algunas claves para la definición de una psicología de la educación en la vejez. *Revista brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, julio- diciembre, pp. 61-76.
 - Wrigley, Edward A. (1969). *Historia y población. Introducción a la demografía histórica*. Madrid, Guadarrama.

289



EFFECTOS ECONOMICOS Y SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE LAS FINANZAS PUBLICAS Y BIENESTAR EN CANTABRIA:

- Asociación de Economía de la Salud (2011), La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. Disponible en: <http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf>
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2017a), 25 Ayuntamientos alcanzan la Excelencia en Inversión Social, y 41 pueden considerarse pobres en servicios sociales. Disponible en: <http://www.directoressociales.com/images/prensa/2017.Nota_Gasto_Social_EE_LL_en_la_Liquidaci%C3%B3n_Pto.pdf>
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2017b), XV Dictamen del Observatorio de la Dependencia. Disponible en:<<http://www.directoressociales.com/images/documentos/Dependencia/XVII%20DICTAMEN%20OBSERV%20jmr.pdf>>
- Cantarero-Prieto, D. (2004). *Comparación de modelos de financiación entre países: España y Canadá. Revista Galega de Economía*, 13, nº 1-2, 1-19.
- Cantarero-Prieto, D., y Pascual-Sáez, M. (2016). Financiación autonómica del gasto social: cronicidad y desigualdades (No. eee2016-27). FEDEA.
- Cantarero-Prieto, D., y Pascual-Sáez, M. (2017). "Economía y Discapacidad: implicaciones de empleo y fiscales". En Arranz, C.: Aspectos fiscales de la dependencia y discapacidad. Thomson Reuters Aranzadi, pp. 227-246.
- Cantarero-Prieto, D. (2017). „Más gasto autonómico en salud, pero más desigual: ¿Es la única solución reformar su sistema de financiación?“, XXXVII Jornadas de Economía de la Salud, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona del 5 al 8 de septiembre.
- Colombier, C. (2017). Population ageing in healthcare—a minor issue? Evidence from Switzerland. *Applied Economics*, 1-15. In press.
- Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid (2017). *Estrategia de apoyo de la Comunidad de Madrid (2016-2021)*.
- De la Fuente, A. (2017). Simulaciones del modelo propuesto por la Comisión de Personas expertas para la revisión del sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común. FEDEA, Estudios sobre Economía Española no. 2017/19, Madrid.
- Dictamen del Observatorio de la Dependencia Marzo 2018.
- Gradín, C., Del Río, C., y Cantó, O. (2012). Measuring poverty accounting for time. *Review of Income and Wealth*, 58(2), 330-354.
- Hazra, N.C., Rudisill, C., y Gulliford, M.C. (2018). Determinants of health care costs in the senior elderly: age, comorbidity, impairment, or proximity to death? *European Journal of Health Economics*, In press.
- ICASS (2017). Disponible en: <<http://www.serviciossocialescantabria.org/index.php?page=ciudadano>>
- Informe de la Comisión de Personas expertas para la revisión del Sistema de Financiación Local (2017). Ministerio de Hacienda, Madrid.
- Informe de la Comisión de Personas expertas para la revisión del Modelo de Financiación Autonómica (2017). Ministerio de Hacienda, Madrid.

290



Vicepresidencia

- Informe "El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2017.
- Instituto Nacional de Estadística: *Encuesta de Condiciones de Vida*. INE. Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística: *Encuesta de Presupuestos Familiares*. INE. Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *Población por comunidades y ciudades autónomas y tamaño de los municipios*. INE. Madrid. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi3/Tabla.htm?t=2915>
- Jiménez-Martin, S. y Viola, A. (2017). *Estudios sobre la Economía Española - 2017/22*, Observatorio de dependencia. FEDEA, Octubre 2017.
- Lopez I Casanovas, G. (2015). *El bienestar desigual*. Colección Atalaya.
- Menéndez, D. D. (2008). *Economía y personas mayores*. Imserso.
- Menéndez, D. D. (2016). *Envejecimiento y fiscalidad*. Fundación Edad & Vida.
- Ministerio de Hacienda y Función Pública (2005 y 2007): Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario. Minhapf, Madrid.
- Peiró, M. y Barrubés, J. (2012). Nuevo contexto y viejos retos en el sistema sanitario. *Revista Española de Cardiología*, 65(7), pp. 651-655.
- Pinillos-Franco, S. (2017). La evolución del gasto sanitario español desde la crisis económica: un análisis por regiones. *Presupuesto y Gasto Público*, 88/2017, pp. 65-84. Secretaría General de Presupuestos y Gastos. Instituto de Estudios Fiscales.
- Portal de la Dependencia SAAD (2017). Disponible en:
- http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia_01/index.htm
- Prieto Alaiz, M., González González, Y., & García Pérez, C. (2016). La pobreza en España desde una perspectiva multidimensional. *Revista de Economía Aplicada*, 24(70), 77-110.
- Presupuestos de Cantabria (2017). Disponible en: <https://www.cantabria.es/web/direcciongeneral-tesoreria-presupuestos-y-politica-financiera> Presupuestos de Cantabria (2017). Disponible en: http://www.cantabria.es/documentos/presupuestos2018/proyecto/14-LEY_DE_MEDIDAS_FISCALES_Y_ADMINISTRATIVAS.pdf
- Reques-Velasco, P. y De Cos-Guerra, O., (2017). "Análisis y diagnóstico del envejecimiento en la Comunidad Autónoma de Cantabria: una perspectiva territorial". Elaboración de una propuesta de estrategia frente al cambio demográfico, Universidad de Cantabria.
- Sen, A. (1976). Poverty: an ordinal approach to measurement. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 219-231.
- Jiménez, S., Labeaga, J.M. y Vilaplana, C. (2016). Interactions between private health and long-term care insurance and the effects of the crisis: evidence for Spain, *Health Economics* 11/2016, Volumen 25, Número S2.
- Jiménez-Martin S, y Viola AA. (2017) Observatorio de la Dependencia. Estudios sobre la Economía Española - 2017/22. FEDEA; 2017. Disponible en:

291



Vicepresidencia

- <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2017-22.pdf>
- López I, Casanovas, G. (2015). *El bienestar desigual. Que queda de los derechos y beneficios sociales tras la crisis*. Colección Atalaya, Barcelona.
- Urbanos, R. (2007). *Equidad en el acceso a los servicios sanitarios: una revisión de la evidencia disponible*. Inguruak, N°44, pp.183-192.

