



5° Desafío

**PREPARAR  
NUESTRO ESTADO  
DE BIENESTAR  
PARA UNA SOCIEDAD  
MÁS LONGEVA**



## RESUMEN EJECUTIVO

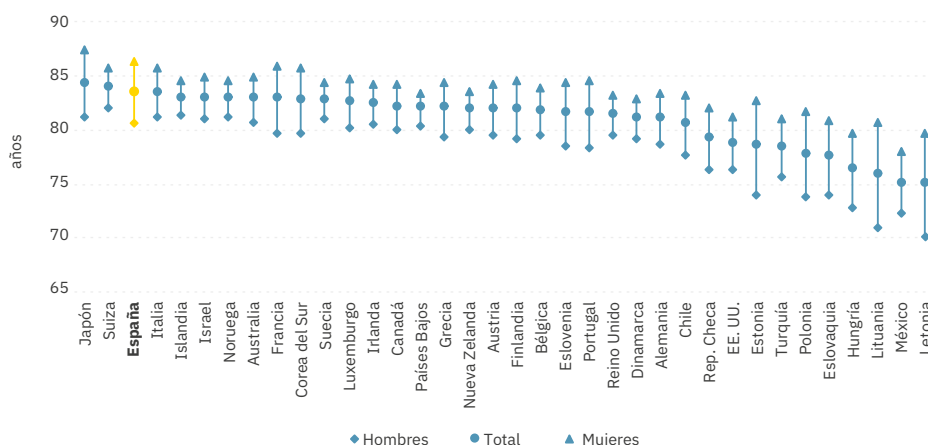
- En las últimas cuatro décadas, España ha logrado conquistar una de las grandes aspiraciones de todo país: aumentar la esperanza de vida de su ciudadanía hasta alcanzar unos niveles sin precedentes en la historia. A principios del siglo XX, la población española tenía una esperanza de vida al nacer de apenas 35 años. Hoy, está por encima de los 83 y es la tercera más alta del mundo, solo superada por las de Suiza y Japón.
- Este espectacular aumento de la longevidad ha venido acompañado de un notable incremento de la esperanza de vida en buena salud. No solo vivimos más años, sino que, además, lo hacemos con mejor salud y un mayor grado de autonomía que antes; algo que debemos a las mejoras en alimentación e higiene, a la adopción de hábitos de vida más saludables y al desarrollo de un estado de bienestar amplio y moderno que ha permitido trasladar el progreso biomédico al grueso de la sociedad.
- Durante las próximas tres décadas, la esperanza de vida de la población española seguirá aumentando (podría hacerlo en más de 3 años), lo que provocará un fuerte envejecimiento de nuestra pirámide demográfica. En 2050, 1 de cada 3 españoles tendrá 65 años o más, y por cada persona en esta franja de edad habrá solo 1,7 personas en edad de trabajar (hoy, hay 3,4). Ni las posibles mejoras en la tasa de natalidad ni un incremento de la inmigración podrán revertir completamente este escenario.
- Este envejecimiento traerá importantes oportunidades sociales y económicas al país, pero también notables desafíos para la sostenibilidad del estado de bienestar. De aquí a mediados de siglo, el gasto público en pensiones en España podría incrementarse en hasta 5 puntos de PIB; el gasto sanitario podría aumentar en más de 1 punto de PIB; y el número de personas mayores de 65 años beneficiarias de ayudas a la dependencia podría duplicarse.
- Para capear este cambio, nuestro país deberá mejorar la eficiencia de sus servicios públicos y, sobre todo, lograr que las personas en edades avanzadas tengan una participación cada vez más activa en la vida económica y social. Esto implicará superar anticuados estereotipos sobre la vejez, adaptar muchos empleos a las expectativas y capacidades de los trabajadores y trabajadoras más sénior, y facilitar la compatibilización de la pensión con el empleo. Si conseguimos equiparar las tasas de actividad de nuestra población mayor de 55 años a la de países como Suecia o Dinamarca, España ganará 1,6 millones de personas activas de aquí a 2050, algo que ayudará enormemente a mitigar los impactos negativos de la caída de la fuerza laboral y a mejorar el bienestar de millones de hogares.
- Al mismo tiempo, habrá que asegurar la suficiencia y sostenibilidad de las pensiones públicas, garantizando la equidad entre generaciones; reforzar y reformar nuestro Sistema Nacional de Salud; y mejorar nuestra red pública de cuidados de larga duración. Ello puede generar un aumento del gasto, pero también traerá consigo nuevos empleos y empresas que podrían acabar siendo una parte importante de nuestra economía futura y una pieza fundamental para la sostenibilidad del sistema.



## EL PASADO: LOS LOGROS CONSEGUIDOS

En las últimas cuatro décadas, España ha logrado la que debería ser una de las principales aspiraciones de cualquier país: aumentar la duración de la vida de su ciudadanía hasta alcanzar unos niveles de longevidad sin precedentes en la historia. A principios del siglo XX, la población española tenía una esperanza de vida al nacer de apenas 35 años.<sup>1</sup> Hoy, supera los 83. **España es el país con la mayor esperanza de vida de la UE y el tercero del mundo, solo por detrás de Suiza y Japón [Fig. 1].**

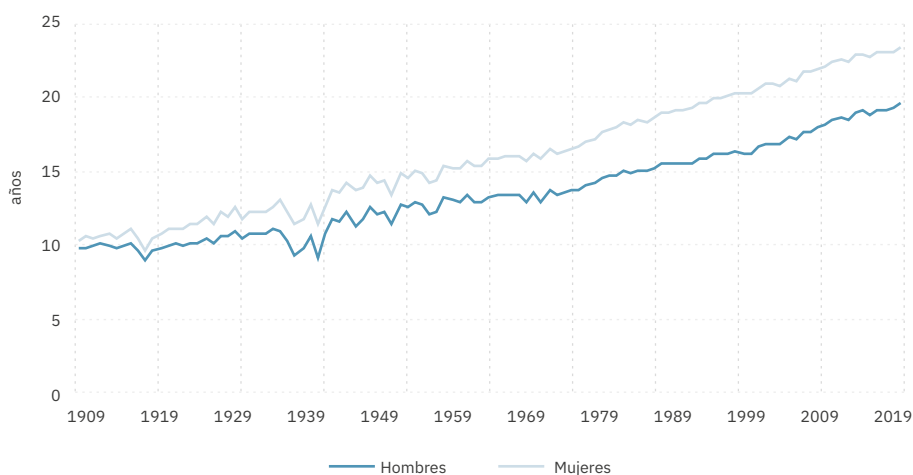
Fig. 1. Esperanza de vida al nacer, 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE.<sup>2</sup>

Este espectacular aumento de la esperanza de vida es el resultado de varios factores:<sup>3</sup> la mejora de la higiene y la alimentación, la adopción de hábitos de vida más saludables, los avances en educación [véanse capítulos 2 y 3] y, también, **el desarrollo de un estado de bienestar amplio y moderno** que ha permitido, entre otras cosas, trasladar el progreso del conocimiento biomédico al grueso de la sociedad.<sup>4</sup> Gracias a estos factores, España ha podido reducir las tasas de mortalidad, primero entre la población infantil y, después, entre la población de edad más avanzada, y conseguir que la esperanza de vida a los 65 años pasase de 10 años en 1920 a más de 21 en 2019 [Fig. 2]. Es importante notar, en todo caso, que esta mejora de la supervivencia no ha sido igual para todos los grupos de población.<sup>5</sup>

Fig. 2. Esperanza de vida a los 65 años en España

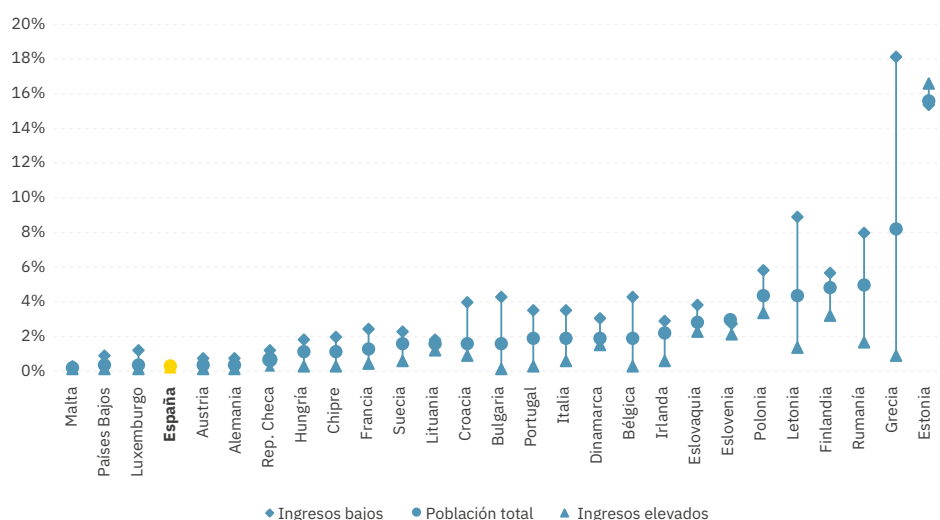


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE y Human Mortality Database.<sup>6</sup>

La España democrática que nació en 1977 heredó un sistema de salud frágil y obsoleto,<sup>7</sup> menos desarrollado que el que tenían sus vecinos del norte europeo. A partir de los años ochenta, sin embargo, los distintos gobiernos centrales y autonómicos pusieron en marcha una serie de reformas de inmenso calado destinadas a hacer realidad ese derecho a la salud pública, universal y de calidad, que había recogido la *Constitución* poco antes.<sup>8</sup> Con la *Ley General de Sanidad* de 1986,<sup>9</sup> que dio lugar al Sistema Nacional de Salud y la transferencia progresiva de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas, se impulsó la atención primaria, se construyó una extensa red de Centros de Salud bien distribuida por el territorio, y se amplió drásticamente la formación de los profesionales sanitarios.<sup>10</sup> Nuestra sanidad pública no solo mejoró en cobertura, hasta ser universal, sino también en calidad. En las últimas cuatro décadas, el gasto público en sanidad aumentó en 1,7 puntos porcentuales de PIB,<sup>11</sup> el número de médicos por habitante se duplicó,<sup>12</sup> el catálogo de prestaciones se amplió enormemente, y la cobertura de la asistencia sanitaria se extendió a las personas sin recursos económicos suficientes<sup>13</sup> y a los colectivos no regularizados administrativamente.<sup>14</sup> Gracias a estos esfuerzos, **España ha logrado crear uno de los sistemas sanitarios más avanzados del mundo, tanto por la calidad y accesibilidad de sus servicios como por su eficiencia.**<sup>15</sup>

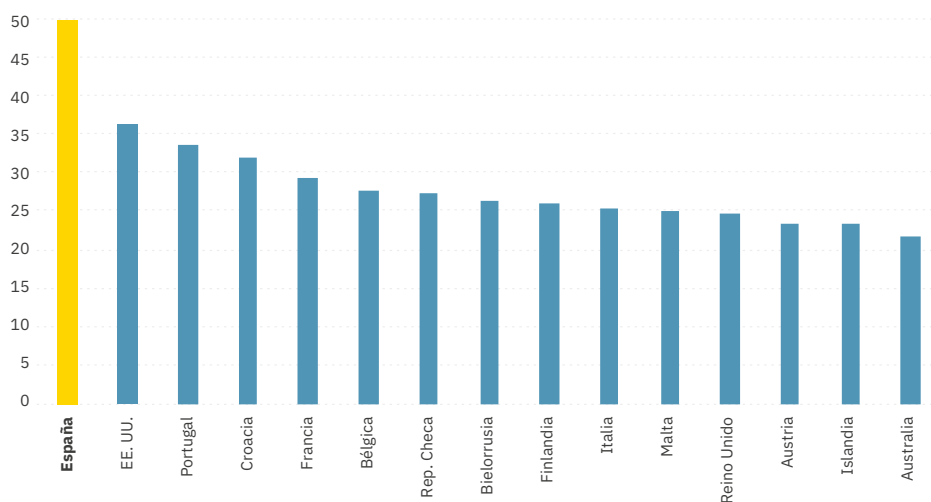
Las tasas de mortalidad asociadas a causas prevenibles y tratables son más bajas en España que en la mayoría de los países de la UE, lo que denota, entre otras cosas, la eficacia de nuestro sistema de salud en el tratamiento de diferentes patologías (ej. cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, o ciertos cánceres).<sup>16</sup> Nuestro país cuenta con una red de hospitales moderna, profesionales sanitarios de primer nivel y centros de investigación biomédica de excelencia altamente reconocidos. Según la encuesta EU-SILC, las necesidades de atención médica insatisfechas (relacionadas con el coste, la distancia o los tiempos de espera) son muy bajas en España, habiendo sido reportadas por solo el 0,2% de la población en 2019.<sup>17</sup> Además, casi no existe diferencia entre las personas en los quintiles de ingresos más altos y más bajos [Fig. 3], lo que refleja **la equidad del Sistema Nacional de Salud**. Asimismo, somos **líderes mundiales en donación** desde hace 28 años,<sup>18</sup> tanto por el número de donantes [Fig. 4] como por la eficacia del sistema, que es considerado modélico por la Organización Mundial de la Salud.<sup>19</sup> En 2019, España representó el 20% de las donaciones de órganos de la UE y el 6% de las registradas en el mundo, pese a que nuestro país apenas representa el 9,1% de la población europea y el 0,6% de la mundial.<sup>20</sup>

**Fig. 3. Porcentaje de población que reporta necesidades médicas no satisfechas por nivel de renta, 2019**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat.<sup>21</sup>

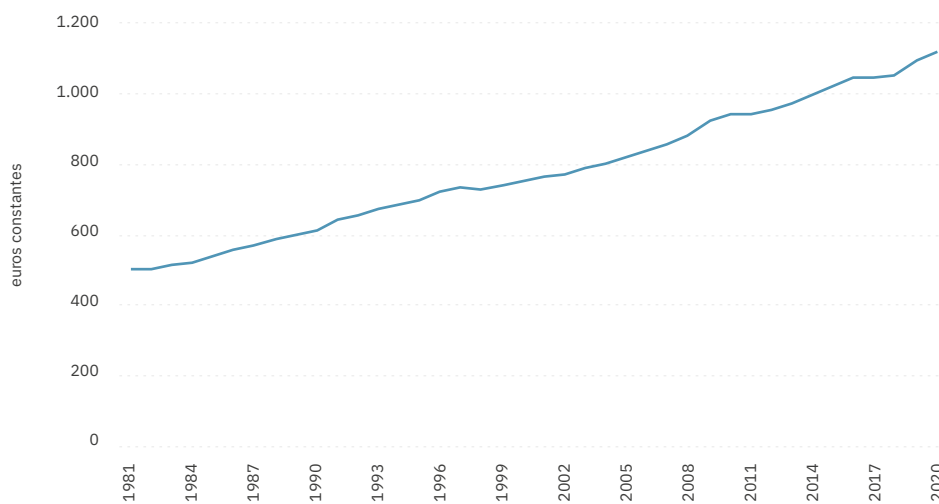
Fig. 4. Donantes de órganos por millón de habitantes, 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del GODT.<sup>22</sup>

El desarrollo del Sistema Nacional de Salud estuvo acompañado de otras dos transformaciones clave. La primera de ellas ha sido **la universalización del sistema público de pensiones**, gracias a la creación de las pensiones no contributivas,<sup>23</sup> en un contexto en el que, además, la cuantía media de las pensiones contributivas de jubilación<sup>24</sup> logró duplicarse en términos reales [Fig. 5].

Fig. 5. Importe medio de la pensión contributiva de jubilación en España



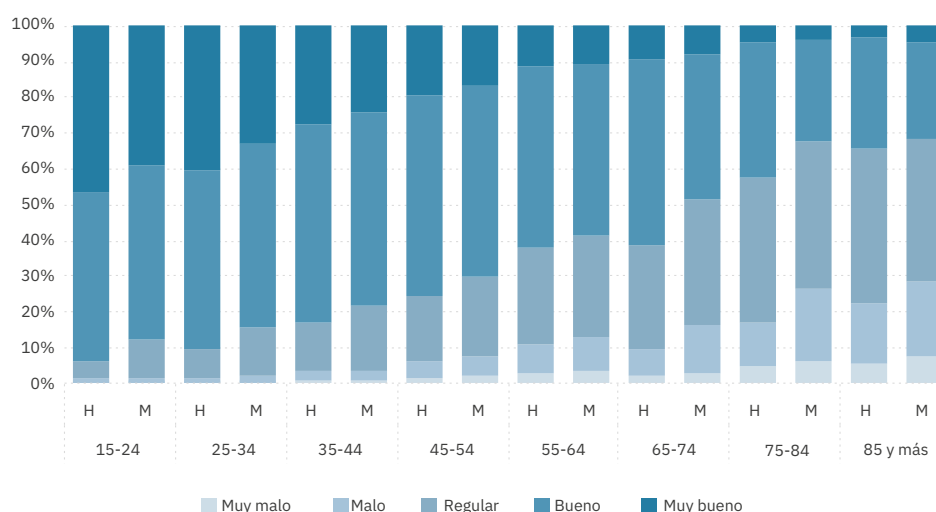
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de AMECO y MITES.<sup>25</sup>

La otra transformación clave ha sido **el desarrollo del sistema de servicios sociales y, dentro de este, la atención a personas en situación de dependencia y el fomento de su autonomía**, un componente conocido ya como el “cuarto pilar” del estado de bienestar. La que durante décadas se consideró responsabilidad exclusiva de las familias y las propias personas demandantes de cuidados, ha sido progresivamente asumida por el Estado, mediante una serie de reformas fruto del acuerdo entre las fuerzas políticas y los agentes sociales que ha culminado en la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Aunque aún queda mucho por hacer,

España cuenta ya con una amplia red de residencias asistidas y centros de día, servicios de ayuda a domicilio y de teleasistencia, programas de apoyo a cuidadores informales, servicios de salud especializados en gerontología y geriatría, y proporciona prestaciones a más de un millón de personas.<sup>26</sup>

La creación de este vasto entramado de servicios y prestaciones sociales ha transformado la vida de nuestro país y sus habitantes. **No es solo que vivamos más, sino que lo hacemos con una mejor salud y un mayor grado de autonomía en las edades avanzadas**, gracias a un mejor control de los efectos más graves de muchas enfermedades. De hecho, la mayoría de la población española hasta los 74 años considera que su estado de salud es “bueno o muy bueno” [Fig. 6]. Así, la esperanza de vida en “buena salud”<sup>27</sup> a los 65 años, aunque con desigualdades importantes entre colectivos,<sup>28</sup> ha pasado de 9,7 años en 2004 a 11,4 años en 2018, siendo hoy la quinta más elevada de la UE.<sup>29</sup>

**Fig. 6. Distribución del estado de salud percibido por género y grupo de edad en España, 2017**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.<sup>30</sup>



## EL PRESENTE: LOS DESAFÍOS PENDIENTES

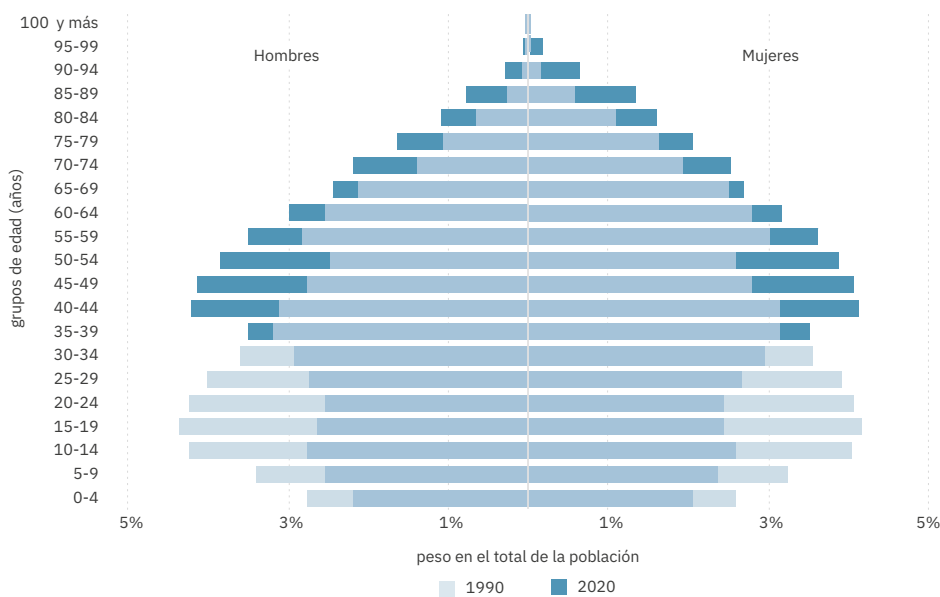
Es evidente que el incremento de la esperanza de vida y la buena salud en edades avanzadas experimentado en las últimas décadas es una historia de éxito. De hecho, debería considerarse **uno de los grandes logros del estado de bienestar español**. Sin embargo, como veremos a continuación, es innegable que esta transformación histórica ha traído a su vez **nuevos desafíos** que podrían tensionar severamente al mismo estado de bienestar que la hizo posible.

Esto se debe, en parte, a que el incremento de la longevidad ha venido acompañado de **otros dos procesos igualmente trascendentales para nuestra demografía: la reducción de la fecundidad y el aumento de la inmigración**.

**España es hoy, junto con Italia, el segundo país de la OCDE con un menor número de hijos por mujer en edad fértil.**<sup>31</sup> En 1975, la tasa de fecundidad de nuestro país era de 2,8 hijos por mujer. En 2019, había caído a 1,2.<sup>32</sup> España ha pasado de un modelo de “muchos hijos y vidas cortas” a uno de “pocos hijos y vidas largas”.<sup>33</sup> Además, se ha producido un aumento significativo de la edad media a la maternidad y del porcentaje de mujeres sin descendencia, que podría alcanzar el 25% entre las nacidas en el año 1975.<sup>34</sup> Entre las causas que explican esta baja fecundidad, destacan las restricciones económicas (falta de empleo, precariedad laboral, problemas de acceso a una vivienda), las dificultades de conciliación de la vida familiar y profesional o el deseo de no ser madre.<sup>35</sup>

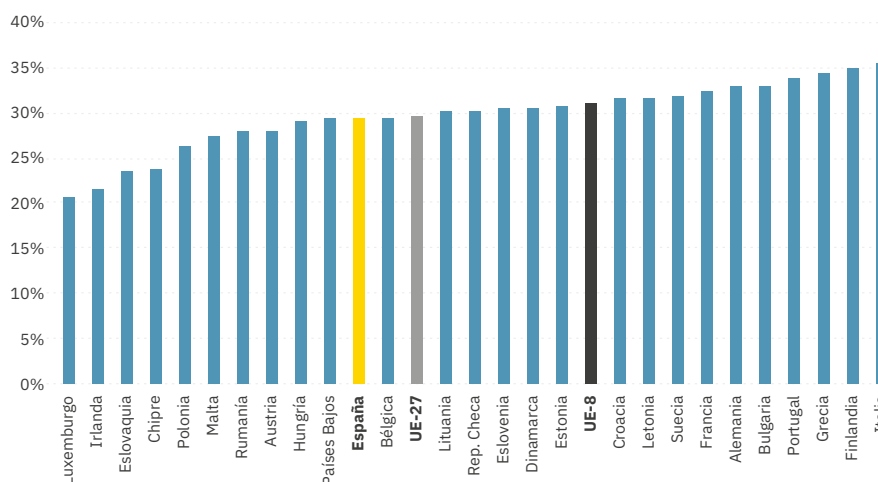
En lo que respecta a **la inmigración**, la llegada de población extranjera ha sido continua, y con la excepción del período de crisis que se extiende de 2009 a 2014,<sup>36</sup> ha superado ampliamente el flujo de personas que abandonan nuestro país.<sup>37</sup> Este saldo migratorio favorable ha permitido a España mantener un crecimiento positivo de su población y superar, a finales de 2019, la cifra de 47 millones de habitantes.<sup>38</sup> Sin embargo, **no ha sido suficiente para amortiguar el progresivo envejecimiento demográfico** [Fig. 7]. A finales del siglo XX, las personas de 65 años o más suponían el 13% de la población española. Hoy son casi el 20%. Como resultado, nuestra tasa de dependencia (definida como la relación entre la proporción de la población de 65 o más años y la población en edad de trabajar<sup>39</sup>) se ha elevado del 20% al 30% [Fig. 8], lo que significa que **hemos pasado de tener 4,9 personas en edad de trabajar por cada persona en edad de jubilarse, a tener solo 3,4**.

Fig. 7. Distribución de la población en España



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.<sup>40</sup>

Fig. 8. Tasa de dependencia, 2019



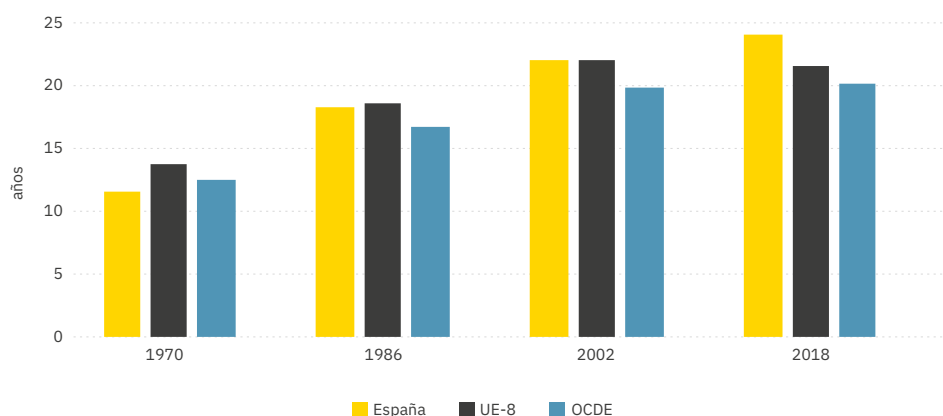
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat.<sup>41</sup>

Esta tasa de dependencia sigue siendo más baja que la que ya tienen otros países europeos como Italia (36%) o Finlandia (35%), pero ello es debido a que, en España, el *baby boom* se produjo más tarde. Será durante las próximas tres décadas cuando los efectos del envejecimiento demográfico se hagan más acusados, **generando una serie de desafíos sociales y económicos a los que nuestro país habrá de enfrentarse**. Entre ellos, aquí abordaremos cuatro: 1) la adaptación del ciclo laboral al aumento de la longevidad; 2) el incremento del gasto público en pensiones; 3) la adecuación de los servicios sanitarios; y 4) la necesidad de proveer a una parte ya considerable y creciente de la población de cuidados de larga duración.

