

OBSERVATORIO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO



Subvencionado por:



APOYO AL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL
CON CARGO AL 0,7 DEL IMPUESTO DE SOCIEDADES



Madrid, octubre de 2021

Edita:

Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO

Ramírez de Arellano, 19, 1ª planta

28043 Madrid

Teléfono: 91 757 26 22

E-mail: **pensionistas@fpj.ccoo.es**

Dirección y coordinación:

Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO

Análisis y elaboración de contenidos:

Alicia Martínez Poza

Jesús Cruces Aguilera

Fundación 1º de Mayo

Julián Gutiérrez del Pozo

Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO

Producción:

io, sistemas de comunicación

www.io-siscom.com

Índice

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	7
1. EL ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA	11
1.1. Evolución de la población.....	11
1.2. Esperanza de vida.....	25
1.3. Los hogares de las personas mayores	30
1.4. Evolución de los precios.....	34
2. SALUD Y RECURSOS SANITARIOS	37
2.1. Esperanza de vida saludable.....	41
2.2. Gasto sanitario y gasto en farmacia.....	49

2.3. Recursos sanitarios: personal y camas hospitalarias	60
2.4. Personal sanitario: atención primaria, especializada y geriatría	68
3. EL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	81
3.1. Solicitudes y personas beneficiarias	87
3.2. Listas de espera y cobertura del sistema	89
3.3. Plazas residenciales	95
3.4. Impacto de la Covid-19	102
4. EL SISTEMA PÚBLICO DE PENSIONES	107
4.1. Evolución de las pensiones	112
4.2. Pensiones y salarios.....	119
4.3. Cuantías de las pensiones.....	122
4.4. Brechas de género en las pensiones	128
CONCLUSIONES.....	133

Presentación

La Federación de Pensionistas y Jubilados de **CCOO**, en colaboración con la Fundación 1º de mayo, hemos preparado el observatorio social de las personas mayores 2021 para un envejecimiento activo.

No podemos olvidar la necesidad de revisar los recursos con los que cuentan los entornos rurales: la asistencia médica, la atención a la dependencia, las infraestructuras de comunicación y telecomunicación, los servicios sociales, etc. resultan insuficientes y de difícil acceso para las personas que habitan en estas zonas con la tendencia del aumento de población, por el Covid-19.

También analizamos el precio de la luz que se ha multiplicado y repercute en el resto de productos y servicios incluidos en el IPC. Este fuerte incremento impacta decisivamente en las condiciones de vida de las personas mayores, provocando situaciones de pobreza energética.

La pandemia de la Covid-19 ha puesto de relieve las desigualdades existentes, en concreto, sobre el derecho a la vida, a la salud, a la

autonomía personal, a la atención sanitaria, a los cuidados paliativos, a la seguridad y a disfrutar de una vida libre de violencias, abusos y negligencias, para ello es necesario redoblar los esfuerzos y recursos destinados a las políticas públicas de promoción de la salud y atención sociosanitaria.

Movilizándonos, hemos conseguido un acuerdo para desarrollar y fortalecer el Sistema de Atención a la Dependencia, la pandemia ha hecho evidente la importancia de los servicios públicos y especialmente de las políticas de cuidados.

El reciente acuerdo alcanzado por el Gobierno con las organizaciones sindicales **CCOO** y UGT y las patronales CEOE y CEPYME en materia de pensiones corrige una serie de elementos que habían supuesto la razón de la falta de acuerdo en la reforma de 2013.

Estos acuerdos son instrumentos para luchar contra la desigualdad en todas las etapas de la vida, abordando las diferencias territoriales existentes así como la cobertura de servicios y recursos destinados para las personas mayores.

Vicente Llamazares Valduviego

Secretario General de Pensionistas de CCOO

Introducción

El *Observatorio Social de las Personas Mayores 2021*, como en ediciones anteriores, persigue examinar las condiciones de vida y los recursos destinados a las personas mayores, a partir de diversos indicadores y fuentes de información. Continúa, por tanto, la senda marcada de las ediciones anteriores, con objeto de tener un conocimiento longitudinal de las condiciones materiales y de vida de las personas mayores a lo largo del tiempo.

La publicación de la presente edición se realiza en el contexto de la “quinta ola” de la crisis sanitaria provocada por la pandemia de la Covid-19, en la que existe ya un alto grado de vacunación de la población, lo que supone mayor nivel de protección ante los efectos más adversos para los grupos más vulnerables. Para muchas personas mayores, la vacunación ha supuesto además la posibilidad de volver a ver a familiares y amigos, y retomar así las relaciones sociales, que son uno de los factores clave para tener una vida saludable y de calidad.

Por otro lado, la pandemia ha puesto de relieve las condiciones de vida de las personas mayores, especialmente en las residencias, en

las que el virus causó mayores estragos, sobre todo en las primeras etapas de la pandemia. Y no sólo eso. La pandemia nos ha hecho reflexionar de la importancia que se le otorga en la sociedad a la salud, la vivienda, las relaciones sociales, y sobre todo, a los cuidados, que son un elemento central para asegurar la calidad de vida de toda la población. Las personas mayores, consideradas como grupo de riesgo ante el virus, han sufrido las consecuencias de la pandemia en todos estos ámbitos, derivada del mayor impacto del virus en su salud, pero también de los recursos destinados a las políticas públicas de salud, vivienda o dependencia, entre otras.

Pasado ya más de un año del inicio de la pandemia, existen ya datos que permiten conocer sus consecuencias en ciertos ámbitos. En otros, tendrán que pasar algunos años para poder valorar en toda su extensión el impacto de la pandemia en las condiciones de salud y de vida de las personas mayores. De acuerdo con la información disponible, se conoce, por ejemplo, que el año 2021 ya evidencia una reducción llamativa de la esperanza de vida al nacer. La presente edición del *Observatorio de las Personas Mayores 2021* recoge la información estadística actualizada (a julio de 2021) relativa a una amplia batería de materias e indicadores, sobre las condiciones de vida de las personas mayores, procedente de diversas fuentes de información.

El documento se estructura en seis capítulos. El primer capítulo analiza las características de la población mayores, a partir de la estructura poblacional de España, el proceso de envejecimiento y la esperanza de vida. El segundo capítulo repasa los indicadores de

salud y recursos sanitarios en España, de forma comparada tanto desde una perspectiva europea como regional. De forma complementaria, se analiza la composición de los hogares de las personas mayores y sus recursos. Frente a ellos, se analiza la evolución de los precios, de forma agregada y por bienes, con objeto de conocer el mayor o menor encarecimiento de la vida en el periodo reciente. El tercer capítulo aborda la situación de las políticas de atención a la dependencia, con especial interés al número de personas que se encuentran en lista de espera de recibir un servicio o prestación. Y el capítulo cuarto examina la situación de las pensiones, desplegando el análisis por tipos y cuantías, mostrando las brechas existentes entre hombres y mujeres.

Madrid, a 1 de octubre de 2021

1

EL ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

España, al igual que otros países de su entorno, ha de enfrentar el desafío de asegurar la calidad de vida de las personas mayores, que año a año son más y mayores. El proceso de envejecimiento poblacional al que se suma España con cierto retraso a otros países europeos, atraviesa los debates sobre los nuevos retos que los Estados del Bienestar deben afrontar. Los cambios demográficos que comienzan en las últimas décadas del siglo XX están transformando la composición social: la caída de la fecundidad, el aumento de la edad de formación de las familias y la prolongación de la esperanza de vida están dando lugar a poblaciones cada vez envejecidas.

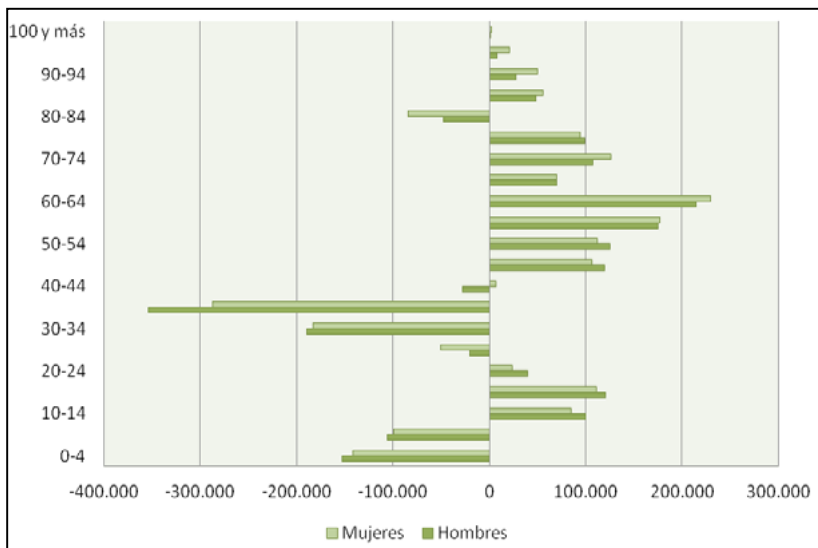
1.1. Evolución de la población

La pirámide poblacional en España refleja la historia de los últimos 100 años. En la cima, en la población de 80 a 85 años, se evidencia la Guerra civil y la postguerra que trajeron mortalidad y caída de la natalidad, a lo que este último año se han sumado los graves efec-

tos de la pandemia de la Covid-19; los “babyboomers” engrosan las franjas entre los 40 y los 55 años. La base se va estrechando con los nuevos patrones de natalidad y fecundidad desde los años 70. El aumento de la natalidad de los años 2000 probablemente ligada al aumento de la inmigración dibuja un paréntesis en el estrechamiento de la base de la pirámide poblacional.

La evolución en los últimos 5 años de la pirámide en España hace palpable la suma de los efectos de la Covid-19 en la en la población mayor a las consecuencias de la guerra y la postguerra así como la abrupta caída de la natalidad de los últimos años.

Gráfico 1.1 Variación de la pirámide poblacional en España 2016-2021.

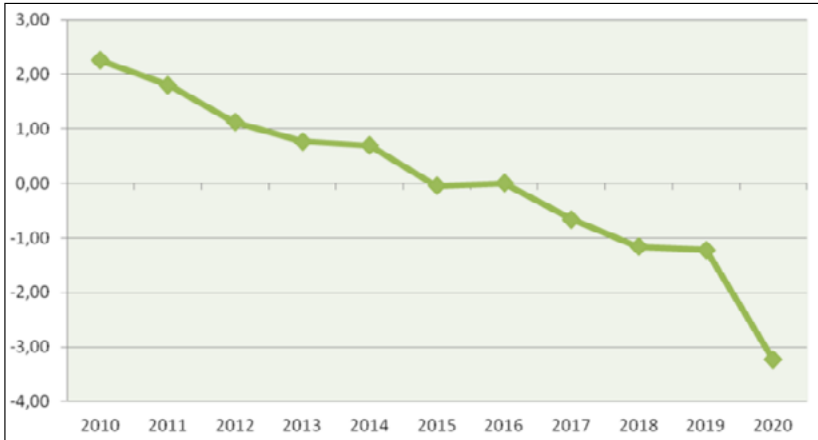


Fuente: Estadística del Padrón continuo, 2021.

Según los babyboomers empiezan a sumarse a las cohortes de población mayor, se sigue incrementando el porcentaje de mayores de 65. En los últimos 5 años, la población de 65 y más años ha crecido un 5,7%. Al mismo tiempo, la natalidad sigue cayendo.

2020, año de una crisis demográfica sin precedentes desde hace 75 años

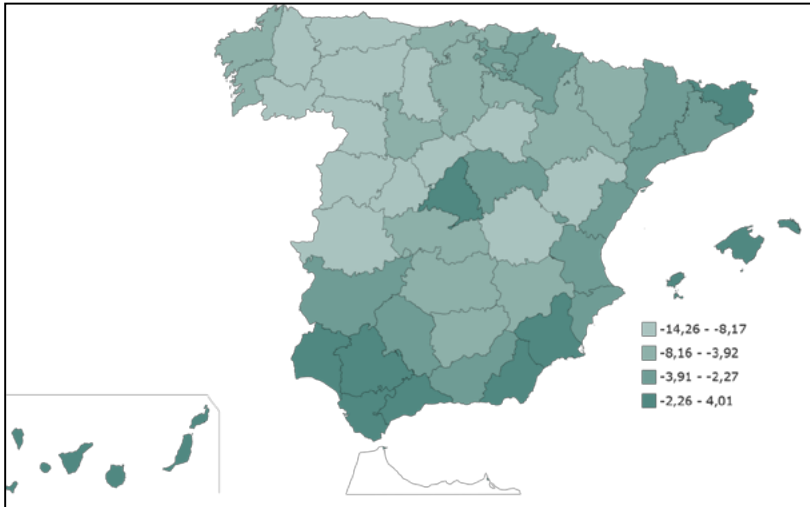
No hay registro de un año con menor número de nacimientos desde los años 1940 en España. La tasa bruta de natalidad lleva una progresión negativa desde 2008 (con un tímido paréntesis entre 2013 y 2015), con una reducción del 30% en los últimos 10 años y encontrándose en el punto más bajo desde al menos 1975. La natalidad se redujo en 2020 un 5,9% y el número medio de hijos por mujer se situó en 1,18. En cuanto a la tasa bruta de mortalidad, este año se ha disparado, con un 17,7% más de defunciones, pasando de 8,8 defunciones por cada 1.000 habitantes en 2019 a 10,4% en 2020, colocándose en la cifra más alta de estos últimos 45 años, al menos. La consecuencia directa es una abrupta caída del saldo vegetativo en este último año de pandemia.

Gráfico 1.2. Evolución del saldo vegetativo en España (crecimiento por mil habitantes), 2010-2020.

Fuente: Indicadores de Crecimiento de la Población, 2021.

Sin embargo, Es importante apuntar que la evolución no es homogénea en todo el Estado. En primer lugar, hay algunas provincias en las que el saldo vegetativo no ha sido negativo, que son los casos de Melilla, Ceuta, Almería e Illes Balears. Huelva o Málaga, son las provincias cuyo saldo vegetativo, aunque se reduce, lo hace en menor grado (menos de 1 por cada mil). Por el contrario, Zamora (-14,3% habitantes, Ourense (-12%) o León (-11,7%) son las provincia dónde más reduce el saldo vegetativo.

Mapa 1.1. Saldo vegetativo por provincias (crecimiento por mil habitantes), 2020.

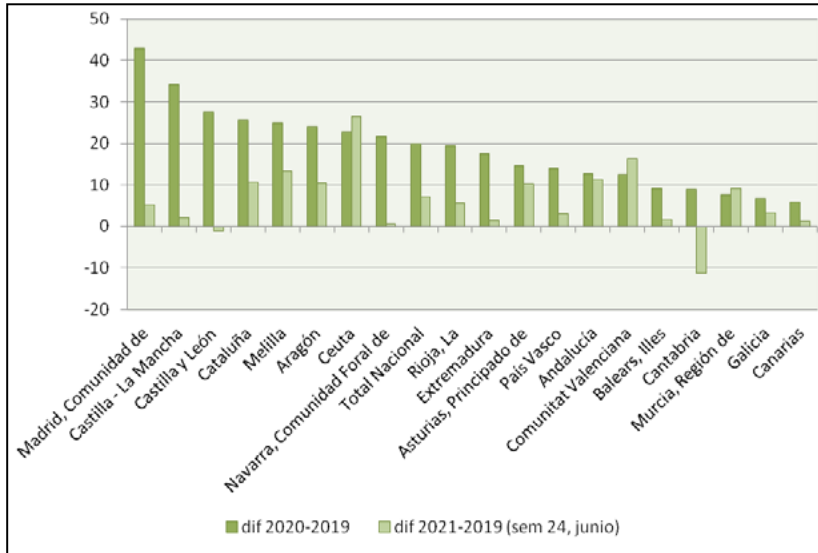


Fuente: Indicadores de Crecimiento de la Población, 2021.

Las diferencias en sobremortalidad en las comunidades autónomas

Tal como se apuntaba, en el año 2020 se han registrado un 17,7% más de defunciones que el año precedente. Sin embargo, no todas las comunidades autónomas han visto aumentar de igual manera el número de fallecidos, tal como se aprecia en el siguiente gráfico.

Gráfico 1.3. Sobremortalidad por comunidades autónomas, 2019-2020.



Fuente: Estimación del número de defunciones semanales (EDeS) durante el brote de covid-19, INE, 2021.

En el año 2020, la comunidad autónoma que mayor diferencia de fallecidos registró en relación al año precedente fue la Comunidad de Madrid, seguida de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Por el contrario, Canarias, Galicia o Murcia fueron las comunidades en las que menor sobremortalidad se observa en 2020. Lo ocurrido en la primera mitad del año 2021, sin embargo, es diferente. La diferencia con las defunciones de la primera mitad de 2019 son más acusadas en Ceuta, Comunidad Valenciana, Melilla y Andalucía. Por el contra-

rio, se observa menor nivel de fallecimientos incluso que en 2019 en Cantabria o Castilla y León.