DESPOBLAMIENTO RURAL

- Informe 01| 2018. el medio rural y su vertebración social y territorial. CES.
- Informe Consejo económico y social Cantabria CES.
- Programa de desarrollo rural Cantabria 2014 – 2020.
- "Las áreas de montaña en Cantabria ante el reto de su desarrollo sostenible", Carmen Delgado Viñas, Departamento de Geografía, Urbanismo y Ordenación del Territorio, Universidad de Cantabria. 2010.

292



IX EJES ESTRATÉGICOS

293



CVE-2019-4582



1. EJE ESTRATÉGICO DE EMPODERAMIENTO DEL ENVEJECIMIENTO

El empoderamiento supone un cambio de perspectiva tanto interno (colectivo de población mayor) como externo (el resto de los grupos demográficos, en definitiva, de cambio de enfoque social). Para ello, hay que articular medidas diferenciadas para colectivos concretos: juventud, personas adultas y personas mayores.

Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Cambiar la imagen a positivo del envejecimiento y sensibilizar a la sociedad.	Se asume que el envejecimiento cuenta con una connotación negativa por parte de la sociedad y, ante esto, la Estrategia se centra en sensibilizar a la población de Cantabria en relación con las causas y consecuencias socioeconómicas del envejecimiento con un enfoque positivo de logro social. El envejecimiento debe ser entendido tanto como una cuestión individual como social, erradicando los estereotipos vinculados a este grupo de edad.	<ul style="list-style-type: none"> • Campañas informativas y publicitarias que difundan y busquen la implicación de toda la sociedad. • Ciclos de conferencias divulgativas. • Participación de las personas mayores en actividades de los centros educativos y formativos. • Sesiones de contacto de los distintos grupos de edad.

295



Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Promocionar y difundir el envejecimiento activo y saludable.	Desde la parte limitada que el sector público pueda actuar, sin olvidar la sinergia con el sector privado.	<ul style="list-style-type: none"> • Campañas informativas en centros sociales y colectivos de mayores. • Establecimiento de polos de atracción para el desarrollo de estas actividades.
Equiparar los derechos y ayudas para el colectivo de mayores.	Equiparar las medidas de conciliación de la vida laboral y familiar para el cuidado de hijos/as personas mayores.	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas de conciliación familiar para el cuidado de personas mayores.
Revisar la oferta existente de actividades para el tiempo libre de las personas mayores.	Promover acciones que no solo ocupen este tiempo, sino que formen y procuren un desarrollo integral de las personas, ajustado a sus necesidades y demandas. La documentación de la oferta existente y la consulta-encuesta a las personas mayores sobre sus necesidades e inquietudes es necesaria para la puesta en marcha de nuevas iniciativas, considerando, la voz de las personas mayores. En el desarrollo de las actividades debe procurarse una implicación de las personas mayores en su planificación y gestión.	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliación de la oferta de actividades para el tiempo libre para el colectivo de mayores.

296

CVE-2019-4582

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Vicepresidencia

Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Creación de premios o reconocimientos públicos que distinga las mejores iniciativas institucionales, empresariales o de la sociedad civil para integrar la perspectiva de las personas mayores en sus ámbitos de actuación.	Promover así, la visibilidad de las buenas prácticas en integración en la vida social del proceso de envejecimiento y las consecuencias que de éste se derivan.	Creación de premios que destaquen las mejores iniciativas institucionales, empresariales o de la sociedad civil para incorporar la perspectiva de las personas mayores en sus ámbitos de actuación.
Promocionar la (re) incorporación de las personas mayores al sistema educativo, especialmente a las mujeres.	Debe potenciarse y facilitarse el acceso a los Centros de Educación de Personas Adultas (CEPA) y a programas formativos similares	CEPA u otros centros con programas educativos similares que ofrezcan programas de alfabetización y de obtención de títulos (primaria, secundaria o acceso a ciclos formativos o a la universidad para mayores de 25 años).

297



Vicepresidencia

2. EJE ESTRATÉGICO DE RESPUESTA A LOS DESEQUILIBRIOS TERRITORIALES DEL ENVEJECIMIENTO.

La región se caracteriza por presentar fuertes desequilibrios territoriales, tanto demográficos como económicos. Mitigar del envejecimiento por la cintura de pirámide en las áreas rurales es fundamental para dar respuesta a dichos desequilibrios. Las estrategias que con relación al mismo se desarrollen han de centrarse en los grupos de edad adultos y adulto-jóvenes que son los más ligados a los procesos reproductivos y al mercado laboral. En el plano económico, una de las respuestas a las dificultades ligadas a residir y desarrollar una actividad económica en la Cantabria de los valles interiores y las áreas de montaña es la falta de incentivos fiscales y el acceso al capital para desarrollar nuevas iniciativas empresariales.

Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Creación de una Comisión interdepartamental e interinstitucional frente al reto demográfico en Cantabria.	Es necesario coordinar la actuación de las administraciones públicas involucradas en el despliegue de la Estrategia Nacional frente al reto demográfico y de la Estrategia frente al reto demográfico en Cantabria 2019-2022 a través de planes sectoriales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creación de la Comisión. ▪ Dinamización de la Comisión. ▪ Coordinación del trabajo de todas las administraciones públicas cántabras y departamentos del Gobierno de Cantabria involucrados. ▪ Elaboración de planes sectoriales en desarrollo de la Estrategia autonómica.