## I. Adaptación del ciclo laboral al aumento de la longevidad

La edad de jubilación a los 65 años se estableció en España en 1967. Por aquel entonces, gran parte de la población llegaba a ese umbral con mala salud, tras una vida de privaciones, trabajos físicos extenuantes y un acceso muy limitado a los servicios médicos. Hoy, la situación es muy distinta. **El desarrollo del estado de bienestar y los avances médicos han mejorado enormemente nuestra salud a edades avanzadas, haciendo que la mayoría de la ciudadanía llegue a los 65 en buena forma, y extendiendo la vida media en jubilación de 12 a 24 años [Fig. 9].**

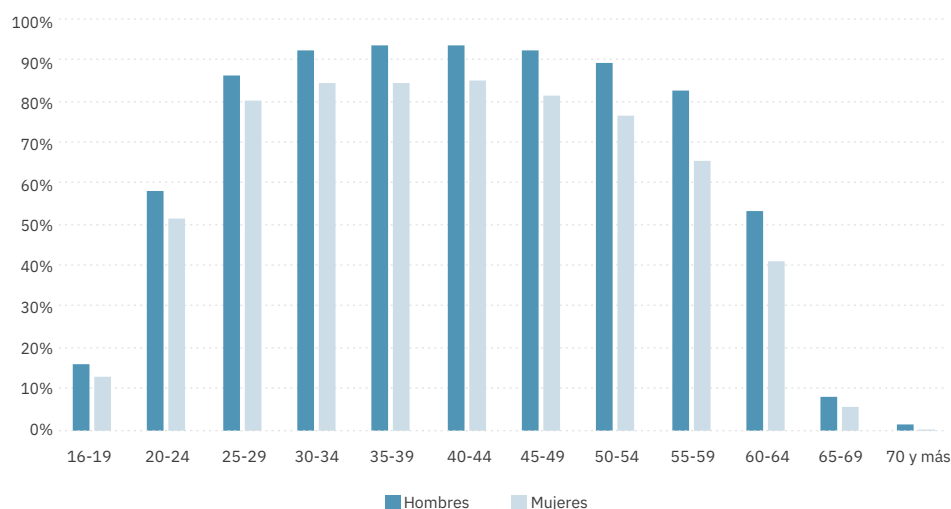
Fig. 9. Número esperado de años en jubilación



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE.<sup>42</sup>

A pesar de esta revolución biológica y de los cambios normativos introducidos en las últimas décadas, **en España, los 65 años siguen marcando la transición de la vida en activo a la vida en jubilación.** Prueba de ello es la fuerte reducción que experimentan las tasas de actividad en nuestro país a medida que la población se acerca a esa edad [Fig. 10].

Fig. 10. Tasas de actividad en España por grupos de edad y género, 2019

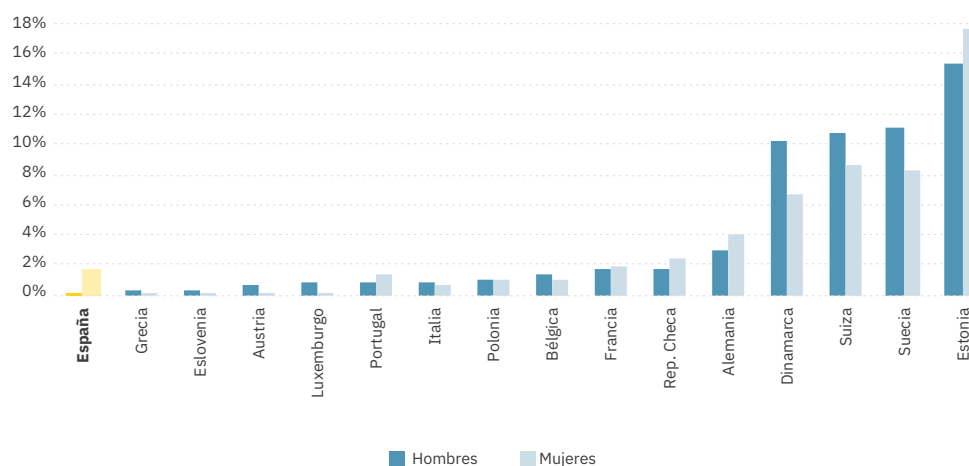


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.<sup>43</sup>

Esta brusca transición entre la vida laboral y la jubilación no se adecúa a una época en la que la mayoría de las personas llegan a esa edad en buenas condiciones físicas y psíquicas. **La visión de la vejez como una etapa de decadencia uniforme, dominada por la enfermedad y la inactividad, tiene cada vez menos vigencia**, haciéndose necesario el reconocimiento de la diversidad de perfiles, necesidades y comportamientos de las personas en esta etapa del ciclo vital. Así, **empieza a cobrar forma un nuevo paradigma**, más flexible y personalizado, que tiene en cuenta las diferentes circunstancias sociales, económicas y de salud de cada individuo y sus preferencias, con independencia de su edad.

**La clave de bóveda de este nuevo paradigma es el concepto de “envejecimiento activo”**, entendido como el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad de las personas a medida que envejecen, con el fin de mejorar su calidad de vida y bienestar.<sup>44</sup> Aplicado al ámbito laboral, el envejecimiento activo implica **que cada persona pueda decidir si quiere o no seguir trabajando una vez cumplida la edad legal de jubilación**, y establecer los mecanismos y las condiciones necesarias para que pueda hacerlo en una situación favorable. Así ocurre, por ejemplo, en los países escandinavos, donde una parte significativa de las personas mayores combinan su jubilación con cierta actividad laboral, a menudo asociada a posiciones de liderazgo, labores de asesoramiento, o reemplazos para cubrir las bajas y ausencias de los trabajadores más jóvenes [Fig. 11].<sup>45</sup>

**Fig. 11. Personas entre 60 y 69 años que compatibilizan trabajo y pensiones, 2014-2015**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE.<sup>46</sup>

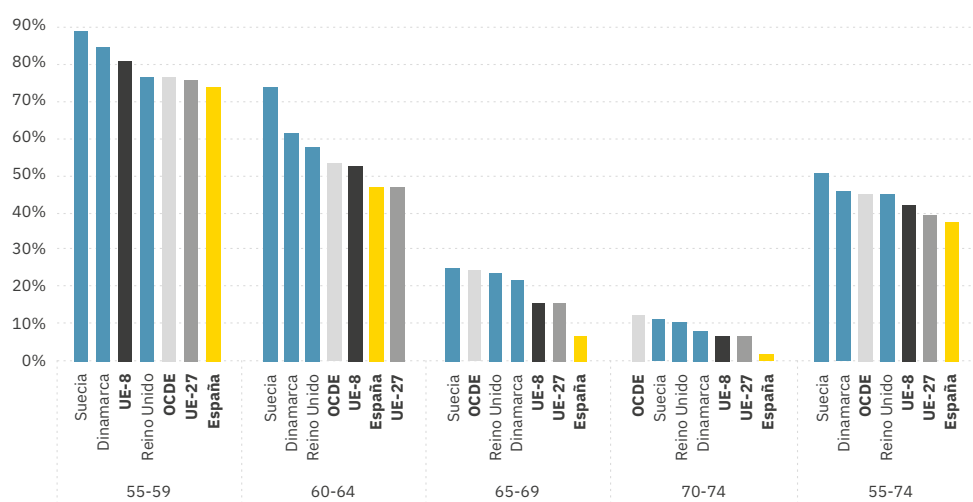
Si se ejecuta bien, **el envejecimiento activo produce una situación en la que todo el mundo gana**. La ciudadanía obtiene la posibilidad de mantenerse activa e influyente en la vida económica y social de su país, con todas las ganancias en autonomía y salud que ello conlleva. A este respecto, conviene señalar que, según varios estudios regionales, **a más de un tercio de personas jubiladas en España les habría gustado seguir trabajando después de haberse retirado**.<sup>47</sup>

Los Estados, por su parte, también se benefician: conservan a una población trabajadora valiosa y experimentada, consiguen reducir el gasto público en pensiones, y aumentan su fuerza laboral (o, en el caso de España, mitigan su futura contracción), ya que, en términos generales, la evidencia apunta a que **la mayor participación laboral de las personas mayores no va en detrimento del empleo de las personas jóvenes**, puesto que los trabajos que realizan unos y otros son complementarios y no sustitutivos.<sup>48</sup>

Por estos y otros motivos, **la prolongación de la vida laboral es hoy un objetivo declarado de las políticas en todos los países desarrollados y apoyado por los principales organismos internacionales.**

**España también ha perseguido este objetivo, aunque con unos resultados todavía menores a los de los países de referencia en este ámbito.** A pesar de las mejoras recientes, sobre todo entre las mujeres, **la tasa de actividad entre 55-74 años en nuestro país sigue siendo inferior a la de la media de la UE y la OCDE,** y está lejos de la de países como Suecia, Dinamarca o Reino Unido [Fig. 12]. La diferencia es especialmente notable entre quienes trabajan a los 70-74 años, donde España presenta la segunda tasa de actividad más baja de la UE,<sup>49</sup> algo destacable si tenemos en cuenta que, aunque con diferencias por colectivos, la esperanza de vida y de vida en buena salud de nuestro país es superior a la de nuestros vecinos europeos.

**Fig. 12. Tasa de actividad por grupo de edad, 2019**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE.<sup>50</sup>

La menor participación laboral de los trabajadores sénior de España se debe a diversos factores.<sup>51</sup> En primer lugar, están los de tipo legislativo e institucional. En la actualidad, **los incentivos a seguir trabajando una vez superado el umbral de jubilación son escasos,** y los mecanismos existentes para compatibilizar pensión y trabajo, como la jubilación activa (a la que se acogen mayoritariamente quienes trabajan por cuenta propia),<sup>52</sup> tienen un uso minoritario.<sup>53</sup> En segundo lugar, existen factores asociados al derecho laboral de nuestro país, como la presencia de convenios colectivos que incorporan la jubilación obligatoria hacia los 65 años.<sup>54</sup> Por último, hay factores que se derivan de **nuestra estructura productiva y de la formación de nuestro capital humano.** Aunque se ha reducido el peso de las actividades físicamente demandantes, la menor dimensión de sectores intensivos en conocimiento,<sup>55</sup> el predominio de pequeñas empresas<sup>56</sup> y las bajas tasas de participación en programas de formación y recualificación que registra nuestra población adulta<sup>57</sup> [véanse capítulos 1 y 3], han limitado el aumento de las tasas de actividad entre mayores.

**Esta reducida inserción laboral en edades avanzadas tiene efectos muy negativos para el país:** merma su capacidad para generar riqueza, dificulta la sostenibilidad de las cuentas públicas, y reduce el bienestar de toda la población, no solo de la de más edad.

## II. Aumento del gasto público en pensiones

**Uno de los grandes retos que se derivan del mayor envejecimiento poblacional es el potencial aumento del gasto en pensiones.** El sistema público español contempla pensiones por tres contingencias: incapacidad permanente, fallecimiento (orfandad, viudedad y en favor de familiares) y jubilación. Asimismo, existen pensiones de dos tipos: las contributivas (para aquellas personas que han cotizado lo suficiente durante su vida laboral, o para sus supervivientes) y las no contributivas (destinadas a garantizar ingresos mínimos a quienes no pueden acceder a las primeras). El grueso del sistema de pensiones se corresponde con las pensiones contributivas, de las que más de un 60% son de jubilación. Estas se financian, principalmente, con las cotizaciones realizadas por las empresas y los trabajadores,<sup>58</sup> por lo que, para garantizar su sostenibilidad, resulta **necesario que el equilibrio entre los ingresos y los gastos se mantenga a lo largo del tiempo.**

Durante varias décadas, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones sociales y el gasto por pensiones contributivas fue positiva,<sup>59</sup> lo que permitió dotar un fondo de reserva para hacer frente a posibles eventualidades. A partir de 2008, sin embargo, el propio envejecimiento demográfico, el retiro laboral anticipado ocasionado por la crisis,<sup>60</sup> y el incremento progresivo de la ratio entre la pensión media y el salario medio,<sup>61</sup> hicieron que el gasto público por este concepto pasase de suponer el 7,6% del PIB al 10,8% en 2019.<sup>62</sup> Esto, unido a la reducción de las cotizaciones sociales provocada por las crisis de 2008 y 2011, se tradujo en un deterioro de la posición del sistema de Seguridad Social.<sup>63</sup>

**El nivel actual de gasto en pensiones no supone, *per se*, una carga desproporcionada para el sistema.** El porcentaje de PIB que España dedica hoy al pago de pensiones públicas totales es similar al de la media de la UE-27 e inferior al de países de la UE-8 como Austria o Francia.<sup>64</sup> No obstante, **el aumento previsto para las tres próximas décadas, una vez lleguen las cohortes más pobladas del *baby boom* a la edad de la jubilación, sí constituye un desafío importante, que tendrá que ser resuelto mediante el diálogo social, el rediseño de las políticas públicas y una revisión de las realidades materiales e inmateriales que rodean a la jubilación.**

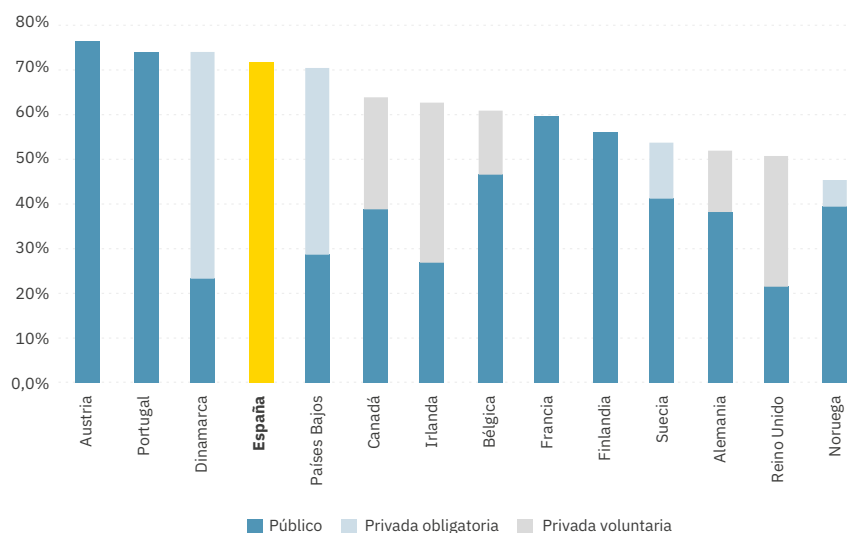
Nuestro país ya ha dado pasos importantes en esta dirección. Con la reforma de 2011, se fijaron algunas medidas relevantes orientadas a contener el aumento del gasto, entre las que destacan el incremento progresivo de la edad de jubilación hasta situarla en los 67 años en 2027 o el aumento del periodo de cotización necesario para percibir el 100% de la pensión de 35 a 37 años.<sup>65</sup> Sin embargo, **todavía queda camino por recorrer en algunos ámbitos.** Aquí destacamos tres de las principales cuestiones sobre las que se centra el debate en la actualidad.

**La primera es la relativa a la edad de jubilación.** La mayoría de análisis coinciden en que es necesario reducir prácticas como las jubilaciones anticipadas y aumentar la tasa de participación laboral de la población en edad avanzada a fin de acercar la edad efectiva de jubilación a la edad legal. Existen, no obstante, discrepancias respecto a si habrá que seguir o no retrasando esa edad legal de jubilación (más allá de los 67 años pactados para 2027) a medida que la esperanza de vida siga aumentando.

**La segunda se refiere a la evolución de la tasa de sustitución,** entendida como el porcentaje que supone la pensión sobre los ingresos recibidos antes de la jubilación. En nuestro país, existe un intenso debate en torno a este asunto. Por un lado, están quienes hacen hincapié en el hecho de que España tiene una de las tasas de sustitución más altas de la UE [Fig. 13], y argumentan que las personas jubiladas reciben, en media, más de lo que aportaron.<sup>66</sup> Por otro, están quienes ponen el énfasis en la gran heterogeneidad y desigualdad que existe detrás de la media,<sup>67</sup> en el importante

apoyo económico que la población jubilada española presta a sus familias (especialmente en periodos de crisis y elevado desempleo),<sup>68</sup> o el hecho de que el riesgo de pobreza o exclusión social de los mayores de 65 años en España es superior al de otros países europeos.<sup>69</sup> La clave está en que la tasa de sustitución responda adecuadamente a la necesaria relación que debe existir entre la suficiencia y sostenibilidad de las pensiones públicas, y la equidad intergeneracional que debe perseguir el sistema.

**Fig. 13. Tasas brutas de sustitución de pensiones (públicas, privadas obligatorias y privadas voluntarias), 2018**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE.<sup>70</sup>

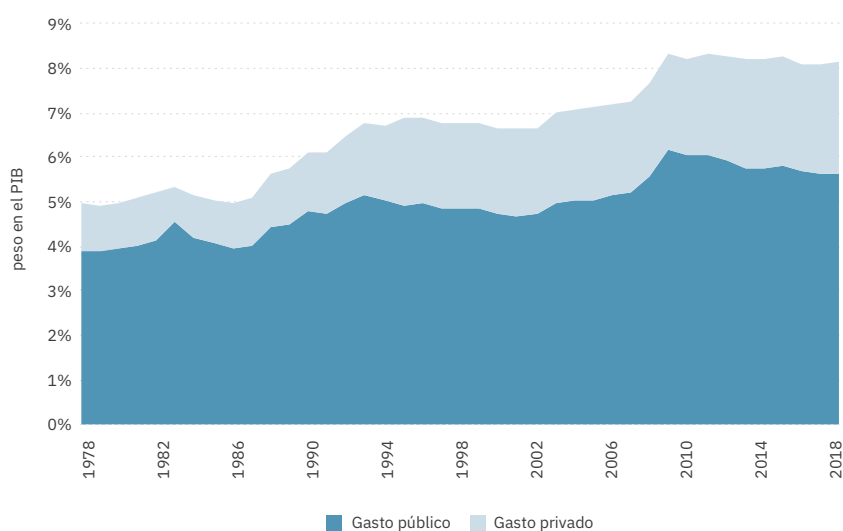
**La tercera y última cuestión es la de la financiación.** En España, la práctica totalidad de las pensiones de jubilación son financiadas por el sistema público, ya que no existe un sistema de pensiones de previsión social complementaria extendido.<sup>71</sup> En otros países avanzados, por el contrario, **hay sistemas mixtos que complementan la pensión pública con pensiones privadas (fundamentalmente, planes privados de empleo) obligatorias, cuasi-obligatorias** (en los casos de Dinamarca, Países Bajos y Suecia, donde tienen una cobertura casi universal<sup>72</sup>), **o voluntarias pero muy generalizadas** (como en los casos de Canadá, Irlanda y Reino Unido) [Fig. 13]. Muchas voces alegan que **España tendrá que adoptar progresivamente alguno de estos modelos híbridos.** Otras apuntan a que también será necesario **elevar las cotizaciones sociales, financiar una mayor parte de las pensiones vía impuestos generales<sup>73</sup> y/o reformular los gastos cubiertos por las cotizaciones sociales,** de forma que en su totalidad se destinen al pago de las pensiones contributivas, en línea con las últimas recomendaciones del Pacto de Toledo.<sup>74</sup> Actualmente, las cotizaciones sociales también cubren, por ejemplo, políticas de incentivos al empleo o políticas de apoyo a las familias. La cobertura de estos gastos de naturaleza no contributiva con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, en lugar de vía cotizaciones sociales, podría ayudar a equilibrar el saldo del sistema de Seguridad Social.<sup>75</sup>

Todas estas opciones tienen sus pros y sus contras,<sup>76</sup> por lo que habrá de ser el conjunto del país quien encuentre, mediante el diálogo social y en el marco del Pacto de Toledo, **un consenso respecto a cuáles son las más apropiadas para lograr el triple objetivo de la sostenibilidad del sistema, la suficiencia de las pensiones cobradas y la equidad intergeneracional.**

### III. Adecuación del sistema de servicios sanitarios

Durante los últimos 40 años, el gasto sanitario en España se ha incrementado en casi 3,2 puntos porcentuales hasta alcanzar el 8,1% del PIB [Fig. 14]. Parte de este aumento se ha producido por el envejecimiento de nuestra población, ya que las personas en edades avanzadas demandan más servicios de esta naturaleza. Tanto es así que, en 2005, el gasto medio per cápita de las personas de 65 a 74 años duplicó el gasto medio de la población total. El de las personas de más de 75 años casi lo triplicó.<sup>77</sup>

Fig. 14. Gasto sanitario en España



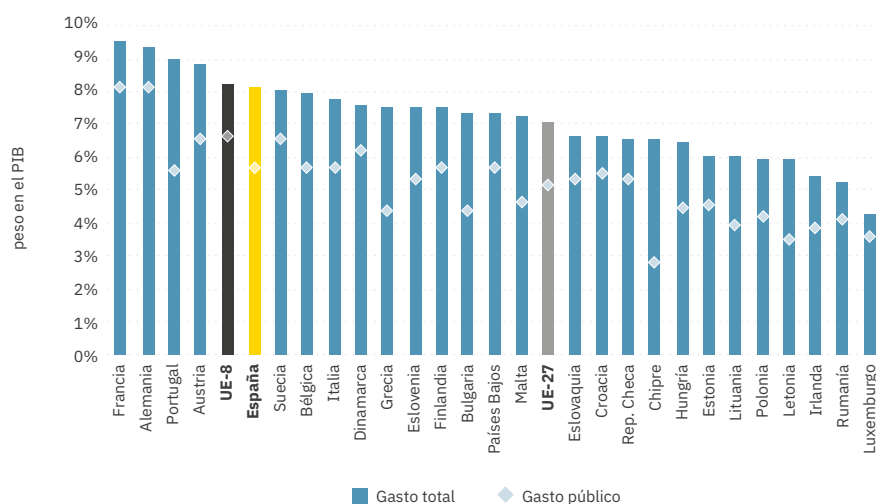
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE.<sup>78</sup>

En todo caso, **sería un error pensar que el aumento de la longevidad es el principal factor determinante detrás del incremento del gasto sanitario, o que ambos fenómenos están mecánicamente ligados**. Numerosos estudios han demostrado que, si bien la edad está positivamente relacionada con el uso de servicios sanitarios, la cercanía a la muerte es una variable mucho más relevante.<sup>79</sup> Ello se debe a que, en realidad, **lo que determina el uso de recursos no es el número de años que ha vivido una persona, sino el grado de salud del que esta persona goza**. La adopción de comportamientos y hábitos más saludables, la implantación de innovaciones terapéuticas, o la reducción del tiempo de diagnóstico de algunas condiciones crónicas, permiten mantener una mejor salud durante la senectud y, por tanto, son fundamentales para la evolución del gasto sanitario.<sup>80</sup>

Este hecho contrastado tiene implicaciones profundas para un país como el nuestro. En España, **el gasto sanitario seguirá aumentando en las próximas décadas**, algo inevitable y, al mismo tiempo, necesario para ofrecer un servicio universal de calidad, ya que, desde la crisis de 2008, el gasto público sanitario se ha mantenido prácticamente estancado [Fig. 14] y registra hoy niveles más bajos que los de otros muchos países europeos [Fig. 15].<sup>81</sup>



Fig. 15. Gasto sanitario, 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat.<sup>82</sup>

Una parte de este incremento en el gasto estará determinada por el envejecimiento de la población y, como tal, no podrá evitarse. Pero otra parte importante dependerá del **estado de salud de la población de mayor edad** y de la forma en la que se articulen los servicios sanitarios ofrecidos tanto a este grupo como al resto de la población. **En esos dos ámbitos, sí se podrán y deberán buscar ganancias de eficiencia que eviten un crecimiento excesivo del gasto sanitario.** Entre otras cosas, habrá que reforzar la atención primaria, la cual ha perdido peso relativo en la última década;<sup>83</sup> facilitar el acceso a nuevos tratamientos y tecnologías; buscar una mejor coordinación entre los servicios sanitarios y de atención a la dependencia, e impulsar políticas de prevención y promoción de la salud,<sup>84</sup> ya que estas ayudan a retrasar o reducir la prevalencia de enfermedades crónicas y la multimorbilidad<sup>85</sup> entre las cohortes de mayor edad.

#### IV. Cobertura de cuidados de larga duración

La mayor longevidad de la población está asociada a una **creciente necesidad de cuidados de larga duración, debido a la relación que existe entre edad y dependencia.**<sup>86</sup> La provisión de estos cuidados es una parte esencial del sistema de solidaridad intergeneracional que cohesiona a cualquier país, y una necesidad colectiva a la que todos y todas podemos terminar recurriendo en algún momento de nuestras vidas.