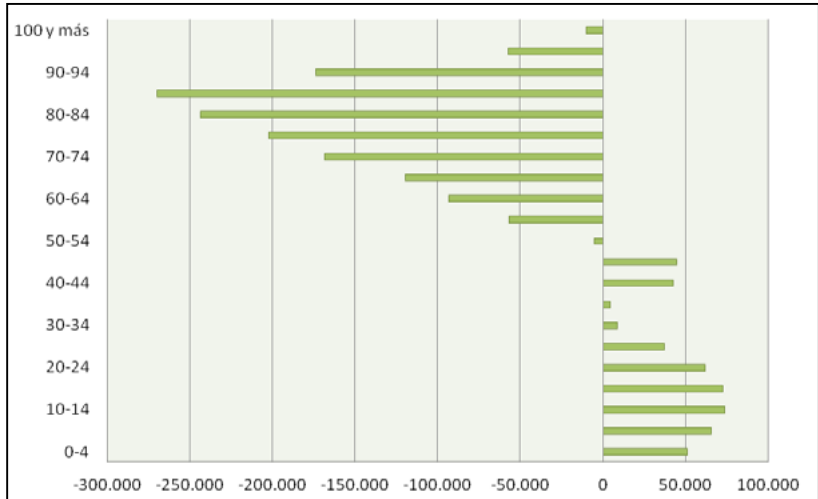
Las mujeres engrosan la parte alta de la pirámide

En términos globales, hay más mujeres que hombres en España: hay 937.000 mujeres más que hombres. Una mezcla de factores de carácter biológico y social hace que los hombres sean más en la base de la pirámide y que las mujeres lo sean en la cúspide. Nacen más hombres que mujeres, las consecuencias en la mortalidad de los hombres con la Guerra Civil o la menor esperanza de vida de ellos –fuertemente condicionado por las diferencias de género en hábitos más o menos saludables– configuran un mapa de explicaciones que llevan a estas diferencias. La edad de equilibrio, en la que se alcanza un equilibrio entre hombres y mujeres y que da lugar al cambio de pesos, se encuentra en torno a los 50 años.

En el siguiente gráfico se plasman las diferencias en número entre hombres y mujeres por grupos de edad, siendo 0 el equilibrio, quedando a la izquierda la sobrerrepresentación de mujeres y la derecha la de hombres.

En enero de 2021 hay 1,244 millones de mujeres mayores más que hombres de esas edades. Las mujeres representan de este modo el 57% de la población mayor de 64 años y suponen el 63,2% de la población de 80 años y más.

Gráfico 1.4. Diferencias en número de mujeres y hombres por grupo de edad, 2021.



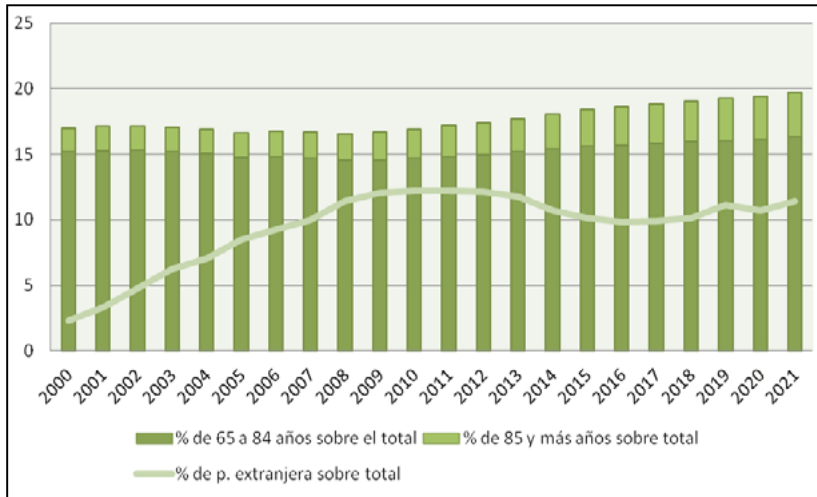
Fuente: Estadística del Padrón continuo, 2021.

Esta realidad demográfica, junto con las estructuras de desigualdad de género, constituyen las principales razones por las que el *Observatorio Social de las Personas Mayores* aborda un análisis transversal con perspectiva de género. Un estudio de la realidad social, sanitaria y económica de la población mayor en España ha de incorporar esta perspectiva y asumir su centralidad a la hora de valorar o proponer políticas públicas para la protección social y la promoción de la calidad de vida desde la justicia social.

Continúa el envejecimiento poblacional en España

España tiene un 19,6% de su población mayor de 64 años, un porcentaje inferior al de otros países del entorno. Destacan los casos de Italia, el 23,3% de la población tiene 65 o más años; en Finlandia, el 22,28%; y en Grecia, el 22,26%. Sin embargo, son muy pocos los países europeos que superan a España en población mayor de 85. Tan solo Italia, Grecia y Francia superan el 3,3% de España.

El gráfico 1.5. sintetiza tres indicadores: personas mayores, personas muy mayores (de 85 años y más) y la evolución de la población migrante en los últimos 20 años. Tal como se ha analizado en previas ediciones del *Observatorio Social de las Personas Mayores*, este gráfico ofrece una panorámica que relaciona la proporción de población migrante con la trayectoria del envejecimiento poblacional. Desde que la población migrante alcanzara su cota más alta entre 2010 y 2011, la disminución de su presencia ha implicado que el envejecimiento poblacional siguiera avanzando a buen ritmo.

Gráfico 1.5. Índice de envejecimiento 2000-2021.


Fuente: Estadística del Padrón continuo, 2021.

Las diferencias territoriales del envejecimiento

Tal como se ha detallado en previas ediciones del *Observatorio Social de las Personas Mayores*, existen significativas diferencias en el nivel de envejecimiento en las distintas regiones de España. El siguiente cuadro recoge las provincias más envejecidas y las que menos lo están: por un lado las que alcanzan a tener un tercio de su población mayor y, por otro, aquellas en las que no llegan a representar el 16%. Las provincias más envejecidas son Ourense, Zamora, Lugo y León; las menos, son Melilla, Ceuta, Almería y Las Palmas.

Cuadro 1.1. Las provincias más y menos envejecidas, 2021.

Provincias más envejecidas		Provincias menos envejecidas	
Ourense	31,6%	Illes Balears	16,0%
Zamora	31,2%	Murcia	16,0%
Lugo	29,6%	Palmas, Las	15,8%
León	27,6%	Almería	15,2%
Salamanca	26,9%	Ceuta	12,3%
Asturias	26,6%	Melilla	10,8%

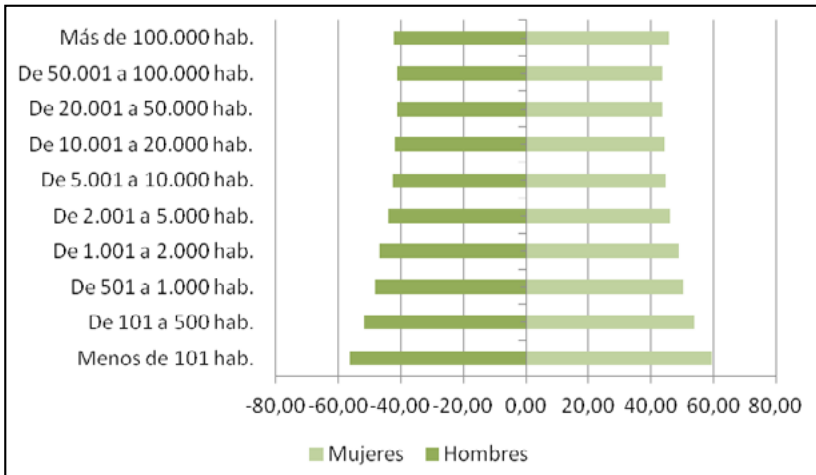
Fuente: Estadística del Padrón continuo, 2021.

En previas ediciones se mencionaba la relevancia del proceso de envejecimiento y la despoblación rural. Cómo el vaciamiento de la España rural comenzó con la revolución industrial con el llamado éxodo rural, que se intensificó en las últimas décadas del siglo pasado y que poco a poco ha ido atrayendo a la población a las urbes. Al mismo tiempo, las regiones menos envejecidas explican su composición demográfica por su mayor natalidad y edad media más joven y la mayor presencia de población migrante joven que encuentra trabajo en las zonas agrícolas o regiones fronterizas.

De este modo se ha ido generando una pirámide en función del tamaño de municipio, que tal como ilustra el gráfico 1.6., los municipios más pequeños, de 100 habitantes o menos, tienen la edad media más alta (56,4 en los hombres y 59,3 en las mujeres). La edad

media de las personas empadronadas se va reduciendo a medida que aumenta el tamaño de municipio hasta llegar a los 41 años de los hombres y 43 de las mujeres en los municipios de 20.000 a 50.000 habitantes. Los municipios más grandes tienen una edad media algo superior.

Gráfico 1.6. Edad media por tamaño de municipio, 2021.



Fuente: Estadística del Padrón continuo, 2021.

La pandemia de la Covid-19 ha tenido un indudable efecto en la migración dentro del territorio español. Ha sido considerado el mayor éxodo desde las grandes ciudades en la última década. La estadística de variaciones residenciales de 2020 recoge un saldo neto a los municipios de menos de 10.000 habitantes con 100.000 altas más que bajas, mientras que en las grandes ciudades de más de medio

millón de residente, se marcharon 80.000 personas más de las que se empadronaron.

En el cuadro 1.2. se recogen las provincias que han visto aumentar más su saldo interior de altas y bajas en el padrón (excluyendo emigraciones e inmigraciones) en comparación con el año anterior. En 2020, la provincia de Toledo ha incrementado en 4.778 personas el saldo entre los años 2019 y 2020. Las provincias de Girona, Cádiz, Tarragona y Cantabria lo han hecho en más de 3.000 personas. Alicante y Asturias por encima de las 2.500 personas.

Cuadro 1.2. Provincias con mayores cambios en sus saldos poblacionales -interiores-, 2020.

	2020	Diferencia 2020-2019		2020	Diferencia 2020-2019
Toledo	8.094	4.778	Rioja, La	477	-719
Girona	4.719	3.741	Zaragoza	-571	-1.537
Cádiz	2.770	3.432	Palmas, Las	-1.691	-1.553
Tarragona	6.154	3.216	Bizkaia	-1.503	-1.964
Cantabria	3.454	3.046	Balears, Illes	-2.365	-6.210
Asturias	2.093	2.656	Barcelona	-21.510	-15.046
Alacant	2.598	2.647	Madrid	-38.240	-39.663

Estadística de Variaciones Residenciales, 2021.

En la situación contraria se encuentran las provincias de 6 de las 10 ciudades más pobladas de España. La provincia de Madrid ha perdido 39.663 personas empadronadas con respecto al saldo del año precedente. Le siguen las provincias de Barcelona, 15.046 menos; Illes Balears 6.210 menos; Bizkaia, 1964 menos; y Las Palmas y Zaragoza, más de 1500.

Llama especialmente la atención lo ocurrido en provincias que al menos en los últimos cuatro años venían registrando saldos negativos y que sin embargo 2020 marcó un relevante cambio de tendencia. Son muchas e incluyen las provincias más envejecidas: Asturias, Ávila, Badajoz, Cáceres, Cádiz, Ciudad Real, Cuenca, Granada, León, Lugo, Orense, Palencia, Salamanca, Segovia, Sevilla, Teruel y Zamora. Lo opuesto se observa en las provincias de las grandes ciudades.

Para conocer si esta tendencia migratoria se mantiene, habría que esperar a los resultados de este año 2021, dado que las medidas para la contención de la pandemia se han ido relajando, incluido las fórmulas de organización del trabajo que han primado el teletrabajo como medida de protección de la salud.

Esta repoblación vuelve a poner sobre la mesa la necesidad de revisar los recursos con los que se cuentan en los entornos rurales: asistencia médica, la atención a la dependencia, las infraestructuras de comunicación y telecomunicación, los servicios sociales, etc. resultan insuficientes y de difícil acceso para las personas que habitan en estas zonas y cabe esperar un aumento de la presión

asistencial y sobre los recursos con la tendencia del aumento de población.

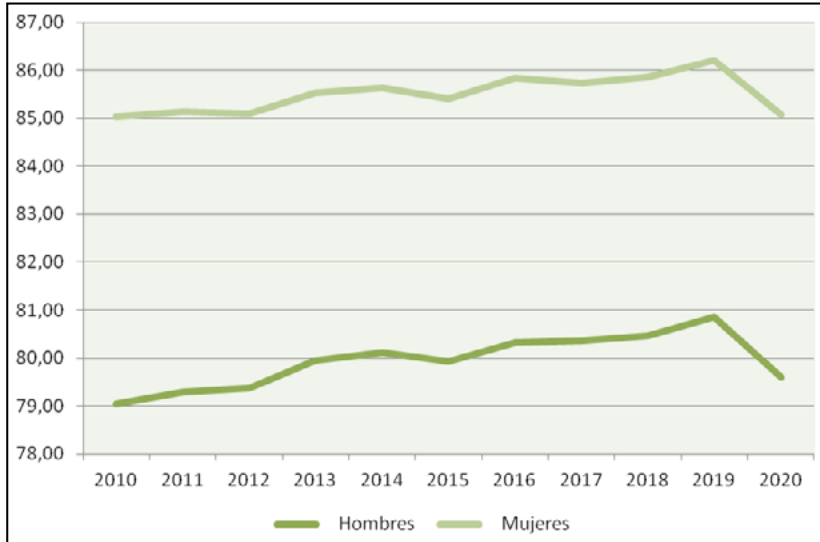
Tal como se ha abordado en previas ediciones, el envejecimiento de las zonas rurales hacen de la atención y los cuidados un elemento crucial para asegurar la calidad de vida de la personas, especialmente de las mujeres que son mayoría y las mujeres más jóvenes que a menudo las cuidan. Para ofrecer oportunidades reales para un envejecimiento activo y con calidad de vida es necesaria una apuesta política con los recursos necesarios que permita promover el empleo y el rejuvenecimiento de las poblaciones.

1.2. Esperanza de vida

La esperanza de vida da marcha atrás en el año de la pandemia de la Covid-19

Las expectativas de prolongación de los años de vida que vienen paulatinamente ascendiendo, en el último año han sufrido un importante retroceso. La elevada sobremortalidad tiene un indudable efecto sobre las expectativas de vida. En 2020, la esperanza de vida de las mujeres al nacer se situaba en los 85,07 años y la de los hombres en 79,6, tras perder 1,15 y 1,26 años respectivamente.

Gráfico 1.7. Evolución de la esperanza de vida al nacer por sexo, 2010-2020.

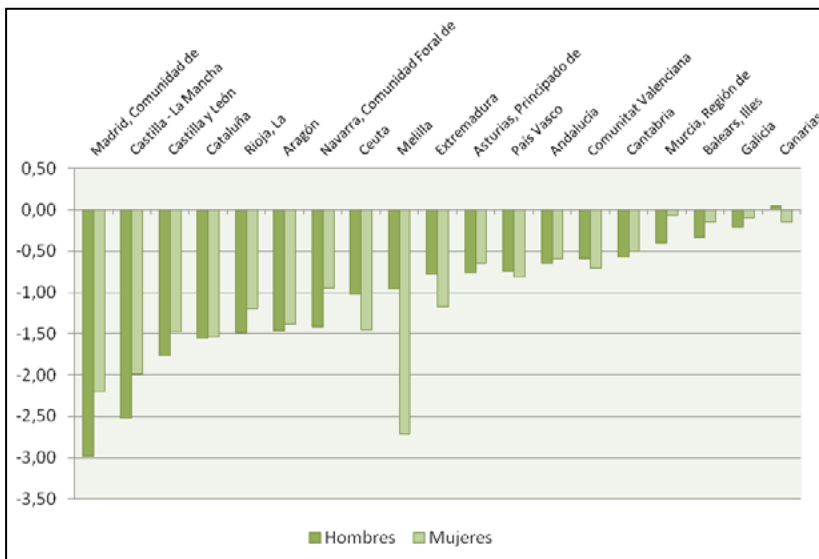


Fuente: Indicadores de mortalidad, INE, 2021.

La reducción de la esperanza de vida al nacer ha afectado de manera diferente a las distintas comunidades autónomas. En todas ellas, y tanto en hombres como en mujeres, se reducen los años esperados de vida. En Madrid, la expectativa de vida al nacer para los hombres se ha reducido cerca de 3 años y en las mujeres 2,2, años. Le siguen Castilla-La Mancha, 2,5 y 2 años menos respectivamente; Castilla y León y Cataluña. Merecen destacarse las reducciones también en esperanza de vida de las mujeres en Melilla y Ceuta. Por el contrario, la disminución ha sido mínima en Canarias, Galicia o Illes Balears.

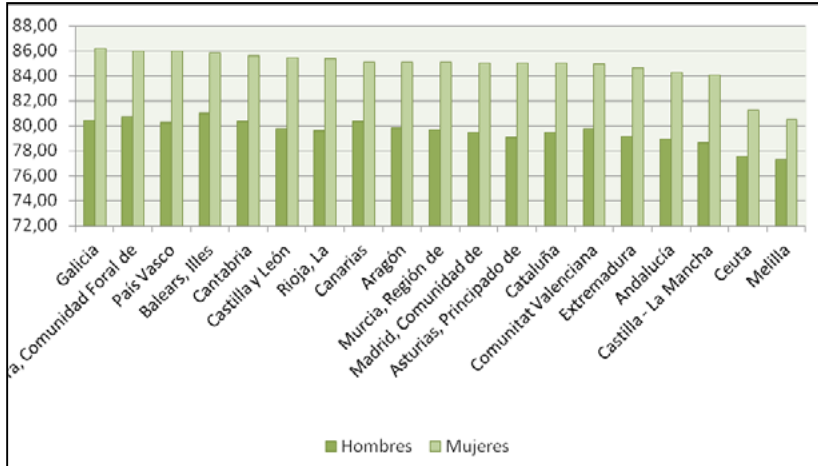
Ante estos cambios, la Comunidad de Madrid, que se encontraba a la cabeza, retrocede puestos hasta ocupar el puesto 11º en el orden de comunidades por esperanza de vida al nacer. Castilla-La Mancha pasa de uno de los primeros puestos a uno de los últimos. A la cabeza quedarían Galicia, Navarra y País Vasco, a la cola, Melilla, Ceuta y Castilla-La Mancha

Gráfico 1.8. Evolución de la esperanza de vida al nacer por CCAA, por género 2019-2020.