298

CVE-2019-4582



Vicepresidencia

Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Creación del Consejo asesor para la lucha contra el despoblamiento de los municipios de Cantabria.	Es preciso institucionalizar la colaboración con los agentes sociales, económicos y de las diversas administraciones públicas en el abordaje del despoblamiento rural y del despliegue de la Estrategia nacional frente al reto demográfico	<ul style="list-style-type: none"> Creación del Consejo. Dinamización de la Consejo. Elaborar el diagnóstico, identificación y definición de las zonas o municipios con riesgo de despoblamiento en Cantabria. Elaboración de un plan integral plurianual para el impulso demográfico, económico, social y cultural de los municipios considerados en riesgo de despoblamiento. Coordinación de las inversiones y ayudas de las consejerías del Gobierno de Cantabria que afecten a los municipios o zonas en riesgo de despoblación. Emisión de un informe anual en que se haga un análisis de los indicadores demográficos y socioeconómicos de los municipios en riesgo de despoblamiento, seguimiento y evaluación de las medidas adoptadas en desarrollo de la estrategia plurianual.
Afrontar el reto demográfico en las zonas de montaña de Cantabria	El declive demográfico es más acusado en las zonas de montaña de Cantabria y es preciso tomar medidas específicas.	<ul style="list-style-type: none"> Dinamización de una Mesa de montaña para afrontar el reto demográfico con presencia de los GAL. Elaborar un plan para afrontar el reto demográfico en las zonas de montaña de Cantabria.

299



Vicepresidencia

Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Fomentar el empleo en el sector primario.	En las áreas rurales tiene especial importancia la guarda y custodia del territorio, singularmente en los últimos años en los que se ha puesto en valor el paisaje como patrimonio.	<ul style="list-style-type: none"> Creación de un fondo de guarda y custodia del territorio destinado a población residente. Incentivo del autoempleo y promoción de la contratación de personas trabajadoras para labores ligadas al medio rural. Fomento de la co-titularidad de las mujeres en las explotaciones agroganaderas.
Apoyar la creación de nuevos negocios o actividades productivas.	Creación de nuevos negocios y actividades productivas es condición necesaria para dar origen a nuevos nichos laborales.	<ul style="list-style-type: none"> Reducción de las cargas administrativas para la puesta en marcha de nuevos negocios o actividades productivas. Sesiones informativas sobre nuevas oportunidades de emprendimiento en áreas rurales.
Fomentar la contratación laboral en sectores secundario y terciario en las áreas rurales.	Dinamización del mercado laboral en áreas rurales para evitar la emigración de la población adulta-joven favoreciendo la contratación.	<ul style="list-style-type: none"> Deducciones especiales en el impuesto de actividades profesionales y empresariales. Establecimiento de subvenciones a la contratación y bonificaciones de cuotas a la Seguridad Social a quienes trabajen y residan en municipios de menos de 1.000 habitantes (En el caso de Cantabria casi el 35% de los municipios, pero tan solo el 3% de la población).

300

CVE-2019-4582



Vicepresidencia

Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Poner en valor el patrimonio edificado en relación con la vivienda rural.	Las áreas rurales presentan un alto valor en relación al patrimonio edificado. Una parte del mismo puede servir para resolver problemas de la vivienda, a la vez que un activo desde el punto de vista paisajístico y patrimonial. En Cantabria se pueden apoyar planes de regeneración urbanística para pequeños municipios con relación a los valores señalados.	Promocionar desde Cantabria planes municipales/comarcales de regeneración urbanística para pequeños municipios que den respuestas técnicas y económicas al problema de edificaciones abandonadas o en situación de ruina.
Mejorar la dotación de servicios de transporte en las áreas rurales.	Una medida importante para mejorar las condiciones de vida de la población mayor en áreas rurales e, indirectamente para la fijación de familias jóvenes, en estas áreas es dotarles de unos servicios de transporte adecuados a sus necesidades.	Fomentar de nuevas modalidades de transporte, tales como el transporte a la demanda.
Ampliar la oferta de centros socioculturales para las personas mayores.	Especialmente en aquellos municipios alejados de Santander y Torrelavega. Consiguiendo, así una descentralización de esta oferta que se ajustara a la estructura demográfica de la región caracterizada por la presencia de un mayor número de personas mayores en las zonas rurales y que las infraestructuras de acceso estén adaptadas a sus necesidades.	<ul style="list-style-type: none"> Ampliar la oferta de centros socioculturales especialmente en las zonas rurales, con modalidades adaptadas a la demanda. Adaptar las infraestructuras a las necesidades de movilidad de las personas mayores.

301



Vicepresidencia

Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Apoyar fiscalmente a la población de las áreas rurales.	Evitar así el despoblamiento de los valles interiores y de las áreas de montaña de la región. Establecer acciones que permitan garantizar complementos de renta a los activos residentes en el medio rural, podría favorecer su incorporación laboral a planes de empleo en obras y servicios locales.	<ul style="list-style-type: none"> Revisión del modelo de financiación y ayudas a las entidades locales. Apoyo vía IRPF a la población residente en el medio rural. Garantía de complementos de renta a la población activa residente en el medio rural.
Favorecer el acceso al capital.	Pues es uno de los principales obstáculos para la creación de nuevas empresas y el desarrollo de iniciativas, singularmente en el mundo rural, por lo que fomentar dicho acceso al capital es una estrategia importante.	<ul style="list-style-type: none"> Creación de fondos público-privados de concesión de créditos blandos específicamente dirigidos a proyectos de emprendimiento en el medio rural. Incorporación, en la regulación del sistema financiero, de la obligación de las entidades de garantizar el acceso al sector bancario en el medio rural.
Dotar de un "mapa social" de UBAS racionalizado y eficaz para dispensar los apoyos precisos para el dispensar de servicios básicos en todo el territorio y en cada localidad de la región.	Esto implica el desarrollo de una normativa regional de UBAS (Unidades Básicas de Acción Social). Racionalización-coordinación de las relaciones entre UBAS y municipios para dispensar unos servicios homogéneamente en el territorio.	Creación de un "mapa social" de UBAS óptimo.

302

CVE-2019-4582

3. EJE ESTRATÉGICO DE MITIGACIÓN DE LOS EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO POR LA BASE DE LA PIRÁMIDE A PARTIR DEL APOYO A LA NATALIDAD Y FECUNDIDAD.

La natalidad y la fecundidad de Cantabria tradicionalmente bajas, con el actual proceso de envejecimiento de la población están menguando a un mayor ritmo. Es necesario, que las Administraciones Públicas ofrezcan apoyo socioeconómico a las familias y mejorar la protección de los derechos que asisten a las mujeres en el acceso a las técnicas de reproducción asistida a fin de paliar la baja fecundidad provocada por el retraso en la primera maternidad.

Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Informar a la población.	Informar y sensibilizar a la población de Cantabria en relación con las medidas de apoyo al fomento de la natalidad con campañas y medidas hacia la pareja, buscando explícitamente la implicación (también o en mayor medida de los hombres) en los proyectos familiares.	Campañas de publicidad e información.
Favorecer dinamización demográfica Cantabria.	Impulsar actuaciones conjuntas de las Administraciones Públicas, las entidades privadas y la sociedad civil para favorecer la dinamización demográfica de Cantabria.	<ul style="list-style-type: none"> Reorientación del "Plan de fomento de la natalidad" a un "Plan de ayuda (o apoyo) a las familias con hijos/as a cargo (o personas menores)". Planteamiento de iniciativas dirigidas exclusivamente a municipios rurales con una finalidad de avance en la igualdad de oportunidades. Revisión de la dotación de servicios más utilizados por las familias con- hijos/as en entornos urbanos y metropolitanos. Impulso de la igualdad de género.

303

Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Aumentar del índice de fecundidad.	Acercar el índice de fecundidad progresivamente al promedio europeo. Favorecer la conciliación laboral y la protección familiar.	<ul style="list-style-type: none"> Medidas que favorezcan la crianza de los hijos e hijas. Medidas que fomenten los tratamientos de reproducción asistida o de infertilidad.
Reimplantar el "Cheque-bebé".	Destinar una cantidad, con cargo a los presupuestos autonómicos, destinada a ayudas a la maternidad, tras el nacimiento de un hijo/hija.	La ayuda podría ser de una cantidad máxima en función de la renta familiar estableciendo unos baremos en los que haya una reducción progresiva a medida que aumenta la renta familiar.
Fomentar el acogimiento familiar y la adopción nacional de personas menores.	Fomentar medidas complementarias utilizando campañas de sensibilización.	Campañas de sensibilización social.
Implementar políticas sanitarias informativas y educativas.	Especialmente dedicadas al colectivo de las mujeres jóvenes, para que puedan tomar las mejores decisiones para su salud y evitar que una sobreestimación de las posibilidades reales de la reproducción asistida induzca a una demanda en momentos inadecuados biológicamente.	Campañas de información y divulgación.

304

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Mejorar la protección de los derechos que asisten a las mujeres en el acceso a las técnicas de reproducción asistida.	Será preciso reforzar los tratamientos contra la infertilidad efectivos y modernos, ofreciendo nuevas opciones en la preservación de la fertilidad y libre decisión de cuando ejercer las mujeres sus derechos reproductivos. Extensión de los criterios de inclusión de las beneficiarias: insistir en el acceso igualitario, aumentar la edad límite siempre que las mujeres estén en un buen estado de salud psicofísico, ampliar las ayudas a las parejas que ya tienen un hijo anterior en común y ayudar a las parejas a costearse los tratamientos.	<ul style="list-style-type: none"> Reforzamiento de los tratamientos contra la infertilidad para que sean más efectivos y modernos. Extensión de los criterios de inclusión de las beneficiarias. Dotación de ayudas económicas para costear los tratamientos progresivos en función del nivel de renta.

305



4. EJE ESTRATÉGICO DE MITIGACIÓN DE LOS EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO POR LA CINTURA DE LA PIRÁMIDE A PARTIR DE LA DINAMIZACIÓN DEL MERCADO LABORAL		
El objetivo primordial de estas propuestas es evitar que la población adulta joven emigre a otras Comunidades o países. Esto se consigue dinamizando el mercado laboral de tal manera que la brecha salarial existente por razones de género, raza o edad disminuya.		
Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Fomentar la educación y la inserción laboral de las mujeres.	Favorecer una mayor incorporación de las mujeres a la enseñanza superior y al mercado laboral.	<ul style="list-style-type: none"> Medidas contra la discriminación laboral por razón de género. Fomento del trabajo femenino. Fomento de la educación terciaria de las mujeres. Desarrollo de planes de igualdad tanto en la Administración autonómica y en las empresas que favorezca la igualdad de oportunidades en el ámbito laboral.
Ordenar los flujos migratorios internacionales.	Ordenar e integrar los flujos migratorios internacionales como fenómenos profundos y estables en el tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> Medidas contra la discriminación laboral por razón de etnia o procedencia que favorezcan la inclusión laboral y social.
Fomentar la conciliación de la vida laboral y familiar.	<p>Incentivar, mejorar y ampliar acciones para conciliar la vida laboral y familiar que fomenten la corresponsabilidad y la equidad de género. Clave para incrementar el trabajo femenino.</p> <p>Deben distinguirse las ayudas destinadas a la conciliación para mujeres trabajadoras por el cuidado de sus hijos personas menores, de las destinadas a mujeres cuidadoras de familiares dependientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Medidas de conciliación de la vida familiar, personal y laboral que atiendan a la equidad de género desde la corresponsabilidad. Ayudas económicas destinadas a mujeres trabajadoras con hijo/as menores a cargo para el apoyo a la conciliación (las cuantías dedicadas actualmente a este fin deben aumentarse). Ayudas económicas destinadas a mujeres trabajadoras con personas dependientes a su cargo.

306

CVE-2019-4582

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Apoyar la empleabilidad de las mujeres.	Lo que coadyuvará a erradicar la feminización de la pobreza y reducirá el paro femenino. Se precisan ayudas cualificadas para facilitar la contratación de mujeres, garantizar la igualdad de oportunidades y generar empleo de calidad; avanzar en el empoderamiento laboral de las mujeres; rebajar las cotizaciones de las madres trabajadoras.	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudas económicas a las empresas que contraten mujeres en situación de vulnerabilidad. • Rebajas en las cotizaciones o impuestos para las mujeres emprendedoras (especialmente si tienen personas menores a su cargo). • Medidas que faciliten la conciliación en a las mujeres autónomas (ayudas para guarderías, por ejemplo).
Promover una organización más flexible del trabajo.	A través de la racionalización de los horarios (medidas de flexibilidad horaria que permitan disminuir en determinados periodos y por motivos relacionados con la conciliación, la jornada semanal, recuperándose el tiempo en las jornadas siguientes).	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la jornada continuada. • Financiación de proyectos piloto dirigidos a los/las empleadores/ras para el desarrollo de fórmulas innovadoras de trabajo. • Establecimiento de "bolsas de horas".
Facilitar la organización y desarrollo en términos de conciliación con la jornada laboral de las familias.	Se tendrá que asumir el coste de los servicios de actividades extraescolares que el centro debe proporcionar; talleres de estudio, deportes, artes etc... en los que el alumnado de niveles educativos obligatorios pueda participar en el propio centro escolar. El coste mayoritariamente tendrá que estar financiado parcialmente por la Consejería de Educación, entendiéndose como medida apropiada la aplicación del modelo de baremos progresivos de renta familiar, así como del número de hijos que se propone en la propuesta anterior. Dentro de estos servicios intra-escolares, se incluirían de igual forma las ayudas de comedor.	Que los colegios públicos y concertados, con independencia del modelo de media jornada o jornada completa, tengan una mejor disponibilidad horaria, facilitando la organización y desarrollo de la jornada laboral de sus familias.