En España, como en el resto de Europa, los cuidados se desarrollan en un espacio híbrido en el que participan la familia, el sector público y el sector privado.<sup>87</sup> **Los cuidados informales (familiares) son los que tienen un mayor peso en nuestro sistema.**<sup>88</sup> El 57% de las personas mayores de 65 años con necesidad de cuidados son atendidas en un entorno puramente informal,<sup>89</sup> frente al 14% de Países Bajos o el 24% de Francia [Fig. 16]. De hecho, se estima que el valor económico teórico de los cuidados informales en España es muy superior al actual gasto público en cuidados de larga duración.<sup>90</sup>

Fig. 16. Formas de cuidados de larga duración a personas mayores de 65 años (% de los casos)

País	Cuidado informal	Cuidado mixto	Cuidado formal en el hogar	Residencias
Países Bajos	14	28	17	42
Suecia	27	27	11	35
Dinamarca	21	37	15	27
Bélgica	20	35	14	31
Francia	24	42	14	20
Alemania	36	35	7	21
Austria	36	38	12	15
<b>España</b>	<b>57</b>	<b>26</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
Italia	62	22	8	7

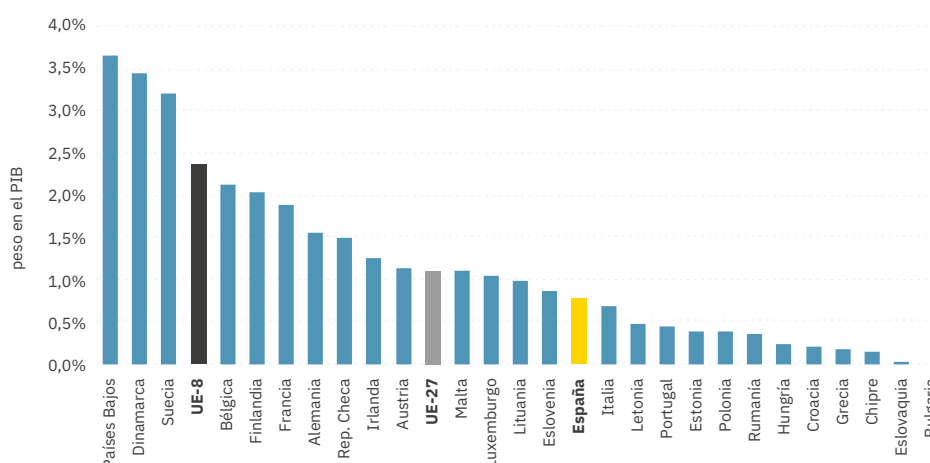
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Barczyk y Kredler.<sup>91</sup>

Esta peculiaridad es el resultado de multitud de factores sociales, económicos y culturales. Uno de los principales es **la preferencia a recibir cuidados en el hogar y la elevada importancia que la ciudadanía le otorga a la familia.**<sup>92</sup> Estos cuidados informales son ofrecidos mayoritariamente por **mujeres con vínculos de parentesco**, las cuales suelen dedicar mucho tiempo a esta tarea, al concentrarse los cuidados en personas con elevado grado de dependencia.<sup>93</sup> Además, estas mujeres suelen recibir **escaso apoyo y reconocimiento social** y pagan un alto precio profesional y personal por su servicio.<sup>94</sup> Si bien existen beneficios emocionales derivados de estas tareas, sus efectos negativos sobre la calidad de vida de las cuidadoras no son menores,<sup>95</sup> constituyendo todavía un elemento importante de la desigualdad de género en nuestro país.<sup>96</sup> En España, un 42% de las mujeres inactivas no participan en el mercado laboral debido a responsabilidades derivadas de los cuidados (tanto a adultos como a niños), frente a un 6% de los hombres, unos porcentajes que en el caso de la UE-27 son del 32% y el 5%, respectivamente.<sup>97</sup> Durante los últimos años, hemos asistido a un **cambio progresivo en el perfil de quienes cuidan**, debido al aumento de la demanda de cuidados y a la disminución de potenciales cuidadores familiares, fruto del propio cambio demográfico y de la mayor participación laboral femenina.<sup>98</sup> En concreto, se ha producido un aumento de la edad de las personas cuidadoras y una mayor participación de los hombres.<sup>99</sup>

**En lo que respecta a los cuidados formales, estos continúan siendo minoritarios en España, a pesar del fuerte crecimiento experimentado durante los últimos años.**<sup>100</sup> En general, estos cuidados formales se caracterizan por presentar un grado de profesionalización bajo y un nivel de precariedad laboral todavía elevado;<sup>101</sup> un hecho que contrasta con el modelo de los países escandinavos o centroeuropeos.<sup>102</sup> En lo que se refiere a **la atención en residencias o centros de asistencia** similares, solo un 8% de los mayores de 65 años que requieren cuidados se acogen a esta modalidad, frente al 20% de Francia o el 42% de Países Bajos.<sup>103</sup>

**Una de las principales asignaturas pendientes de nuestro sistema de cuidados es el de mejorar su financiación, en aras de elevar su cobertura y la calidad de los servicios y del empleo en el sector.** Aunque el gasto público en cuidados de larga duración se ha incrementado en la última década hasta alcanzar el 0,8% del PIB en 2018, sigue situándose por debajo del de la mayoría de los países más desarrollados de Europa [Fig. 17].

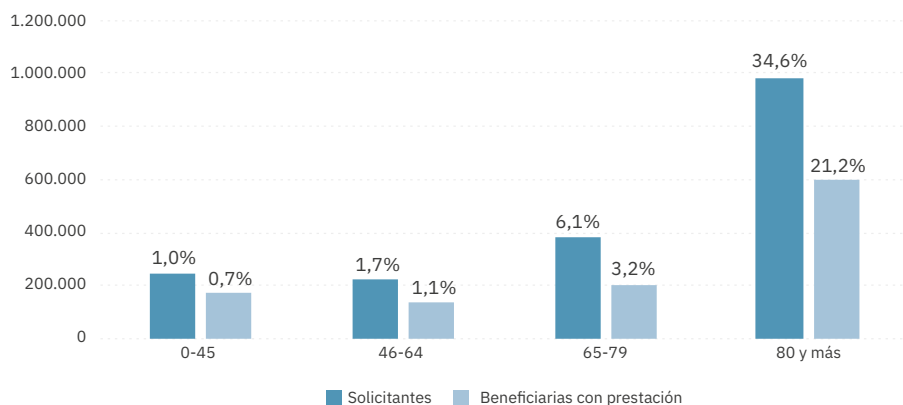
Fig. 17. Gasto público en cuidados de larga duración, 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat.<sup>104</sup>

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de 2006,<sup>105</sup> que nació para corregir esta situación, supuso un **avance normativo crucial en materia de derechos sociales, dando lugar a un sistema mixto de protección pública que combina prestaciones económicas y servicios**. Aunque su despliegue se vio limitado por las restricciones presupuestarias ocasionadas por las crisis económicas de 2008 y 2011, hoy en día hay más de 1,1 millones de personas beneficiarias con prestación,<sup>106</sup> de las cuales el 72% tiene 65 o más años [Fig. 18].

Fig. 18. Personas solicitantes y beneficiarias del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y porcentaje sobre la población en cada cohorte, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE e Imerso.<sup>107</sup>

Esta Ley ha conseguido resultados muy positivos, como la mejora de la salud mental de quienes ejercen los cuidados<sup>108</sup> o la reducción de hospitalizaciones asociadas al despliegue de servicios de atención a la dependencia.<sup>109</sup> No obstante, aún hay cuestiones importantes pendientes de resolver, como la promoción de la autonomía, uno de los objetivos prioritarios de la ley y cuyo desarrollo ha sido muy limitado hasta el momento, o la reducción de las listas de espera y de la heterogeneidad en la cobertura, tanto entre comunidades autónomas<sup>110</sup> como entre grados de dependencia y grupos socioeconómicos.<sup>111</sup> Además, el hecho de que una parte importante de la financiación pública se haya dirigido a las prestaciones monetarias asociadas al cuidado familiar,<sup>112</sup> aunque ha podido aumentar el bienestar de los hogares más necesitados,<sup>113</sup> ha desvirtuado en cierta medida la filosofía inicial de la Ley (priorizar las prestaciones en servicios), y ha causado una serie de ineficiencias en el sistema que es necesario corregir.<sup>114</sup>

# EL FUTURO: LOS CAMBIOS QUE NOS DEJARÁ UNA SOCIEDAD MÁS LONGEVA

## El corto plazo: la demografía española en tiempos del coronavirus

La pandemia del coronavirus ha precipitado el fallecimiento de miles de ciudadanos y ciudadanas en nuestro país, y ha golpeado con especial virulencia a la población mayor, a quienes la edad,<sup>115</sup> la presencia de comorbilidades y las carencias registradas en muchas residencias<sup>116</sup> convirtieron en un colectivo especialmente vulnerable a la COVID-19.<sup>117</sup>

Según las estimaciones preliminares del INE, **la sobremortalidad generada en 2020 podría llegar a reducir, de forma coyuntural, la esperanza de vida de nuestro país en casi un año.**<sup>118</sup> Este aumento de la mortalidad, unido a la fuerte caída de los flujos migratorios y a la reducción en los nacimientos,<sup>119</sup> podría provocar una caída de la población española en el más corto plazo.<sup>120</sup> Todavía es pronto para concluir que, en esta ocasión, la caída de los ingresos y del empleo va a traducirse en una **reducción de la tasa de fecundidad** en nuestro país a medio plazo,<sup>121</sup> tal y como se produjo con las crisis de 2008 y 2011.<sup>122</sup> La duración tanto de la propia pandemia como de la recesión será la que determine si finalmente la suma de una mayor mortalidad, un menor saldo migratorio y un menor número de nacimientos hace que se prolonguen los efectos demográficos de la COVID-19 más allá de 2020-21.

En sentido, resultará clave el impacto que la situación económica actual tenga sobre las condiciones de salud de la población. La historia nos dice que **las recesiones económicas provocan efectos negativos sobre la salud**, y que estos tienden a distribuirse de manera asimétrica, afectando con mayor intensidad a los grupos más vulnerables y, entre ellos, a los de mayor edad.<sup>123</sup> Ello evidencia la importancia de mejorar la resiliencia de las personas a lo largo de todo su ciclo vital, a través de hábitos de vida saludables y un mayor fomento de la autonomía y el desarrollo personal.

## El medio y largo plazo: los desafíos y las oportunidades del cambio demográfico que viene

Sea como fuere, todo apunta a que el efecto disruptivo de la pandemia sobre la esperanza de vida en España será coyuntural y que **esta seguirá aumentando en las próximas décadas** sin mostrar señales de estancamiento. La introducción de innovaciones sanitarias y de mejoras adicionales en los hábitos de vida retrasarán más las causas de mortalidad tradicionales y harán que la población española viva aún más años. Así, se estima que **la esperanza de vida al nacer aumente en 3,8 años para los hombres y 3,1 para las mujeres de aquí a 2050, alcanzando casi los 85 y 90 años, respectivamente.**<sup>124</sup>

**Este aumento de la esperanza de vida agudizará el proceso de envejecimiento demográfico en el presente siglo, sin que las otras dos fuerzas que lo determinan (la fecundidad y las migraciones) puedan revertirlo.**

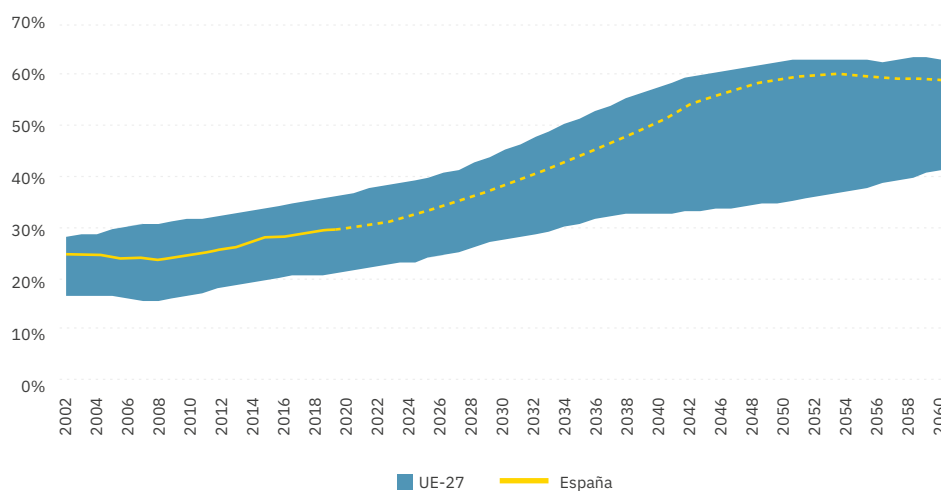
Las proyecciones demográficas empleadas en esta *Estrategia*<sup>125</sup> ya asumen **una mejora de la tasa de fecundidad** en el futuro, pasando de los 1,2 hijos por mujer actuales a los 1,4 en 2050. No parece probable, sin embargo, que esta tasa vaya a aumentar mucho más y, en cualquier caso, no lo suficiente como para llegar al índice de reemplazo poblacional.<sup>126</sup> Tampoco se espera un aumento agregado de la natalidad. Esto se debe, entre otras cosas, a que:

- Las cohortes de mujeres en edad fértil van a reducirse considerablemente,<sup>127</sup> por lo que el efecto agregado de una potencial mayor fecundidad será menor.
- No todos los impedimentos para la maternidad son económicos.<sup>128</sup> En España, el 24% de las mujeres que al final de su edad fértil no han tenido hijos señalan que no deseaban ser madres, el 22% aduce como motivo más importante el no haber encontrado la pareja adecuada, el 7% señala impedimentos para la conciliación y solo el 5% refiere motivos económicos como la causa más relevante.<sup>129</sup>
- La inmigración tampoco resolverá la baja fecundidad. Si bien es cierto que las mujeres de origen inmigrante tienen en nuestro país más hijos que las autóctonas, debemos considerar que los contingentes migratorios femeninos no siempre están formados por mujeres en edad fértil<sup>130</sup> y que, muy a menudo, las mujeres que llegan a nuestro país ya han tenido los hijos que deseaban tener en su país de origen.<sup>131</sup> Además, hay que tener en cuenta que, si bien la tasa de fecundidad de las mujeres de origen extranjero es mayor que la de las autóctonas, las primeras tienden a adoptar las pautas reproductivas de las autóctonas españolas rápidamente.<sup>132</sup>

En lo que respecta a **la inmigración**, esta *Estrategia* asume que **nuestro país seguirá acogiendo e integrando a cientos de miles de personas inmigrantes**.<sup>133</sup> En concreto, se proyecta un saldo migratorio de unas 191.000 personas al año de aquí a 2050, ligeramente superior al promedio observado entre 1990 y 2019.<sup>134</sup> Esta entrada de población ayudará, en parte, a mitigar el desafío demográfico en el corto y medio plazo, pero no lo resolverá por sí solo a largo plazo, ya que la población inmigrante también envejece y tiende a adaptar los patrones de fecundidad nacionales.<sup>135</sup>

Así las cosas, es razonable asumir que, en 2050, **1 de cada 3 personas en España tendrá 65 o más años**, y que nuestra tasa de dependencia se elevará hasta el 60% [Fig. 19], solo superada en la UE por las de Portugal, Grecia e Italia. A partir de mediados de siglo, esta tendencia se irá estabilizando a medida que se reduzcan las cohortes más numerosas del *baby boom*. Hasta entonces, sin embargo, el cambio se producirá de forma acelerada.

Fig. 19. Tasa de dependencia



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat.<sup>136</sup>

En ese contexto, **los desafíos asociados al aumento de la longevidad que ya identificamos en las páginas previas se intensificarán notablemente, pero también surgirán valiosas oportunidades si logramos anticiparnos y adaptar nuestra sociedad a la nueva realidad demográfica.**

## **I. La necesidad de acelerar la adaptación del ciclo laboral al aumento de la esperanza de vida**

El cambio demográfico provocará una **disminución significativa de nuestra población activa**. Se estima que, en las próximas tres décadas, España perderá 3,7 millones de personas en edad de trabajar (16-64 años), una caída del 12% respecto a la situación actual, que se producirá, sobre todo, a partir de 2030.<sup>137</sup> En ausencia de un incremento significativo de la tasa de empleo y de la productividad, **esta disminución de la población en edad de trabajar se traducirá en una reducción del crecimiento económico y de la renta per cápita de España [véase capítulo 1].**<sup>138</sup>

**Nuestro país tiene varias opciones para neutralizar este efecto demográfico.**

**La primera pasa por corregir las deficiencias estructurales de nuestro mercado laboral, en aras de elevar la tasa de empleo agregada** hasta los niveles de los países europeos más avanzados, mejorando especialmente la inserción laboral de la población joven y de las mujeres, y reduciendo los altos niveles de temporalidad y precariedad [véase capítulo 7]. En este sentido, hay que tener en cuenta que, detrás de la menor inserción laboral de las personas de entre 55 y 64 años, se esconde también una incidencia significativa del desempleo de larga duración.<sup>139</sup>

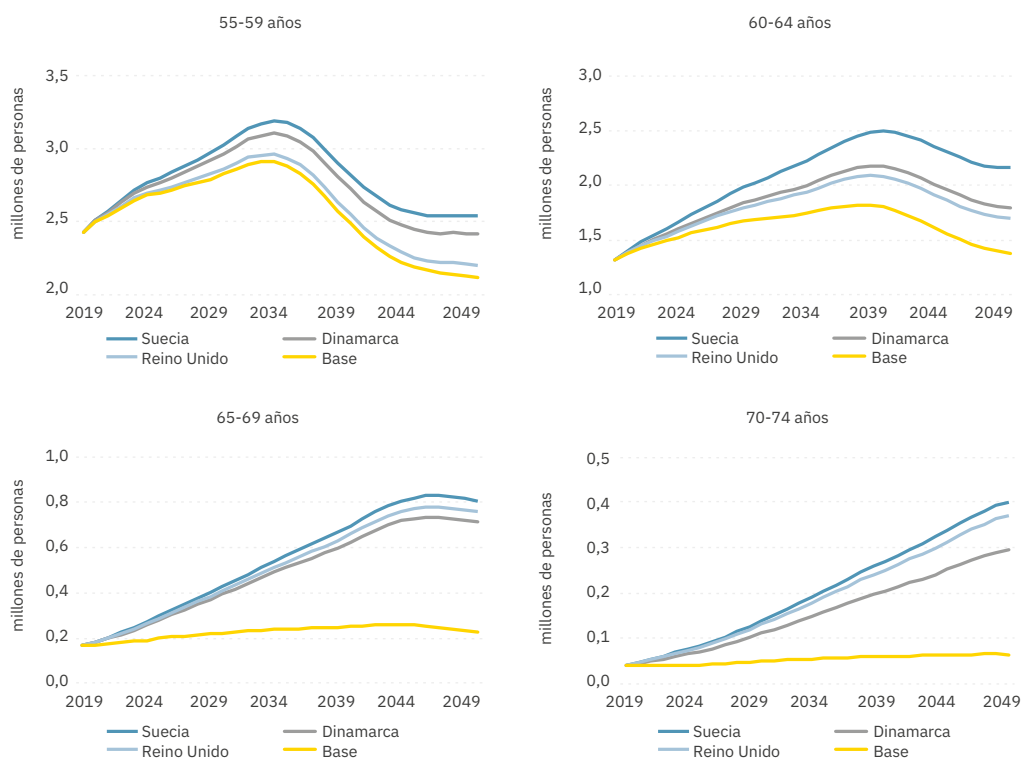
**La segunda opción pasa por relanzar nuestra productividad laboral**, a través de una apuesta decidida por la educación y la formación a lo largo de la vida, la innovación y la difusión tecnológica en el tejido productivo. Mejorar la eficiencia con la que operamos es especialmente relevante en un contexto en el que el propio envejecimiento demográfico puede ocasionar dificultades adicionales al crecimiento de la productividad [véase capítulo 1].

**La tercera opción, muy ligada a las anteriores, consiste en lograr una mejor adaptación del ciclo laboral al ciclo vital** aprovechando más y mejor los conocimientos y habilidades de la población más sénior.<sup>140</sup> La mayoría de las investigaciones señalan que, aunque con diferencias por colectivos, **la esperanza de vida en buena salud también seguirá aumentando en las próximas décadas.**<sup>141</sup> Esto hará que muchos de los estereotipos actualmente asociados a la vejez (improductividad, aislamiento, dependencia) queden aún más obsoletos, y que las personas puedan desarrollarse y seguir aportando su talento y experiencia durante cada vez más tiempo, convirtiéndose en agentes sociales y económicos claves para el futuro de nuestra sociedad.

**En este plano, se vislumbran dos grandes cambios.** Por un lado, todo apunta a que **el ciclo laboral se irá modificando, de forma heterogénea y flexible, para adaptarse al incremento de la esperanza de vida.** Esto acarreará ventajas importantes tanto para nuestra población en edad avanzada (mejoras en salud y bienestar), como para el conjunto del país (retención de mano de obra valiosa y experimentada, incremento de la fuerza laboral disponible, mayor generación de riqueza).<sup>142</sup> **España ya ha establecido el incremento progresivo de la edad legal de jubilación hasta los 67 años en 2027.**<sup>143</sup> Aunque no es un umbral bajo en el contexto europeo,<sup>144</sup> constituye un límite estático que puede quedar obsoleto a medida que aumente la longevidad.<sup>145</sup> Una vía alternativa, quizá más acorde con las diferencias que existen en la capacidad de las personas a prolongar el tiempo en activo, es la de actuar sobre la edad efectiva de jubilación, ofreciendo incentivos que logren fomentar la permanencia en el mercado de trabajo después de la edad ordinaria.

Por otro lado, lo más probable es que se produzca un aumento progresivo de las tasas de participación en el mercado de trabajo de las cohortes de edades más avanzadas [véase capítulo 7]. Este segundo cambio presenta un gran potencial en nuestro caso, ya que, como vimos, España tiene una tasa de participación laboral en los mayores de 55 años muy inferior a la de países como Suecia, Dinamarca (pertenecientes a la UE-8) o Reino Unido. Si lográramos equiparar las tasas de actividad de la población entre 55 y 74 años a las que tienen estos países (un incremento de casi 6 puntos porcentuales, en media, respecto a 2019), España ganaría 1,6 millones de personas activas,<sup>146</sup> lo que ayudaría enormemente a mitigar los futuros impactos negativos que la caída de la fuerza laboral en edades intermedias tendrá sobre el crecimiento económico, así como a sostener nuestro estado de bienestar [Fig. 20].<sup>147</sup>

Fig. 20. Escenarios alternativos para la población activa de España en edades avanzadas



Fuentes: Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat y OCDE.<sup>148</sup>

Para que nuestro país logre aumentar las tasas de participación laboral de las personas mayores de 55 años, habrá de acometer transformaciones profundas que involucren a todos los agentes sociales. Se necesitarán personas que puedan y quieran trabajar más tiempo, y empresas e instituciones públicas que quieran y tengan incentivos para contratarlas.<sup>149</sup> Para ello, habrá que:

- **Adecuar los trabajos futuros a las capacidades e intereses de los trabajadores y trabajadoras más sénior**, de forma que la opción de permanecer en el mercado laboral les resulte viable y atractiva. Esto implicará crear nuevos puestos en las empresas y las Administraciones públicas, e ir adaptando los ya existentes en función de la edad de la persona que los ocupa a través de la implementación de itinerarios flexibles. El avance de la edad suele ir asociada a un deterioro de la capacidad física y de las habilidades relacionadas con el manejo de las nuevas tecnologías, pero también acarrea más experiencia y el desarrollo de habilidades esenciales en muchos ámbitos.<sup>150</sup> Habrá que promover la retención de la experiencia, la cooperación intergeneracional y el aprendizaje permanente, sobre todo en materia de tecnología digital, en aras de evitar un aumento del

riesgo de exclusión laboral vinculado a la edad.<sup>151</sup> De igual modo, habrá que fomentar la existencia de entornos de trabajo adaptados a las diversas necesidades de la población trabajadora de más edad, algo que ayudará a evitar el retiro prematuro por problemas de salud.<sup>152</sup> La extensión del teletrabajo podría ser de suma utilidad.<sup>153</sup>

- **Crear mecanismos fiscales y salariales que permitan adaptar, flexibilizar y fomentar la participación en el mercado laboral de las cohortes mayores.** En España existen incentivos poco eficaces para seguir trabajando más allá de la edad legal de jubilación. En el futuro, será necesario corregir esta situación, creando un buen engarce entre el mercado laboral y la jubilación, de forma que la permanencia en activo sea atractiva a cualquier edad. Al hacerlo, habrá que tener muy en cuenta las desigualdades existentes en la esperanza de vida en buena salud.
- **Romper estereotipos,** dando a comprender a quien trabaja y a quien emplea que la situación física y las capacidades laborales de las personas de 70 años no distan mucho de las que tienen personas de 65.