Fuente: Indicadores de mortalidad, INE, 2021.

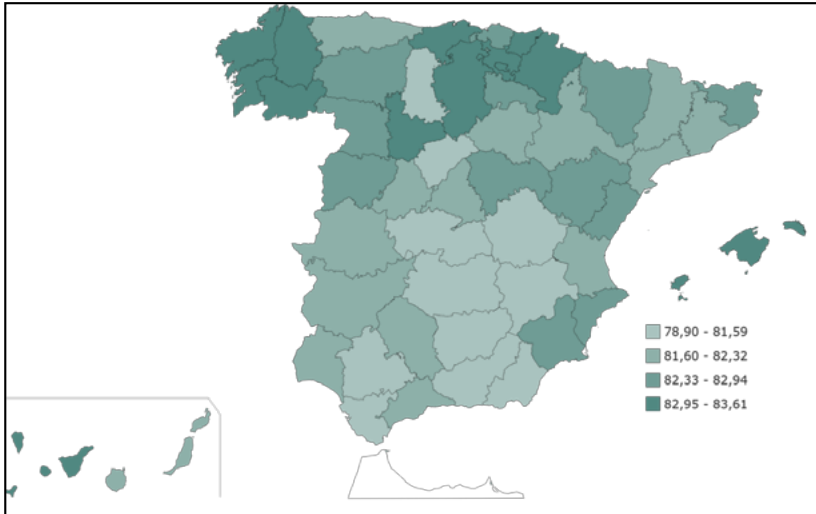
Gráfico 1.9. Esperanza de vida al nacer por Comunidad Autónoma, 2020.



Fuente: Indicadores de mortalidad, INE, 2021.

El mapa de provincias según la esperanza de vida al nacer en 2020 muestra la diversidad existente de realidades. Destacan con mayor expectativa Árabá (83,6 años), A Coruña (83,5 años) e Illes Balears (83,4 años); y con menor expectativa Melilla (78,9 años), Ceuta (79,3 años) y Ciudad Real (80,3 años).

Mapa 1.2. Esperanza de vida al nacer por provincias en España, 2020.

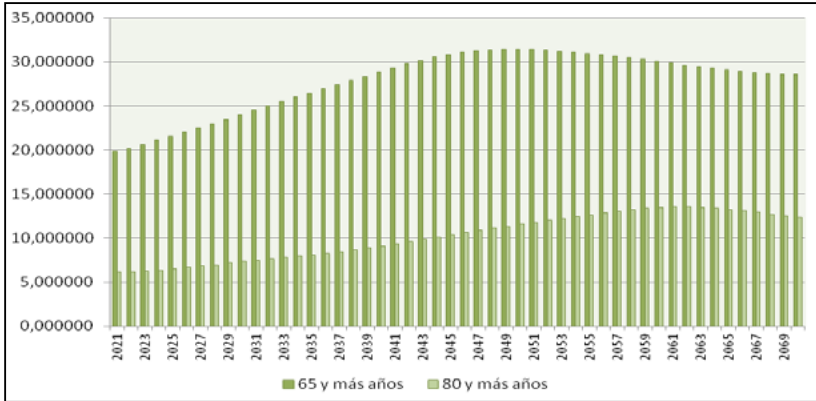


Fuente: Indicadores de mortalidad, INE, 2021.

Se prevé un crecimiento continuado hasta el año 2050

A pesar del revés provocado por la pandemia en la esperanza de vida, las proyecciones de población del Instituto nacional de Estadística hasta 2069 estiman que en 2058 el 43,73% de la población española tenga 65 o más años. La población de 80 y más años continuaría su progresión ascendente y alcanzaría en 2061 a representar el 13,53%.

Gráfico 1.10. Proyecciones de población de 65 y más años, 2019-2069.



Fuente: INE, 2021.

1.3. Los hogares de las personas mayores

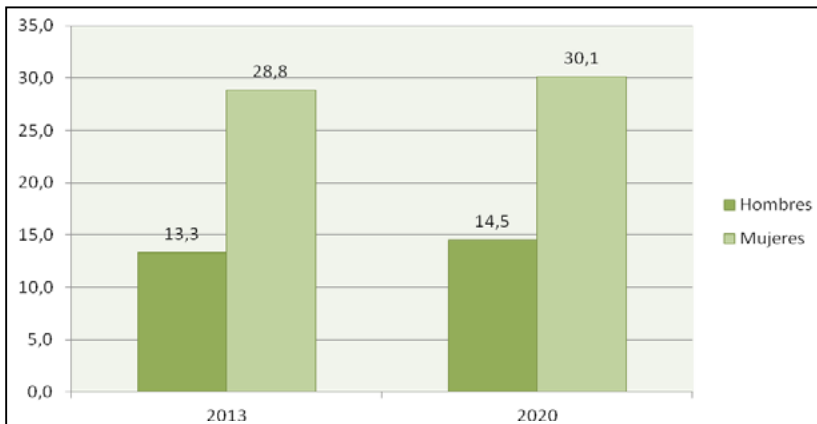
Siete millones de personas mayores viven en hogares unipersonales, mayoritariamente mujeres

Las condiciones de vida, entendidas como la base material y social en la que las personas mayores despliegan su vida, influyen decisivamente sobre las condiciones de salud y su duración en el tiempo. Respecto a las condiciones de vida, uno de los elementos a tener en cuenta es el tipo de hogar en el que viven las personas mayores. En este sentido, es necesario remarcar que el hogar unipersonal es

la forma de convivencia con mayor predominio entre las personas mayores, aunque se detectan grandes diferencias por género.

En total, siete millones de personas mayores de 65 años que viven en hogares unipersonales en 2020, lo que suponen el 12,6% sobre el total de hogares de este grupo de edad. En el caso de las mujeres el porcentaje es muy superior a la media, alcanzando el 30,1% de hogares, frente a los varones que se sitúa en un 14,5% de hogares. En ambos casos, se aprecia un aumento con respecto a 2013, en mayor medida en el caso de las mujeres, lo cual nos advierte, por un lado, del refuerzo de este tipo de hogar como modo de convivencia, y por otro lado, del aumento de la brecha existente entre hombres y mujeres.

Gráfico 1.11. Evolución de la población de 65 y más años en hogares unipersonales, 2013-2020 (% sobre total de hogares)



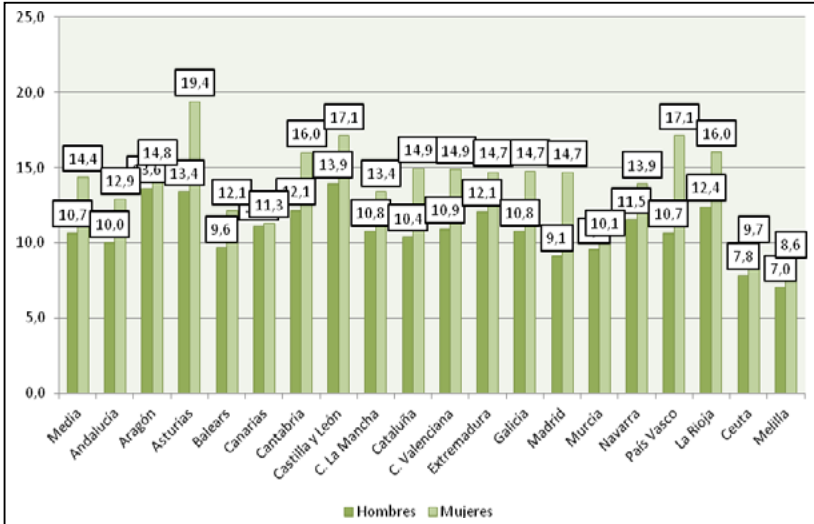
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Continua de Hogares (ECH), INE, 2021.

Desde el punto de vista autonómico la brecha entre hombres y mujeres con respecto a los hogares unipersonales ofrece una distribución desigual. Las mujeres tienen un mayor peso que los hombres en los hogares unipersonales en Euskadi (6,4 puntos porcentuales superior a los hombres), Asturias (5,9 puntos), Madrid (5,6 puntos) y Cataluña (4,5 puntos).

En cambio, en otras Comunidades Autónomas, como Canarias o Murcia el peso es prácticamente similar (0,1 y 0,5 puntos porcentuales de diferencia). Si bien, en todas las comunidades, las mujeres tienen una presencia superior a los hombres este tipo de hogar.

Por otro lado, el porcentaje de mujeres en hogares unipersonales es más elevado en las Comunidades de Asturias (19,4%), Euskadi (17,%) y Castilla y León (17,%), mientras que en el caso de los hombres esto se produce en las de Castilla y León (13,9%), Aragón (13,6%) y Asturias (13,4%), respectivamente.

Gráfico 1.12. Mujeres y hombres de 65 y más años sobre el total de hogares unipersonales por CCAA, 2020 (%).



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Continua de Hogares (ECH), INE, 2021.

1.4. Evolución de los precios

Encarecimiento de la vida: suben los alimentos en 2020 y la luz en 2021

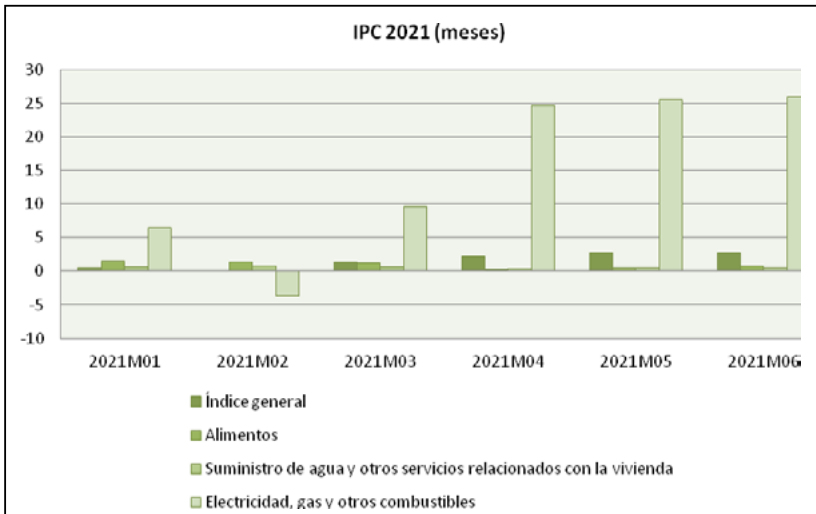
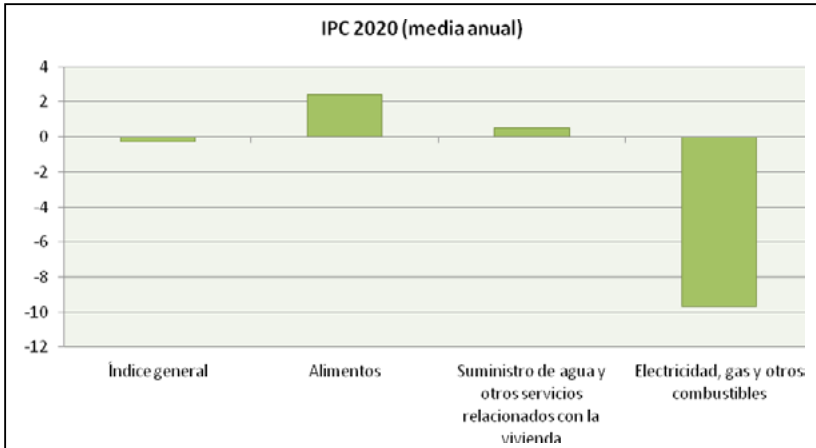
Otros de los elementos a valorar de las condiciones materiales es el relativo a la evolución de los precios, y en particular de los suministros básicos de las viviendas (fundamentalmente, agua, alimentación y luz).

En 2020, la evolución media del IPC nos habla de una caída del 0,3%. Sin embargo, si observamos los suministros básicos se observa un incremento de los productos de alimentación (2,4%) y del agua (0,5%) y una caída del precio de la luz (9,7%).

Frente a esta evolución, durante los primeros seis meses de 2021 el precio de la luz se ha multiplicado. Desde abril, se vienen registrando incrementos superiores al 24%, rompiendo la dinámica de los meses anteriores, así como del resto de productos y servicios incluidos en el IPC.

Este fuerte incremento del precio de la luz -un recurso básico y necesario para las viviendas- impacta decisivamente en las condiciones de vida de las personas mayores, resultando situaciones de pobreza energética, las cuales son igualmente relevantes tanto en verano como en invierno.

Gráfico 1.13. Variación del IPC: índice general y grupos seleccionados (con y sin electricidad, gas y otros combustibles) 2020 (media anual) y 2021 (meses) (var. Interanual en %).



Fuente: Elaboración propia a partir del Índice de Precios al Consumo, INE, 2021.

2

SALUD Y RECURSOS SANITARIOS

Desde hace varias décadas el envejecimiento se entiende más allá del buen estado de salud y la ausencia de enfermedad, abriéndolo a una perspectiva global en la que se incorporen factores de diverso tipo como el bienestar físico, mental y social de las personas, y que además permite poner el foco en la necesidad de garantizar las materiales y sociales dignas para las personas a lo largo de toda la vida, pero especialmente, en las últimas etapas de la misma.

Los avances logrados en el ámbito de la prevención, diagnóstico y terapias médicas han mejorado sustancialmente la salud de las personas, lo cual ha producido un aumento de la esperanza de vida de la población. Esta tendencia positiva incorpora sin embargo el reto de lograr que este aumento de esperanza de vida se produzca en condiciones libres de enfermedad, manteniendo las capacidades funcionales y autonomía en las actividades cotidianas, así como un buen estado mental y social.

La OMS señala la década 2021-2030 como “década del envejecimiento saludable” comprometiendo a los Estados asociados a una

serie de políticas públicas¹. Esta declaración pone sobre la mesa la necesidad de abordar una acción mundial centrada en que el envejecimiento de la población se produzca en condiciones saludables. Se trata del segundo plan de acción de la Estrategia mundial de la OMS sobre el envejecimiento y la salud, que desarrolla el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas y el cual se ajusta a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Esta acción plantea la necesidad de abordar las brechas existentes que se han puesto de relieve con la pandemia de la covid-19 en las políticas públicas, los sistemas de protección y servicios públicos de salud y de atención y cuidado de las personas.

Hay que recordar que la *Organización Mundial de la Salud* acuñó el término “envejecimiento saludable” (“Healthyageing”) definido como el proceso de desarrollo y mantenimiento de las “habilidades funcionales” que permiten el bienestar en las edades avanzadas. Se entienden por habilidades funcionales aquellas capacidades que permiten a toda persona ser o hacer todo aquello que se considera valioso: desde satisfacer las necesidades básicas, aprender, crecer y tomar decisiones, tener movilidad, construir y mantener relaciones y contribuir activamente a la sociedad. A partir de las capacidades individuales de cada persona, del entorno en el que se desarrollan y de la interacción entre ambas se construyen estas habilidades funcionales.

1 Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true

Como venimos señalando en ediciones anteriores, el envejecimiento activo plantea dos cuestiones centrales. En primer lugar, este concepto pone de relevancia la diversidad, obligando a romper con el estereotipo y la idea de un único tipo de persona mayor. En segundo lugar, también pone sobre la mesa la desigualdad existente entre las personas mayores, en base a condiciones socioeconómicas diferentes. Para lograr un envejecimiento activo saludable, solidario e integrador, las políticas públicas y los recursos existente deben jugar un papel central con respecto a la diversidad y las desigualdades presentes en la población mayor.

Como pone de relieve la OMS en la presentación de la “década del envejecimiento saludable”, la existencia de “los recursos y oportunidades de carácter social y económico de que disponen las personas a lo largo de su vida influyen en su capacidad para tomar decisiones saludables, así como para aportar y recibir apoyo cuando se necesita”. Es por ello por lo que la OMS presta especial atención a la desigualdad social y económica, que influyen en el resto de factores. Así, constata que “las desventajas en materia de salud, educación, empleo y obtención de ingresos comienzan pronto, se refuerzan mutuamente y se acumulan a lo largo de la vida. Las personas mayores con problemas de salud trabajan menos, ganan menos y se jubilan antes. El género, la cultura y la etnia son factores que influyen de forma importante en la desigualdad y que dan lugar a trayectorias muy diferentes de envejecimiento”².

² Ibid.

La pandemia de la Covid-19 ha puesto de relieve las desigualdades existentes, así como las discriminaciones y prácticas y discursos estigmatizadores, tanto dirigidos a jóvenes como a las personas mayores, las cuales han tenido un impacto decisivo sobre los derechos humanos³. En concreto, sobre “el derecho a la vida, a la salud, a la autonomía personal, a la atención sanitaria, a los cuidados paliativos, a la seguridad y a disfrutar de una vida libre de violencias, abusos y negligencias”⁴.

Por todo ello, es cada vez más necesario que nunca redoblar los esfuerzos y recursos destinados a las políticas públicas de promoción de la salud y atención sociosanitaria, que permitan garantizar el envejecimiento activo. Con ello, se estarán dando pasos al mismo tiempo para romper los estereotipos y prácticas discriminatorias que se despliegan sobre las personas mayores (como la dependencia o la carga familiar), que –en último término– merman su capacidad y autonomía.