307



Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Impulsar experiencias de trabajo no presencial (teletrabajo).	La transformación digital de la economía está reconfigurando la manera en que las personas trabajan, creando nuevas oportunidades para el trabajo a distancia y permitiendo una mayor autonomía.	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas que fomenten el teletrabajo y rebajen la brecha digital especialmente en el caso de las personas mayores.

308

CVE-2019-4582



5. EJE ESTRATÉGICO DE FOMENTO DE LA ECONOMÍA SOCIAL.		
<p>El envejecimiento poblacional tiene grandes implicaciones económicas. Por esto, es fundamental prever los cambios que están por venir en la estructura económica. Es necesario, que la sociedad empiece a valorar la "Economía Senior", abriendo ventanas de oportunidad: adecuando más y nuevos incentivos a la natalidad con un modelo laboral-económico de consumo y ahorro que incluya de manera activa a la tercera edad, pues aunque ya no está en el mercado de trabajo mantiene una vida activa y plena.</p>		
Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Realidad global del envejecimiento.	Considerar la realidad global del envejecimiento como un elemento positivo y de creación de empleo y rentas también en el sector de la Dependencia.	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de estrategias que permitan absorber las sinergias que produce el envejecimiento demográfico, tanto en el sector privado como en el público. A nivel impositivo o de generación de rentas y riqueza. Fomento del sector de la Dependencia y su retorno social. Formular y desarrollar indicadores que completen un Plan Estratégico y den lugar a la creación de una Agencia u Observatorio Antidespoblación que aborde el reto demográfico del envejecimiento, al igual que están haciendo ya otras regiones.
Implantar la "Tarjeta de la persona mayor".	Fomentar iniciativas a favor de la atención y cuidado de las personas mayores. Igualmente, podría fomentarse un documento que, de forma gratuita y en función de la renta, se pusiera a disposición de las personas mayores de 65 años por parte de la Comunidad de Cantabria y acercase mejor los servicios y prestaciones a nuestras personas mayores, siendo su renovación también gratuita para titular. Esta tarjeta facilitaría el acceso a servicios y descuentos variados. (más allá de las ventajas ahora vigentes).	<ul style="list-style-type: none"> Iniciativas que fomenten la atención y cuidado de las personas mayores. Publicidad y desarrollo de la "Tarjeta de la Persona Mayor" Desarrollo de una web o herramientas de comunicación que los mayores puedan ver las actividades, ayudas, servicios o descuentos a los que pueden acogerse.

309



Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Implementar Políticas Públicas que maximicen el ocio y la economía de las personas mayores.	Políticas públicas que maximicen el aprovechamiento del tiempo de ocio de las personas mayores y tengan en cuenta el valor de la "Economía Senior" en cuanto a efectos directos e indirectos pues ello repercutirá en el crecimiento y bienestar de la Comunidad.	Desarrollo de actividades culturales, físicas u ocupacionales enfocadas al colectivo de mayores.
Implementar Políticas Públicas que aborden transversalmente la desigualdad, la pobreza y la exclusión social.	Fomento de políticas públicas que aborden de manera transversal la reducción de desigualdades, pobreza y exclusión social especialmente en lo referente a la población mayor dada la actual incidencia de este problema en dicho colectivo.	Ayudas económicas o asistenciales para las personas mayores que se encuentren en una situación de pobreza y/o de exclusión social.
Desarrollar una legislación tributaria que diferencie claramente entre situaciones de discapacidad, dependencia, y/o envejecimiento.	Es preciso una mayor identificación de la vulnerabilidad dentro del colectivo de personas de avanzada edad (por razón de género, grupo etario, trayectoria educativa y laboral, etc.) a fin de calibrar cualquier propuesta de incentivos fiscales o bonificaciones en forma de gasto.	<ul style="list-style-type: none"> Bonificaciones en el IRPF específicas para personas en situación de dependencia (diferenciando los grados de dependencia) y para sus cuidadores habituales, en el tramo autonómico del impuesto. Bonificación específica para las personas mayores, independientemente de sus condiciones de salud, físicas o mentales.

310

CVE-2019-4582

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Vicepresidencia

Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Garantizar la inversión social presupuestaria para afrontar el envejecimiento poblacional en un marco de estabilidad presupuestaria.	Se tiene que hacer una buena previsión de inversión en el Presupuesto general de la Comunidad autónoma de los bienes y servicios necesarios para afrontar el envejecimiento poblacional, así como reducir las desigualdades, pobreza y exclusión especialmente en el colectivo de personas mayores.	<ul style="list-style-type: none"> Medidas que aumenten la esperanza de vida en buen estado de salud. Desarrollo de inversiones sociales continuadas para que la respuesta al envejecimiento de la población sea posible. Optimizar la inclusión en el Sistema Sanitario regional de los avances sanitario-tecnológicos que resulten coste-efectivos a fin de fomentar una mejor inversión social. Abogar para Cantabria por una mejor financiación autonómica que garantice el statu quo y una mejor consideración de los costes efectivos de prestación de servicios públicos, especialmente en términos de las variables relevantes con el envejecimiento y dispersión poblacional. Según la consideración de estos nuevos grupos de edad: (65-69), (70-74), (75-79), (80-84), (85-89), (90-94), (95-99) y (100 años y más).