Naturalmente, **no todo será trabajar.** El envejecimiento activo implica también que la ciudadanía sénior sea un agente activo de la sociedad, presente en multitud de espacios más allá del mercado laboral. Estos espacios incluyen el voluntariado, la participación social, el cuidado familiar, el estudio, y un largo etcétera. Los datos de “participación social” del *Índice de Envejecimiento Activo* evidencian una tendencia al alza en este tipo de actividades entre la población española. A largo plazo, la aspiración debe ser asemejarnos a países referentes en este ámbito, como Bélgica o Países Bajos.<sup>154</sup>

## II. La adecuación del sistema de pensiones a las nuevas realidades demográficas y sociales

**El futuro aumento de la longevidad acentuará el reto de la sostenibilidad de nuestro sistema público de pensiones.** En 2050, por cada persona mayor de 64 años habrá 1,7 personas en edad de trabajar, frente a las 3,4 actuales.<sup>155</sup> Los distintos ejercicios de simulación realizados sugieren que, en España, el gasto en pensiones contributivas se situará en una horquilla de entre el 15,2% y el 16,9% del PIB en 2050,<sup>156</sup> frente al 10,8% de 2019;<sup>157</sup> un aumento que podría ser menor en función del impacto de las medidas que se están discutiendo en la actualidad. Ahora bien, como ya hemos señalado, **la clave de la sostenibilidad del sistema no está exclusivamente en el gasto, sino en la relación que, necesariamente, ha de existir entre el gasto y los ingresos, siendo ahí donde emergen las mayores incertidumbres.**

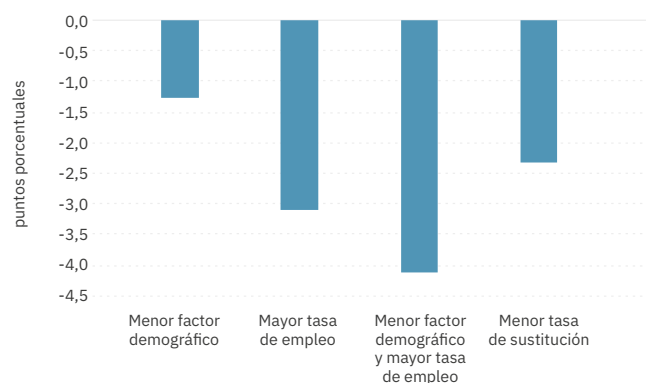
Los ingresos del sistema dependen del crecimiento económico, de la generación de empleo y del nivel de las cotizaciones sociales (estas últimas, relativamente altas en comparación con otros países). Aun cuando las reformas orientadas a elevar la productividad y la tasa de empleo de nuestro país puedan relanzar el crecimiento de la renta a largo plazo, no es descartable que asistamos a un escenario de crecimiento económico y aumento del empleo más moderados que los observados en las décadas precedentes [véanse capítulos 1 y 7]. En ese escenario, **la brecha entre el gasto en pensiones y los ingresos por cotizaciones sociales tenderá a ampliarse.** Por eso, se hace imprescindible comprender qué factores determinarán la evolución del gasto futuro en pensiones, a fin de diseñar el menú de estrategias anticipatorias más adecuadas.

En la figura 21 se realiza una primera aproximación en este sentido,<sup>158</sup> ilustrando cómo los condicionantes demográficos, económicos, laborales e institucionales podrían afectar al gasto en pensiones sobre el PIB de nuestro país de aquí a 2050. A diferencia de las estimaciones



previamente señaladas, este es un ejercicio ilustrativo que no incorpora la interacción entre los distintos factores explicativos.

**Fig. 21. Variación del gasto público en pensiones contributivas (% del PIB) en España bajo escenarios alternativos y en relación con un escenario base, 2050**



Fuentes: Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat, INE y Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.<sup>159</sup>

Partimos de un escenario en el que la tasa de dependencia, calculada a partir de los 67 años, evoluciona según las proyecciones de Eurostat hasta alcanzar el 53,3% en 2050, mientras que la tasa de empleo sobre la población en edad de trabajar y la tasa de sustitución se mantienen en los valores de 2019.<sup>160</sup> Una reducción de la tasa de dependencia del orden de 3,5 puntos, resultado de **una adaptación progresiva de la vida laboral al aumento de la esperanza de vida** y/o una mayor migración de población en edad de trabajar que la prevista en el escenario base considerado, **reduciría el gasto en algo más de 1 punto del PIB. Un efecto aún mayor, de 3 puntos sobre el PIB, se obtendría elevando la tasa de empleo** agregada hasta el 72%, desde el 60% actual [véase capítulo 7].<sup>161</sup> Una combinación de este escenario de mayor empleo con el de menor tasa de dependencia permitiría una reducción de **4 puntos en la ratio de gasto sobre PIB**. De hecho, este aumento de la tasa de empleo podría responder, en parte, a mayores tasas de actividad y empleo en las cohortes de edades más avanzadas, inducidas o por iniciativa propia. A su vez, una reducción de la tasa de sustitución, debida a cambios legales sobre el cálculo de las pensiones o a un mayor crecimiento de los salarios asociado a un mayor incremento de la productividad, también podría reducir el gasto en pensiones sobre el PIB. Por ejemplo, la reducción de dicha tasa de sustitución en 6 puntos contendría el gasto en pensiones en más de 2 puntos.<sup>162</sup> Es necesario señalar que con un mayor crecimiento de la productividad se pueden lograr pensiones más altas aun cuando la tasa de sustitución disminuya.

De este ejercicio se deduce la enorme complejidad de la reforma que se requiere. En los próximos años, el sistema de pensiones español habrá de superar **el triple desafío de fortalecer la sostenibilidad financiera, proporcionar ingresos adecuados en la jubilación, y garantizar la equidad intergeneracional**.<sup>163</sup> Para ello, habrá que definir y anticipar los mayores recursos requeridos para ajustar los ingresos o redistribuir partidas de gasto, y explicitar las implicaciones sobre la equidad intergeneracional de las decisiones adoptadas. Se tome la vía que se tome, esta tendrá que respetar el principio de igualdad de todas las generaciones de nuestro país, incluyendo a las más jóvenes.

El Pacto de Toledo da algunos pasos en esta dirección. En él se recoge, entre otras cosas, la necesidad de aproximar paulatinamente la edad de jubilación efectiva a la legal, promover el alargamiento de la vida laboral, e impulsar la previsión social complementaria.<sup>164</sup> En esta línea, está cobrando fuerza el **fomento de los planes de pensiones de empleo** como complemento

a la pensión pública, con los que se pretende impulsar una cultura de ahorro a lo largo del ciclo vital, pero siempre sin obviar las diferencias en la capacidad que tiene la población para ello: las personas con menor nivel de renta tendrán mayores dificultades para generar un colchón de ahorro, por lo que habrá que prestar una especial atención a estos colectivos. De hecho, se está barajando la creación de un **fondo público que facilite el acceso a los planes de empleo por parte de pymes y autónomos**.<sup>165</sup>

En cualquier caso, **aún quedan muchos asuntos pendientes**. El debate sobre las pensiones, lejos de haber concluido, apenas acaba de comenzar. Es imprescindible que se tomen decisiones cuanto antes que nos permitan **diseñar los mecanismos adecuados para evitar ajustes bruscos a largo plazo**. Esto debe hacerse, además, desde un enfoque prospectivo, que tenga en cuenta los cambios sociales y económicos que se irán produciendo en España de aquí a 2050, y reflexione sobre cómo deberá adaptarse nuestro sistema público de pensiones en función de ellos. Por ejemplo, habrá que estudiar cómo afectará al cálculo de la pensión de jubilación el hecho de que las carreras laborales sean más discontinuas y heterogéneas de lo que lo son hoy. De igual modo, habrá que repensar el funcionamiento de pensiones como la de viudedad y su adaptación progresiva a un mundo en el que la mujer tendrá unos niveles de formación y desarrollo profesional equiparables a los de los hombres, sin olvidar la importante labor de protección que todavía juegan en la actualidad.<sup>166</sup> Las revisiones que se produzcan en adelante habrán de tener en cuenta, además, las potenciales pérdidas de cotizaciones derivadas del cuidado familiar.<sup>167</sup> La reciente aprobación de un nuevo complemento orientado a seguir reduciendo la brecha de género en las pensiones es un avance más en este sentido.<sup>168</sup>

### III. Los cambios en la utilización de servicios sanitarios

Como ya vimos, **no es de esperar que el cambio demográfico por sí solo dispare el gasto del sistema sanitario**, aunque esto dependerá, en gran medida, de cuál sea el estado de salud de las cohortes de personas en edades avanzadas y de cómo evolucione la estructura y la cobertura de las prestaciones sanitarias. Las proyecciones realizadas en el *Ageing Report* de 2018 de la Comisión Europea establecen distintos escenarios de elevación del gasto sanitario público (GSP) en función de la evolución de la salud de la población.<sup>169</sup> **En un escenario en el que las ganancias en esperanza de vida no van acompañadas de un mejor estado de salud, el efecto del envejecimiento impulsaría el gasto sanitario público en 0,9 puntos del PIB para 2050**.<sup>170</sup> Ahora bien, **si queremos mantener un sistema sanitario puntero que responda a las futuras necesidades y demandas de servicios, este aumento del gasto debería ser superior**.

Para tener una prognosis completa, a este escenario base hay que añadir **los posibles efectos disruptivos de novedades tecnológicas y sanitarias**. En las próximas décadas, posiblemente veremos la generalización de innovaciones farmacéuticas y biotecnológicas revolucionarias, como la terapia génica, las células madre, el uso masivo de datos y sistemas de Inteligencia Artificial, la robótica o los *wearables*, que permitirán el desarrollo de una medicina mucho más personalizada, predictiva y efectiva, especialmente en áreas terapéuticas como la oncológica.<sup>171</sup> La tecnología también permitirá predecir el tiempo de supervivencia con más precisión y, con ello, las consecuencias de las enfermedades sobre los últimos momentos de la vida. El concepto de “calidad de la muerte” complementará al de calidad de vida. Se producirá un importante desarrollo de los servicios de cuidados paliativos y evolucionarán las posiciones sociales en cuestiones éticas relacionadas con el derecho a una muerte digna. En este sentido, cabe destacar la reciente aprobación de la ley de regulación de la eutanasia en nuestro país, convirtiendo a España en el sexto país del mundo en legalizar la muerte digna.<sup>172</sup>

Todos estos avances acarrearán desafíos y oportunidades para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud que convendría empezar a analizar cuanto antes. Habrá que contar con un plan definido del tipo de servicio de salud que queremos tener como país y diseñar normas precisas que nos permitan determinar los beneficios y la eficacia de las innovaciones sanitarias. A este respecto, conviene tener en cuenta que, en España, como en la práctica totalidad de los países, los precios de las innovaciones sanitarias no son fijados por el mercado, sino que se establecen a través de una negociación entre el decisor público y las empresas comercializadoras. Por ello, **el papel de las políticas públicas y el marco normativo establecido serán fundamentales para el control del gasto sanitario**. El objetivo debe ser que se relacione el precio que la administración sanitaria paga por las nuevas tecnologías y tratamientos con el valor terapéutico y social de los mismos.<sup>173</sup>

El futuro también traerá la aparición de **nuevas enfermedades transmisibles** (como lo fue el VIH/SIDA en los años ochenta del siglo pasado y lo es hoy la COVID-19) y **el incremento de otras enfermedades no transmisibles**, como aquellas de tipo mental o neurodegenerativo. Esto obligará a lograr una mejor coordinación entre el Sistema Nacional de Salud y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, y a adaptar nuestro sistema sanitario, pasando de un modelo organizativo muy centrado en el tratamiento de eventos agudos (el actual) a un **modelo más centrado en la cronicidad**.<sup>174</sup>

De igual modo, la proliferación y prevalencia de este tipo de enfermedades dependerá de la puesta en marcha de nuevas **políticas de promoción y prevención de la salud y mecanismos de diagnóstico temprano**. Como es bien sabido, los determinantes de la salud son múltiples y van mucho más allá de la esfera sanitaria.<sup>175</sup> La difusión de prácticas sociales como el sedentarismo, el tabaquismo o el abandono de la dieta mediterránea, tendrá efectos profundos en la salud de las personas mayores y en el gasto público sanitario [véase capítulo 9]. Para paliarlos, habrá que combatir estas prácticas de raíz, fomentando la educación en hábitos saludables e introduciendo la perspectiva de salud en todas las políticas. En este sentido, hay que subrayar que, si bien en España podemos encontrar ejemplos de buenas **políticas de salud pública**, en sentido amplio, y de **envejecimiento saludable**,<sup>176</sup> no existe un marco meditado, aplicado y maduro de políticas en materia de salud dirigidas al largo plazo. Habrá que crearlo en los próximos años.

**Esta clase de reformas**, unidas a otros cambios organizativos y de mejora en la gobernanza sanitaria, **pueden tener un mayor efecto sobre la evolución del gasto sanitario que los aspectos derivados del propio envejecimiento demográfico, y pueden servir, a su vez, para potenciar el papel del Sistema Nacional de Salud como fuente de innovación y de generación de empleo de calidad**.

#### **IV. La necesidad de ofrecer cuidados de larga duración de calidad a una parte creciente de la población**

El sistema de cuidados de nuestro país cambiará drásticamente en las próximas décadas. La pandemia del coronavirus ha puesto en evidencia la enorme importancia de los cuidados y **el margen de mejora que presenta el modelo de atención en residencias**, algo que, unido a los cambios demográficos, sanitarios y culturales ya mencionados, precipitará una ampliación y transformación profunda del sistema.

La relación positiva que existe entre longevidad y dependencia, y la menor disponibilidad de cuidadores tradicionales apuntan a una **creciente necesidad de cuidados de larga duración** y a una **cierta sustitución del cuidado informal por los servicios profesionales**.<sup>177</sup> No es evidente

todavía cómo se articulará esta combinación, pero lo que resulta indudable es que el cuidado informal seguirá siendo decisivo y, en muchos casos, complementario al profesionalizado.

Otra de las certezas que emergen es que **el foco se pondrá cada vez más en las personas**. El modelo tradicional se redefinirá y surgirán nuevas formas de atención integral centradas en la persona, diseñadas para conseguir que los individuos que reciben los cuidados puedan seguir manteniendo su independencia y autonomía.<sup>178</sup>

La fuerte preferencia de la población a envejecer en su casa,<sup>179</sup> por un lado, y el aumento de los hogares unipersonales entre las personas de más de 65 años,<sup>180</sup> por otro, plantean un reto importante para el diseño de estos futuros servicios. Lo más probable es que **las residencias se transformen**, evolucionando del modelo “institucional” actual a un modelo “hogar”.<sup>181</sup> En paralelo, emergerán nuevas opciones, como las fórmulas de autocuidado basadas en innovaciones tecnológicas (telemedicina, *apps*, supervisión por Internet, adaptaciones domóticas), **la cohabitación** con apoyo intergeneracional entre miembros que no sean de la familia, el denominado **senior cohousing** en sus múltiples formas (viviendas colaborativas, cooperativas, colectivas),<sup>182</sup> o los bancos de tiempo o voluntariado de acompañamiento orientados a evitar la soledad no deseada y fomentar la participación de estas personas en la sociedad.<sup>183</sup>

En lo que respecta al **perfil de las personas cuidadoras familiares**, este también experimentará algunas transformaciones provocadas por el propio cambio demográfico, con una presencia creciente de las parejas (en sustitución de las hijas), los hombres y las personas mayores como cuidadoras principales.<sup>184</sup> La alternancia de los roles de la persona cuidadora y cuidada será cada vez más frecuente, con posibles solapamientos entre ellos, sobre todo durante la primera etapa de la vejez.<sup>185</sup>

Las proyecciones realizadas por el *Ageing Report* sugieren que, en un escenario donde las ganancias en esperanza de vida no se ven acompañadas de mejoras en la salud, el gasto público de España en cuidados de larga duración podría ascender al 1,8% del PIB en 2050, frente al 0,8% actual.<sup>186</sup> En un escenario de transición a cuidados profesionales, el gasto se elevaría hasta el 2,2% del PIB, mientras que, si convergemos en costes y cobertura con otros países de la UE, el gasto público subiría hasta el 3,0% del PIB. Dada la situación actual, **un escenario intermedio de gasto de entre el 2,2% y el 3,0% resulta el más plausible**. De hecho, nuestros cálculos indican que, **en las próximas tres décadas, el número de personas mayores de 65 años beneficiarias de ayudas a la dependencia en España podría duplicarse, pasando de las 806.963 actuales a más de 1.600.000 en 2050**.<sup>187</sup> Otros estudios arrojan cifras similares.<sup>188</sup>

Es cierto que las mejoras en los hábitos de la población y los avances tecnológicos reducirán significativamente las necesidades de cuidado en términos relativos. Sin embargo, también es verdad que el grado de cobertura de las ayudas debería incrementarse respecto a la situación actual. De ello se colige que **las necesidades de cuidados crecerán drásticamente en términos absolutos de aquí a 2050**. Esto constituirá un reto notable para nuestro país, pero también **una oportunidad magnífica para la creación de empresas y empleo**, cuyo ámbito podría extenderse incluso más allá del de la población nacional. España es considerada uno de los mejores destinos del mundo para residir tras la jubilación,<sup>189</sup> gracias a su excelente posición geográfica, clima, forma de vida, y red de infraestructuras y transporte. Si explotamos bien esta ventaja, nuestro país podría convertirse en un referente europeo y mundial en la prestación de servicios a personas mayores y generar en torno a ella una actividad económica notable,<sup>190</sup> que vendría a sumarse a los beneficios reportados por la llamada *silver economy* en sectores como la movilidad, el ocio, la educación o la vivienda [véase capítulo 1].

## LO QUE PODRÍA HACERSE PARA ADAPTAR NUESTRO ESTADO DE BIENESTAR A UNA SOCIEDAD MÁS LONGEVA

De aquí a 2050, España deberá modificar buena parte de sus estructuras sociales, económicas y laborales para adaptarlas a la inevitable y afortunada realidad de una sociedad más longeva. Hacerlo implicará, entre otras cosas, **mejorar la empleabilidad de la población joven, incrementar las tasas de actividad entre las personas mayores de 55 años, reformar el sistema de pensiones para lograr la sostenibilidad financiera, adecuar el sistema sanitario y ampliar enormemente el sistema de cuidados**. Nada hace pensar, sin embargo, que estas transformaciones no puedan llevarse a cabo e, incluso, convertirse en oportunidades para aumentar la prosperidad y el bienestar de toda la ciudadanía (no solo de las personas más mayores). Este enfoque posibilista debería ser el que guíe las decisiones políticas que se adopten en el futuro.

Naturalmente, es difícil alcanzar aquello que no puede medirse. Por eso es fundamental que los españoles consensuemos, mediante el diálogo social, un **cuadro de indicadores cuantificables y una lista de objetivos concretos** que nos permitan monitorear los avances realizados y orientar la ambición de las reformas. Aquí sugerimos algunos, siguiendo los principios recogidos en la Introducción de esta *Estrategia*:

**Objetivo 28.** Incrementar progresivamente la participación laboral de las personas mayores de 55 años, situando, en 2050, las tasas de actividad a edades avanzadas en cotas cada vez más próximas a las que tienen hoy países de referencia en este ámbito, como Suecia o Dinamarca. Para ello, será necesario crear los incentivos necesarios para que las personas que lo deseen puedan seguir trabajando y para que los empleadores puedan contratarlas.

**Objetivo 29.** Elevar progresivamente el gasto público en sanidad, hasta niveles del 7% del PIB en la próxima década, para responder a las futuras necesidades y demandas de servicios sanitarios de una sociedad longeva.

**Objetivo 30.** Ampliar la cobertura y mejorar la calidad del sistema de cuidados de larga duración, elevando su financiación hasta cotas próximas al 2,5% del PIB en 2050, y prestando especial atención a su coordinación con el sistema sanitario.

**Objetivo 31.** Reducir el tiempo de espera que existe entre el reconocimiento de la situación de dependencia en el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y la concesión de las prestaciones.

### Cuadro de indicadores y objetivos

Indicadores		Lugar	Promedio 2015-2019 o último dato disponible*	Objetivos		
				2030	2040	2050
28 Tasa de actividad <sup>191</sup>	Entre 55 y 64 años (%)	España	62%*	63%	64%	67%
		UE-27	62%*	-	-	-
		UE-8	68%*	-	-	-
	Entre 65 y 74 años (%)	España	5%*	7%	9%	11%
		UE-27	11%*	-	-	-
		UE-8	11%*	-	-	-
29 Gasto público en salud (% PIB) sin incluir el gasto sanitario en cuidados de larga duración <sup>192</sup>	España	5,7%	7,0%	7,0%	7,0%	
	UE-27	5,1%	-	-	-	
	UE-8	6,6%	-	-	-	
30 Gasto público en cuidados de larga duración (% del PIB) <sup>193</sup>	España	0,8%	1,5%	2,0%	2,5%	
	UE-27	1,1%	-	-	-	
	UE-8	2,3%	-	-	-	
31 Porcentaje de personas que tienen reconocido el derecho a prestación del SAAD y no la perciben <sup>194</sup>	España	17%*	0%	0%	0%	
	UE-27	n.d.	-	-	-	
	UE-8	n.d.	-	-	-	

Para alcanzar estos objetivos, España tendrá que acometer reformas y poner en marcha iniciativas ambiciosas en cinco frentes:

#### 1<sup>er</sup> frente: Convertir la salud en un eje central de las políticas públicas, en aras de mejorar la resiliencia de la población en edades avanzadas

Se sugieren para ello cuatro políticas fundamentales:

- **Crear una Estrategia Nacional de Envejecimiento Saludable**, partiendo de la idea básica de que la salud se ve afectada por todas las políticas y no solo por aquellas consideradas estrictamente sanitarias. Dicha estrategia deberá diseñarse con la participación de todos los actores sociales, y habrá de centrarse tanto en la prevención y autocuidado de la salud a lo largo del ciclo vital (la educación en hábitos para una vida saludable desde edades tempranas es clave), como en el refuerzo de las políticas de salud pública y la reducción de las desigualdades en salud (en función del género, nivel educativo, ocupación y lugar de residencia).<sup>195</sup> La salud mental y las enfermedades neurodegenerativas, por su especial prevalencia e impacto en la población mayor, deberían ser ejes prioritarios en las políticas de salud [véase capítulo 9].
- **Establecer una Agencia de Evaluación de Políticas en Salud**, de carácter autónoma e independiente, cuya finalidad sea la evaluación *ex ante*, durante y *ex post* de aquellas intervenciones con mayor potencial para mejorar la esperanza de vida en buena salud y reducir las desigualdades, reforzando las que demuestren éxito y abandonando aquellas cuyo coste de oportunidad social exceda los beneficios alcanzados.

– **Apuntalar la solvencia del Sistema Nacional de Salud**,<sup>196</sup> realizando cambios estructurales en materia de organización de los servicios sanitarios con base en tres líneas básicas:

– **Impulsar cambios institucionales profundos que permitan crear un marco de buen gobierno de la sanidad.** Ello incluiría: 1) incrementar la transparencia de la información proporcionada a los usuarios, los profesionales del sector y la ciudadanía en general, facilitando el acceso a los informes de planificación de los servicios sanitarios y las políticas de salud, comunicando el coste de los servicios sanitarios y facilitando el libre acceso a resultados de los propios servicios sanitarios por procesos y centros; 2) mejorar los mecanismos de rendición de cuentas de la parte responsable en materia sanitaria; 3) favorecer la participación y el compromiso de la ciudadanía y el sector profesional en la toma de decisiones (ej. favorecer la libertad de elección de centro y profesionales sanitarios, y abrir a consulta profesional y ciudadana los documentos sobre proyectos y políticas sanitarios); y 4) cultivar la evaluación de las estrategias y políticas en salud.<sup>197</sup>

– **Transitar de un modelo organizativo sanitario como el actual, muy orientado al tratamiento de eventos agudos, a un modelo más centrado en la cronicidad.** Es decir, dedicar más recursos a controlar la evolución de las enfermedades crónicas y poner el foco en la prevención secundaria (detección de las enfermedades en estadios precoces) y terciaria de estos eventos (tratamiento y rehabilitación para evitar el agravamiento de la enfermedad).<sup>198</sup> Para ello, será preciso reforzar la atención primaria, y ahondar tanto en la mejora de la coordinación asistencial (atención primaria y hospitalaria) como en la coordinación entre los servicios sanitarios y los cuidados de larga duración. También será crucial la preparación ante potenciales enfermedades emergentes, como nos ha demostrado la crisis sanitaria de la COVID-19.

– **Garantizar que la financiación pública y la utilización de servicios y prestaciones sanitarias se orienten a una obtención eficiente y equitativa de resultados en salud.** Ello implicaría disponer de normas y procedimientos para que la financiación de las prestaciones médicas, medicamentos y tecnologías sanitarias se realice considerando la relación coste-efectividad de los mismos, atendiendo, además, a criterios de equidad. También implicaría la evaluación de la utilización efectiva de las prestaciones, así como la de las organizaciones sanitarias que las proveen. Por último, conllevaría la interrupción de intervenciones que se aplican habitualmente en la práctica sanitaria pero cuya efectividad, seguridad y eficiencia no ha sido probada (programas específicos de “no hacer”).<sup>199</sup>

## 2º frente: Aumentar sustancialmente la participación laboral y social de las personas en edades avanzadas, teniendo en cuenta las diferencias en salud de la población

Para lograrlo, proponemos:

– **Avanzar progresivamente hacia la simplificación y adaptación de las figuras de jubilación anticipada, parcial, flexible y activa, para mejorar la compatibilización entre pensión y trabajo.** Para ello, será necesario tener en cuenta el balance entre los dos objetivos exigibles a los programas de compatibilización: el aumento de la oferta de trabajo y la contención de los costes financieros para el sistema de Seguridad Social. Una forma de lograrlo sería potenciando la jubilación activa, mejorando el porcentaje de la

pensión disfrutada durante la fase laboral, actualizando la pensión al final del período de compatibilización o estableciendo incentivos específicos para las empresas empleadoras (ej. reducción de compensaciones salariales ligadas a la antigüedad), entre otras cosas.<sup>200</sup>

- **Desarrollar programas integrales de retención y reincorporación de trabajadores y trabajadoras sénior.**<sup>201</sup> La retención debe incorporar elementos de reciclaje, actualización y modernización dentro de la empresa, así como elementos de salud, bienestar y adaptación al puesto de trabajo. La reincorporación, por su parte, debe basarse en una transformación de las competencias de aquellas personas que no pueden continuar en los trabajos que venían desempeñando, bien sea por motivos de salud o por la excesiva carga física que llevan aparejados (ej. “sabático laboral formativo”).<sup>202</sup> Un aspecto clave en estos programas integrales será la adecuación tanto de los horarios como de la jornada laboral a las condiciones físicas y psíquicas de esta plantilla sénior.
- **Crear programas para la preparación de las transiciones** desde la vida laboral a la jubilación a partir de servicios de orientación individualizada.
- **Implementar campañas que impulsen el cambio de percepción sobre la vejez**, eliminando los estereotipos negativos y los prejuicios que existen en la actualidad. Se deberá garantizar que la edad no suponga un criterio de exclusión ni el ámbito laboral ni en ningún otro.
- **Apoyar el emprendimiento sénior**, mejorando los incentivos para que las personas de edad avanzada creen sus propias empresas alineadas con sus intereses y valores vitales, y facilitando la creación de redes de contacto para promover la difusión de conocimientos y buenas prácticas entre este colectivo.<sup>203</sup>
- **Generar espacios y programas donde las personas mayores puedan mantener y fomentar una ciudadanía activa**, que contemplen el desarrollo de redes interpersonales y la creación de nuevos vínculos. Las personas mayores que participen en actividades sociales generales o para su comunidad podrían tener reconocidas compensaciones en especie (no pecuniarias) en el disfrute de bienes y servicios públicos de su elección, o “créditos” intercambiables por estos servicios u otras prestaciones.