3 ONU, “Policy Brief: The impact of COVID-19 on older persons” <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-impact-covid-19-older-persons>

4 Envejecimiento en red, “Impacto de la pandemia de COVID-19 en los derechos de las personas mayores” <http://envejecimientoenred.es/impacto-de-la-pandemia-de-covid-19-en-los-derechos-de-las-personas-mayores/>

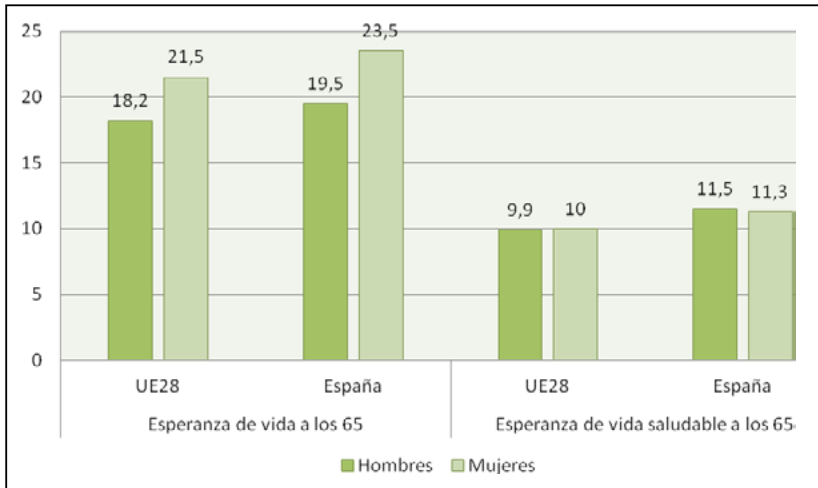
2.1. Esperanza de vida saludable

Esperanza de vida superior a la media europea, que ve reducida años saludables

Los datos procedentes de Eurostat ponen de relieve una mayor esperanza de vida a los 65 años en España que en la media europea, siendo especialmente relevante en el caso de las mujeres que los hombres. Éstas presentan una mayor esperanza de vida que los hombres tanto en España como en Europa, con diferencias de 4 y 3,3 años, respectivamente.

La brecha existente con respecto a la media europea se equilibra en el momento que se atiende a los años de vida saludables, reduciéndose al mismo tiempo las diferencias entre hombres y mujeres. En comparación con la Unión Europea, la esperanza de vida saludable a los 65 años es mayor en España que la media europea, tanto en hombres como mujeres, 1,6 y 1,3 años respectivamente. Estos datos ponen de relieve que, aunque las mujeres en España viven más años, sus condiciones de salud no les permiten lograr más años de vida saludable.

Gráfico 2.1. Comparación UE28 y España en esperanza de vida y esperanza de vida saludable a los 65 años por sexo, 2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat, 2021.

La esperanza de vida a los 65 años se sitúa en los 21,5 años

En los últimos años, el indicador relativo a la esperanza de vida apenas ha sufrido variaciones. De acuerdo con el último dato disponible, a la esperanza de vida a los 65 años en España se sitúa en los 21,5 años en 2018, en valores similares a los de 2016. En esta década se frena, por tanto, la tendencia registrada en las posteriores

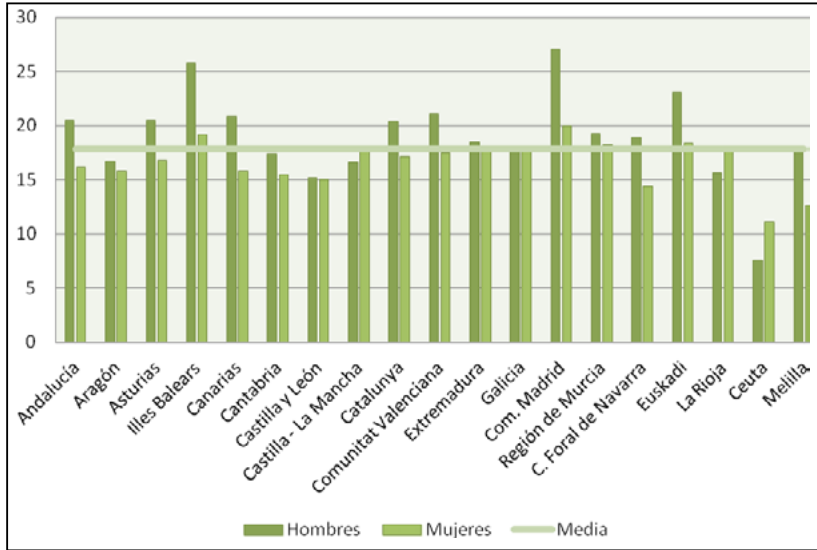
en las que se registró un aumento notable de la esperanza de vida. Recordemos, por ejemplo, que este indicador ofrecía una esperanza de vida de 18,2 años a mediados de los años 90.

Desagregando los datos por Comunidad Autónoma se aprecian notables diferencias con respecto a la esperanza de vida. Así, Madrid, Castilla y León, Euskadi y Navarra presentan una esperanza de vida superior a los 22 años, mientras que Murcia, Andalucía, Extremadura y Ceuta y Melilla, ésta es inferior a los 21 años, siendo por tanto inferior a la media estatal.

Por género, en 2018 los hombres registran una mayor esperanza de vida en las Comunidades Autónomas de Madrid (20,8), Castilla y León (20,2), Navarra (19,9) y Castilla-La Mancha (19,7), mientras que las mujeres lo hacen en Madrid (25,1), Euskadi (24,4), Castilla y León (24,2) y Navarra (24,1), respectivamente.

Los datos también permiten mostrar la diferencia de esperanza de vida entre hombres y mujeres, siendo 4 años superior en el caso de éstas últimas. Desde el punto de vista autonómico, Cantabria (4,9), Euskadi (4,7), La Rioja (4,7) y Asturias (4,6) son las regiones donde las mujeres registran una diferencia mayor, mientras que en la cola se sitúan la Comunitat Valenciana (3,5), Canarias (3,5), Ceuta (2,4) y Melilla (2,4).

Gráfico 2.2. Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por CCAA, 1995-2018 (%).



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2021.

Aumento de la esperanza de vida saludable a los 65 años, derivado de la mejora de la esperanza de vida de las mujeres

Más allá de los años de esperanza de vida, es interesante profundizar en la calidad de la vida de esos años. Este elemento cualitativo es recogido en el indicador de la esperanza de vida saludable a partir de los 65 años.

En 2018, este indicador aporta una cifra de 18,7 años saludables, lo cual supone un incremento muy notable con respecto al año anterior, concretamente, de 8,6 años. Esta dinámica se explica sobre todo por la evolución de la esperanza de vida de las mujeres, que pasa de los 9,6 a los 19,9 años de vida saludable; en el caso de los hombres, su evolución también es relevante aunque inferior (de 10,7 a 17,3 años de vida saludable).

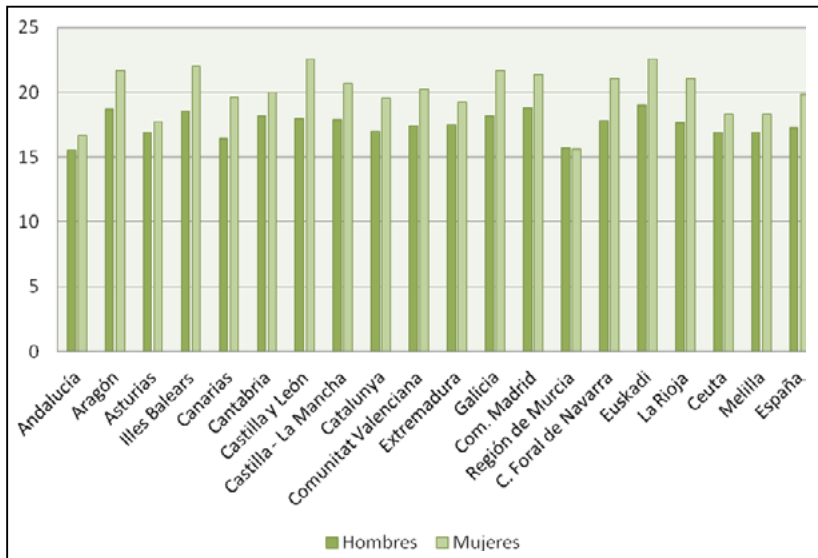
Desde el punto de vista autonómico, se registra una mayor esperanza de vida saludable en Euskadi (20,9), Castilla y León (20,3) y Aragón (20,2), mientras que Asturias (17,3), Andalucía (16,1) y Murcia (15,6) reflejan el menor número de años.

Por género, cabe resaltar las diferencias existentes entre hombres y mujeres. En este sentido, los datos permiten constatar que las mujeres presentan una diferencia de 2,6 años de vida saludable superior a la de los hombres en 2018, la cual es inferior a la registrada un año antes (3,7 años). Esto quiere decir que los hombres han incrementado en mayor medida que las mujeres sus años saludables.

Como venimos recordando en anteriores ediciones, cabe señalar que las mujeres pueden ver limitado su estado de salud, y con ello ver reducidos los años percibidos como saludables, es decir, las mujeres a pesar de vivir más años, lo hacen en peores condiciones. Por ello, es fundamental tener en cuenta las necesidades específicas de las mujeres mayores a la hora de implantar políticas públicas y reducir, así, el deterioro de sus condiciones de vida.

Desagregando los datos por Comunidad Autónoma, destacan las regiones de En Castilla y León (4,6 años), Euskadi (3,6 años) y Galicia (3,5 años) donde la diferencia entre hombres y mujeres es superior a la media estatal, mientras que en Asturias (1,1 años) y Andalucía (0,9 años) apenas supera el año de diferencia y en Murcia donde la relación es inversa (0,1 años superior en el caso de los hombres).

Gráfico 2.3. Años de esperanza de vida saludable a los 65 años por sexo y CCAA, 2018.



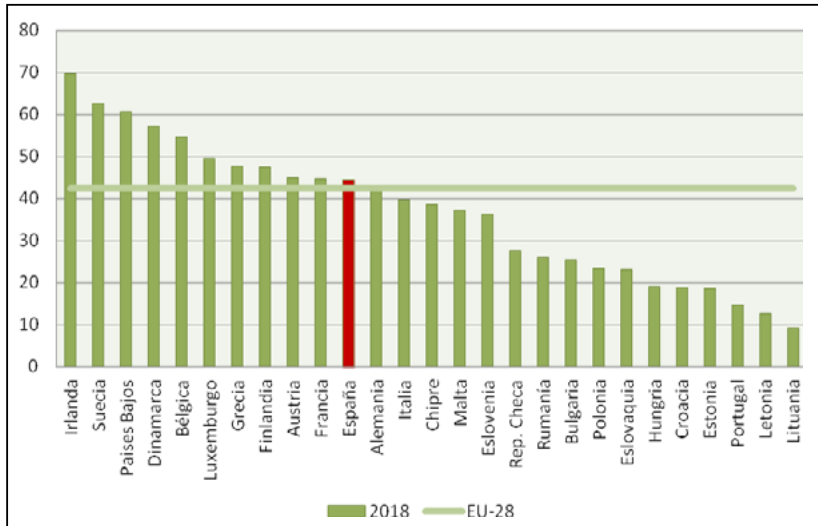
Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2021.

La valoración sobre su estado de salud es más positivo en España que en la media europea

Con objeto de valorar en toda su amplitud el estado de salud de las personas mayores, es interesante profundizar en su valoración personal, que podemos conocer a través de los datos procedentes de Eurostat.

En España el 44,5% de las personas de 65 y más años consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno. Se trata de un porcentaje ligeramente superior a la media europea, el cual se sitúa en un 42,4%, aunque muy lejos de las primeras posiciones, que son ocupadas por países como Irlanda, Suecia o Países Bajos, donde más del 60% de la población de este grupo de edad valora bueno o muy bueno su estado de salud.

Gráfico 2.4. Personas de 65 y más años que valoran su estado de salud bueno o muy bueno en la Unión Europea (%) (2018).



Fuente: *Elaboración propia a partir de Eurostat, 2021.*

Existen diversos factores que explican la autovaloración de la salud, como por ejemplo el género o la clase social. Como refleja Morcillo Cebolla (2017), la literatura existente apunta que los factores que influyen en la salud autopercibida de las mujeres tienen que ver con la desigualdades que se generan en torno a la dedicación al trabajo productivo y/o doméstico y su posición socioeconómica⁵.

5 Morcillo Cebolla, V. (2017): *Desigualdades en la salud autopercibida de la población española. Revisión sistemática de la literatura.* Tesis Doctoral. UAM.

En este sentido, se apunta que la distribución desigual de las tareas entre hombres y mujeres empeora la salud autopercebida de las mujeres, como también lo hace el hecho de no tener una persona contratada para las tareas domésticas o la existencia de un mayor número de miembros en la unidad familiar. Igualmente, la literatura existente permite constatar la relación entre la clase social y la autovaloración de las mujeres.

Estos resultados no hacen sino señalar la importancia de prestar atención no sólo al estado físico, sino también al tiempo y los recursos destinados a formación en prevención y cuidado de la salud y en los recursos a su alcance para el autocuidado. La importancia de la clase social hace que prestemos atención a las personas con un nivel socioeconómico más bajo ya que suelen estar empleadas en ocupaciones peor pagadas, con mayor desgaste físico, y suelen tener prestaciones y pensiones más bajas. La necesidad de garantizar las condiciones de vida materiales y la reducción de las brechas de género es una condición necesaria que hará mejorar la autopercepción de las personas mayores, especialmente de las mujeres.

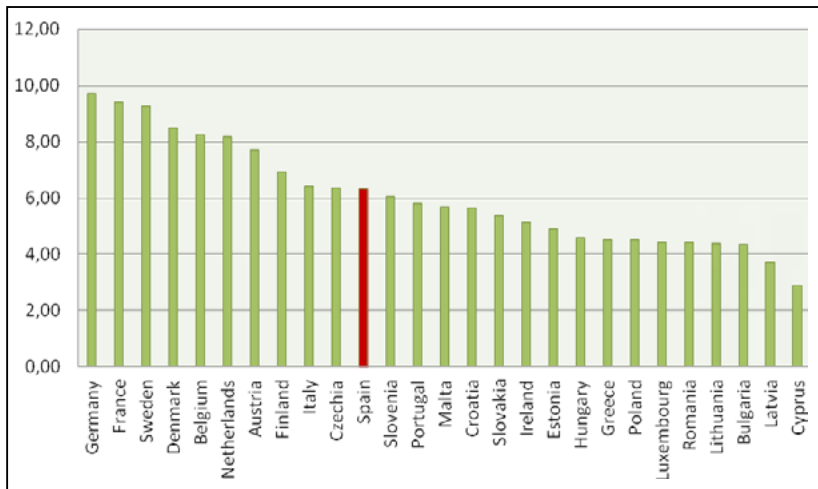
2.2. Gasto sanitario y gasto en farmacia

España ocupa la 11ª posición en términos de gasto público en salud en la Unión Europea

El gasto sanitario en salud es uno de los indicadores que permiten evaluar el esfuerzo que hace un país en las políticas y recursos sanitarios.

De acuerdo con los últimos datos disponibles de Eurostat, el gasto público que España destina el gasto sanitario en salud representa el 6,3% del PIB. Se encuentra, por tanto, lejos de los países con mayor nivel de gasto, como son Alemania (9,7%), Francia (9,4%) o Suecia (9,3%). España registra niveles de gasto similares a Rep. Checa (6,3%) y ligeramente superiores a Eslovenia (6,5%). En la cola de la distribución se encuentran países como Bulgaria (4,3%), Letonia (3,7%) o Chipre (2,9%).

Gráfico 2.5. Gasto público en salud en la Unión Europea en porcentaje del PIB, 2018.



Fuente: *Elaboración propia a partir de Eurostat, 2021.*

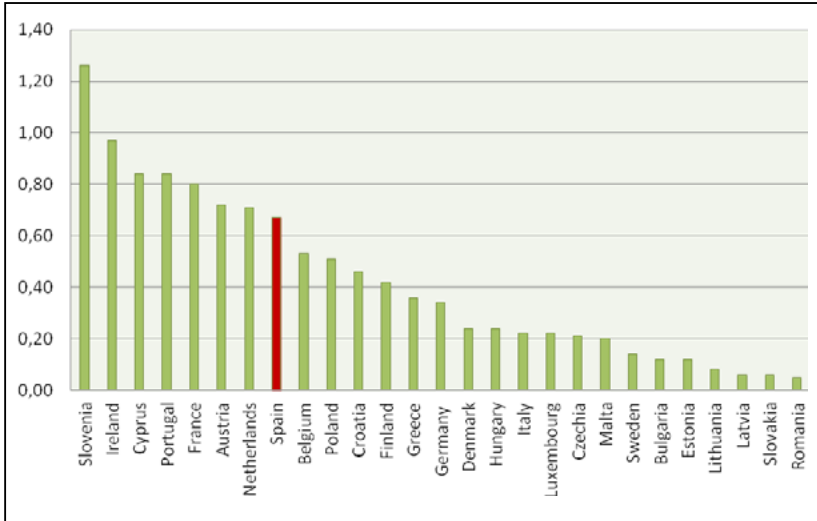
Aumenta ligeramente el gasto sanitario privado

En España, el gasto privado en salud representa el 0,7% del PIB en 2018, lo que supone un aumento con respecto al año anterior de 0,18 puntos porcentuales.