311



Vicepresidencia

6. EJE ESTRATÉGICO DE APOYO A PERSONAS MENORES Y FAMILIAS		
El apoyo a la familia es fundamental si queremos que haya un mayor número de personas menores en nuestra sociedad. Si no somos capaces de crear un clima confortable en el que las familias puedan desarrollar su vida laboral y familiar, priorizarán una de las dos dedicándola más tiempo y recursos.		
Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Aprobar una Estrategia de apoyo a todos los modelos de familias de Cantabria.	Desarrollar políticas que generen un clima institucional de protección a los/las hijos desde una mayor equidad de género. Mediante una actuación estratégica integral de intervención en todas las políticas, por parte de la Administración. Las medidas tienen que tratar de involucrar a las familias la Administración, empleadores, sindicatos y las organizaciones de la sociedad civil.	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar a todas las familias con hijos e hijas, con respeto a la diversidad familiar, unos recursos económicos mínimos y prevenir la pobreza infantil. Facilitar que los padres y las madres puedan dedicar a sus hijos e hijas tiempo de crianza de calidad, fomentando una organización del tiempo social más adecuada de cara a las necesidades de las familias, y favoreciendo una organización social corresponsable. Favorecer la emancipación juvenil y los proyectos de vida autónomos para facilitar la formación de nuevas unidades familiares que puedan, si lo desean, tener descendencia. Reforzar los programas de parentalidad positiva para reforzar las capacidades parentales y educativas de padres y madres. Favorecer que todos los niños y niñas puedan recibir servicios de atención infantil accesibles, asequibles y de calidad; reorientar las políticas educativas y profundizar en la construcción de un sistema escolar inclusivo y coeducador, capaz de garantizar la equidad y de compensar las dificultades del alumnado en situación de desventaja social y económica.

312

CVE-2019-4582

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



		<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la gobernanza de las políticas de familia e infancia. Compromiso de colaboración multidisciplinar, dado el carácter multidimensional de estas materias, que afectan a diversas áreas de las políticas públicas: educación, salud, vivienda, servicios sociales, cultura, empleo, etc., abordándose todas ellas, además, desde la perspectiva de la igualdad de mujeres y hombres. Promoción de una mayor equidad de género. Promoción de una mayor conciliación laboral.
Fomentar la protección de las familias numerosas.	Fomento de las familias numerosas a través de ayudas económicas (subvenciones), rebajas de impuestos, descuentos en compras de alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> Bonificaciones y reducciones en los impuestos municipales y autonómicos a familias numerosas. Mayores y más descuentos en establecimientos en la compra de los artículos de la cesta de la compra presentando el título de familia numerosa. Exenciones en tasas públicas a familias numerosas.
Mejorar los cuidados infantiles.	Fortalecer la provisión de los equipamientos educativos, fortaleciendo así, la provisión de cuidados sustitutos infantiles externos que sean accesibles, asequibles y de calidad, de forma que la crianza de los/las niños/niñas no recaiga exclusivamente en los recursos privados de las familias.	Los servicios públicos: educativos, sanitarios y/o sociales se deben mejorar o potenciar en extensión, costes, coordinación de calendarios (laboral y escolar), entre otros.

313



Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Incrementar las ayudas destinadas a libros y material escolar.	Durante toda la etapa de educación obligatoria, la asunción parcial por el Sector Público de parte de dichos costes con arreglo a un baremo de renta progresiva y atendiendo al número de hijos/hijas por familia que estén en edad de necesitar estos conceptos.	Ayudas para material escolar en función de la renta familiar y del número de personas menores que haya en la unidad familiar.
Fomentar la protección familiar.	Ayudar y bonificar fiscalmente la "olvidada" protección familiar.	Mayores deducciones en el IRPF por tener personas menores y personas dependientes a cargo.
Fortalecer la provisión de los equipamientos educativos.	Fortaleciendo así, la provisión de cuidados sustitutos infantiles externos que sean accesibles, asequibles y de calidad, especialmente en el ámbito rural.	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimientos: *En extensión: capaces de cubrir las necesidades de atención desde el nacimiento hasta la adolescencia. Mayor provisión de cuidado infantil para niños personas menores de tres años (guarderías). *En costes: con fondos públicos, de los empleadores, de forma mixta o a través de la exención de impuestos a aquellos empleadores que implementen las medidas rediseñar sus horarios: extensión al período pre y post escolar, acompañado de comedores escolares y transporte. *En coordinación entre calendarios y horarios laborales y escolares, así como con las vacaciones escolares.

314

CVE-2019-4582

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Vicepresidencia

		<ul style="list-style-type: none"> Fomentar las guarderías en los lugares de trabajo: incentivos económicos a las empresas para su creación, ampliación o mejoras.
Abrir nuevas aulas de alumnado de dos años.	Dentro de los propios centros públicos o concertados, es fundamental el aumento de plazas para este alumnado. Esta medida también ayuda a que los hogares puedan conciliar mejor su vida laboral y familiar.	Ayudas públicas para que las familias se puedan costear las guarderías.
Avanzar hacia una desfamiliarización de las políticas.	De forma que la crianza de los/las niños/niñas no recaiga exclusivamente en los recursos privados de las familias. Son necesarios mayores recursos públicos que posibiliten la socialización del cuidado.	Mayor implicación de toda la sociedad en el cuidado de los/las hijos/hijas.
Implementar medidas de conciliación que atiendan a las nuevas realidades familiares.	Nuevas realidades familiares como: parejas de hecho, familias monoparentales y monomarentales... y no solo el modelo de familia tradicional.	Medidas de conciliación familiar que recojan la nueva realidad de las familias.
Potenciar el régimen de permiso parental	Facilitando su uso por los hombres ya que ello conllevará mayores probabilidades de contribuir a la crianza con posterioridad (nuevas medidas sobre la remuneración, flexibilidad y no transferibilidad).	Medidas que potencien y normalicen el régimen de permiso parental.
Mejorar en la Función Pública las condiciones de la licencia temporal o la reducción no remunerada durante un tiempo determinado.	Para aquellas madres o padres que elijan dedicar tiempo a la crianza de sus hijos/hijas, garantizando la falta de sanciones por parte de los/las empleadores/ras.	Mejorar en la Función Pública las condiciones de la licencia temporal o la reducción no remunerada durante un tiempo determinado.

315



Vicepresidencia

Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Potenciar el acogimiento familiar bajo la supervisión de la Administración.	Socializar la responsabilidad del cuidado que nos permita pasar de la obligación al compromiso a través de nuevas fórmulas de apoyo como el acogimiento familiar	Fomento del acogimiento familiar.