### 3<sup>er</sup> frente: Garantizar pensiones dignas en un marco de plena sostenibilidad de la Seguridad Social

Fortalecer la suficiencia y la sostenibilidad de las pensiones futuras debe de ser un objetivo prioritario del Estado y el conjunto de la sociedad española. Como hemos visto, los cambios demográficos y económicos que se producirán de aquí a 2050 añadirán una presión extra al sistema público. Las mejoras en el patrón de crecimiento económico y en el funcionamiento del mercado laboral (aumento de la tasa de empleo y reducción de la precariedad) que se plantean en los capítulos 1 y 7 de esta *Estrategia* ayudarán, en parte, a sortear este desafío. Existen, además, multitud de medidas, algunas de ellas ya esbozadas en las recomendaciones aprobadas por el Pacto de Toledo,<sup>204</sup> que pueden adoptarse y desarrollarse para garantizar el doble objetivo de la suficiencia (con especial énfasis en la mejora de la capacidad adquisitiva de las pensiones mínimas) y la sostenibilidad en el largo plazo. Entre ellas, señalamos tres:

- **Desarrollar un sistema de previsión complementaria** que, sin menoscabar la centralidad del sistema público y su suficiencia, se aproxime progresivamente de aquí a 2050 al



que ya existen en los países más avanzados de Europa en este ámbito. Esto permitiría complementar los ingresos en la jubilación procedentes del sistema público, alcanzando tasas de sustitución totales más elevadas y mejorando por esta vía la suficiencia del conjunto de rentas de jubilación, al tiempo que se avanza en el objetivo de su sostenibilidad. Este sistema de previsión complementaria fomentaría el ahorro, lo cual también contribuiría a un crecimiento económico más sostenido. Para lograr su cometido, este sistema debería ser de titularidad personal, de modo que acompañe al beneficiario en las diferentes fases de su vida activa y sea transportable entre empresas, e ilíquido hasta el momento de la jubilación, salvo en situaciones de necesidad como enfermedad grave, invalidez laboral o cese de actividad en el caso de quienes trabajan en régimen autónomo, entre otros motivos. Además, debería desarrollarse en el marco del diálogo entre empresas y trabajadores.

- **Continuar con la reforma del sistema público de pensiones para hacerlo más sostenible, adaptándolo a los cambios demográficos (esperanza de vida) que se vayan sucediendo, e introduciendo mecanismos de revisión periódica asociados a modificaciones en las dinámicas económicas y laborales.** El desarrollo de medidas destinadas a equiparar los criterios de cotización de quienes trabajan en Régimen Autónomo a los del Régimen General, ligando las cotizaciones de los primeros a sus ingresos netos efectivos, sería igualmente recomendable. Asimismo, se hace necesario avanzar en la protección de los trabajadores y trabajadoras no convencionales, dado su previsible aumento en el futuro.
- **Establecer una figura avanzada de jubilación activa,** que permita prolongar nuestra vida laboral de un modo satisfactorio para todos y todas.
- **En las próximas décadas, y una vez evaluado el efecto del resto de medidas, habría que valorar la necesidad de adaptar la edad de jubilación al aumento de la esperanza de vida, sin dejar de prestar atención a las desigualdades en salud.**

Estas son solo algunas de las vías que existen para garantizar la sostenibilidad del sistema. El país puede optar por otras complementarias. En todo caso, el camino que se tome debe ser uno que **asegure la justicia y la equidad entre diferentes colectivos y generaciones (presentes y futuras), de forma que la financiación de las pensiones de unas cohortes no se haga a expensas de una carga excesiva sobre otras.** En este sentido, sería recomendable **explicitar las implicaciones sobre la equidad intergeneracional** de las decisiones adoptadas, así como **augmentar la transparencia** en la información ofrecida a la ciudadanía en términos de cálculo de las prestaciones, derechos acumulados, o financiación de la Seguridad Social, con el objetivo de reducir la incertidumbre de la población sobre su pensión futura y ayudarla a planificar mejor su jubilación.<sup>205</sup>

#### **4º frente: Transformar el sistema de cuidados de larga duración (CLD)**

Existen cuestiones pendientes del sistema de cuidados de nuestro país que no admiten demora: la mejora y simplificación de la gestión del SAAD; la reducción de las listas de espera; el reforzamiento de la atención domiciliaria; la priorización de la prestación directa de servicios; el incremento de la financiación y la necesidad de realizar una evaluación completa del SAAD. En este sentido, cabe señalar el camino abierto por el *Plan de Choque para el impulso del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia*<sup>206</sup> aprobado recientemente.

En aras de reforzar estas líneas de actuación y avanzar en la mejora del sistema de cuidados en su conjunto, se proponen varias medidas:<sup>207</sup>

- **Avanzar hacia una mayor profesionalización y calidad de los CLD:**
  - **Desarrollar una Estrategia Nacional de Formación en materia de CLD** destinada a lograr una mejora en la formación, capacitación y acreditación de los y las profesionales del sector.
  - **Incrementar el peso de las prestaciones en especie** (centros de día, centros de noche, teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, centros residenciales), y consensuar un porcentaje mínimo de las prestaciones totales destinadas a servicios de promoción de la autonomía. Habrá que establecer, además, condiciones claras para acceder a prestaciones económicas asociadas al cuidado en el hogar (presupuestos, inspección de la atención), y priorizar los servicios en especie.
  - **Eliminar barreras de acceso a los servicios de CLD**, a través del establecimiento de plazos máximos explícitos para la evaluación y prestación del servicio requerido, y la transmisión a la ciudadanía de información que les permita elegir el proveedor de cuidados, en función de la calidad asistencial, los servicios ofrecidos y el precio.
  - **Mejorar la coordinación entre el Sistema Nacional de Salud y los CLD**, a través de un desarrollo organizativo adecuado y con miras en modelos de atención a la cronicidad y centrados en la persona. Para favorecer este cambio, la planificación de los servicios sanitarios y los CLD debería estar integrada. Asimismo, **debería constituirse un sistema de información único para la prestación de estos servicios, favoreciendo la figura del profesional de “gestión de caso.”**
- **Cuidar a las personas que cuidan:**
  - Dedicando un porcentaje de los recursos del sistema a su formación.
  - Impulsando los servicios de “respiro y apoyo a las personas cuidadoras”.
  - Creando programas de apoyo psicológico específicos para quienes cuidan.
  - Revisando la normativa laboral para proteger a las personas cuidadoras, sea cual sea la forma de contratación (por parte del hogar o de una institución).
  - Promoviendo una cultura del cuidado entre las diferentes generaciones y géneros para una redistribución más equitativa del cuidado informal.
  - Prestigiando socialmente el desempeño de los cuidados a través de educación y campañas de sensibilización sobre su importancia.
  - Fomentando la corresponsabilidad en el cuidado a mayores, a través de una mayor presencia de los hombres en este ámbito.
- **Impulsar cambios en las formas de cuidado:**
  - Favoreciendo la elección de la ciudadanía sobre el lugar idóneo de cuidado (domicilio, institución, formas mixtas).

- Promoviendo el enfoque centrado en la persona<sup>208</sup> como modelo ético de atención en los CLD, tanto en el domicilio como en los entornos institucionalizados.
- Fomentando la inclusión de nuevas tecnologías (*apps*, supervisión por Internet, adaptaciones domóticas) en el hogar de personas con limitaciones en su autonomía.
- Impulsando el desarrollo de nuevas formas de vivienda (tuteladas, viviendas colectivas autogestionadas) y la reinención de la atención residencial a modelos más pequeños y modulares, como las unidades de convivencia, con ambientes y entornos más hogareños y personalizados.

– **Promover la generación de un conocimiento sistematizado sobre los CLD:**

- Mejorar los sistemas de información sobre CLD residencial y domiciliario, de forma homogeneizada y a escala estatal, que recoja información periódica sobre su tipología, servicios, características y personas usuarias.
- Promoviendo la investigación para la generación de conocimiento y análisis sobre las diferentes formas de CLD.
- Auspiciando experiencias piloto para la experimentación y validación de nuevos modelos de CLD, tanto en domicilios como en residencias.

**5º frente: Facilitar que las mujeres puedan tener el número de hijos e hijas que realmente desean**

En nuestro país, tenemos menos hijos e hijas de los que nos gustaría tener.<sup>209</sup> Los datos revelan que las mujeres en España desearían tener 1,9 hijos en media,<sup>210</sup> siendo el nivel actual de fecundidad de 1,2.<sup>211</sup> La manera más efectiva de avanzar en esta dirección pasa por cosechar las mejoras laborales y redistributivas recogidas en los capítulos 1, 7 y 8 de esta *Estrategia*, con especial énfasis en la reducción de la precariedad laboral y la mejora de la conciliación entre la vida profesional y personal. Al mismo tiempo, habrá que impulsar aquellas políticas familiares que mejores resultados han dado ya en otros países de nuestro entorno.<sup>212</sup> Entre otras, destacamos:

- **Fomentar una mayor igualdad en el reparto del trabajo de cuidado y la corresponsabilidad.**<sup>213</sup>
- **Reforzar la oferta pública de educación infantil de calidad** hasta alcanzar un nivel de escolarización por encima del 50% en los niños y niñas de 0 a 3 años (en la actualidad, la media nacional se sitúa en el 37%).<sup>214</sup> Países como Suecia o Dinamarca ya se sitúan por encima de este porcentaje, con una participación elevada de centros públicos.<sup>215</sup>
- **Complementar la oferta de educación de 0 a 3 años con prestaciones asistenciales que garanticen la escolarización efectiva de los niños y niñas de entornos más vulnerables.** Se propone que las familias perceptoras del Ingreso Mínimo Vital tengan acceso automático a becas de comedor y de gastos escolares también en esta etapa de la educación.<sup>216</sup>

## DESAFÍO 5: PREPARAR NUESTRO ESTADO DE BIENESTAR PARA UNA SOCIEDAD MÁS LONGEVA

<sup>1</sup> Pinilla Pallejà, Rafael, y Francisco José Goerlich Gisbert. *Esperanza de vida en España a lo largo del siglo XX. Las tablas de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística*. Bilbao: Fundación BBVA, Documentos de trabajo, n.º 11, 2006. [https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DT\\_2006\\_11.pdf](https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DT_2006_11.pdf).

<sup>2</sup> Los datos de Japón se corresponden al año 2017. Para más detalles, véase: OCDE. *Health Status*. <https://stats.oecd.org/>.

<sup>3</sup> Véanse las teorías de la Transición Epidemiológica y la Transición Sanitaria. Consúltese: Frenk, Julio, et al. "Elements for a Theory of the Health Transition." *Health Transition Review* 1, n.º 1, 1991. [www.jstor.org/stable/40608615](http://www.jstor.org/stable/40608615); Olshansky, S. Jay, y A. Brian Ault. "The Fourth Stage of the Epidemiologic Transition: The Age of Delayed Degenerative Diseases." *The Milbank Quarterly* 64, n.º 3, 1986. <https://www.jstor.org/stable/3350025?seq=1>; y Omran, Abdel R. "The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change." *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 49, n.º 4, 1971. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>.

<sup>4</sup> La "revolución cardiovascular" ha supuesto una reducción considerable de los fallecimientos por enfermedades cerebrovasculares y del corazón, y ha sido clave para la reducción de la mortalidad entre la población mayor en las últimas décadas. Para más detalles véase: García González, Juan M. "¿Por qué vivimos más? Descomposición por causa de la esperanza de vida española de 1980 a 2009." *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 148, 2014. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.148.39>; y Robles González, Elena. "¿De qué se mueren los ancianos en España?" *Estudios Geográficos* 70, 2009. <https://doi.org/10.3989/estgeogr.0465>.

<sup>5</sup> Por un lado, existe una brecha de género en esperanza de vida favorable a las mujeres, que se ha mantenido en el tiempo (en 2019, las mujeres de 65 años presentaban una esperanza de vida de 23,4 años, frente a los 19,5 años de los hombres). Por otro, un mayor nivel educativo está asociado a una mayor supervivencia en todas las edades. La relación entre ambos factores, sexo y nivel educativo, indica, además, que cuanto mayor es el nivel de estudios alcanzado, menor es la brecha que separa la supervivencia entre hombres y mujeres. Para más detalles, véase: Requena, Miguel. "La desigualdad ante la muerte: educación y esperanza de vida en España." *Perspectives Demográfiques*, n.º 006, 2017. <https://ddd.uab.cat/record/174321>.

<sup>6</sup> Los datos para el período 1908-74 provienen de *Human Mortality Database* y los de 1975 a 2019 del INE. Para más detalles, véase: Human Mortality Database. *Esperanza de vida a los 65 años*. <https://www.mortality.org/>; e INE. *Tablas de mortalidad. Tablas de mortalidad por año, sexo, edad y funciones*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177004&menu=resultados&idp=1254735573002](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177004&menu=resultados&idp=1254735573002).

<sup>7</sup> Belenes, Raimon. "Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud." *Gaceta Sanitaria* 17, n.º 2, 2003. <https://www.scielosp.org/article/gs/2003.v17n2/150-156/>.

<sup>8</sup> Boletín Oficial del Estado. *Constitución Española*. Madrid, 1978. [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con).

<sup>9</sup> Boletín Oficial del Estado. *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Madrid, 1986. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>.

<sup>10</sup> Véanse, entre otros: García Armesto, Sandra, et al. *España: Análisis del sistema sanitario. Sistemas sanitarios en transición*. 2011. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/observatorioEuropeo/EspanaAnalisisSistemaSanitario2010.pdf>; y Jiménez Palacios, Alfonso. "El Sistema Nacional de Salud 20 años después." *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI* 4, n.º 2, 2006. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-el-sistema-nacional-salud-20-13091840>.

<sup>11</sup> Variación entre 1978 y 2018. El gasto sanitario aquí recogido no incluye los servicios de cuidado de larga duración. Para más detalles, véase: OCDE. *Health expenditure and financing*. <https://stats.oecd.org/>.

<sup>12</sup> El número de médicos por cada 10.000 habitantes pasó de 15 en 1975 a casi 39 en 2017. Véase: Carreras, Albert, y Xavier Tafunell Sambola. *Estadísticas históricas de España, siglos XIX-XX*. Bilbao: Fundación BBVA, 2006. [https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE\\_2006\\_estadisticas\\_historicas.pdf](https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2006_estadisticas_historicas.pdf); y OMS. *The Global Health Observatory. Medical doctors (per 10 000 population)*. <https://www.who.int/data/gho>.

<sup>13</sup> Boletín Oficial del Estado. *Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes*. Madrid, 1989. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1989/09/08/1088>.

<sup>14</sup> Boletín Oficial del Estado. *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, 2003. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>; y *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud*. Madrid, 2018. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2018/07/27/7>.

<sup>15</sup> Los principales rankings de calidad y eficiencia de los sectores sanitarios del mundo sitúan a España en una buena posición relativa. Por ejemplo, nuestro sistema sanitario ocupa el puesto 19 de 195 de acuerdo al *Health Access and Quality Index* y el puesto 15 de 195 según el *Global Health Security Index*. Para más detalles, véase: GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. "Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016." *The Lancet* 391, n.º 10136, 2018. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2); Health Consumer Powerhouse. *Euro Health Consumer Index 2018 report*. 2019. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>; Nuclear Threat Initiative, Johns Hopkins Center for Health Security, y The Economist Intelligence Unit. *Global health security index: Building collective action and accountability*. 2019. <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/04/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>; y Tandon, Ajay, Christopher J.L. Murray, Jeremy A. Lauer, y David B. Evans. "Measuring overall health system performance for 191 countries." *World Health Organization, GPE Discussion Paper*, n.º 30, 2000. <https://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf>.

<sup>16</sup> OECD. *Spain: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. París: OECD Publishing; Bruselas: European Observatory on Health Systems and Policies, 2019. <https://doi.org/10.1787/8f834636-en>.

<sup>17</sup> Eurostat. *Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile [hlth\_silc\_08]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

<sup>18</sup> Ministerio de Sanidad. *Nota de prensa: España revalida en 2019 su liderazgo mundial en donación de órganos y aporta el 20% de los donantes de la UE y el 6% del mundo*. Madrid, 2020. [http://www.ont.es/Documents/07.09.2020%20NPONT%20RegistroMundial\\_.pdf](http://www.ont.es/Documents/07.09.2020%20NPONT%20RegistroMundial_.pdf).

<sup>19</sup> Véase: Global Observatory on Donation and Transplantation. *Newsletter Transplant. International Figures on Donation and Transplantation 2019*. 2020. [http://www.ont.es/publicaciones/Documents/NEWSLETTER%202020\\_baja.pdf](http://www.ont.es/publicaciones/Documents/NEWSLETTER%202020_baja.pdf); y Matesanz, Rafael (ed.). *El modelo español de coordinación y trasplantes*. Madrid: Aula Médica, 2008. <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/modeloespanol.pdf>.

<sup>20</sup> Ministerio de Sanidad. *Nota de prensa: España revalida en 2019 su liderazgo mundial en donación de órganos y aporta el 20% de los donantes de la UE y el 6% del mundo*. Madrid, 2020. [http://www.ont.es/Documents/07.09.2020%20NPONT%20RegistroMundial\\_.pdf](http://www.ont.es/Documents/07.09.2020%20NPONT%20RegistroMundial_.pdf).

<sup>21</sup> Necesidades de atención médica insatisfechas debidas al coste, la distancia o los tiempos de espera. La población con ingresos bajos y altos se corresponde con el primer y quinto quintil de renta, respectivamente. Véase: Eurostat. *Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile [hlth\_silc\_08]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

<sup>22</sup> Global Observatory on Donation and Transplantation. *Global Data*. <http://www.transplant-observatory.org/data-charts-and-tables/>.

<sup>23</sup> Boletín Oficial del Estado. *Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas*. Madrid, 1990. <https://www.boe.es/eli/es/l/1990/12/20/26>.

<sup>24</sup> Además, la ratio de pensiones contributivas sobre la población total ha pasado del 12% en 1980 al 21% en 2019. Para más detalles, consúltese: INE. *Cifras de población. Población residente por fecha, sexo y edad*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176951&menu=resultados&idp=1254735572981](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=resultados&idp=1254735572981); y Ministerio de Trabajo y Economía Social. *Estadísticas. Prestaciones de Seguridad Social y otra protección social*. <https://expinterweb.mitramiss.gob.es/series/>.

<sup>25</sup> Variable expresada en euros constantes de 2015 (año base). En 2020, se representa el promedio desde enero a noviembre del importe medio de la pensión contributiva de jubilación. Véase: AMECO. *National consumer price index (All-items) [ZCPIN]*. [https://ec.europa.eu/economy\\_finance/ameco/user/serie/SelectSerie.cfm](https://ec.europa.eu/economy_finance/ameco/user/serie/SelectSerie.cfm); y Ministerio de Trabajo y Economía Social. *Estadísticas. Prestaciones de Seguridad Social y otra protección social*. <https://expinterweb.mitramiss.gob.es/series/>.

<sup>26</sup> Este número de personas beneficiarias con prestaciones, aunque insuficiente, es 2,6 veces mayor que el que se registraba en 2008. En diciembre de 2008, había 422.846 personas beneficiarias del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia con prestaciones; en enero de 2021, esta cifra ascendía a 1.120.233 personas. Para más detalles, véase: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

*Estadísticas. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Histórico. Informes publicados*. [https://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/estadisticas/info\\_d/estadisticas/est\\_inf/inf\\_gp/2020/index.htm](https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/estadisticas/est_inf/inf_gp/2020/index.htm).

<sup>27</sup> Según la OMS, la salud se define como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad”. Por tanto, la salud de un individuo o de una población no puede evaluarse atendiendo solo a la prevalencia de enfermedades físicas o trastornos mentales (salud negativa), sino que debe incorporar también la posibilidad de desarrollar del mejor modo posible las potencialidades físicas, intelectuales y sociales de cada persona (salud positiva). Sobre este asunto véase: OMS. “Constitution.” WHO, <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>.

<sup>28</sup> La desigualdad en salud a edades avanzadas es un reflejo de la desigualdad a lo largo del ciclo vital. Así, las mujeres esperan vivir más años, pero con peor salud; las personas con menor nivel de estudios también viven menos años y un mayor número de ellos con mala salud, y existen divergencias regionales entre las personas que habitan en el norte de España y en el resto del país. Para más detalles, véase: Costa-Font, Joan, Cristina Hernández-Quevedo, y Dolores Jiménez-Rubio. “Income inequalities in unhealthy lifestyles in England and Spain.” *Economics & Human Biology* 13, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2013.03.003>; Gispert, Rosa, Miguel Ruíz-Ramos, María Arán Barés, Francisco Viciano, y Guillém Clot-Razquin. “Diferencias en la esperanza de vida libre de discapacidad por sexo y Comunidades Autónomas en España.” *Revista Española de Salud Pública* 81, n.º 2, 2007. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272007000200006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000200006); Gómez Redondo, Rosa, y Celia Fernández-Carro. “Personas mayores, Discapacidad y Dependencia.” En Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (eds.). *Informe 2014: Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Colección Documentos, Serie Documentos Estadísticos, n.º 22029, 2016. 329-42; Martín, Unai, Antía Domínguez-Rodríguez, y Amaia Bacigalupe. “Desigualdades sociales en salud en población mayor: una aportación desde la salud pública al debate sobre el retraso de la edad de jubilación en España.” *Gaceta Sanitaria* 33, n.º 1, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.010>; Pujol Rodríguez, Rogelio, Antonio Abellán, y María Puga. “Evolución y diferencias territoriales de la Esperanza de Vida Libre de Discapacidad a los 65 años en España.” En *XIV Congreso Nacional de la Población*. Sevilla: AGE, 2014; Requena, Miguel. “La desigualdad ante la muerte: educación y esperanza de vida en España.” *Perspectives Demográfiques*, n.º 006, 2017. <https://ddd.uab.cat/record/174321>; y Solé-Auró, Aida, Unai Martín, y Antía Domínguez Rodríguez. “Educational Inequalities in Life and Healthy Life Expectancies among the 50-Plus in Spain.” *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, n.º 3558, 2020. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103558>.

<sup>29</sup> Eurostat. *Healthy life years by sex (from 2004 onwards) [hlth\_hlye]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

<sup>30</sup> INE. *Encuesta Nacional de Salud. Encuesta 2017. Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175#Itabs-1254736195650](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175#Itabs-1254736195650).

<sup>31</sup> OCDE. *Family Database*. <https://stats.oecd.org/>.

<sup>32</sup> INE. *Indicadores demográficos básicos. Indicador Coyuntural de Fecundidad según orden del nacimiento y nacionalidad (española/extranjera) de la madre*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177003&menu=resultados&idp=1254735573002#!tabs-1254736195380](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=resultados&idp=1254735573002#!tabs-1254736195380).

<sup>33</sup> Planelles Romero, Joaquín. “El futuro de la población. La población del futuro.” En *Economistas sin Fronteras. Demografía: Cambios en el modelo Reproductivo*. Dossieres EsF, n.º 36, 2020. 28-33. <https://ecosfron.org/wp-content/uploads/2020/01/Dossieres-EsF-36-DEMOGRAF%C3%8DA.pdf>.

<sup>34</sup> Sobre esta cuestión véase: Esteve, A., D. Devolder, y A. Domingo. “La infecundidad en España: tic-tac, tic-tac, tic-tac!!!” *Perspectives Demográfiques*, n.º 001, 2016; y Seiz, Marta. “Voluntary Childlessness in Southern Europe: The Case of Spain.” *Population Review* 52, n.º 1, 2013. <https://doi.org/10.1353/prv.2013.0006>.

<sup>35</sup> Sobre esta cuestión véase, entre otros: Castro-Martín, Teresa, y Teresa Martín-García. “La fecundidad en España: entre las más bajas del mundo y sin muchas perspectivas de recuperación.” En Juan Manuel García González, y Dolores Puga (coords.). *Retos demográficos*, Madrid: Funcas, Panorama Social, n.º 23, 2016. 11-26. <https://www.funcas.es/revista/retos-demograficos-julio-2016/>; Esteve, Albert, y Rocío Treviño. “Los grandes porqués de la (in) fecundidad en España.” *Perspectives Demográfiques*, n.º 015, 2019; e INE. *Encuesta de Fecundidad. Encuesta 2018*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177006&menu=resultados&idp=1254735573002#!tabs-1254736195659](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177006&menu=resultados&idp=1254735573002#!tabs-1254736195659).

<sup>36</sup> Pérez Díaz, Julio. “Duración de la vida, natalidad y migraciones en España.” *Economiaz, Revista vasca de Economía* 96, n.º 2, 2019. <https://econpapers.repec.org/RePEc:ekz:ekonoz:2019203>.

<sup>37</sup> INE. *Migraciones exteriores. Saldo migratorio con el extranjero*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=24403#!tabs-tabla>.

<sup>38</sup> INE. *Cifras de población. Población residente por fecha, sexo y edad*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176951&menu=resultados&idp=1254735572981](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=resultados&idp=1254735572981).

<sup>39</sup> La edad mínima para trabajar en España es a partir de los 16 años, pero para facilitar la comparativa internacional, esta se presenta a partir de los 15 años y hasta los 64.

<sup>40</sup> Los datos se corresponden a los valores a 1 de enero. Para más detalles véase: INE. *Cifras de población. Población residente por fecha, sexo y edad*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176951&menu=resultados&idp=1254735572981](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=resultados&idp=1254735572981).