Con este porcentaje, España se sitúa entre los diez países con mayor nivel de gasto privado de toda la Unión Europea, cuyas primeras posiciones son ocupadas por Eslovenia (1,7%), Irlanda (1%) y Chipre (0,8%). La distribución de este indicador refleja las características del modelo sanitario de cada país, de tal modo que, países que destinan un gran esfuerzo público de recursos en salud, presentan una menor aportación del sector privado.

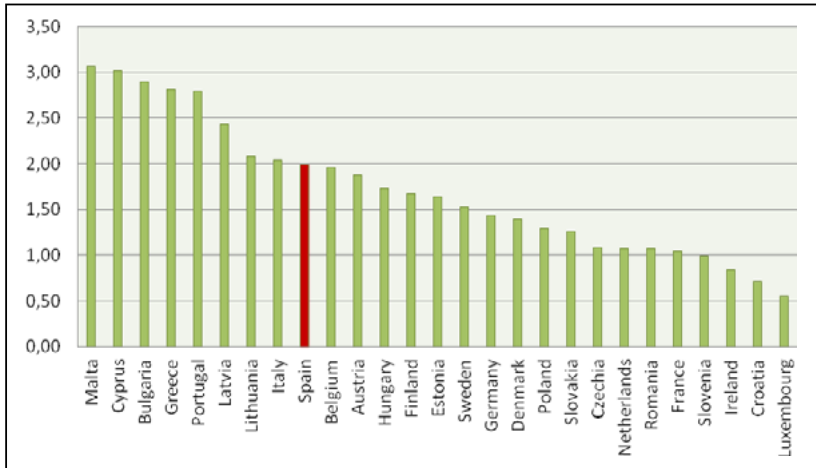
De hecho, si analizamos las aportaciones de los hogares al gasto de la salud se observa que España es el octavo país en términos de gasto, con un gasto que representa el 2% del PIB. Conviene destacar que en los últimos años se ha producido un aumento relativo del gasto de los hogares en salud (en 2013 representaba el 1,7%).

Gráfico 2.6. Gasto privado en salud (aportaciones voluntarias de organizaciones y empresas) en la Unión Europea en porcentaje del PIB, 2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat, 2021.

Gráfico 2.7. Gasto privado en salud (aportaciones de los hogares) en la Unión Europea en porcentaje del PIB, 2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat, 2021.

A pesar del aumento del gasto en sanidad, se mantiene el peso de la remuneración del personal

El gasto público en sanidad ascendió a 75 mil millones de euros en 2019, un 5,45% más que en 2018. Este esfuerzo hace aumentar el gasto en euros por habitante hasta los 1.593 euros en 2020, en valores ligeramente superiores al año anterior.

Por otra parte, cabe señalar que se aumenta muy levemente el porcentaje del gasto sanitario público que gestionan las Comunidades

Autónomas, en torno al 93%, y se reduce 0,3 puntos el porcentaje del gasto dedicado a los conciertos con el sector privado, que se sitúa en el 10,8% sobre el total del gasto.

Finalmente, a pesar de haber registrado un aumento del gasto, la partida destinada a la remuneración del personal en las Comunidades Autónomas se sitúa en 2019 en porcentaje similar al registrado el año anterior (44,7%).

Tabla 2.1. Evolución del gasto sanitario público en España, 2005-2020.

	2005	2009	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total (en millones de euros)	50.574	70.674	61.918	65.735	66.679	68.483	71.145	75.025
Euros por habitante	1.147	1.512	1.324	1.415	1.435	1.472	1.523	1.593
% CCAA	90,4	91,3	92,2	92,5	92,4	92,7	92,6	93,0
Conciertos en las CCAA (% sobre el gasto)	10,2	9,0	9,6	9,4	9,1	11,1	11,1	10,8
Remuneración de personal en las CCAA (% sobre el gasto)	42,5	42,5	46,0	45,0	45,6	45,1	44,0	44,7

Fuente: Estadísticas de Gasto Sanitario Público, 2020.

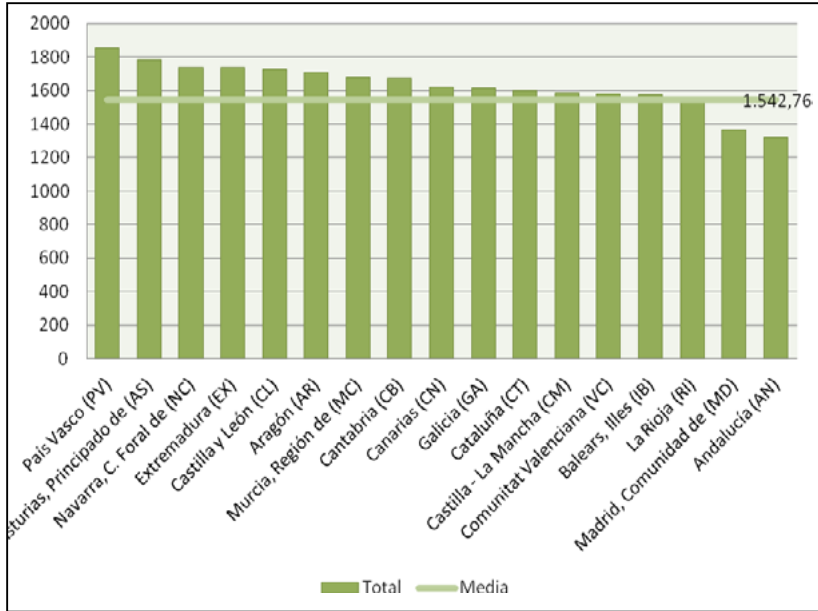
Diferencias regionales con respecto al gasto público por habitante

El gasto público por habitante protegido se sitúa en 1.542 euros en 2019, un 5,6% más que el año anterior.

Desde el punto de vista territorial, la distribución de gasto por habitante ofrece diferencias significativas entre unas comunidades y otras. En las primeras posiciones de la distribución se encuentran Euskadi (con un gasto que alcanza los 1.851 euros por habitante), Asturias (1.781 euros) y Navarra (1.738 euros), cuyo esfuerzo de gasto es superior a la media estatal.

Muy lejos del resto de regiones se sitúan la Comunidad de Madrid (con 1.363 euros por habitante) y Andalucía (1.321 euros), respectivamente.

Gráfico 2.8. Gasto público sanitario por habitante protegido, por CCAA (2019).



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2021.

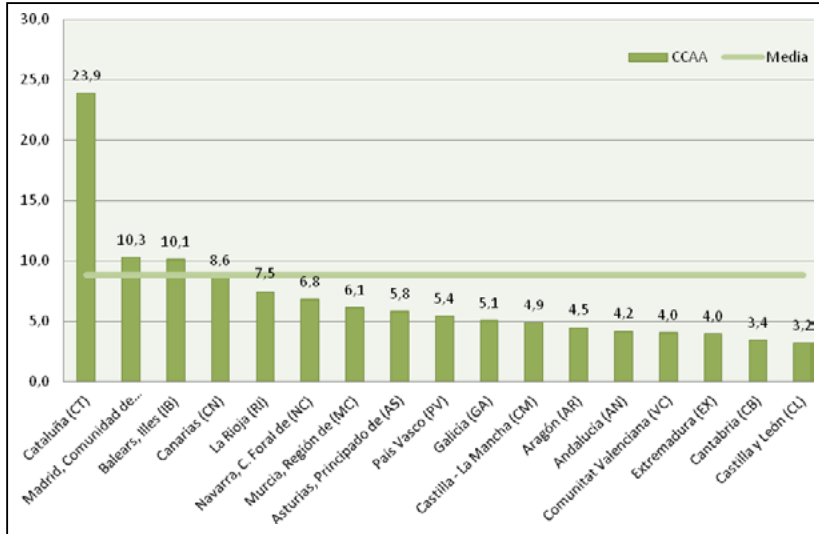
Disminuye ligeramente el porcentaje de gasto sanitario dedicado a la concertación

En 2019, el gasto sanitario destinado a conciertos con el sector privado representó el 8,8% de total del gasto público, 0,3 puntos porcentuales menos que el año anterior.

Si analizamos la distribución regional, destaca sobre el resto Cataluña, donde el gasto dedicado a la concertación supone el 23,9% del gasto público, muy por encima del resto de Comunidades Autónomas.

Con un gasto en concertaciones superior a la media estatal, también se encuentran la Comunidad de Madrid e Islas Baleares, donde representa el 10,3% y 10,1%, respectivamente. En cambio, las que menos gasto relativo destinan son Cantabria, con el 3,4%, y Castilla y León, con el 3,2% del gasto público.

Gráfico 2.9. Porcentaje de gasto sanitario vía concertación sobre gasto público en las CCAA, 2019.



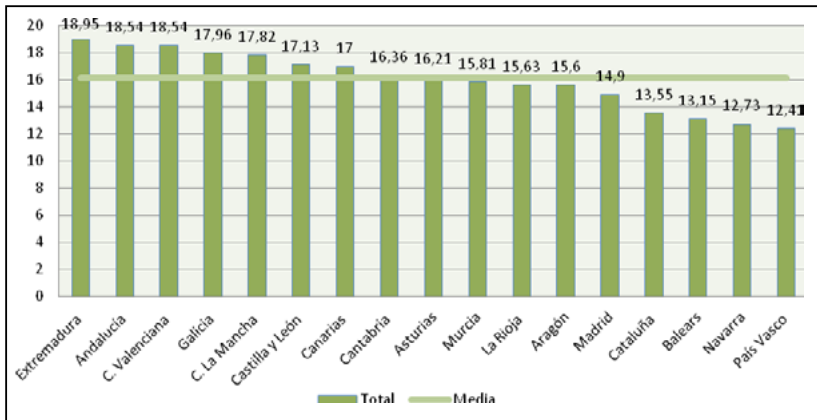
Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2021.

Gasto dedicado a la farmacia

Finalmente, en relación a los recursos sanitarios es interesante evaluar el gasto dedicado a la partida de farmacia y su distribución territorial. La media estatal del gasto en farmacia representó el 16,15% del total del gasto sanitario público en 2019, siendo, por tanto inferior al registrado en el año anterior (16,67%).

Desde el punto de vista autonómico, con un mayor porcentaje de gasto en farmacia destacan las Comunidades Autónomas de Extremadura (18,95%), Andalucía (18,54%) y la Comunidad Valenciana (18,54%). En el extremo opuesto, se encuentran Navarra (12,73%) y Euskadi (12,41%), respectivamente.

Gráfico 2.10. Porcentaje de gasto sanitario en farmacia en las CCAA, 2019



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2021.

2.3. Recursos sanitarios: personal y camas hospitalarias

Apenas se modifican los recursos sanitarios del sistema, manteniendo el mismo personal para cubrir más necesidades

En 2019, se registra el mismo número de médicos/as por habitante. En concreto, en ese año había 0,78 médicos/as en atención primaria y 1,96 médicos/as en atención especializada por cada mil habitantes, valores similares a los registrados un año antes. Lo mismo sucede con el personal de enfermería, con 0,67 enfermeros/as destinadas a la atención primaria y 3,5 por cada mil en la atención especializada.

Otro indicador de los recursos sanitarios, como es el número de camas en funcionamiento, ofrece prácticamente el mismo resultado. Si en 2018 se registraron 2,98 camas por cada mil habitantes, en 2019 se reduce ligeramente hasta el 2,95, continuando así la reducción del número de camas que se viene produciendo a lo largo de las décadas anteriores.

Tabla 2.2. Evolución de recursos sanitarios (públicos y privados) por 1.000 habitantes 2005-2019.

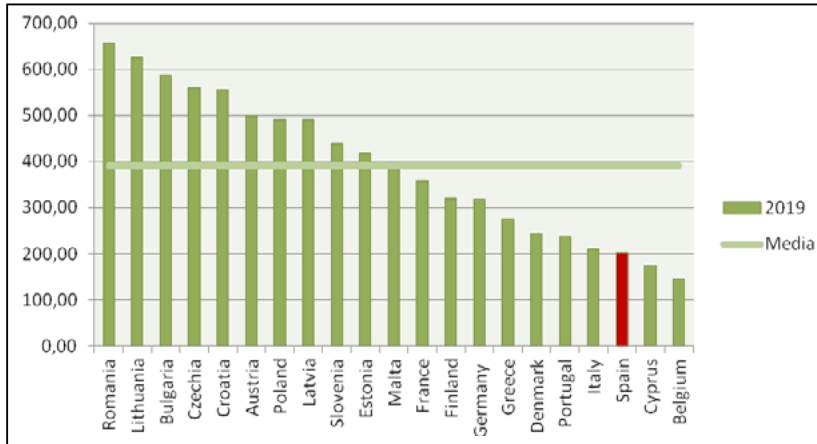
	2005	2008	2011	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Personal médico en atención especializada	1,6	1,76	1,81	1,81	1,85	1,9	1,93	1,98	1,97
Personal médico de atención primaria	0,71	0,75	0,76	0,76	0,76	0,76	0,77	0,77	0,78
Personal de enfermería en atención especializada	2,76	3	3,14	3,14	3,19	3,27	3,38	3,45	3,5
Personal de enfermería en atención primaria	0,59	0,6	0,63	0,65	0,64	0,65	0,65	0,66	0,67
Camas hospitalarias en funcionamiento	3,36	3,22	3,09	2,97	2,97	2,97	2,98	2,98	2,95

Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2021.

Tomando como referencia los datos recogidos por Eurostat, España se encuentra entre los países con menor número de camas hospitalarias públicas, 201,3 frente a la media europea que se sitúa en 390,32 camas por cada 100.000 habitantes-.

La reducción del número de camas puede explicarse por varios factores. Por un lado, es necesario apuntar la incidencia que han tenido los avances médicos y de intervención, que hacen que cada vez sea menos necesaria la estancia en camas hospitalarias. Pero, por otro lado, no hay que dejar de olvidar la reducción de recursos sanitarios, y en concreto hospitalarios, cuando estos siguen siendo necesarios para garantizar la atención y la salud de los pacientes.

Gráfico 2.11. Camas hospitalarias públicas en la Unión Europea, 2019 (por cada 100.000 habitantes).



Fuente: Eurostat, 2021.

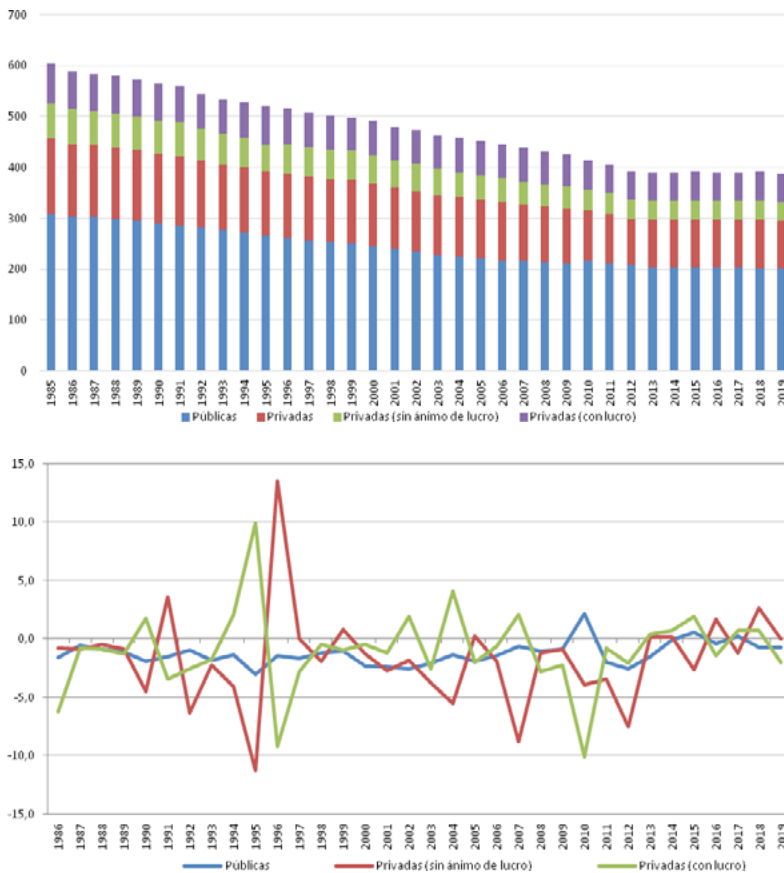
Las camas hospitalarias públicas un recurso sanitario básico

Si atendemos a tipo de cama hospitalaria, se aprecia que la mayor parte de las camas hospitalarias son públicas. En 2019, existen 201,3 camas públicas por cada 100.000 habitantes, mientras que las privadas ascienden a 93,3, (37,2 camas privadas sin lucro y 56,1 camas privadas con lucro).

Los cambios con respecto al año anterior son mínimos. Si acaso, se registra un leve descenso de las camas hospitalarias públicas, las

cuales registran una variación interanual a la baja del 0,7%, mientras que las camas privadas mantienen los niveles de 2018.

Gráfico 2.12. Camas hospitalarias públicas y privadas en España, 1985-2019 (número de camas por 100.000 habitantes y variación interanual).