316

CVE-2019-4582

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



7. EJE ESTRATÉGICO DE AVANCE EN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Es crucial que desde las instituciones se fomente una prevención del envejecimiento, se tiene que potenciar el envejecimiento activo para que la pérdida de capacidad funcional se retrase lo máximo posible en el tiempo.

Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Prevención y gestión del envejecimiento activo.	Promocionar cómo medida fundamental de Prevención Primaria la actividad física en las personas adultas y ancianas. Centrar la Prevención Secundaria en mayores en patologías que supongan una pérdida brusca de capacidad funcional.	<ul style="list-style-type: none"> Medidas de Prevención Primaria relativas a la actividad física en las personas adultas y ancianas (dotando a cada municipio de lugares y alternativas adecuadas y adaptadas a las necesidades y preferencias de las personas mayores). Desarrollo de protocolos asistenciales, en Atención Primaria y Especializada de detección precoz. Abordaje del síndrome de fragilidad de las personas ancianas, riesgo de caídas y deterioro cognitivo.
Realizar un protocolo de detección precoz del abuso y maltrato en personas mayores.	Desarrollar un protocolo de detección precoz del abuso y maltrato en personas mayores identificando los factores del riesgo del mismo en cuidadores y personas en situación de dependencia.	Desarrollo e implantación del protocolo.

317



Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Introducir la formación en Educación para la Salud de profesionales especializados/as en Prevención Terciaria.	Con el objetivo de que sean capaces de fomentar en el/la paciente la motivación y responsabilidad hacia su autocuidado. La Educación para la Salud debe ser materia transversal en la formación de grado, postgrado y especializada en todas las titulaciones de Ciencias de la Salud.	Introducción la formación en Educación para la Salud de profesionales especializados en Prevención Terciaria.
Introducir programas de formación de carácter multidisciplinar para profesionales que trabajen con personas mayores.	En cualesquiera de sus ámbitos de actuación como: el formativo, asistencial, sanitario o de ocio. Estos programas pueden desarrollarse en el nivel universitario a partir de títulos propios o ser gestionados por otras entidades que desarrollen acciones formativas en el marco de la educación formal o no formal (Administración autonómica, asociaciones...).	Programas de formación de carácter multidisciplinar para profesionales.
Dotar a cada hospital de plazas de médico/a internista de referencia y enfermero/a de enlace.	Teniendo en cuenta la ratio de población a atender para garantizar una asistencia adecuada a aquellos pacientes que se identifiquen como crónicos, pluripatológicos complejos.	Que cada hospital tenga plazas de médico/a internista de referencia y enfermero/a de enlace.
Dotar en cada zona básica de salud de Atención Primaria la figura de enfermero/a gestora de casos.	Teniendo en cuenta la ratio de población a atender para el seguimiento en domicilio/comunidad de personas identificadas con patología crónicas, con pluripatología y complejidad.	Un/a enfermero/a gestora de casos en cada zona básica de salud.

318

CVE-2019-4582

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Crear recursos alternativos a la hospitalización tradicional.	Destinados a la rehabilitación de pacientes con pérdida brusca de capacidad funcional.	Creación de recursos alternativos a la hospitalización tradicional destinados a la rehabilitación de pacientes.
Diseñar estrategias de prevención o afrontamiento del impacto negativo, y de fortalecimiento del impacto positivo del cuidado.	Teniendo en cuenta aspectos de género dado que las estrategias de afrontamiento pueden estar afectadas por esta variable.	Fomento el impacto positivo del cuidado de larga duración.
Desarrollar estrategias de intervención para la población de cuidadores/ras familiares en Cantabria que desarrollen intervenciones multicomponentes.	Además de la guía de atención a la persona cuidadora, deben diseñarse, implantarse, evaluarse y mantenerse en el tiempo intervenciones Multicomponente. Estas intervenciones deben ser diseñadas de acuerdo con la situación del cuidador/a familiar y paciente, y desarrollarse en su contexto.	Estrategias de intervención para la población de cuidadores/as familiares que desarrollen intervenciones Multicomponentes.

319



Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Investigar y difundir, los cambios de tendencia en el rol del cuidador/a.	Desde el ámbito académico y asistencial se tiene que investigar y difundir con relación a variables cómo el género, el estado ocupacional o el estado civil.	Desarrollo de estudios que perfilen a los/as cuidadores/as para saber mejor sus necesidades.
Identificar personas y colectivos de atención prioritaria.	Esencialmente, mayores de 80 años; personas ancianas viviendo solas o con discapacidades o problemáticas sociales específicas. Señalar entre ellos un cuadro de situaciones prioritarias de intervención. Diagnosticar y establecer formas de asistencia y seguimiento. Identificar problemas particulares y organizar adaptaciones. Intensificar las acciones de los SAD para igualar media europea. Rebajar precio/hora.	Creación de una base de datos con las personas que forman parte del colectivo de atención prioritaria y optimizar su atención.

320

CVE-2019-4582

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



8.EJE ESTRATÉGICO DE AVANCE EN GOBERNANZA, COORDINACIÓN Y MÁS COHESIÓN SOCIAL		
Impulsar medidas que sean de carácter transversal y transformador de la sociedad, que se coordinen a todos los niveles de la administración (local, regional y estatal).		
Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Garantizar la suficiencia económica para la sostenibilidad de los servicios sociales y sanitarios.	Incremento porcentual del presupuesto anual del gasto en Servicios Sanitarios y Sociales hasta acomodarlo a los óptimos de la Unión Europea.	Incremento de los recursos de las partidas de Servicios Sanitarios y Sociales.
Aprobar una Estrategia de atención integrada social y sanitaria.	Reforzar el gobierno y coordinación de los Servicios Sanitarios y Sociales y desarrollar una mayor colaboración en este campo en el ámbito municipal y autonómico.	Desarrollo de una Estrategia de atención integrada social y sanitaria..
Incrementar la presencia asistencial institucionalizada y profesionalizada en entornos rurales.	Las zonas rurales están sometidas a un mayor despoblamiento y tienen altas tasas de ancianización. Lo que hace necesario que se ajuste la oferta institucional (centros, personal) a las necesidades reales y diferenciadas. Ajustar tasa de cobertura a la recomendada por OMS.	Mejora y actualización permanente del Mapa de Servicios sociales.
Impulsar la superación de estereotipos y la igualdad de oportunidades.	Incrementar la atención a la diversidad y generación de acciones tendentes a propiciar la igualdad entre hombres y mujeres, así como de condición social.	<ul style="list-style-type: none"> Medidas que favorezcan la igualdad de género. Medidas que favorezcan la reducción y desaparición de la desigualdad.