<sup>41</sup> Tasa de dependencia medida como la población de 65 o más años sobre la población entre los 15 y 64 años. La UE-27 y la UE-8 se construyen como la media simple de los valores de cada país. Para más detalles, véase: Eurostat. *Old-age-dependency ratio [tps00198]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. Para más detalles sobre la construcción de la UE-8, véase el *Apunte metodológico* número I.

<sup>42</sup> Este número de años se calcula a partir de la edad efectiva de jubilación. Se muestra el promedio de ambos géneros. La UE-8 y la OCDE se construyen como la media simple de los valores de cada país.

Para 1970 y 1986, la UE-8 no incluye a Alemania por falta de datos. Para más detalles, véase: OCDE. *Expected number of years in retirement, by sex*. <https://stats.oecd.org/>.

<sup>43</sup> La tasa de actividad por grupo de edad se define como el cociente entre la población activa (ocupada y desempleada) y la población total en cada grupo. Para más detalles, véase: INE. *Encuesta de Población Activa. Tasas de actividad por sexo y grupo de edad*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176918&menu=resultados&idp=1254735976595#!tabs-1254736195128](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=resultados&idp=1254735976595#!tabs-1254736195128).

<sup>44</sup> OMS. *Active ageing: a policy framework*. Madrid, 2002. [https://www.who.int/ageing/publications/active\\_ageing/en/](https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/).

<sup>45</sup> En España, algunos estudios regionales apuntan a que un porcentaje no desdeñable de personas mayores de 55 años preferirían combinar su jornada laboral con una pensión parcial en lugar de optar por la jubilación. Para más detalles, consúltese: Del Barrio, Elena, Olga Mayoral, y Mayte Sancho (Matia Instituto Gerontológico). *Estudio sobre las condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Euskadi*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Documentos de Bienestar Social, n.º 77, 2015. <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/estudio-sobre-las-condiciones-de-vida-de-las-personas-de-55-y-mas-anos-en-euskadi>.

<sup>46</sup> OCDE. *Ageing and Employment Policies: United States 2018: Working Better with Age and Fighting Unequal Ageing, Ageing and Employment Policies*. París: OECD Publishing, 2018. <https://doi.org/10.1787/9789264190115-en>.

<sup>47</sup> Del Barrio, Elena, Olga Mayoral, y Mayte Sancho (Matia Instituto Gerontológico). *Estudio sobre las condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Euskadi*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Documentos de Bienestar Social, n.º 77, 2015. <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/estudio-sobre-las-condiciones-de-vida-de-las-personas-de-55-y-mas-anos-en-euskadi>.

<sup>48</sup> La evidencia nacional e internacional apunta a que una mayor participación laboral de las personas mayores tiende a asociarse con un mayor empleo y una menor tasa de paro de los y las jóvenes. No obstante, en el caso de Portugal e Italia, algunos estudios, aunque no todos los disponibles, sugieren que sí existe un efecto sustitución en el corto y medio plazo. Véase: Böheim, René, y Thomas Nice. “The effect of early retirement schemes on youth employment.” *IZA World of Labor* 70, 2019. <https://doi.org/10.15185/izawol.70.v2>; y Boldrin, Michele, Pilar García-Gómez, y Sergi Jiménez-Martín. “Social Security Incentives, Exit from the Workforce and Entry of the Young”, y Gruber, Jonathan, Kevin Milligan, y David A. Wise. “Introduction and Summary.” En Jonathan Gruber y David A. Wise (eds.). *Social Security Programs around the world: the relationship to youth employment*. Chicago: University of Chicago Press, 2010. 261-94. <http://www.nber.org/chapters/c8250>. Para más detalles del caso de Portugal, véase: Martins, Pedro S., Alvaro A. Novo, y Pedro Portugal. “Increasing the Legal Retirement Age: The Impact on Wages, Worker Flows and Firm Performance.” *IZA Discussion Papers*, n.º 4187, 2009. <https://www.iza.org/publications/dp/4187/increasing-the-legal-retirement-age-the-impact-on-wages-workerflows-and-firm-performance>. Sobre el caso de Italia, véase: Boeri, Tito, Pietro Garibaldi, y Espen R. Moen. “A Clash of Generations? Increase in Retirement Age and Labor Demand for Youth.” *CEPR Discussion Paper*, n.º DP11422, 2016. <https://ssrn.com/abstract=2820077>; Bovini, G., y M. Paradisi.

“Labor substitutability and the impact of raising the retirement age.” *Working Paper*, 2019. [https://scholar.harvard.edu/files/paradisi/files/paradisi\\_jmp.pdf](https://scholar.harvard.edu/files/paradisi/files/paradisi_jmp.pdf); y Carta, Francesca, Francesco D’Amuri, y Till M. von Wachter. “Workforce aging, pension reforms, and firm outcomes.” *NBER Working Paper*, n.º 28407, 2021. <https://www.nber.org/papers/w28407>.

<sup>49</sup> Conviene señalar que esta situación no siempre fue así. Cuando se analizan las tasas de actividad que tenían las personas con más de 55 años en la década de 1970, estas eran superiores. Ello, unido a las mejoras en salud, sugiere que el potencial de empleo en cohortes de edad avanzada es elevado y que, además, se ha incrementado en los últimos años. En particular, la “capacidad de trabajo residual” (medida como la diferencia entre la tasa de actividad en la década de 1970 y en la actualidad, a nivel de mortalidad constante) ha aumentado en más de 10 años en las últimas tres décadas. Consúltese: García-Gómez, Pilar, Sergi Jiménez-Martín, y Judit Vall Castelló. “Health Capacity to Work at Older Ages: Evidence from Spain.” En David A. Wise (ed.). *Social Security Programs and Retirement around the World: The Capacity to Work at Older Ages*. Chicago: University of Chicago Press, 2017. 269-300. <https://www.nber.org/chapters/c13746>.

<sup>50</sup> La tasa de actividad por grupo de edad se define como el cociente entre la población activa (ocupada y desempleada) y la población total en cada grupo. La UE-8, la UE-27 y la OCDE se construyen como la media simple de los valores de cada país. Para más detalles, véase: OCDE. *LFS by sex and age – indicators*. <https://stats.oecd.org/>.

<sup>51</sup> Herce San Miguel, José A. “Longevidad y mercado de trabajo.” *Ekonomiaz Revista Vasca de Economía*, n.º 96, 2019. <https://www.euskadi.eus/web01-a2reveko/es/k86aEkonomiazWar/ekonomiaz/abrIrArticulo?idpubl=92&registro=10>.

<sup>52</sup> En el caso de los trabajadores en régimen autónomo, el porcentaje de la pensión recibida al ser compatibilizada con el trabajo es de hasta el 100 % de la misma (siempre que el autónomo o autónoma acredite tener contratado, al menos, a una persona por cuenta ajena). Véase: Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. *Proyecto de presupuestos: Ejercicio 2021*. Madrid, 2020. <http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/7fad23dd-65cf-4ff4-baf3-50c5d2fabf61/202120003.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>

<sup>53</sup> Entre los factores que pueden explicar el uso reducido de la jubilación activa actual (vigente desde 2013), cabe destacar los siguientes: el escaso conocimiento de esta figura por parte de la ciudadanía; el hecho de que solo se permite a partir de la edad legal de jubilación y con historial completo de cotización (derecho al 100% de la base reguladora); la pérdida de ingresos en concepto de pensión (se recibe, en general, el 50% de la pensión a la que se tendría derecho de no acogerse a esta figura), y el desincentivo que supone para quien emplea seguir manteniendo trabajadores y trabajadoras con derechos salariales adquiridos (ej. cobro de trienios). Además de la jubilación activa, en España existen otras modalidades que permiten la compatibilización entre pensión y trabajo en función de una serie de criterios: la jubilación parcial (vigente desde 1984 y reformada en 2001) y la jubilación flexible (vigente desde 2002). Solo la jubilación parcial ha alcanzado cifras relevantes en el total de altas de pensiones concedidas bajo las figuras que permiten la compatibilidad, en parte, debido a que no establece coeficientes de penalización por jubilación anticipada. Consúltese: Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. *Proyecto de presupuestos: Ejercicio 2021*. Madrid, 2020. <http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/7fad23dd-65cf-4ff4-baf3-50c5d2fabf61/202120003>.

[pdf?MOD=AJPERES&CVID=](https://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/7fad23dd-65cf-4ff4-baf3-50c5d2fabf61/202120003.pdf?MOD=AJPERES&CVID=); y Sánchez Martín, Alfonso R., y Sergi Jiménez Martín. “La compatibilidad del trabajo y el cobro de pensión en España: análisis institucional en el contexto europeo.” *FEDEA, Estudios sobre la Economía Española*, n.º 2021/10, 2021. <https://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2021-11.pdf>.

<sup>54</sup> Boletín Oficial del Estado. *Real Decreto-ley 28/2018, de 28 de diciembre, para la revalorización de las pensiones públicas y otras medidas urgentes en materia social, laboral y de empleo*. Madrid, 2018. <https://www.boe.es/boe/dias/2018/12/29/pdfs/BOE-A-2018-17992.pdf>.

<sup>55</sup> La fabricación de bienes manufactureros de contenido tecnológico medio-alto supuso el 4% del empleo de España en 2019, frente al 5% de media en la UE-8. La diferencia es más amplia en el caso de los servicios intensivos en conocimiento: mientras que en nuestro país aglutinan el 36% del empleo total, en la UE-8 esta cifra asciende al 46%. Véase: Eurostat. *Employment in high and medium-high technology manufacturing sectors and knowledge-intensive service sectors [tsc00011]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

<sup>56</sup> España presenta una posición desfavorable frente a países del entorno en cuanto a la proporción de personal de edades avanzadas en empresas de menos de 10 trabajadores, con independencia de su nivel educativo, lo que puede limitar la adaptación de tareas a lo largo del ciclo vital. Para más detalles, véase: Anghel, Brindusa, y Aitor Lacuesta. “Envejecimiento, productividad y situación laboral.” Banco de España, *Artículos Analíticos, Boletín Económico*, n.º 1/2020, 2020. <https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/ArticulosAnaliticos/20/T1/descargar/Fich/be2001-art2.pdf>.

<sup>57</sup> Además, la proporción de trabajadores que cursa algún tipo de formación decrece con la edad. Para más detalles, véase: *Ibid*.

<sup>58</sup> En caso de que la pensión contributiva no alcance un valor mínimo fijado por ley, esta es complementada hasta alcanzar dicha cantidad. Este complemento a mínimos es financiado mediante impuestos generales.

<sup>59</sup> Entre 1980 y 2012, la diferencia entre los gastos e ingresos de la seguridad social contributiva ha sido positiva. Para más detalles, véase: De la Fuente, Ángel, Miguel Ángel García Díaz, y Alfonso R. Sánchez. “La salud financiera del sistema público de pensiones español. Análisis retrospectivo, proyecciones de largo plazo y factores de riesgo.” *FEDEA, Estudios sobre la Economía Española*, n.º 2017/04, 2017. <https://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2017-04.pdf>.

<sup>60</sup> El número de altas por jubilación, que había experimentado cierto descenso en los primeros años de los 2000, aumenta a partir de 2005, manteniéndose siempre por encima de 230.000 personas y alcanzando el nivel histórico más elevado en 2018 (328.159 nuevas altas). Al respecto, véase: Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. *Estadística de histórico de pensiones*. <https://w6.seg-social.es/ProsaInternetAnonimo/OnlineAccess?ARQ.SPM.ACTION=LOGIN&ARQ.SPM.APPTYPE=SERVICE&ARQ.IDAPP=ESTA0001>.

<sup>61</sup> Banco de España. *Informe Anual 2018*. Madrid, 2019. [https://www.bde.es/bde/es/secciones/informes/Publicaciones\\_an/Informe\\_anual/index2018.html](https://www.bde.es/bde/es/secciones/informes/Publicaciones_an/Informe_anual/index2018.html).

<sup>62</sup> Incluye el complemento a mínimos. Excluyendo el complemento a mínimos, el gasto público en pensiones contributivas se situaría en el

10,2% del PIB. Para más detalles, véase: INE. *Contabilidad Nacional Anual de España: principales agregados. PIB a precios de mercado*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177057&menu=resultados&idp=1254735576581](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177057&menu=resultados&idp=1254735576581); y Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. *eSTADISS: Estadísticas de pensiones*. <https://bit.ly/3j27PBN>.

<sup>63</sup> Las cotizaciones sociales a la Seguridad Social pasaron de 108.100 millones de euros en 2008 a 98.200 millones en 2013. Véase: Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. *Estadísticas. Presupuesto aprobado. Ingresos*. <http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/Estadisticas/EST66/EST67>.

<sup>64</sup> Comisión Europea. *The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070)*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union, 2018. <https://doi.org/10.2765/615631>.

<sup>65</sup> No obstante, se mantiene la posibilidad de jubilación a los 65 años para quienes hayan cotizado, al menos, 38 años y seis meses. Al respecto, véase: Boletín Oficial del Estado. *Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social*. Madrid, 2011. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-13242>.

<sup>66</sup> Sobre esta cuestión, véase: Instituto de Actuarios Españoles. *Factor de equidad actuarial del sistema contributivo de pensiones de jubilación español*. 2020. <https://www.actuarios.org/wp-content/uploads/2020/09/Informe-IAE-sobre-el-Factor-de-Equidad-Actuarial-del-Sistema-Contributivo-de-Pensiones-de-Espana.pdf>; y Moraga, María, y Roberto Ramos. “Una estimación del rendimiento financiero del sistema de pensiones.” Banco de España, *Artículos Analíticos, Boletín Económico*, n.º 3/2020, 2020. <https://www.bde.es/ff/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/ArticulosAnaliticos/20/T3/descargar/Fich/be2003-art24.pdf>.

<sup>67</sup> La situación es especialmente adversa para las mujeres más mayores y para los trabajadores y trabajadoras en régimen autónomo y no convencionales, quienes tienen cada vez una mayor importancia en nuestra sociedad. De hecho, las pensiones de jubilación para el régimen autónomo, que se caracteriza por una adhesión generalizada a bases de contribución mínimas durante la vida laboral, fueron un 41% más bajas que las pensiones medias recibidas en el régimen general en 2019. Para más detalles, véase: Comité de Protección Social, y Comisión Europea. *The 2018 Pension Adequacy Report Vol. II: Country Profiles*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union, 2018. <https://doi.org/10.2767/653851>; y Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. *eSTADISS: Estadísticas de pensiones*. <https://bit.ly/3j27PBN>.

<sup>68</sup> Sobre esta cuestión, véase: Centro de Investigaciones Sociológicas. *Barómetro de marzo 2018. Avance de resultados*. Madrid: Estudio, n.º 3207, 2018. [http://datos.cis.es/pdf/Es3207mar\\_A.pdf](http://datos.cis.es/pdf/Es3207mar_A.pdf); y Salvetti & Llombart, y Educo. *El papel de los abuelos en la crisis económica*. 2015. <http://envejecimiento.csis.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=59808>.

<sup>69</sup> En 2019, el porcentaje de personas mayores de 65 años en riesgo de pobreza o exclusión social en nuestro país era del 16% frente a un 14% de la UE-8 (calculada como la media simple de los valores de cada país), aunque inferior al de las personas de entre 18 y 64 años (27%).

Para más detalles, véase: Eurostat. *People at risk of poverty or social exclusion by age and sex [ilc\_peps01]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

<sup>70</sup> OCDE. *Pensions at a Glance 2019: OECD and G20 Indicators*. París: OECD Publishing, 2019. <https://doi.org/10.1787/b6d3dcfc-en>.

<sup>71</sup> AIREF. *Evaluación del gasto público 2019: Beneficios Fiscales*. 2020. <https://www.airef.es/wp-content/uploads/2020/PDF-WEB-BF-1.pdf#page=75>.

<sup>72</sup> Para más detalles, véase: Comité de Protección Social y Comisión Europea. *The 2018 Pension Adequacy Report Vol. I: Current and Future Income Adequacy in Old Age in the EU*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union, 2018. <https://doi.org/10.2767/406275>; y OCDE. *Pensions at a Glance 2019: OECD and G20 Indicators*. París: OECD Publishing, 2019. <https://doi.org/10.1787/b6d3dcfc-en>. Sobre la experiencia sueca de la reforma del sistema de pensiones, consúltese: Boada-Penas, María del Carmen. “Reformas del sistema de pensiones: La Experiencia Sueca.” *FEDEA, Documento de Trabajo*, n.º 2021/03, 2021. <https://documentos.fedea.net/pubs/dt/2021/dt2021-03.pdf>.

<sup>73</sup> Conviene tener en cuenta que las cotizaciones sociales en España ya son más elevadas que en la media de la UE, y que recurrir a impuestos generales haría opaca la relación directa y transparente entre ingresos y prestaciones propia de un sistema de reparto. Además, al recaer sobre toda la población, un aumento de los impuestos generales reduciría las pensiones en términos netos. Para más detalles véase: Hernández de Cos, Pablo, Juan Francisco Jimeno, y Roberto Ramos. “El sistema público de pensiones en España: Situación actual, retos y alternativas de reforma.” *Documentos Ocasionales*, n.º 1701, Banco de España, 2017. <https://www.bde.es/ff/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSerias/DocumentosOcasionales/17/Fich/do1701.pdf>.

<sup>74</sup> Boletín Oficial de las Cortes Generales. *Informe de evaluación y reforma del Pacto de Toledo*. Madrid, 2020. [https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-187.PDF](https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-187.PDF).

<sup>75</sup> Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. “¿Qué gastos no contributivos financia la Seguridad Social?” Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, <https://revista.seg-social.es/2020/10/29/que-son-los-gastos-impropios-de-la-seguridad-social/>.

<sup>76</sup> La implementación de un sistema de cuentas nocionales, en el cual la pensión pública se calcula en función de las cotizaciones realizadas a la Seguridad Social por el trabajador desde su incorporación al mercado laboral, de su esperanza de vida en el momento de jubilarse y de las condiciones económicas previstas, es otra de las alternativas contempladas. Un aspecto relevante que cabe mencionar es la necesidad de que las proyecciones económicas y demográficas cambien suavemente y no respondan en exceso a los cambios cíclicos de la economía en el corto plazo. En la medida en que las pensiones iniciales terminen siendo superiores o inferiores a lo que deberían haber sido, debido a un error de predicción, sería necesario establecer un ajuste adicional mediante, por ejemplo, una revalorización anual por debajo o por encima del IPC, respectivamente. Para más detalles, véase: Devesa, José Enrique, y Rafael Domenech. “Sostenibilidad y suficiencia. Las cuentas nocionales como un mecanismo de disciplina.” En Instituto Santalucía (ed.). *Pensiones del futuro*. Madrid: Instituto Santalucía. <https://institutosantalucia.es/pensiones-del-futuro/>; y Devesa, Enrique, y Rafael Domenech. “Las cuentas nocionales individuales: elemento



central de la reforma del sistema de pensiones en España.” *FEDEA, Policy Papers*, n.º 2021/02, 2021. <https://documentos.fedea.net/pubs/fpp/2021/02/FPP2021-02.pdf>.

<sup>77</sup> Grupo De Trabajo De Análisis Del Gasto Sanitario - IGAE. “Informe del grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario.” 2005. <https://www.hacienda.gob.es/Documentacion/Publico/PortalVarios/FinanciacionTerritorial/Autonomica/IGTGS2005.pdf>.

<sup>78</sup> El gasto sanitario aquí recogido no incluye los servicios de atención de larga duración. Para los datos, véase: OCDE. *Health expenditure and financing*. <https://stats.oecd.org/>.

<sup>79</sup> Zweifel, Peter, Stefan Felder, y Markus Meiers. “Ageing of population and health care expenditure: a red herring?” *Health Economics* 8, n.º 6, 1999. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1050\(199909\)8:6<485::AID-HEC461>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1050(199909)8:6<485::AID-HEC461>3.0.CO;2-4).

<sup>80</sup> Sobre esta cuestión, véase: Breyer, Friedrich, Joan Costa-Font, y Stefan Felder. “Ageing, health, and health care.” *Oxford Review of Economic Policy* 26, n.º 4, 2010. <https://doi.org/10.1093/oxrep/grq032>; Carreras, Marc, Pere Ibern, y José María Inoriza. “Ageing and healthcare expenditures: Exploring the role of individual health status.” *Health Economics* 27, n.º 5, 2018. <https://doi.org/10.1002/hec.3635>; y Costa-Font, Joan, y Cristina Vilaplana-Prieto. “More Than One Red Herring’? Heterogeneous Effects of Ageing on Healthcare Utilisation.” *Health Economics*, 2020. <https://doi.org/10.1002/hec.4035>.

<sup>81</sup> Es necesario matizar que España presenta una brecha en recaudación tributaria significativa respecto a los países más desarrollados de Europa [véase capítulo 8]. Ello condiciona la disponibilidad de recursos para destinar, entre otras cosas, a gasto sanitario público.

<sup>82</sup> El gasto sanitario aquí recogido no incluye los servicios de atención de larga duración. La UE-8 y la UE-27 se construyen como la media simple de los valores de cada país. Para más detalles, véase: Eurostat. *Expenditure for selected health care functions by health care financing schemes [HLTH\_SHA11\_HCHF]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

<sup>83</sup> En la última década, la mayor parte del presupuesto público sanitario se ha dedicado a hospitales, siendo menor el peso otorgado a la atención primaria. Véase: Ministerio de Sanidad. *Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP). Serie 2002-2019 (Gasto sanitario público según criterio de devengo: Gasto real). Servicios hospitalarios y especializados y Servicios primarios de salud*. <https://www.msccbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>.

<sup>84</sup> En 2018, en España, el gasto en servicios de prevención y de salud pública representaba un 2,1% del gasto sanitario corriente, mientras que en la UE-8 este fue del 2,7%. Cuando se compara este gasto per cápita en el mismo año a precios corrientes y en PPA, las diferencias son de mayor magnitud: en España fue de 73 dólares por persona frente a los 144 dólares de media en la UE-8. Los datos referentes a la UE-8 se han construido como la media simple de los valores de cada uno de sus países. Para más detalles, véase: OCDE. *Health expenditure and financing. Preventive care*. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>.

<sup>85</sup> La multimorbilidad, definida como la presencia simultánea de dos o más enfermedades crónicas, es un fenómeno creciente que afecta hoy a la gran mayoría de las personas de edad avanzada.

<sup>86</sup> La dependencia se entiende como la limitación, en formas y grados muy diversos, para llevar a cabo actividades cotidianas debido a problemas físicos o cognitivos.

<sup>87</sup> Martín Palomo, María Teresa. “El *care*, un debate abierto: de las políticas de tiempos al *social care*.” *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, n.º 4, 2009. <http://dx.doi.org/10.18002/cg.v0i4.3817>.

<sup>88</sup> Los cuidados informales son aquellos brindados por una persona, habitualmente del entorno afectivo de la persona cuidada, que no se dedica profesionalmente a ello y que, por tanto, no disfruta de derechos laborales como salario, horario predeterminado o vacaciones. Sobre esta cuestión, véase: Triantafyllou, J., et al. *Informal care in the long-term care system: European Overview Paper*. Atenas/Viena: Interlinks, 2010. <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/768>.

<sup>89</sup> Martínez-Buján, Raquel. “Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares.” *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, n.º 145, 2014. <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.145.99>.

<sup>90</sup> Sobre esta cuestión, véase: Barczyk, Daniel, y Matthias Kredler. “Long-Term Care Across Europe and the United States: The Role of Informal and Formal Care.” *Fiscal Studies* 40, 2019. <https://doi.org/10.1111/1475-5890.12200>; y Oliva-Moreno, Juan, Luz María Peña-Longobardo, y Cristina Vilaplana-Prieto. “An Estimation of the Value of Informal Care Provided to Dependent People in Spain.” *Applied Health Economics and Health Policy* 13, 2015. <https://doi.org/10.1007/s40258-015-0161-x>.

<sup>91</sup> El cuidado mixto incluye los casos en los que el cuidado formal en el hogar se complementa en un 20-80% con cuidado informal. Para más detalles, véase: Barczyk, Daniel, y Matthias Kredler. “Long-Term Care Across Europe and the United States: The Role of Informal and Formal Care.” *Fiscal Studies* 40, 2019. <https://doi.org/10.1111/1475-5890.12200>.

<sup>92</sup> Las encuestas realizadas en España apuntan a que, en el caso de necesitar ayuda, la mayoría de personas elige permanecer en el propio domicilio como la opción residencial más deseada, pese al aumento de la preferencia por diferentes alternativas de cuidado durante las últimas décadas. Para más detalles, véase: Costa-Font, Joan, David Elvira, y Oscar Mascarilla-Miró. “‘Ageing in Place’? Exploring Elderly People’s Housing Preferences in Spain.” *Urban Studies* 46, n.º 2, 2009. <https://doi.org/10.1177/0042098008099356>; Del Barrio, Elena, y Mayte Sancho. *Primero las personas: cuidar como nos gustaría ser cuidados/as. Resultados de la Encuesta sobre cuidados*. Barcelona: Obra Social “la Caixa”, 2016; Fernández-Carro, Celia. “¿Hacia la «desfamiliarización» del cuidado predilecto? Un análisis del contexto español (1997-2009).” *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 164, 2018. <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.164.57>; y Moreno-Colom, Sara, et al. “Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde el discurso de las cuidadoras.” *Papeles del CEIC International Journal on Collective Identity Research* 2016/1, n.º 145, 2016. <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.15195>.

<sup>93</sup> Véase: Barczyk, Daniel, y Matthias Kredler. “Long-Term Care Across Europe and the United States: The Role of Informal and Formal Care.” *Fiscal Studies* 40, 2019. <https://doi.org/10.1111/1475-5890.12200>; Durán Heras, María Ángeles. “La otra economía española.” En Cristóbal Torres Albero (ed.). *España 2015: Situación Social*. Centro de

Investigaciones Sociológicas, 2015. 472-86; y Tobío, Constanza, *et al.* *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Barcelona: Obra Social Fundación “la Caixa”, Colección Estudios Sociales, n.º 28, 2010.