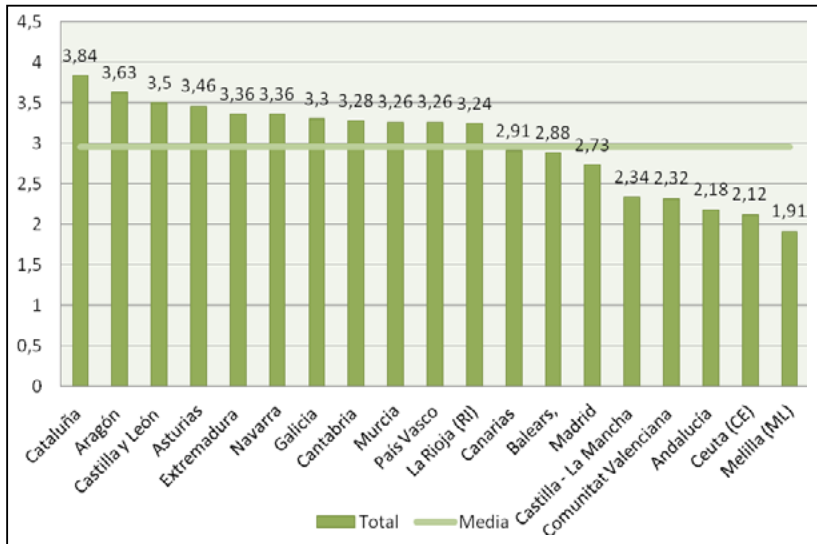
Fuente: Eurostat, 2021.

Existen desigualdades territoriales relevantes

Tomando como referencia el número de camas en funcionamiento, se aprecian diferencias entre unas Comunidades y otras. Así, por debajo de la media estatal (2,95 camas por cada mil habitantes), encontramos a la Comunidad Autónoma de Madrid, con 2,73 camas, Castilla-La Mancha (2,34), Comunidad Valenciana (2,32), Andalucía (2,18) y las ciudades autónomas de Ceuta (2,12) y Melilla (1,91).

En cambio, con un mayor índice de camas en 2019 se sitúan Cataluña (3,84 camas), Aragón (3,63 camas) y Castilla y León (3,5 camas).

Gráfico 2.13. Camas hospitalarias en funcionamiento por 1.000 habitantes en las CCAA, 2019.



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2021.

Modelo sanitario y camas hospitalarias

Frente a esta distribución es interesante, sin embargo, conocer el número de camas hospitalarias según la forma jurídica que lo gestiona, para valorar este recurso sanitario en toda su extensión.

Como bien ilustra la siguiente tabla, en Cataluña no existen camas hospitalarias en funcionamiento gestionadas de forma directa, siendo además pocas las que son gestionadas por un ente público. La mayor parte de las camas en funcionamiento son gestionadas por fundaciones privadas o sociedades mercantiles. En conjunto, éstas suponen el 58% de las camas en funcionamiento.

En contraste a este modelo, el resto de Comunidades Autónomas tienen camas hospitalarias en funcionamiento de gestión directa o bajo otras fórmulas públicas. Por ejemplo, en las Comunidades de Andalucía, Asturias o La Rioja, el porcentaje de camas de gestión directa representa más del 68% del total de camas.

Tabla 2.3 Camas hospitalarias en funcionamiento según forma jurídica, por CCAA, 2019.

	Gestión directa (tradicional en las Instituciones de S.S.)	Ente Público	Empresa pública	Fundación pública	Consortio
Andalucía	12.639	160	1.149		203
Aragón	3.514	365			
Asturias	2.418		179		
Illes Balears	1.399	476	312		
Canarias	3.977	310			293
Cantabria	998	251			
Castilla y León	6.415	50			
Castilla-La Mancha	3.003	1.426			
Catalunya		438	4.773	36	5.475
Comunitat Valenciana	6.793	1.244		142	698
Extremadura	1.303	1.873			
Galicia	5.541	1.318	176	15	
Comunidad de Madrid	9.610		318	351	
Región de Murcia	3.155				
C. Foral de Navarra		1.290			
Euskadi		5.098		25	
La Rioja	703			73	
Ceuta y Melilla	161	179			
TOTAL	61.629	14.478	6.907	642	6.669

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).

Concesión	Cooperativa	Fundación Privada	Sociedades mercantiles	Sociedades individuales	Otras	TOTAL
	76	1.012	2.969	135	82	18.425
	43	504	376			4.802
		551	381			3.529
		261	935	25	40	3.448
		279	1.458	148		6.465
		538	94		30	1.911
		770	798		382	8.415
		40	283		10	4.762
	308	7.909	9.065	252	964	29.220
941		320	1.327	120	15	11.600
		113	200	77		3.566
	49	177	1.630			8.906
1.105		1.884	3.553	20	1.441	18.282
		180	1.458	50	26	4.869
		638	263			2.191
183	936	870				7.112
			242			1.018
						340
2.229	1.412	16.046	25.032	827	2.990	138.861

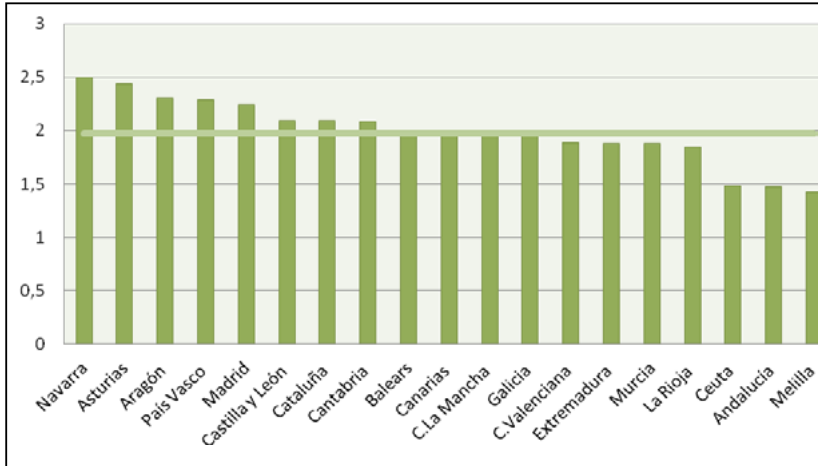
2.4. Personal sanitario: atención primaria, especializada y geriatría

Personal dedicado a la atención especializada

En 2019, disminuyen muy levemente los niveles del personal dedicado a la atención especializada. En concreto, en 2019 se destinaban 1,7 médicos/as de atención especializada por cada mil habitantes; una ratio ligeramente inferior a la del año anterior, que se situaba en los 1,98 médicos/as por cada mil habitantes.

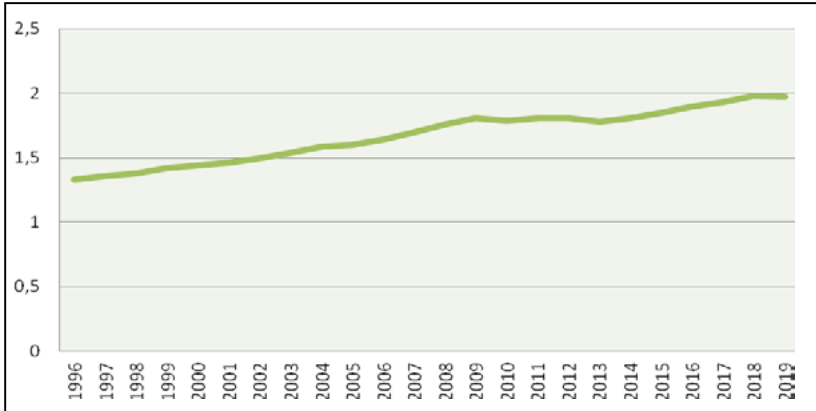
Por Comunidades Autónomas, destacan particularmente las de Navarra (con una ratio de 2,5 médicos/as), Asturias (2,4 médicos/as) y Aragón (2,3 médicos/as), las cuales se sitúan muy por encima de la media estatal. En el extremo opuesto de la distribución, encontramos la Comunidad Autónoma de Andalucía (con 1,5 médicos/as) y las Ciudades Autónomas de Ceuta (1,5 médicos/as) y Melilla (1,4 médicos/as).

Gráfico 2.14. Personal médico en atención especializada por cada 1.000 habitantes por CC.AA., 2019.



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2021.

Gráfico 2.15. Evolución del personal médico en atención especializada por cada 1.000 habitantes, 1996-2019.



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2021.

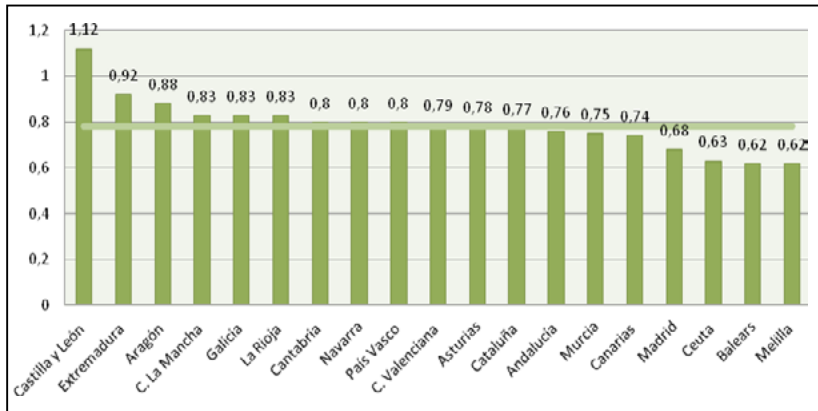
Personal dedicado a la atención primaria

La evolución del personal dedicado a la atención primaria ofrece un ligero aumento entre 2018 y 2019, pasando del 0,77 médicos/as por cada mil a 0,78 médicos/as en 2019. Un leve incremento que se suma a los registrados en los años anteriores.

Desde el punto de vista autonómico, se aprecian diferencias significativas entre las comunidades autónomas, si bien la mayor parte de ellas se sitúan en torno a la media estatal. Destacan sobre el resto, las Comunidades de Castilla y León (con 1,12 médicos/as por cada

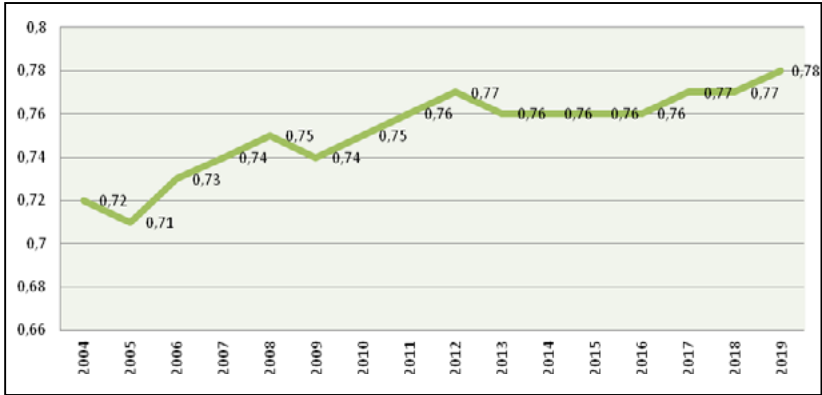
mil), Extremadura (0,92 médicos/as) y Aragón (0,88 médicos/as). En el extremo opuesto, se ubican la Comunidad de Madrid (0,68 médicos/as), Ceuta (0,63 médicos/as) y Baleares y Melilla (0,62 médicos/as), muy por debajo, por tanto, de la media estatal de 2019.

Gráfico 2.16. Personal médico de atención primaria por 1.000 personas asignadas, por CC.AA, 2019.



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2021.

Gráfico 2.17. Evolución del personal médico en atención primaria por cada 1.000 personas asignadas, 2004-2019.



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2021.

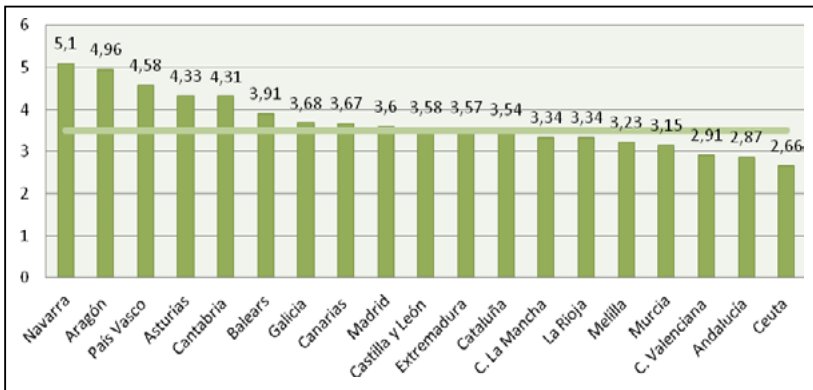
Personal de enfermería en atención especializada

En 2019, había 3,5 enfermeros/as cuya dedicación se centraba en la atención especializada, lo que supone un incremento de 0,1 puntos con respecto al año anterior y que se suma a la tendencia al alza registrada por este indicador en la última década.

Desagregando los datos al nivel autonómico, se aprecia que existen Comunidades Autónomas con un índice de personal de enfermería en atención especializada superior al resto. Son los casos, por ejemplo de Navarra (5,1 médicos/as), Aragón (4,9 médicos/as) o Asturias (4,6 médicos/as). A la cola de la distribución se encuentran, en

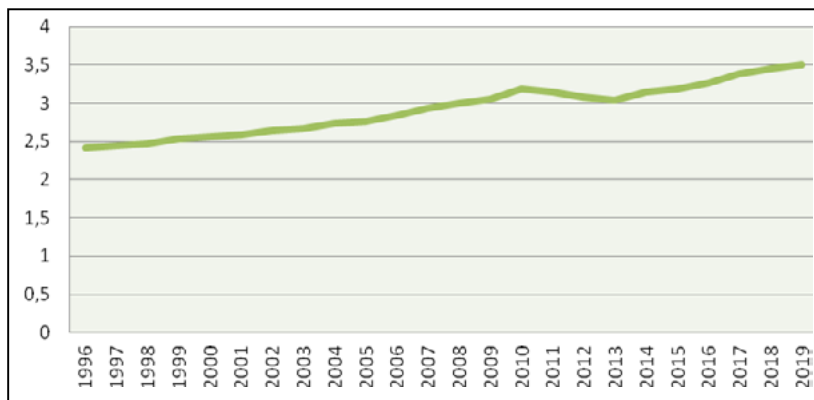
cambio, la Comunidad Valenciana (2,9 médicos/as), Andalucía (2,8 médicos/as) y Ceuta (2,6 médicos), en niveles bastante por debajo de la media estatal.

Gráfico 2.18. Personal de enfermería en atención especializada por cada 1.000 habitantes por CC.AA., 2019.



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2021.

Gráfico 2.19. Evolución del personal de enfermería en atención especializada por cada 1.000 habitantes, 1996-2019.



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2021.

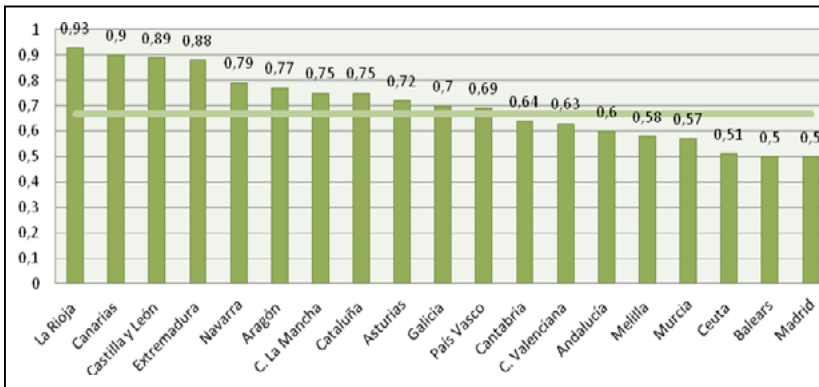
Personal de enfermería en atención primaria

Otro de los recursos más necesarios dentro del sistema de salud es el personal de enfermería destinado a la atención primaria. En 2019 la ratio de este recurso se sitúa en 0,67 enfermeros/as por cada mil personas, lo que supone, como sucede en los casos anteriores, un aumento de 0,1 puntos con respecto al registrado en 2018, así como la continuación de la dinámica al alza registrada previamente.

Desde el punto de vista autonómico, con respecto a este recurso destacan particularmente las Comunidades de La Rioja (con 0,93

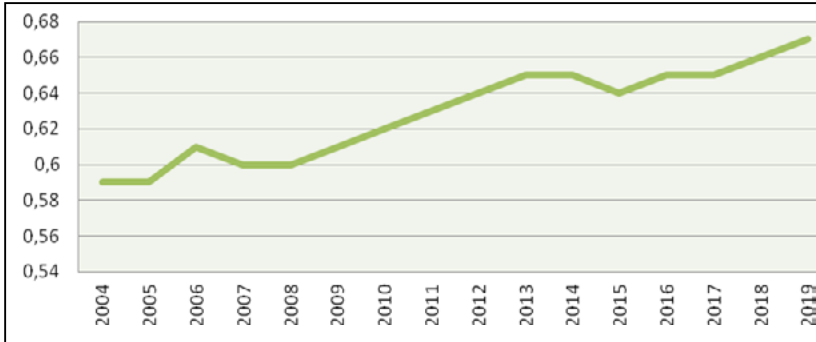
enfermeros/as por cada mil personas), Cantabria (0,9 enfermeros/as), Castilla y León (0,89 enfermeros/as) y Extremadura (0,88 enfermeros/as), todas ellas por encima de la media estatal. En cambio, las Comunidades de Madrid y Baleares, con 0,5 enfermeros/as en atención primaria se sitúan a la cola de la distribución regional.