321



Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Desarrollar actividades solidarias intergeneracionales y el voluntariado por personas mayores.	Impulsar políticas de promoción de la sociabilidad y de la solidaridad intergeneracional. Puesta en marcha de programas de intercambio entre jóvenes y mayores en diferentes ámbitos. Estos programas pueden concretarse en acciones como intercambios de conocimientos (bricolaje, nuevas tecnologías, cocina, manualidades...) mediante el establecimiento de tandems o en pequeños grupos; el intercambio de recursos a través de tandems habitacionales en los que una persona mayor ofrece a una persona joven alojamiento a cambio de colaboración en la vida diaria, etc.	Programas de intercambio que favorezcan las relaciones intergeneracionales y el intercambio de conocimientos entre las personas mayores y la juventud.
Fomentar programas de formación, uso, investigación y aplicación de las TICs a las necesidades del proceso de envejecimiento.	Comunicación y sociabilidad presencial y virtual (TICs), programa para personas mayores de 65 años. Tratamientos-seguimiento virtualizado.	<ul style="list-style-type: none"> Medidas que fomenten el uso de las TICs para cubrir las necesidades que genera el envejecimiento. Campañas de publicidad y promoción de las TICs entre el colectivo de mayores.
Introducir la variable edad en todos los informes y estadísticas oficiales.	Identificando un mayor número de segmentos de grupos de edad (Enfoque de Edad) para que en todos los datos relativos a la vida social, política, económica y cultural se vean reflejadas las diversas realidades del curso de la vida, evitando reducir la vejez a un único grupo sociológico identificado con la edad de jubilación. Estimular esta medida como una buena práctica en la elaboración de documentos, memorias e informes por parte de todos los organismos y entidades públicas y privadas.	Introducción del Enfoque de Edad (consideración de las diferentes cohortes demográficas y su relevancia) en los informes y estadísticas oficiales.

322

CVE-2019-4582

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Estimular la cooperación en las tareas de cuidado y atención para las familias.	Promoción de la corresponsabilidad de las tareas de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar el cuidado conjunto. Adaptar las ayudas para la conciliación a los nuevos modelos de familias, especialmente a las monoparentales y monomarentales.
Introducción en el currículo de Educación Primaria, Secundaria Obligatoria y Bachillerato de contenidos relacionados con las personas mayores alejados de los estereotipos.	Se tienen que ofrecer recursos a los centros educativos para educar la comprensión del proceso de envejecimiento como parte integral de la vida individual y social. Es necesario abrir los centros educativos a la experiencia, valorizar los testimonios de personas mayores a través de charlas, encuentros informales, etc.	<ul style="list-style-type: none"> Introducir este tipo de contenidos en los niveles educativos más básicos, relacionados con las personas mayores alejados de los estereotipos. Elaboración de materiales didácticos para estos niveles educativos que refuercen la imagen de las personas mayores como un grupo activo alejado de estereotipos. Actividades en los centros educativos que recojan la voz de personas mayores tanto pertenecientes a la comunidad educativa (familiares, especialmente abuelas y abuelos) como a otros grupos cercanos (vecindario...) que puedan transmitir sus experiencias al alumnado.
Impulsar programas de donación de tiempo y acompañamiento a personas mayores.	Mediante visitas regulares (domiciliarias o en centros residenciales) y, de igual modo, promover la donación de tiempo de las personas mayores a las personas de cualquier edad que necesiten apoyo externo para facilitar algún aspecto de su vida. Esto puede tomar diversas formas como: bancos de tiempo, establecimiento de tandems y acuerdos específicos y programas de voluntariado.	<ul style="list-style-type: none"> Fomento de las visitas regulares y promover la donación de tiempo de las personas mayores a las personas de cualquier edad que necesiten apoyo externo. Promocionar los bancos de tiempo y programas de voluntariado.

323



Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Promover políticas de igualdad.	Mayor aprendizaje y socialización de la cultura de provisión de cuidados y autocuidados en todos los niveles educativos, facilitando a los varones un mayor grado de autonomía doméstica y su implicación en las tareas de atención y cuidado de las necesidades propias y del entorno afectivo.	Medidas que promuevan el aprendizaje de la cultura de cuidados y del autocuidado.
Apoyar el asociacionismo de las personas mayores.	Facilitar la participación de las personas mayores en programas de voluntariado, vinculando las necesidades de ONGs, asociaciones de personas enfermas, instituciones, etc.	Fomentar una mayor participación de las personas mayores en programas de voluntariado.
Fomento del desarrollo del modelo de apartamentos tutelados para personas mayores.	Desarrollo del modelo de apartamentos tutelados para personas mayores apenas existente en Cantabria.	Medidas que mejoren y diversifiquen una oferta habitacional con diferentes niveles de asistencia, teniendo como referente el modelo de apartamentos tutelados.
Mecanismos de evaluación de las situaciones de necesidad de cuidados de las personas mayores y de los servicios prestados y disponer instrumentos y acciones que fueran pertinentes.	Supondrá reasignar los recursos de cuidados según mejoría o empeoramiento de la situación de necesidad.	Revisión de mecanismos de evaluación de situaciones de necesidad y servicios implantados.

324

CVE-2019-4582

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2019 - BOC NÚM. 98



Vicepresidencia

Estrategias	Definición	Articulación / acciones
Promoción de la voz de las personas mayores para que sean escuchadas y sus necesidades tenidas en cuenta de manera transversal en la vida social y en el diseño de las Políticas públicas.	Para que se mejore su visibilidad y representación, así como la atención de sus necesidades en todas las esferas de la vida social.	Puesta en marcha de un órgano de participación similar a los Consejos de Personas mayores existentes en otras Comunidades Autónomas.

325

2019/4582

CVE-2019-4582