<sup>94</sup> Sobre esta cuestión, véase, entre otros: Blanco, Agustín, Antonio Chueca, y José Antonio López-Ruiz (coord. y eds.). *Informe España 2017*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, Cátedra J.M. Martín Patino, 2017. <https://digital.csic.es/bitstream/10261/159550/1/2017-FEncuentro.pdf>; y García-Mochón, Leticia, *et al.* “Determinants of Burden and Satisfaction in Informal Caregivers: Two Sides of the Same Coin? The CUIDAR-SE Study.” *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16, n.º 4378, 2019. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224378>.

<sup>95</sup> Para más detalles, véase: Blanco, Agustín, Antonio Chueca, y José Antonio López-Ruiz (coord. y eds.). *Informe España 2017*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, Cátedra J.M. Martín Patino, 2017. <https://digital.csic.es/bitstream/10261/159550/1/2017-FEncuentro.pdf>; y Del Barrio, Elena, y Mayte Sancho. *Primero las personas: cuidar como nos gustaría ser cuidados/as. Resultados de la Encuesta sobre cuidados*. Barcelona: Obra Social “la Caixa”, 2016.

<sup>96</sup> Carrasco, Cristina, Cristina Borderías, y Teresa Torns. “Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales.” En Cristina Carrasco, Cristina Borderías, y Teresa Torns (eds.). *El trabajo de cuidados: Historia, teoría y políticas*. Madrid: Los libros de La Catarata/ Fuhem Ecosocial, 2011. 13-95.

<sup>97</sup> Eurostat. *Inactive population due to caring responsibilities by sex [sdg\_05\_40]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

<sup>98</sup> Consúltese: Elizalde-San Miguel, Begoña. “¿Femenino e informal? El modelo tradicional de cuidados a examen desde una perspectiva demográfica.” *Revista Prisma Social*, n.º 21, 2018. <https://revistaprismasocial.es/article/view/2466/2652>; Fernández-Carro, Celia, Rosa Gómez-Redondo, y Noelia Cámara-Izquierdo. “The availability of carers for older disabled people in Spain: demographic insights and policy implications.” *International Journal of Care and Caring* 3, n.º 3, 2019. <https://doi.org/10.1332/239788219X15488381886380>; y Gómez Redondo, Rosa, Celia Fernández Carro, y Noelia Cámara Izquierdo. *¿Quién cuida a quién? La disponibilidad de cuidadores informales para personas mayores en España. Una aproximación demográfica basada en datos de encuesta*. Madrid: Informes Envejecimiento en red, n.º 20, 2018. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-info20-quiencuida.pdf>.

<sup>99</sup> Véase: Abellán, Antonio, *et al.* “Partner care, gender equality, and ageing in Spain and Sweden.” *International Journal of Ageing and Later Life* 11, n.º 1, 2017. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.16-305>; y Zuera, Pilar, Jeroen Spijker, y Amand Blanes. “Evolución del perfil de los cuidadores de personas de 65 y más años con discapacidad en la persistencia de un modelo de cuidado familiar.” *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 53, n.º 2, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.004>.

<sup>100</sup> Las mujeres migrantes internacionales han sido claves en la provisión de servicios de cuidado a personas mayores. Consúltese: Blanco, Agustín, Antonio Chueca, y José Antonio López-Ruiz (coord. y eds.). *Informe España 2017*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, Cátedra J.M. Martín Patino, 2017. <https://digital.csic.es/bitstream/10261/159550/1/2017-FEncuentro.pdf>; y Díaz Gorfinkiel,

Magdalena, y Raquel Martínez-Buján. “Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España.” En Elisa Chuliá Rodrigo, y María Miyar Busto (coords.). *Brechas de género*, Madrid: Funcas, *Panorama Social*, n.º 27, 2018. 105-18. <https://www.funcas.es/revista/brechas-de-genero-julio-2018/>.

<sup>101</sup> Para más detalles, véase: OCDE. *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*. OECD Health Policy Studies. París: OECD Publishing, 2020. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>; y Vara, María-Jesús. “Long-Term Care for Elder Women in Spain: Advances and Limitations.” *Journal of Aging & Social Policy* 26, n.º 4, 2014. <https://doi.org/10.1080/08959420.2014.939894>.

<sup>102</sup> Costa-Font, Joan, Christophe Courbage, y Katherine Swartz. “Financing Long-Term Care: Ex Ante, Ex Post or Both?” *Health Economics* 24, 2015. <https://doi.org/10.1002/hec.3152>.

<sup>103</sup> Barczyk, Daniel, y Matthias Kredler. “Long-Term Care Across Europe and the United States: The Role of Informal and Formal Care.” *Fiscal Studies* 40, 2019. <https://doi.org/10.1111/1475-5890.12200>.

<sup>104</sup> El gasto público en cuidados de largo plazo incluye los componentes de salud y asistencia social. Los datos de gasto en asistencia social no están disponibles para todos los países. La UE-8 y la UE-27 se construyen como la media simple de los valores de cada país. Para más detalles, véase: Eurostat. *Expenditure for selected health care functions by health care financing schemes [HLTH\_SHA11\_HCHF]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

<sup>105</sup> Boletín Oficial del Estado. *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid, 2006. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>.

<sup>106</sup> De un total de 1,3 millones de personas beneficiarias con derecho a prestación. Datos a 31 de diciembre de 2020. Véase: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. *Estadísticas. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Histórico. Informes publicados*. [https://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/estadisticas/info\\_d/estadisticas/est\\_inf/inf\\_gp/2020/index.htm](https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/estadisticas/est_inf/inf_gp/2020/index.htm).

<sup>107</sup> Datos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia a 30 de noviembre de 2020. Para más detalles, véase: INE. *Cifras de población. Población residente por fecha, sexo y edad*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176951&menu=resultados&idp=1254735572981](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=resultados&idp=1254735572981); e Instituto de Mayores y Servicios Sociales. *Estadísticas. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Histórico. Informes publicados*. [https://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/estadisticas/info\\_d/estadisticas/est\\_inf/inf\\_gp/2020/index.htm](https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/estadisticas/est_inf/inf_gp/2020/index.htm).

<sup>108</sup> Costa-Font, Joan. “Caring for Carers? Long Term Care Subsidization and Caregivers Wellbeing.” En *Elderly Care in France and in Europe*. París: Paris School of Economics, 2019.

<sup>109</sup> Costa-Font, Joan, Sergi Jiménez-Martin, y Cristina Vilaplana. “Does long-term care subsidization reduce hospital admissions and utilization?” *Journal of Health Economics* 58, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.01.002>.

<sup>110</sup> Para más detalles, véase: Jiménez, Sergi, y Analia Viola. “Observatorio de la Dependencia: Tercer informe, Noviembre 2019.” FEDEA, *Estudios sobre la Economía Española*, n.º 2019/42, 2019. <https://ideas.repec.org>.

[org/p/fda/fdaeeee/eee2019-42.html](http://p/fda/fdaeeee/eee2019-42.html); y Rodríguez Cabrero, Gregorio, et al. *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-term Care: Spain*. Bruselas: European Commission, 2018. <https://ec.europa.eu/social/Bl obServlet?docId=19869&langId=en>.

<sup>111</sup> Sobre esta cuestión, véase: García-Gómez, Pilar, et al. “Unravelling Hidden Inequities in a Universal Public Long-Term Care System.” *Tinbergen Institute Discussion Paper*, n.º 2019-011/V, 2019. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3329198>; y García-Gómez, Pilar, et al. “Inequity in long-term care use and unmet need: Two sides of the same coin.” *Journal of Health Economics* 39, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.11.004>.

<sup>112</sup> Jiménez, Sergi, y Analia Viola. “Observatorio de la Dependencia: Tercer informe, Noviembre 2019.” *FEDEA, Estudios sobre la Economía Española*, n.º 2019/42, 2019. <https://ideas.repec.org/p/fda/fdaeeee/eee2019-42.html>.

<sup>113</sup> Barczyk, Daniel, y Matthias Kredler. “Evaluating Long-Term-Care Policy Options, Taking the Family Seriously.” *The Review of Economic Studies* 85, n.º 2, 2018. <https://doi.org/10.1093/restud/rdx036>.

<sup>114</sup> Costa-Font, Joan, y Cristina Vilaplana-Prieto. “Does the Expansion of Public Long-Term Care Funding Affect Saving Behaviour?” *Fiscal Studies* 38, n.º 3, 2017. <https://doi.org/10.1111/j.1475-5890.2017.12139>.

<sup>115</sup> Los síntomas en personas mayores pueden ser muy variados (trastornos gastrointestinales o pérdida de apetito; cansancio; reducción de la movilidad; sangrados, incremento de la confusión, delirium...), lo que abundó en la dificultad de una detección precoz por mera sintomatología. Al respecto, véase: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. *Informe del grupo de trabajo covid-19 y residencias*. Madrid, 2020. [https://www.mscbs.gob.es/ssi/imsero/docs/GTCOVID\\_19\\_RESIDENCIAS.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ssi/imsero/docs/GTCOVID_19_RESIDENCIAS.pdf).

<sup>116</sup> Véase: Grupo de Trabajo Multidisciplinar. *Informe del GTM sobre el impacto de la COVID-19 en las personas mayores, con especial énfasis en las que viven en residencias*. 2020. [https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/Informe\\_residencias\\_GDT\\_MinisterioCyI.pdf](https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/Informe_residencias_GDT_MinisterioCyI.pdf); y Jiménez-Martín, Sergi, y Analia Viola. “La asistencia residencial en España y COVID-19.” *FEDEA, Estudios sobre la Economía Española*, n.º 2020/20, 2020. <https://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2020-20.pdf>.

<sup>117</sup> Ministerio de Sanidad. *Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19*. Madrid, 2020. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/ITCoronavirus.pdf>.

<sup>118</sup> Según el INE, en 0,9 años en el caso de los hombres y en 0,8 años en el de las mujeres. INE. *Nota de prensa: Proyecciones de Población 2020-2070*. Madrid: Nota de prensa, 2020. [https://www.ine.es/prensa/pp\\_2020\\_2070.pdf](https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf). Otros estudios preliminares relacionados incluyen: Abellán García, Antonio, y Rogelio Pujos Rodríguez. “COVID-19 y efecto en la esperanza de vida.” *Envejecimiento en red*, <http://envejecimientoenred.es/covid-19-y-perdida-de-esperanza-de-vida/>; y Trias-Llimos, Sergi, Tim Riffe, y Usama Bilal. “Monitoring life expectancy levels during the COVID-19 pandemic: Example of the unequal impact in Spanish regions.” *MedRxiv*, 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.06.03.20120972>.

<sup>119</sup> En diciembre de 2020 se registraron un 20,4% menos de nacimientos que en el mismo mes de 2019 (siendo además el valor mínimo en un

mes registrado desde 1941). Al respecto, véase: INE. *Estadística experimental – Estimación Mensual de Nacimientos*. Madrid: Nota de prensa, 2021. [https://www.ine.es/prensa/experimental\\_emn.pdf](https://www.ine.es/prensa/experimental_emn.pdf).

<sup>120</sup> INE. *Nota de prensa: Proyecciones de Población 2020-2070*. Madrid: Nota de prensa, 2020. [https://www.ine.es/prensa/pp\\_2020\\_2070.pdf](https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf).

<sup>121</sup> Si bien en diciembre de 2020 se registraron un 20,4% menos de nacimientos que en el mismo mes de 2019 (siendo además el valor mínimo en un mes registrado desde 1941), aún es pronto para aventurar un efecto duradero. Al respecto, véase: INE. *Estadística experimental – Estimación Mensual de Nacimientos*. Madrid: Nota de prensa, 2021. [https://www.ine.es/prensa/experimental\\_emn.pdf](https://www.ine.es/prensa/experimental_emn.pdf).

<sup>122</sup> Véase: Castro-Martín, Teresa, Teresa Martín-García, Antonio Abellán, Rogelio Pujol, y Dolores Puga. “Tras las huellas de la crisis económica en la demografía española.” En Pau Mari-Klose (coord.). *Un balance social de la crisis*. Madrid: Funcas, Panorama Social, n.º 22, 2015. 43-60. [https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS\\_PS/022art04.pdf](https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/022art04.pdf); e INE. *Tasa Global de Fecundidad según nacionalidad (española/extranjera) de la madre*. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1149&capsel=1149>.

<sup>123</sup> Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *Crisis económica y salud en España*. Madrid, 2018. [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS\\_ECONOMICA\\_Y\\_SALUD.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS_ECONOMICA_Y_SALUD.pdf).

<sup>124</sup> Se toman las proyecciones demográficas del escenario base de Eurostat. Consúltese: Eurostat. *Assumptions for life expectancy at birth by sex and type of projection [proj\_19nalexpy0]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

<sup>125</sup> Eurostat. *Assumptions for fertility rates by age and type of projection [proj\_19naasfr]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

<sup>126</sup> De hecho, ninguna de las proyecciones ni previsiones demográficas realizadas por otros organismos para España (Eurostat en el escenario favorable de fecundidad, INE, AIREF, o Naciones Unidas) contempla un aumento de la tasa de fecundidad suficiente para llegar al nivel de reemplazo poblacional (tradicionalmente, en 2,1 hijos por mujer). Estas tasas de fecundidad, además, están basadas en la ausencia de mortalidad en estas generaciones de mujeres. Al respecto, véase: AIREF. *Datos. Cifras de población*. <https://www.airef.es/es/cifras-de-poblacion/>; Eurostat. *Assumptions for fertility rates by age and type of projection [proj\_19naasfr]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>; Eurostat. “Archive: Estadísticas de población a nivel regional.” Eurostat, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Archive:Estad%C3%ADsticas\\_de\\_poblaci%C3%B3n\\_a\\_nivel\\_regional](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Archive:Estad%C3%ADsticas_de_poblaci%C3%B3n_a_nivel_regional); INE. *Indicadores de fecundidad*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1579>; y Organización de las Naciones Unidas. *Total Fertility*. <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/>.

<sup>127</sup> El número absoluto de mujeres en edad reproductiva (consideradas aquí las mujeres entre 18 y 49 años) disminuirá progresivamente. En 2050, de acuerdo con el escenario base de Eurostat, habrá, al menos, un millón menos de mujeres en edad fértil de las que hay hoy. Al respecto, véase: Eurostat. *Population on 1st January by age, sex and type of projection [proj\_19np]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tps00002>.

<sup>128</sup> El 20% del total de las mujeres encuestadas alega razones bien laborales y de conciliación, o económicas, para no haber tenido hijos. La cifra de la suma de estos motivos desciende al 12% entre las mujeres

encuestadas que tienen más de 50 años. Estas causas ganan peso, sin embargo, para explicar el retraso de la maternidad: el 35% del total de las mujeres encuestadas señala estos motivos como causa principal. Véase: INE. *Encuesta de fecundidad 2018*. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=5497>.

<sup>129</sup> Se consideran las mujeres de 50 y más años. Para más detalles, véase: INE. *Encuesta de fecundidad 2018*. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=5497>.

<sup>130</sup> En 2019, en torno al 40% de las mujeres llegadas a nuestro país tiene más de 50 años o menos de 19. Al respecto, véase: INE. *Migraciones exteriores*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177000&menu=ultiDatos&idp=1254735573002](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177000&menu=ultiDatos&idp=1254735573002).

<sup>131</sup> Teniendo en cuenta las edades medias a la maternidad en los países de procedencia, y la edad media de las mujeres que migran a España, es muy probable que parte de ellas ya hayan tenido los hijos deseados en su país de origen.

<sup>132</sup> En el periodo de 2002 a 2019, las mujeres extranjeras presentaron una disminución en su tasa de fecundidad, pasando de 1,86 a 1,59 hijos. Véase: INE. *Indicadores de fecundidad*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1407>.

<sup>133</sup> Para más detalles sobre las proyecciones del saldo migratorio, véase el *Apunte metodológico* número III.

<sup>134</sup> Eurostat. *Assumptions for net migration by age, sex and type of projection [proj\_19nanmig]; Emigration by age and sex [migr\_emi2]; e Immigration by age and sex [migr\_imm8]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

<sup>135</sup> Para más detalles, véase: Collier, Paul. *Exodus: How Migration is Changing Our World*. Oxford: Oxford University Press, 2013; y Consejo Económico y Social. *Informe 02/2019. La inmigración en España: efectos y oportunidades*. Madrid, 2019. <http://www.ces.es/documents/10180/5209150/Inf0219.pdf>.

<sup>136</sup> Tasa de dependencia medida como la población de 65 y más años sobre la población entre los 15 y 64 años. La proyección a futuro corresponde al escenario base de Eurostat. Para más detalles, véase: Eurostat. *Demographic balances and indicators by type of projection [proj\_19ndbi]; y Old-age-dependency ratio [tps00198]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

<sup>137</sup> Eurostat. *Population on 1st January by age, sex and type of projection [proj\_19np]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

<sup>138</sup> Sobre esta cuestión, véase: Aksoy, Yunus, *et al.* "Demographic Structure and Macroeconomic Trends." *American Economic Journal: Macroeconomics*, 11, n.º 1, 2019. <https://doi.org/10.1257/mac.20170114>; y Guillemette, Yvan, y David Turner. "The Long View: Scenarios for the World Economy to 2060." *OECD Economic Policy Papers*, n.º 22, París: OECD Publishing, 2018. <https://doi.org/10.1787/b4f4e03e-en>.

<sup>139</sup> Entre los parados de larga duración que llevan dos años o más en situación de desempleo, el 24% tiene entre 55 y 64 años en 2019. Para más detalles, véase: INE. *Encuesta de Población Activa. Parados por tiempo de búsqueda de empleo, sexo y grupo de edad*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176)

[918&menu=resultados&secc=1254736195129&idp=1254735976595#!tabs-1254736195129](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176).

<sup>140</sup> OCDE. *Working Better with Age, Ageing and Employment Policies*. París: OECD Publishing, 2019. <https://doi.org/10.1787/c4d4f66a-en>.

<sup>141</sup> Es fundamental tener en cuenta que esta evolución no será igual para toda la ciudadanía debido a la existencia de numerosas desigualdades determinadas por factores como el nivel educativo o el lugar de residencia. Además, habrá cuellos de botella que requerirán de grandes esfuerzos científicos para ser superados, como las enfermedades neurodegenerativas (ej. demencias, Alzheimer) o los problemas de salud mental (ej. depresión, ansiedad). Sobre estas cuestiones, véase: OMS. *The Epidemiology and Impact of Dementia. Current State and Future Trends*. 2015. [https://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/dementia\\_thematicbrief\\_epidemiology.pdf](https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf); y OMS. "Mental Disorders." OMS, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>; Pujol Rodríguez, Rogelio, Antonio Abellán, y María Puga. "Evolución y diferencias territoriales de la Esperanza de Vida Libre de Discapacidad a los 65 años en España." En *XIV Congreso Nacional de la Población*. Sevilla: AGE, 2014; y Solé-Auró, Aída, Unai Martín, y Antía Domínguez Rodríguez. "Educational Inequalities in Life and Healthy Life Expectancies among the 50-Plus in Spain." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, n.º 3558, 2020. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103558>.

<sup>142</sup> Guillemette, Yvan, y David Turner. "The Long View: Scenarios for the World Economy to 2060." *OECD Economic Policy Papers*, n.º 22, París: OECD Publishing, 2018. <https://doi.org/10.1787/b4f4e03e-en>.

<sup>143</sup> Cabe recordar que se mantiene la posibilidad de jubilación a los 65 años para quienes hayan cotizado, al menos, 38 años y seis meses.

<sup>144</sup> Comisión Europea. *The 2021 Ageing Report: Underlying Assumptions & Projection Methodologies*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, n.º 142, 2020. [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip142\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip142_en.pdf).

<sup>145</sup> Para solventar esta situación, un país como Portugal, semejante a España en el nivel y la composición de su tasa de sustitución, ha optado por implementar un aumento dinámico y progresivo de la edad de jubilación, haciéndola crecer en una proporción equivalente a dos tercios de los futuros incrementos en la esperanza de vida. Véase: Ventura Bravo, Jorge Miguel, y José Antonio Herce. *Las pensiones en España y Portugal. Descripción de los esquemas y evolución reciente comparada*. Madrid: Instituto BBVA de Pensiones, Documento de Trabajo, n.º 2/2014, 2014. <https://www.jubilaciondefuturo.es/recursos/doc/pensiones/20131003/posts/2015-2-las-pensiones-en-espana-y-portugal-final-esp.pdf>.

<sup>146</sup> Para realizar esta estimación, se toma como referencia la evolución de la población en cada cohorte de edad según las proyecciones demográficas de Eurostat. En el escenario base, la población activa se estima asumiendo que se mantienen constantes las tasas de actividad en los valores de 2019 para todos los grupos de edad. En los escenarios alternativos, se asume una convergencia progresiva de las tasas de actividad de España en las cohortes de entre 55 y 74 años hasta alcanzar, en 2050, las tasas de actividad para estas mismas cohortes que tiene cada país de referencia en 2019.

<sup>147</sup> Es relevante tener en cuenta que los países referentes probablemente también aumentarán sus tasas de actividad en la población de edad

avanzada hasta 2050, ya que experimentarán cambios demográficos similares. Actualmente, Japón, referente a nivel mundial en longevidad y envejecimiento, con una población mayor de 65 años que representaba en 2018 el 28% de su población total, presenta unas tasas de actividad sustancialmente superiores en las cohortes de 55 y más años. Si España ambicionase las mismas, ganaría 3,5 millones de activos (respecto a un escenario donde las tasas de actividad en estas cohortes se mantuviesen estables en los valores de 2019). Para más detalles, véase: OCDE. *Historical population data*. <https://stats.oecd.org/>.

<sup>148</sup> Véase: Eurostat. *Population on 1st January by age, sex and type of projection [proj\_19np]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>; y OCDE. *LFS by sex and age – indicators*. <https://stats.oecd.org/>.

<sup>149</sup> OCDE. *Working Better with Age, Ageing and Employment Policies*. París: OECD Publishing, 2019. <https://doi.org/10.1787/c4d4f66a-en>.

<sup>150</sup> Anghel, Brindusa, y Aitor Lacuesta. “Envejecimiento, productividad y situación laboral.” *Banco de España, Artículos Analíticos, Boletín Económico*, n.º 1/2020, 2020. <https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/ArticulosAnaliticos/20/T1/descargar/Fich/be2001-art2.pdf>.

<sup>151</sup> Consejo Económico y Social. *El futuro del trabajo*. Madrid, 2018. <http://www.ces.es/documents/10180/5182488/Inf0318.pdf/79443c12-b15b-850d-afbc-8ac0336193d1>.

<sup>152</sup> OCDE. *Working Better with Age, Ageing and Employment Policies*. París: OECD Publishing, 2019. <https://doi.org/10.1787/c4d4f66a-en>.

<sup>153</sup> Hudomiet, Péter, et al. “The effects of job characteristics on retirement.” *Journal of Pension Economics and Finance*, 2020. <https://doi.org/10.1017/S1474747220000025>.

<sup>154</sup> UNECE. *Active Ageing Index 2018*. <https://statswiki.unece.org/display/AAI/II.+Results>.

<sup>155</sup> Población de 65 y más años sobre la población entre los 15 y 64 años. Para más detalles, véase: Eurostat. *Population on 1st January by age, sex and type of projection [proj\_19np]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

<sup>156</sup> Boletín Oficial del Estado. *Ley 23/2013, de 23 de diciembre, reguladora del Factor de Sostenibilidad y del Índice de Revalorización del Sistema de Pensiones de la Seguridad Social*. Madrid, 2013. <https://www.boe.es/eli/es/l/2013/12/23/23>.

<sup>157</sup> Estas estimaciones no incorporan los efectos de la reforma de 2013, de modo que las pensiones se actualizan con el IPC y no se introduce el factor de sostenibilidad. El incremento hasta el 15,2% del PIB se corresponde con la estimación de AIREF en 2050, que incorpora la reforma de 2011. Bajo estos supuestos, De la Fuente, García Díaz y Sánchez estiman que el gasto en pensiones, bajo un escenario demográfico base, ascendería hasta un 16,9% del PIB en 2052. Para más detalles, véase: AIREF. *Actualización de previsiones demográficas y de gasto en pensiones. Documento Técnico*, n.º 1/20. 2020. <https://www.airef.es/wp-content/uploads/2020/09/PREVIS-DEMOGRAFICAS/200928-Documento-T%C3%A9cnico-previsiones-demogr%C3%A1ficas-y-gasto-en-pensiones.pdf>; y De la Fuente, Ángel, Miguel Ángel García Díaz, y Alfonso R. Sánchez. “¿Hacia una contrarreforma de pensiones? Notas para el Pacto de Toledo.” *Hacienda Pública Española / Review of Public Economics* 232, n.º 1, IEF, 2020. <https://ideas.repec.org/a/hpe/journal/y2020v232i1p113-144.html>.

<sup>158</sup> Para una comparativa de las metodologías existentes para simular el gasto en pensiones véase: Jimeno, Juan F., Juan A. Rojas, y Sergio Puente. “Modelling the impact of aging on social security expenditures.” *Economic Modelling* 25, n.º 2, 2008. <https://doi.org/10.1016/j.econmod.2007.04.015>.