Gráfico 2.20. Personal de enfermería de atención primaria por 1.000 personas asignadas, por CC.AA, 2019.



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2021.

Gráfico 2.21. Evolución del personal de enfermería de atención primaria por 1.000 personas asignadas, 2004-2019.



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2021.

Personal en geriatría en atención especializada

Profundizando en la atención especializada para las personas mayores, hay que destacar que en 2019 se registra un total de 1.096 geriatras en la atención especializada en el conjunto del estado, lo que supone un 3,7% más que el año anterior.

Como se puede apreciar en la tabla, la mayor parte se concentra en Cataluña (36,6% sobre el total), en la Comunidad de Madrid (25,1%), y a mayor distancia Aragón (6,3%) y Asturias (4,7%), respectivamente.

En términos relativos, los mayores incrementos se registraron en Navarra, Murcia o Asturias (entre el 20-30%), aunque su número de geriatras es considerablemente inferior al resto de Comunidades

Autónomas. Igualmente, se puede señalar las dinámicas a la baja de Canarias (-53%) y Andalucía (-17%), que con un volumen intermedio de geriatras lo han visto reducido notablemente entre 2018 y 2019.

Tabla 2.4. Personal en geriatría en la atención especializada, según tipo de personal y CCAA, 2018 y 2019*

	Personal vinculado		Personal en formación		Personal colaborador		Total	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Andalucía	9	8	3	0	5	6	17	14
Aragón	51	50	16	18	1	1	68	69
Asturias	41	43	8	8	1	1	50	52
Illes Balears	6	7	0	0	0	1	6	8
Canarias	24	13	4	0	0	0	28	13
Cantabria	9	10	0	0	0	0	9	10
Castilla y León	37	40	3	3	1	1	41	44
Castilla-La Mancha	77	77	24	31	0	0	101	108
Catalunya	315	319	67	69	9	13	390	401
Comunitat Valenciana	11	13	0	0	1	1	12	14
Extremadura	13	17	7	5	1	1	21	23
Galicia	14	16	8	8	2	2	24	26
C. de Madrid	154	172	93	93	11	10	258	275
Región de Murcia	6	8	0	0	1	1	7	9
C. Foral de Navarra	16	18	7	10	0	0	23	28
La Rioja	2	1	0	0	0	1	2	2
TOTAL	785	812	240	245	33	39	1.057	1.096

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), 2021.

*Datos provisionales.

Si atendemos al tipo de forma jurídica, la mayor parte del personal en geriatría se encuentran en la gestión pública directa (que aglutina el 44% del total de este personal), seguida de las fórmulas privadas de las fundaciones (17,6%), sociedades mercantiles (12,6%) y las concesiones (12,4%).

Con respecto al año anterior, este tipo de personal aumenta un 3,6% en 2019, siendo en mayor medida en el caso de las fundaciones (13,7%), las sociedades mercantiles (7,8%) y otras formas jurídicas (30%). En cambio, reducen su volumen en –entre otras– en los entes públicos (-17,5%), la empresa pública (-8,1%) y las concesiones (-6,3%).

Tabla 2.5. Personal en geriatría en la atención especializada, según forma jurídica de la institución y tipo de personal, 2018 y 2019*.

	Personal vinculado		Personal en formación		Personal colaborador		Total	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Gestión directa (tradicional en las Instituciones de S.S.)	307	324	154	158	0	0	461	482
Ente Público	49	41	8	6	0	0	57	47
Empresa pública	63	57	11	11	0	0	74	68
Fundación pública		2		0		0	0	2
Consortio	98	96	41	40	0	0	139	136
Concesión	16	15	0	0	0	0	16	15
Fundación Privada	145	164	19	23	6	6	170	193
Sociedades mercantiles	97	107	7	7	24	24	128	138
Sociedades individuales	2	1	0	0	1	1	3	2
Otras	8	5	0	0	2	8	10	13
TOTAL	785	812	240	245	33	39	1.058	1.096

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), 2021.

*Datos provisionales.

3

EL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Con objeto de atender a las necesidades de las personas mayores y de las personas en situación de dependencia, a mediados de la década pasada, la Ley 39/2006 puso las bases para la constitución del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, cuyo diseño suscitó un amplio acuerdo político y social, así como un participación activa por parte de los agentes sociales.

En particular, se reconocía por entonces la necesidad de regular “las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español”.

Basado en el criterio de calidad de la atención y del empleo, el sistema se configura a través de criterios concretos respecto a la atención que reciben las personas y a las ratios de personal y grado de profesionalización. No obstante, los recortes presupuestarios derivados de las políticas de austeridad de la pasada década han tenido (y siguen teniendo) impactos decisivos en los recursos y los servicios, y con ello, en la implantación y desarrollo del sistema. De hecho, existen valoraciones que apuntan que “los recortes presupuestarios impuestos en 2012, que aún hoy se mantienen en el ámbito estatal, y la renuncia del Estado central desde entonces a liderar el proceso de implantación para garantizar la calidad de la atención. Destacan también el ínfimo papel jugado por los servicios de inspección y unas ratios de plantilla insuficientes para garantizar la calidad de los servicios”.⁶

La pandemia de la Covid-19 ha puesto de relieve las brechas que tiene el sistema de atención a la dependencia. El alto nivel de contagios y la gravedad de la enfermedad en las residencias para mayores, la cual se ha mostrado en un alto índice de mortalidad, exige prestar atención a los recursos existentes con los que cuenta el sistema, la calidad de la atención que se presta, así como las condiciones de trabajo de los profesionales que trabajan atendiendo y cuidando en estas instalaciones. Más allá de las residencias, la pandemia también ha puesto de relieve la importancia de los servicios de atención domiciliaria, así como los centros de atención diurnos y nocturnos, decisivos a la hora de proteger y atender a las personas mayores, asegurando su calidad de vida.

6 Secretaría Confederal de Política Social y Movimientos Sociales de CCOO (2020): El modelo de atención a la dependencia tras la crisis sanitaria derivada de la Covid-19.

Los agentes sociales, tras movilizarse, han conseguido un acuerdo para desarrollar y fortalecer el Sistema de Atención a la Dependencia. (Acuerdo de la Mesa de Diálogo Social en Autonomía Personal y Dependencia para la plena implementación del SAAD) La pandemia ha hecho evidente la importancia de los servicios públicos y especialmente de las políticas de cuidados. Con el acuerdo se ha comprometido una dotación permanente a través de los Presupuestos Generales del Estado, con un incremento de la financiación del SAAD por parte de la Administración General del Estado de al menos 600 millones de euros para este año 2021. Esto incluye una subida de las cuantías del nivel mínimo del 17,4% y la recuperación del nivel acordado, con el compromiso de mantener las mismas cuantías de inversión anual en los próximos años hasta alcanzar un incremento de 1800 millones de euros en esta legislatura.

El acuerdo reconoce que la mejora del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia requiere una evaluación, que se financiaría con los fondos incluidos ya en los Presupuestos Generales del Estado para 2021, dentro de las partidas del Fondo de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Tal como recoge el acuerdo de la Mesa de Diálogo Social, la evaluación:

"Cubrirá, como mínimo, los siguientes aspectos:

- *Conocer mejor la realidad del SAAD y sus diferencias territoriales, obteniendo información más detallada sobre el coste de los servicios prestados, sus intensidades y su financiación.*
- *Identificar las necesidades de mejora del sistema, de su gestión y de sus sistemas de información y estadísticas, y formular propuestas para la reforma de la LAPAD.*
- *Analizar y evaluar, en particular, el sector de centros residenciales, conociendo cuántas instituciones hay y sus características (tamaño, a qué personas apoyan, perfiles profesionales, localización, condiciones físicas, sistemas de financiación). Proponer mejoras en el sistema de la Acreditación de la Calidad de los centros sociales residenciales y de los servicios de proximidad (ayuda a domicilio, promoción de la autonomía personal, centros de día, etc.).*
- *Hacer una revisión profunda del impacto de género en las actuales políticas de cuidados.*
- *Analizar con exactitud las aportaciones del sistema de cuidados, y en concreto del SAAD, a magnitudes como el PIB del país; determinar los retornos directos, indirectos e inducidos del sistema al erario público; y determinar el impacto en la generación de empleo. En definitiva, cuantificar adecuadamente la inversión y el retorno que supone la mejora de esta política."*

El acuerdo se fija igualmente una serie de objetivos que se consideraran prioritarias con la aprobación estos planes y su mayor financiación. Dichos objetivos son “Reducir sustancialmente la lista de espera y los tiempos de tramitación de las solicitudes; Asegurar que las condiciones laborales y profesionales de las personas que trabajan en el SAAD son adecuadas, lo que además es garantía de la calidad de la atención que reciben las personas beneficiarias del sistema; Introducir mejoras en los servicios y prestaciones para garantizar la atención adecuada de las personas dependientes, preferiblemente mediante servicios profesionales de calidad.” (Acuerdo, 2021).

En concreto, el acuerdo compromete la aprobación de un plan específico para la reducción de la lista de espera en 2021, que suma reformas en el proceso administrativo de gestión de las prestaciones a incremento de la financiación.

- *“Evitar la declaración de caducidad de los procedimientos por la inactividad involuntaria del solicitante. Una vez presentada la solicitud inicial, la totalidad del procedimiento, que es único, debe impulsarse de oficio por la administración competente hasta la resolución de la prestación.*
- *Determinar que en la propia resolución de grado se establezca el PIA.*
- *Permitir que los PIA puedan ser modificados en función de los cambios de circunstancias de las personas, sin que ello suponga reiniciar complejos procedimientos administrativos. Una vez reconocido el grado de dependencia y, en tanto este*

no sea objeto de revisión, no deba tramitarse otro expediente desde el inicio para el reconocimiento de otra prestación que se considere más adecuada en sustitución de la anterior reconocida, siempre que el beneficiario pudiese tener acceso a ella en función del grado de dependencia reconocido.

- *Derogar definitivamente la posibilidad de suspender hasta dos años la percepción de prestaciones económicas, quedando limitada a los 6 meses desde la presentación de la solicitud.*
- *Valorar la modificación de la LAPAD para que la prioridad en el acceso a las prestaciones y servicios venga determinada por el criterio de mayor necesidad en el acceso, según criterios objetivos de valoración y de acuerdo con las circunstancias concurrentes en cada solicitante para cada caso concreto, y no de forma exclusiva por el mayor grado de dependencia, y a igual grado, por la capacidad económica del solicitante.*
- *Valorar la posibilidad de establecer un “procedimiento urgente” de acceso a las prestaciones para personas dependientes de elevada vulnerabilidad.*
- *Articular los sistemas de atención a personas dependientes cuando se trasladan de una comunidad a otra, reconociéndose automáticamente no solo el Grado de dependencia, sino implementándose el PIA de origen o uno de análoga intensidad.”*

No podemos olvidar que un insuficiente desarrollo de las políticas de atención a la dependencia en España impacta de una forma muy intensa en las trayectorias y carreras profesionales de las mujeres, que siguen siendo las de facto se siguen ocupando de los cuidados de las personas dependientes. La feminización de los cuidados influye en sus carreras salariales y aumenta la brecha salarial y de pensiones. Por ello hay que reforzar las políticas públicas para mejorar las condiciones de trabajo de las mujeres de nuestro país.

3.1. Solicitudes y personas beneficiarias

Mismas solicitudes que hace un año, mientras que aumentan las personas beneficiarias

En junio de 2021 se registran en el sistema de atención a la dependencia 1.379.492 solicitudes de personas mayores de 65 años, lo que supone prácticamente el mismo número de solicitudes que hace un año (1.378.574 solicitudes en junio de 2020).

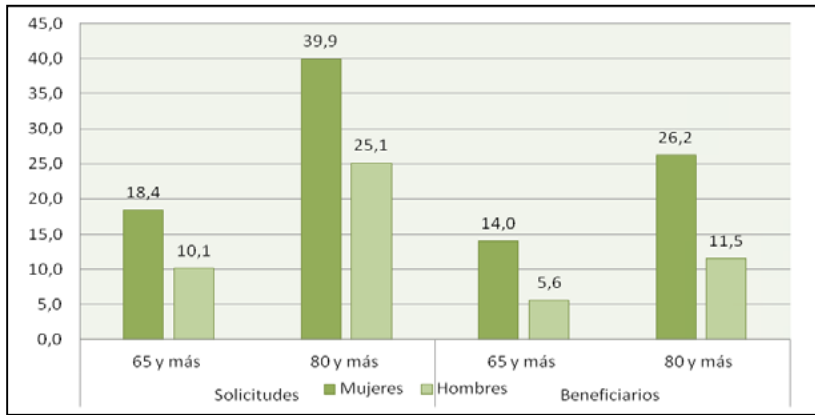
Las solicitudes de las personas de 65 y más años concentran la mayor parte de las solicitudes realizadas, un 74% del total, un porcentaje ligeramente inferior al registrado un año antes (74,5%). En el caso de la población de más de 80 años, este porcentaje asciende al 53% en 2021, siendo igualmente inferior al 2020 (0,4 puntos menos).

Como bien ilustra el gráfico, existen diferencias de género destacables. En el caso de las mujeres mayores de 65 años, el porcentaje de

solicitudes en relación al conjunto de población de su grupo de edad es superior al de los hombres, alcanzando el 18,4% frente al 10% de los hombres. Estas diferencias se manifiestan en mayor medida en el grupo de 80 y más años, donde las mujeres registran un porcentaje del 40%, frente al 25% de los hombres.

Por otro lado, si atendemos al número de personas beneficiarias, encontramos que en 2021 hay 832.816 personas de más de 65 años con prestación, lo que supone un 4,8% más que el año anterior. En conjunto, las personas de 65 y más años representan el 71,8% de las del total de personas beneficiarias de prestación de atención y cuidado para la dependencia, un porcentaje igual que el registrado en 2020. Este indicador muestra igualmente las diferencias por género. Así, se aprecia un 14% de las mujeres de 65 y más años que son beneficiarias de prestación, frente al 5,6% de los hombres; diferencia que es mucho mayor en el caso de las personas de 80 y más años (26,2%, frente a 11,5%, respectivamente).

Gráfico 3.1. Solicitudes y personas beneficiarias en la población de 65 y más años y de 80 y más años (% sobre el total de la población de ambos grupos), 2021 (junio).



Fuente: Elaboración propia a partir del SISAAD y Explotación del Padrón Continuo, INE, 2021.

3.2. Listas de espera y cobertura del sistema

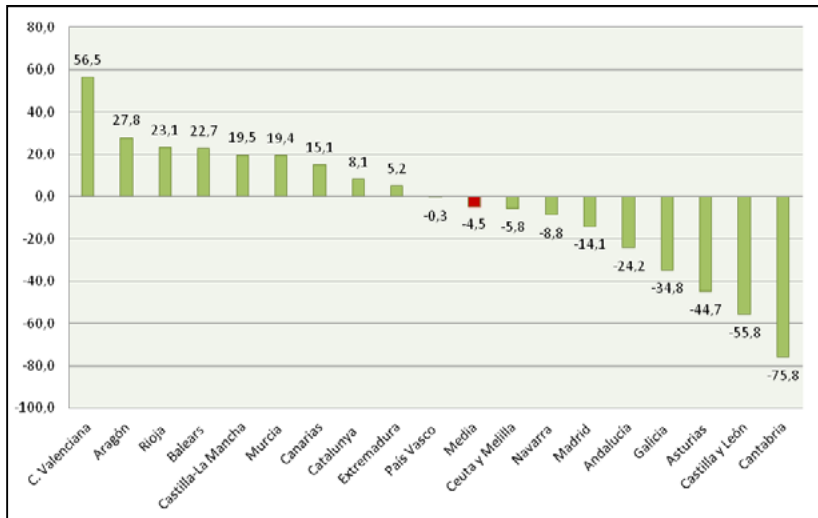
Existen 254 mil personas a la espera de la prestación de dependencia, un 4,5% menos que en 2020

En junio de 2021, se registran todavía 230.442 personas en lista de espera, lo que significa un -4,5% menos que el año anterior.

Como bien ilustra el gráfico, existen diferencias territoriales en cuanto a la variación del número de personas que esperan su pres-

tación entre 2020 y 2021. Así, se puede observar que, entre las Comunidades Autónomas que registran una mayor reducción se encuentran Cantabria (con una reducción del 75,8%), Castilla y León (-55,8%) o Asturias (-44,7%). En cambio, se produce un aumento de personas a la espera de prestación en la Comunidad Valenciana (56,6%), Aragón (27,8%) o La Rioja (23,1%), entre otras.

Gráfico 3.2. Variación del número de personas a la espera de prestación por CCAA, 2020-2021 (junio), (en %).



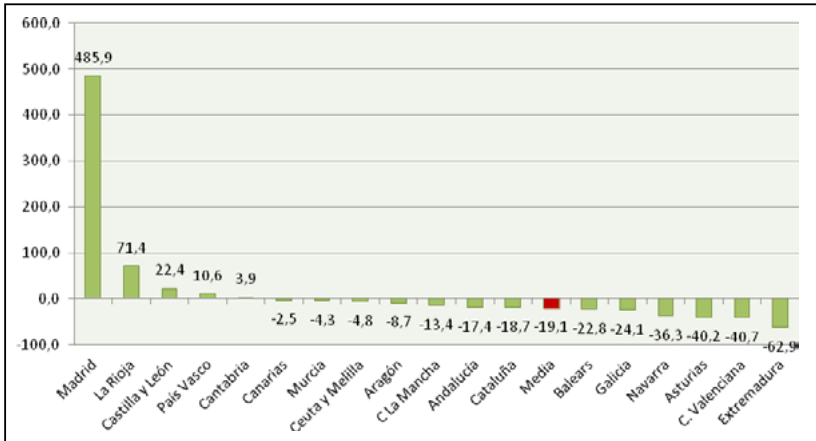
Fuente: Elaboración propia a partir del SISAAD, 2021.