<sup>159</sup> Se simula el gasto público en pensiones contributivas incorporando el complemento a mínimos. En lo que respecta a los factores determinantes de su evolución a futuro, cabe señalar: 1) el factor demográfico recoge la proporción de personas en la edad legal de jubilación o más años sobre la población en edad de trabajar; 2) la tasa de sustitución se define para estos cálculos como la ratio entre la pensión media y el salario medio (este último, procedente de la Contabilidad Nacional); 3) la tasa de empleo se construye como la relación entre los ocupados a tiempo completo (Contabilidad Nacional) y la población en edad de trabajar; 4) la participación de los salarios en el PIB y la tasa de cobertura de las pensiones (número de pensiones contributivas entre la población en la edad legal de jubilación) se mantienen constantes en los valores de 2019 (41,4% y 1,06, respectivamente). Consúltense: Eurostat. *Population on 1st January by age, sex and type of projection [proj\_19np]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>; INE. *Cifras de Población. Población residente por fecha, sexo y edad*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176951&menu=resultados&idp=1254735572981](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=resultados&idp=1254735572981); *Contabilidad Nacional Anual de España: principales agregados. PIB a precios de mercado y Remuneración y empleo por ramas de actividad*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177057&menu=resultados&idp=1254735576581](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177057&menu=resultados&idp=1254735576581); y Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. *eSTADISS: Estadísticas de pensiones*. <https://bit.ly/3j27PBN>. Para más detalles sobre la metodología empleada, véase: Hernández de Cos, Pablo, Juan Francisco Jimeno, y Roberto Ramos. “El sistema público de pensiones en España: Situación actual, retos y alternativas de reforma.” *Banco de España, Documentos Ocasionales*, n.º 1701, 2017. <https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSerias/DocumentosOcasionales/17/Fich/do1701.pdf>.

<sup>160</sup> Se prevé que la tasa de sustitución (AIREF) o el nivel de generosidad del sistema (De la Fuente et al.) caerá progresivamente en el futuro aun cuando no se tomen medidas adicionales a las ya vigentes. Para más detalles, véase: AIREF. *Actualización de previsiones demográficas y de gasto en pensiones. Documento Técnico*, n.º 1/20. 2020. <https://www.airef.es/wp-content/uploads/2020/09/PREVIS-DEMOGRAFICAS/200928-Documento-T%C3%A9cnico-previsiones-demogr%C3%A1ficas-y-gasto-en-pensiones.pdf>; y De la Fuente, Ángel, Miguel Ángel García Díaz, y Alfonso R. Sánchez. “¿Hacia una contrarreforma de pensiones? Notas para el Pacto de Toledo.” *Hacienda Pública Española / Review of Public Economics* 232, n.º 1, IEF, 2020. <https://ideas.repec.org/a/hpe/journal/y2020v232i1p113-144.html>.

<sup>161</sup> Se asume que la tasa de empleo aquí considerada (personas ocupadas a tiempo completo sobre la población en edad de trabajar) crece en la misma proporción que los ocupados totales entre la población en edad de trabajar en un escenario base en el que se proyecta su evolución a futuro a partir del promedio histórico de 1995 a 2019 [véase capítulo 7].

<sup>162</sup> Variación estimada a partir de los efectos de la reforma de 2011 y de los que generaría la incorporación de un factor de sostenibilidad similar al contemplado en la reforma de 2013. Para más detalles, véase AIREF. *Actualización de previsiones demográficas y de gasto*

en pensiones. Documento Técnico, n.º 1/20, 2020. <https://www.airef.es/wp-content/uploads/2020/09/PREVIS-DEMOGRAFICAS/200928-Documento-T%C3%A9cnico-previsiones-demogr%C3%A1ficas-y-gasto-en-pensiones.pdf>.

<sup>163</sup> Rouzet, Dorothée, et al. “Fiscal challenges and inclusive growth in ageing societies.” *OECD Economic Policy Papers*, n.º 27, París: OECD Publishing, 2019. <https://doi.org/10.1787/c553d8d2-en>.

<sup>164</sup> Boletín Oficial de las Cortes Generales. *Informe de evaluación y reforma del Pacto de Toledo*. Madrid, 2020. [https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-187.PDF](https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-187.PDF).

<sup>165</sup> La experiencia del *National Employment Savings Trust* (NEST) de Reino Unido es una buena referencia en este campo. Consúltese: Nest Pensions, <https://www.nestpensions.org.uk/schemeweb/nest.html>.

<sup>166</sup> El reciente Pacto de Toledo establece: “la reforma integral de la viudedad pasa por acomodar la configuración de la pensión a las nuevas realidades sociales y familiares, así como a las circunstancias socioeconómicas, a fin de mejorar la protección de los pensionistas sin otros recursos, y de adecuar la protección de colectivos menos vulnerables”. Para más detalles, consúltese: Boletín Oficial de las Cortes Generales. *Informe de evaluación y reforma del Pacto de Toledo*. Madrid, 2020. [https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-187.PDF](https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-187.PDF); y Fuster, Luisa. “Pensiones y género. Brecha de Género en las pensiones contributivas en España.” En Instituto Santalucía (ed.). *Pensiones del futuro*. Madrid: Instituto Santalucía. <https://institutosantalucia.es/pensiones-del-futuro/>. Un reciente estudio concluye que sin las pensiones de viudedad la brecha de género en las pensiones contributivas sería del 60% en lugar del 30% existente actualmente. Además, sin esta pensión, el 50% de las pensionistas no recibirían una pensión contributiva. Para más detalles, véase: Fuster, Luisa. “Las pensiones de viudedad en España.” *FEDEA, Estudios sobre la Economía Española*, n.º 2021/06, 2021. <https://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2021-06.pdf>.

<sup>167</sup> Comité de Protección Social, y Comisión Europea. *The 2018 Pension Adequacy Report Vol. II: Country Profiles*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union, 2018. <https://doi.org/10.2767/653851>.

<sup>168</sup> Boletín Oficial del Estado. *Real Decreto-ley 3/2021, de 2 de febrero, por el que se adoptan medidas para la reducción de la brecha de género y otras materias en los ámbitos de la Seguridad Social y económico*. Madrid, 2021. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-1529](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-1529).

<sup>169</sup> En el *Ageing Report* de 2018, se toman las proyecciones demográficas publicadas por Eurostat en 2017. Además, el escenario macroeconómico asume que el crecimiento del PIB real aumentará progresivamente hasta alcanzar el 1,8% anual en 2050. Por este motivo, el aumento estimado del gasto sanitario en proporción del PIB no se corresponde completamente con el que se daría en un escenario base donde el crecimiento del PIB se obtiene de extrapolar al futuro las tendencias pasadas de sus factores determinantes [véase capítulo 1]. Para más detalles, véase: Comisión Europea. *The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070)*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union, 2018. <https://doi.org/10.2765/615631>.

<sup>170</sup> En el escenario más favorable, donde los incrementos futuros en la esperanza de vida son en buena salud, el incremento del gasto sanitario

público no ascendería a más de 0,6 puntos porcentuales sobre el PIB. Para más detalles, véase: Comisión Europea. *The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070)*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union, 2018. <https://doi.org/10.2765/615631>.

<sup>171</sup> Más información en: Hammond, Rey. *The world in 2040: Future Health, Care and Wellbeing*. Allianz Care, 2019. <https://image.health.allianzcare-emails.com/lib/fe9b12747766047874/m/1/30a0836e-6ce7-4b9c-8b47-99a206299502.pdf>; y Center for the Governance of Change. *Innovation, sustainability and the future of Healthcare*. Madrid: IE University, 2020. <https://www.ie.edu/cgc/research/innovation-sustainability-future-healthcare/>.

<sup>172</sup> Boletín Oficial del Estado. *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*. Madrid, 2021. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>.

<sup>173</sup> Boletín Oficial del Estado. *Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*. Madrid, 2015. <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/07/24/1/con>.

<sup>174</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid, 2012. [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf).

<sup>175</sup> Sobre esta cuestión, véase, entre otros: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *Crisis económica y salud en España*. Madrid, 2018. [https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS\\_ECONOMICA\\_Y\\_SALUD.pdf](https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS_ECONOMICA_Y_SALUD.pdf); y OMS. *Health in All Policies: Framework for Country Action*. 2014. <https://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/>.

<sup>176</sup> Zunzunegui, María Victoria, y François Béland. “Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010.” *Gaceta Sanitaria* 24, 2010. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.08.004>.

<sup>177</sup> Véase, entre otros: Costa-Font, Joan, Christophe Courbage, y Katherine Swartz. “Financing Long-Term Care: Ex Ante, Ex Post or Both?” *Health Economics* 24, 2015. <https://doi.org/10.1002/hec.3152>; Spijker, Jeroen, Daniel Devolder, y Pilar Zueras. “The impact of demographic change in the balance between formal and informal old-age care in Spain. Results from a mixed microsimulation-agent-based model.” *Ageing & Society*, 2020. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20001026>; y Zimmerman, Mary Kaye, Jacquelyn S. Litt, y Christine Bose. *Global Dimensions of Gender and Carework*. Stanford: Stanford University Press, 2006.

<sup>178</sup> Véase: Martínez Rodríguez, Teresa, et al. *Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos*. Madrid: Informes Envejecimiento en red, n.º 12, 2015. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>; y OMS. *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*. Ginebra, 2015. <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/>.

<sup>179</sup> Véase: Del Barrio, Elena, y Mayte Sancho. *Primero las personas: cuidar como nos gustaría ser cuidados/as. Resultados de la Encuesta sobre cuidados*. Barcelona: Obra Social “la Caixa”, 2016; y Elizalde-San Miguel, Begoña. “¿Femenino e informal? El modelo tradicional

de cuidados a examen desde una perspectiva demográfica.” *Revista Prisma Social*, n.º 21, 2018. <https://revistaprismasocial.es/article/view/2466/2652>.

<sup>180</sup> López Villanueva, Cristina, e Isabel Pujades Rubies. “Vivir solo en España. Evolución y características de los hogares unipersonales en la vejez.” En Julio Pérez Díaz (coord.). *Envejecimiento de la población, familia y calidad de vida en la vejez*. Madrid: Funcas, Panorama Social, n.º 28, 2018. 93-115. <https://www.funcas.es/revista/envejecimiento-de-la-poblacion-familia-y-calidad-de-vida-en-la-vejez-enero-2019/>.

<sup>181</sup> Martínez Rodríguez, Teresa, et al. *Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos*. Madrid: Informes Envejecimiento en red, n.º 12, 2015. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>.

<sup>182</sup> Estos proyectos de viviendas colaborativas autogestionadas persiguen preservar la autonomía de sus residentes, mientras se refuerzan los mecanismos de apoyo mutuo e integran los cuidados de larga duración como una parte indispensable de la convivencia. Para más detalles véase: López Gómez, Daniel, y Mariona Estrada Canal. “¿Cómo avanzan las dinámicas de senior cohousing en España?” En Sandra Ezquerro, et al. (eds.). *Edades en transición, envejecer en el siglo XXI*. Madrid: Ariel, 2016. 227-237.

<sup>183</sup> Las iniciativas de cuidado comunitarias pueden ser especialmente beneficiosas en el caso de personas mayores que viven solas (23% de los mayores de 65 años en 2019), donde el riesgo de soledad no deseada es mayor. Para más detalles, véase: INE. *Encuesta Continua de Hogares. Población residente según sexo, edad y tamaño del hogar al que pertenece*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176952&menu=resultados&idp=1254735572981#!tabs-125473617695199](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=resultados&idp=1254735572981#!tabs-125473617695199); Vega-Solís, Cristina, y Raquel Martínez-Buján. “Explorando el lugar de lo comunitario en los estudios de género sobre sostenibilidad, reproducción y cuidados.” *Quaderns-e Institut Català d'Antropologia*, n.º 22, 2017. [https://www.antropologia.cat/estatic/files/5\\_Vega\\_Martinez.pdf](https://www.antropologia.cat/estatic/files/5_Vega_Martinez.pdf); y Velarde-Mayol, C., S. Fragua-Gil, y J.M. García-de-Cecilia. “Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola.” *SEMERGEN – Medicina de Familia* 42, n.º 3, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>.

<sup>184</sup> Sobre esta cuestión, véase, entre otros: Abellán, Antonio, et al. “Partner care, gender equality, and ageing in Spain and Sweden.” *International Journal of Ageing and Later Life* 11, n.º 1, 2017. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.16-305>; y Zuera, Pilar, Jeroen Spijker, y Amand Blanes. “Evolución del perfil de los cuidadores de personas de 65 y más años con discapacidad en la persistencia de un modelo de cuidado familiar.” *Revista Española de Geriátrica y Gerontología* 53, n.º 2, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.004>.

<sup>185</sup> Para más detalles, consúltese: Badenes Plá, Nuria, y M. T. López López. “Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España.” *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, n.º 49, 2011. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.49.09>; y Del Barrio, Elena, Olga Mayoral, y Mayte Sancho (Matia Instituto Gerontológico). *Estudio sobre las condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Euskadi*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Documentos de Bienestar Social, n.º 77, 2015. <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/estudio-sobre-las-condiciones-de-vida-de-las-personas-de-55-y-mas-anos-en-euskadi>.

<sup>186</sup> En el *Ageing Report* de 2018, se toman las proyecciones demográficas publicadas por Eurostat en 2017. Además, el escenario macroeconómico asume que el crecimiento del PIB real aumentará progresivamente hasta alcanzar el 1,8% anual en 2050. Por este motivo, el aumento estimado del gasto en cuidados de larga duración en proporción del PIB no se corresponde completamente con el que se daría en un escenario base donde el crecimiento del PIB se obtiene de extrapolar al futuro las tendencias pasadas de sus factores determinantes [véase capítulo 1]. Para más detalles, véase: Comisión Europea. *The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070)*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union, 2018. <https://doi.org/10.2765/615631>.

<sup>187</sup> Para proyectar la cifra de potenciales personas beneficiarias de ayudas a la dependencia, se toman como referencia los segmentos de edad de 65 y más años que habrá en 2050 a partir de las proyecciones demográficas de Eurostat, y se asume que la proporción de personas beneficiarias con prestación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en estas cohortes de edad se mantiene constante respecto a 2020. Datos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia a 31 de diciembre de 2020. Véase: Eurostat. *Population on 1st January by age, sex and type of projection [proj\_19np]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>; INE. *Cifras de población. Población residente por fecha, sexo y edad*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176951&menu=resultados&idp=1254735572981](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=resultados&idp=1254735572981); e Instituto de Mayores y Servicios Sociales. *Estadísticas. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Histórico. Informes publicados*. [https://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/estadisticas/info\\_d/estadisticas/est\\_inf/inf\\_gp/2020/index.htm](https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/estadisticas/est_inf/inf_gp/2020/index.htm).

<sup>188</sup> Para más detalles, véase: Fernández Pérez, José Luis, y José Antonio Herce San Miguel (dirs.). *Los retos socio-económicos del envejecimiento en España*. Madrid: Consultores de las Administraciones Públicas, 2009; y Sosvilla Rivero, Simón, e Ignacio Moral Arce. “Estimación de los beneficiarios de prestaciones de dependencia en España y del gasto asociado a su atención para 2007-2045.” *Gaceta Sanitaria* 25, 2011. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.022>.

<sup>189</sup> U.S. News & World Report. “Best Countries for a Comfortable Retirement.” U.S. News & World Report, <https://www.usnews.com/news/best-countries/best-comfortable-retirement>.

<sup>190</sup> International Labour Organization. *Care work and care jobs for the future of decent work*. Ginebra, 2018. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_633135.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf).

<sup>191</sup> La tasa de actividad se define como la ratio entre las personas en activo en cada una de las cohortes de edad representadas y la población en esa franja de edad. La UE-27 y la UE-8 se construyen como la media simple de los valores de cada país. El dato observado es de 2019. Para más detalles, véase: OCDE. *LFS by sex and age – indicators*. <https://stats.oecd.org/>.

<sup>192</sup> El gasto sanitario aquí recogido no incluye los servicios de atención de larga duración. La UE-27 y la UE-8 se construyen como la media simple de los valores de cada país. Los datos de la UE-8 y de España provienen de la OCDE y los de la UE-27 de Eurostat. El dato observado es el promedio de 2015 a 2018. Para más detalles, véase: Eurostat. *Expenditure for selected health care functions by health care financing*

schemes [HLTH\_SHA11\_HCHF]. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>; y OCDE. *Health expenditure and financing. Government/compulsory schemes. Long-term care (health) and long-term care (social)*. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.

<sup>193</sup> El gasto público en cuidados de larga duración incluye los componentes de salud y asistencia social. Los datos de gasto en asistencia social no están disponibles para todos los países. La UE-27 y la UE-8 se construyen como la media simple de los valores de cada país. Los datos de la UE-8 y de España provienen de la OCDE y los de la UE-27 de Eurostat. El dato observado es el promedio de 2015 a 2018. Para más detalles, véase: Eurostat. *Expenditure for selected health care functions by health care financing schemes [HLTH\_SHA11\_HCHF]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>; y OCDE. *Health expenditure and financing. Government/compulsory schemes. Current expenditure on health (all functions) and long-term care (health)*. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.

<sup>194</sup> El numerador incluye a las personas beneficiarias del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que, aunque tienen reconocido el derecho prestación, no la están recibiendo. El denominador incluye la totalidad de personas beneficiarias del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia a quienes se les ha reconocido el derecho a prestación. El dato observado es la situación a diciembre 2020. Para más detalles, véase: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. *Estadísticas. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Histórico. Informes publicados*. [https://www.imsero.es/imsero\\_01/documentacion/estadisticas/info\\_d/estadisticas/est\\_inf/inf\\_gp/2020/index.htm](https://www.imsero.es/imsero_01/documentacion/estadisticas/info_d/estadisticas/est_inf/inf_gp/2020/index.htm).

<sup>195</sup> La iniciativa Salud en Todas las Políticas (SeTP) del Gobierno Vasco marca un ejemplo interesante por su carácter ambicioso e integral. Para más detalles sobre la iniciativa véase: Departamento de Salud Gobierno Vasco. “Salud en todas las políticas.” Departamento de Salud Gobierno Vasco, <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/salud-todas-las-politicas/inicio/>.

<sup>196</sup> El proyecto del “Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia” recoge en su componente 18 “Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud” más de 1.000 millones de euros para, entre otras cosas, desarrollar un plan de inversión en equipos de alta tecnología en el Sistema Nacional de Salud, reforzar la prevención y promoción de la salud y aumentar la capacidad de respuesta ante crisis sanitarias. Véase: Gobierno de España. *Proyecto Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia*. Madrid, 2021. <https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/130421-%20Plan%20de%20recuperacion%2C%20Transformacion%20y%20Resiliencia.pdf>.

<sup>197</sup> Para un análisis detallado de posibles propuestas de actuación en este ámbito, consúltese: Asociación de Economía de la Salud. “Capítulo IV. Buen gobierno de la sanidad.” En *Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance*. 2014. [http://www.aes.es/Publicaciones/SNS\\_version\\_completa.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/SNS_version_completa.pdf).

<sup>198</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid, 2012. [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf).

<sup>199</sup> Se refiere a intervenciones que se aplican habitualmente en la práctica sanitaria pero que (1) se realizan fuera de la indicación

aprobada o clínicamente relevante, (2) son efectivas y seguras, pero existen otras alternativas de primera línea con mejores resultados coste-efectividad-seguridad; y (3) no existe evidencia científica sólida sobre su conveniencia y utilidad terapéutica. Véase: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. “Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España.” Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal\\_ssc.htm](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_ssc.htm).

<sup>200</sup> Para más detalles sobre la comparativa internacional de modalidades de compatibilización entre pensión y trabajo, la situación actual de España y el debate sobre las líneas de mejora a futuro, consúltese: Jiménez Martín, Sergi. “Jubilación Activa.” *FEDEA, Documentos de trabajo*, n.º 2021/02, 2021. <https://documentos.fedea.net/pubs/dt/2021/dt2021-02.pdf>; y Sánchez Martín, Alfonso R., y Sergi Jiménez Martín. “La compatibilidad del trabajo y el cobro de pensión en España: análisis institucional en el contexto europeo.” *FEDEA, Estudios sobre la Economía Española*, n.º 2021/10, 2021. <https://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2021-11.pdf>.

<sup>201</sup> Konle-Seidl, Regina. “Retention and re-integration of older workers into the labour market: What works?” *IAB Discussion Paper*, n.º 17, 2017. <https://www.econstor.eu/handle/10419/172881>.

<sup>202</sup> Herce, José Antonio. “Trans-formación.” *Empresa Global*, n.º 95, 2010. <http://www.empresaglobal.es/EGAFI/descargas/1051548/1633772/trans-formacion.pdf>.

<sup>203</sup> Sobre esta cuestión, véase: Halabisky, D. “Entrepreneurial Activities in Europe - Senior Entrepreneurship.” *OECD Employment Policy Papers*, n.º 2, París: OECD Publishing, 2012. <https://doi.org/10.1787/5jxrcml7lhxq-en>; y Liang, James, Hui Wang, y Edward P. Lazear. “Demographics and Entrepreneurship.” *Journal of Political Economy* 126, n.º S1, 2018. <https://doi.org/10.1086/698750>.

<sup>204</sup> Boletín Oficial de las Cortes Generales. *Informe de evaluación y reforma del Pacto de Toledo*. Madrid, 2020. [https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-187.PDF](https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-187.PDF).

<sup>205</sup> La Ley General de Seguridad Social ya establece desde 2011 que la Administración de la Seguridad Social deberá informar a cada trabajador sobre su futuro derecho a la jubilación ordinaria, a través del conocido como “carta o sobre naranja”. Un ejemplo de buenas prácticas en este sentido es el *orange envelope* de Suecia. Véase: Boada-Penas, María del Carmen. “Reformas del sistema de pensiones: La Experiencia Sueca.” *FEDEA, Documento de Trabajo*, n.º 2021/03, 2021. <https://documentos.fedea.net/pubs/dt/2021/dt2021-03.pdf>; y Boletín Oficial del Estado. *Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social*. Madrid, 2011. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-13242>.

<sup>206</sup> Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. *Propuestas para la puesta en marcha de un “Plan de Choque para el impulso del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia”*. Madrid, 2020. [https://www.montepio.es/wp-content/uploads/2020/05/Plan-de-Choque-Dependencia\\_resumen-de-propuestas\\_02-10-2020.pdf](https://www.montepio.es/wp-content/uploads/2020/05/Plan-de-Choque-Dependencia_resumen-de-propuestas_02-10-2020.pdf).

<sup>207</sup> En este sentido, también merece la pena señalar el impulso que pueden ofrecer los fondos de recuperación europeos. El proyecto del “Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia” en su componente 22 “Plan de choque para la economía de los cuidados y refuerzo de las políticas de inclusión” contempla más de 3.500 millones de euros para,



entre otras cosas, reforzar la atención a la dependencia y promover el cambio de modelo en los cuidados de larga duración. Véase: Gobierno de España. *Proyecto Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia*. Madrid, 2021. <https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/130421-%20Plan%20de%20recuperacion%2C%20Transformacion%20y%20Resiliencia.pdf>.

<sup>208</sup> Véase: Martínez Rodríguez, Teresa, *et al. Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos*. Madrid: Informes envejecimiento en red, n.º 12, 2015. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>; y OMS. *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*. Ginebra, 2015. <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/>.

<sup>209</sup> El 21% de las mujeres de entre 18 y 55 años han tenido menos hijos de los deseados. El 42% de las mujeres residentes en España de edades comprendidas entre 18 y 55 años ha tenido su primer hijo más tarde de lo que consideraban ideal. Para más información, véase: INE. *Encuesta de fecundidad 2018*. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=5497>.

<sup>210</sup> Se consideran las mujeres de entre 18 y 55 años. Para más detalles, véase: INE. *Encuesta de fecundidad 2018*. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=5497>.

<sup>211</sup> INE. *Indicador coyuntural de fecundidad, 2019*. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002).

<sup>212</sup> Además de las políticas propuestas a continuación, en el capítulo 8 de esta *Estrategia* se proponen dos políticas que pueden tener efectos sobre la natalidad: una mejora de la prestación por cada menor de 18 años a cargo y una reforma de las prestaciones familiares en el IRPF. A largo plazo, la efectividad de las políticas familiares basadas en incentivos monetarios directos puede verse comprometida. En España, la introducción de una ayuda de 2.500 euros por hijo aumentó

la fecundidad en un 3% entre 2007 y 2010, pero su eliminación la disminuyó en un 6%. Véase: González, Libertad, y Sofia Trommlerová. “Cash Transfers and Fertility: How the Introduction and Cancellation of a Child Benefit Affected Births and Abortions.” *Journal of Human Resources*, 2021. <https://www.barcelonagse.eu/file/8108/download?token=j4sLFbkf>.

<sup>213</sup> Borràs, Vicent, Marc Ajenjo, y Sara Moreno-Colom. “More time parenting in Spain: a possible change towards gender equality?” *Journal of Family Studies* 27, 2021. <https://doi.org/10.1080/13229400.2018.1440618>.

<sup>214</sup> Para más detalles, véase: Eurostat. *Pupils in early childhood and primary education by education level and age - as % of corresponding age population [educ\_uae\_enrp07]*. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>; y Ministerio de Educación y Formación Profesional. *Escolarización y entorno educativo. Tasas de escolarización en las edades teóricas de los niveles no obligatorios. Educación infantil*. Madrid, 2020. <https://www.educacionyfp.gob.es/inee/indicadores/sistema-estatal/mapa-indicadores.html>.

<sup>215</sup> Véase: Gandasegui Díaz, Vicente, Begoña Elizalde-San Miguel, y Maria T. Sanz. “Back to the Future: a Sensitivity Analysis to Predict Future Fertility Rates Considering the Influence of Family Policies—The Cases of Spain and Norway.” *Social Indicators Research*, 2020. <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02566-7>; y Sanz, Maria T., Vicente Díaz Gandasegui, y Begoña Elizalde-San Miguel. “Sense and sensibility: using a model to examine the relationship between public pre-school places and fertility.” *The Journal of Mathematical Sociology* 43, n.º 4, 2019. <https://doi.org/10.1080/0022250X.2019.1583226>.

<sup>216</sup> La Renta Valenciana de Inclusión ya integra las becas de comedor y de gastos escolares. Para más detalles: Generalitat Valenciana. “Renta Valenciana de Inclusión.” Generalitat Valenciana, <http://inclusio.gva.es/web/integracion-inclusion-social-cooperacion/renta-valenciana-de-inclusion-rvi>.