Se reduce un 19% el número de personas pendientes de valoración, con diferentes dinámicas territoriales

De acuerdo con los datos del sistema de autonomía y atención a la dependencia, en junio de 2021 había 122.179 personas pendientes de valoración, que en términos relativos supone un 19% menos que en 2020.

Si analizamos la evolución del número de personas pendientes de valoración por Comunidad Autónoma también se aprecian diferencias regionales relevantes. Así, destaca sobre el resto la Comunidad de Madrid, que en junio de 2021 ha visto cuadruplicar el número de personas pendientes de ser valoradas por parte de la Administración. A gran distancia, también se pueden encontrar las Comunidades de La Rioja (71,4%), Castilla y León (22,4%), Euskadi (10,6%) y Cantabria (3,9%). El resto registra un descenso en el número de personas pendientes de valoración, siendo destacable el caso de Extremadura, en la que se reduce un 63%, muy superior a la media estatal.

Gráfico 3.3. Variación del número de personas pendientes de valoración por CCAA, 2020-2021 (junio, en %).



Fuente: Elaboración propia a partir del SISAAD, 2021.

Cobertura del sistema: personas beneficiarias, listas de espera y pendientes de valoración sobre la población

Para valorar la cobertura del sistema de atención y autonomía para la dependencia, se suelen utilizar varios indicadores de referencia. El gráfico siguiente resume de forma ilustrada la cobertura y las listas de espera en las distintas Comunidades Autónomas, señalando diferencias territoriales destacables.

Por un lado, con los rombos morados se identifica el porcentaje de población mayor de 80 años. Este indicador nos habla, como se ha

señalado en los apartados anteriores, sobre poblaciones más envejecidas en las Comunidades de Castilla y León, Galicia y Asturias (con un porcentaje superior al 8%), frente a otras Comunidades, como Canarias, Murcia o las ciudades de Ceuta y Melilla, donde es inferior al 5%.

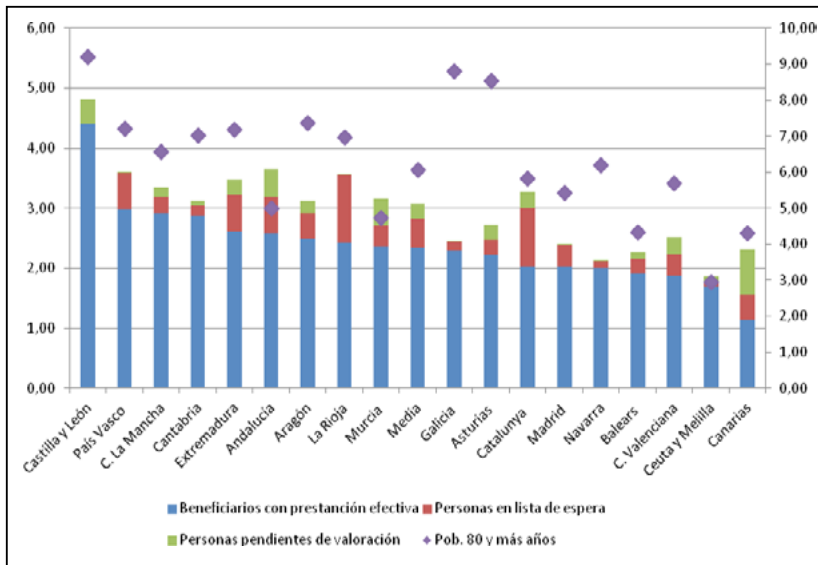
Por otro lado, respecto a la cobertura del sistema, en junio de 2021, Castilla y León aborda en mayor medida las necesidades de la población mayor, siendo la comunidad con el mayor grado de cobertura sobre la población total (con un 4,4% de beneficiarios con prestación efectiva). A ésta le siguen Euskadi (3%), Castilla-La Mancha (2,9%) y Cantabria (2,9%). En contraste, los menores niveles de cobertura se encuentran en Canarias (donde tan sólo se registra el 1,2%), y en las ciudades de Ceuta y Melilla (1,7%), respectivamente. En estos casos, es necesario remarcar que se trata de poblaciones jóvenes respecto al resto, con un menor porcentaje de población mayor de 80 años de edad.

Como se ha comentado anteriormente, el número de personas pendientes de valoración también muestra diferencias territoriales destacables. En relación a la población de cada una de las Comunidades Autónomas, el mayor porcentaje de solicitudes pendientes de valoración se encuentran en Canarias, con un 0,7% de solicitudes sobre la población total, y Andalucía, con un 0,5%. En cambio, Euskadi, Madrid, Navarra, Galicia y La Rioja en el extremo opuesto de la distribución.

Igualmente, si se considera el peso de las listas de espera en relación a la población, destacan las comunidades de Canarias, donde

se alcanza un porcentaje del 0,7%, seguida de Andalucía (0,5%) y Murcia (0,4%), entre otras. En cambio, con un menor porcentaje se sitúan las Comunidades Autónomas de Baleares, Cantabria y Ceuta y Melilla (con un porcentaje del 0,1%) y en el extremo de la distribución, Euskadi, Madrid, Navarra, Galicia y La Rioja.

Gráfico 3.4. Tasa de cobertura del SAAD (% sobre la población total, lista de espera y pendientes de valoración y personas mayores de 80 años) 2021 (junio).



Fuente: *Elaboración propia a partir del SISAAD, 2021.*

3.3. Plazas residenciales

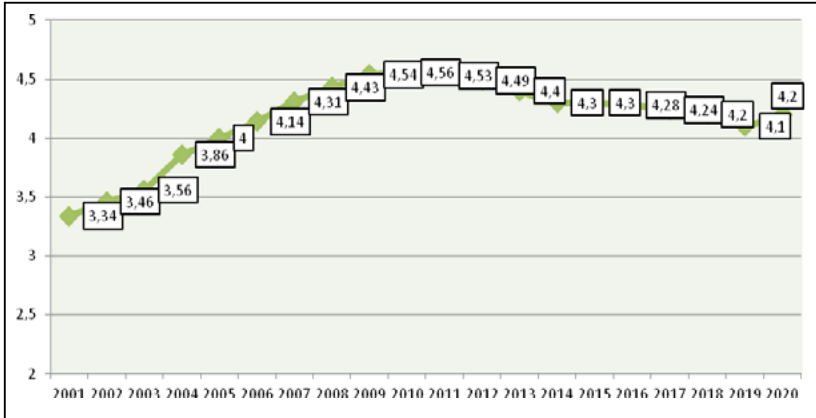
Ligero aumento de la tasa de cobertura, pero lejos de los niveles de 2012

Con objeto de valorar la situación de las residencias para personas mayores, uno de los indicadores de referencias es el índice de cobertura de las plazas residenciales, que pone en relación el número de plazas residenciales en función de la población de referencia (65 y más años).

En 2020, este índice se sitúa en un 4,2%, lo que supone un ligero incremento con respecto al año anterior, pero que no deja de ser un porcentaje similar al registrado desde 2017 y lejos del alcanzado en 2010 cuando se situaba en un 4,5%.

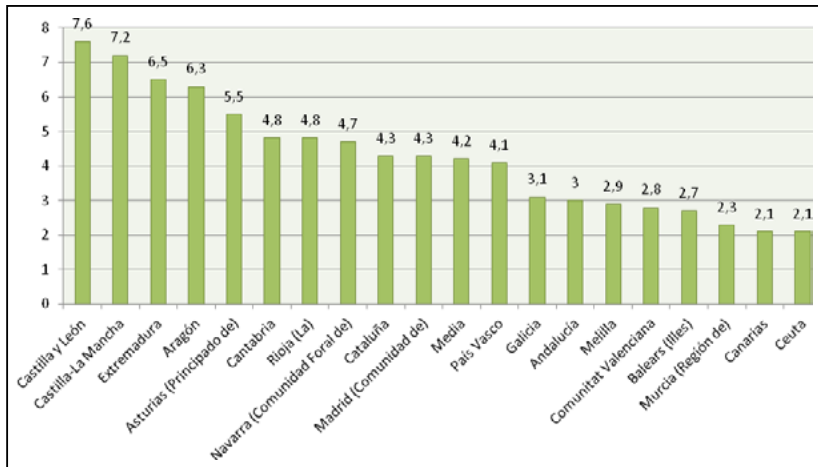
Desde el punto de vista autonómico, los mayores porcentajes de cobertura en 2020 se encuentran en Castilla y León (7,6%), Castilla-La Mancha (7,2%), Extremadura (6,5%) y Aragón (6,3%). En el extremo opuesto, se sitúan sin embargo las Comunidades Autónomas de Murcia (2,3%), Canarias (2,1%) y la Ciudad Autónoma de Ceuta (2,1%), casi la mitad de la media estatal de ese mismo año.

Gráfico 3.5. Evolución del Índice de cobertura de las plazas residenciales, 2001-2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. CSIC. Envejecimiento en Red 2021.

Gráfico 3.6. Porcentaje de plazas residenciales sobre la población de 65 y más años (índice de cobertura), por CCAA, 2020.



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. CSIC. Envejecimiento en Red 2021.

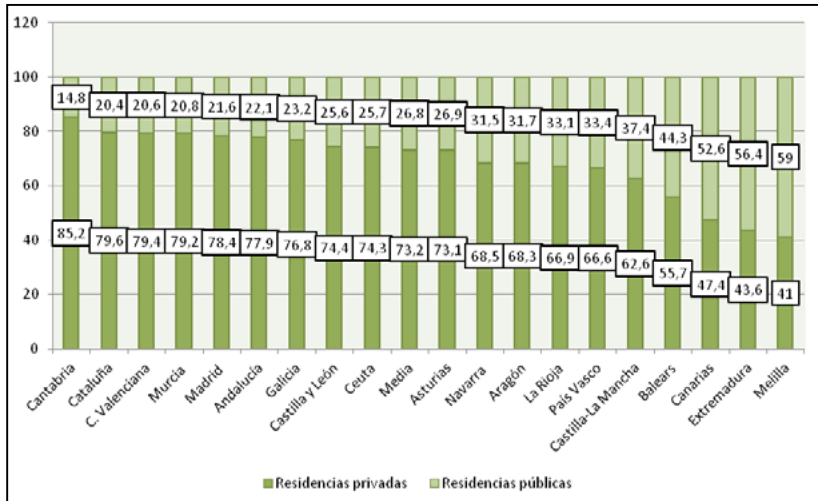
Se incrementa el peso de las plazas residenciales privadas

La titularidad de las plazas residenciales nos habla del modelo de atención residencial altamente privatizado. En este sentido, es pertinente señalar que, el 73,2% de las plazas residenciales son de titularidad privada en 2020, lo que supone un incremento de 0,4 puntos porcentuales con respecto al año anterior. El resto de plazas resi-

denciales son gestionadas desde el ámbito público, concretamente un 26,8% del total de plazas.

Las Comunidades Autónomas con mayor porcentaje de plazas públicas en 2020 son Cantabria, con un 85,2% sobre el total, seguida de Cataluña (79,6%), la Comunidad Valenciana (79,4%) o Murcia (79,2%). En contraste, Extremadura, Canarias, Baleares y la ciudad de Melilla presentan un mayor peso de plazas privadas en el total de plazas gestionadas (superior al 44%).

Gráfico 3.7. Distribución de plazas en residencias públicas y privadas por CCAA, 2020.



Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. CSIC. Envejecimiento en Red 2021.

Se detectan diferencias regionales significativas con respecto a los precios

De acuerdo con los datos disponibles, el precio medio de la plaza pública se sitúa en los 20,6 mil euros anuales en 2019, un 13,8% más que el año anterior. En el caso de la aportación media por parte de los y las usuarias, ésta se situó en un 36,3%, 0,3 puntos porcentuales menos que el año anterior.

Como refleja la tabla siguiente, es posible apreciar diferentes precios desde el punto de vista autonómico. Así, los precios de las plazas públicas más elevadas se encuentran en la Comunidad de Madrid (28 mil euros), Baleares (24 mil euros) o la ciudad de Melilla (26 mil euros).

Los precios de las plazas públicas más bajos se registran en La Rioja (10 mil) o Navarra (14 mil), que son, sin embargo, las que presentan una mayor aportación por parte de las y los usuarias, un 58% y 81% respectivamente.

En el caso de las plazas concertadas, el precio medio se sitúa en los 19 euros anuales en 2019, un 0,7% más que el año anterior. En este tipo de plazas la aportación de las y los usuarios es superior, alcanzando una media estatal del 40%, un porcentaje similar al año anterior.

En este tipo de plazas, los precios más elevados se registran en Euskadi (32 mil euros anuales), Baleares (23,4 mil euros), La Rioja

(22,9 mil euros), mientras que los más bajos están en Castilla y León (14,5 mil euros), Castilla La Mancha (16,2 mil euros) y Asturias (16,3 mil euros), entre otras.

Desde el punto de vista de la aportación, las personas mayores tienen que hacer una mayor aportación en las plazas concertadas en Navarra, donde alcanzan el 50,1% sobre el precio, así como Castilla y León, con un porcentaje del 49%. En Baleares, donde hay un coste superior, la aportación sin embargo es de las más reducidas del conjunto del estado.

Tabla 3.1 Precios plazas en residencias públicas y concertadas, así como aportación de la persona usuaria, 2019.

Comunidades Autónomas	Precio público anual		Precio de concertación anual	
	Precio €/año/por usuario	Aportación promedio del usuario/a	Precio €/año/por usuario	Aportación promedio del usuario/a
		% sobre el precio		% sobre el precio
Andalucía	-	-	19.786,21 €	33,4%
Aragón	19.461,52 €	42,1%	19.461,52 €	42,1%
P. de Asturias*	16.342,99 €	-	16.342,99 €	-
Illes Balears	24.193,00 €	38,4%	23.476,82 €	31,9%
Canarias*	18.552,95 €	-	22.509,55 €	-
Cantabria	17.105,69 €	46,1%	17.105,69 €	46,1%
Castilla y León	14.537,95 €	49,7%	14.537,95 €	49,7%
Castilla-La Mancha*	16.521,20 €	-	16.201,82 €	-
Catalunya	19.807,63 €	34,4%	19.807,63 €	34,4%
Comunitat Valenciana	21.900,00 €	26,3%	21.900,00 €	-
Extremadura**	-	-	-	-
Galicia***	-	-	-	-
Com. De Madrid	28.144,72 €	20,9%	-	-
Reg. De Murcia	-	-	19.892,50 €	44,6%
C. Foral de Navarra	14.001,82 €	81,0%	22.649,09 €	50,1%
Euskadi	26.318,01 €	49,8%	32.771,03 €	40,3%
La Rioja	10.460,15 €	55,8%	22.974,30 €	25,4%
Ceuta	-	-	18.534,60 €	40,0%
Melilla	26.772,75 €	25,6%	-	-
España	20.685,73 €	36,3%	19.324,27 €	40,4%

Fuente: Imserso, 2021.

3.4. Impacto de la Covid-19

Impacto desigual de la mortalidad durante la Covid-19

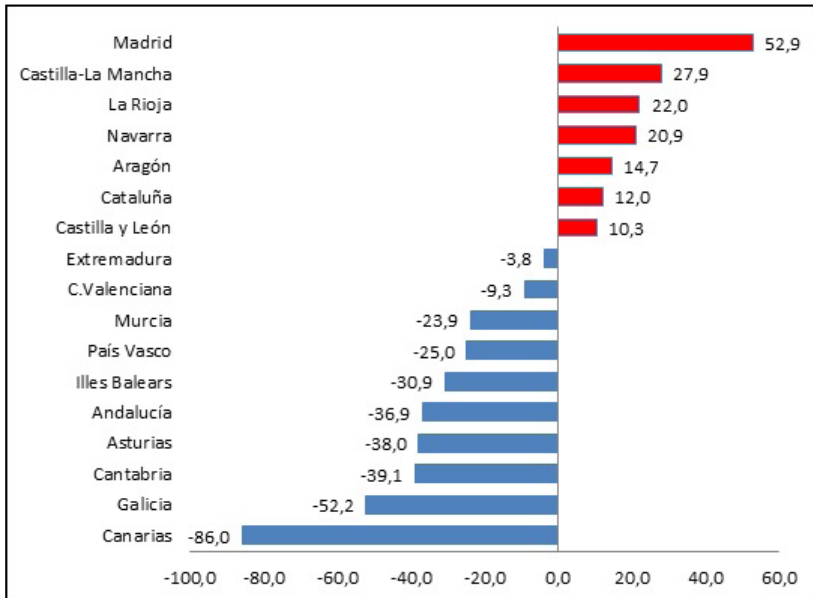
Con objeto de valorar el impacto de la mortalidad en los centros residenciales para personas mayores durante el periodo de la pandemia, se han realizado diversas aproximaciones analíticas. Una de las más relevantes es la que plantea Zunzunegui (2021), que pone en relación las plazas residenciales y las defunciones ocurridas y cuyos resultados se recogen en la plataforma “Envejecimiento en RED”, impulsada por el CSIC.

Para conocer el exceso o defecto de mortalidad, en primer lugar, parte del dato que en España había 383.816 plazas para personas mayores en centros socio sanitarios⁷ en 2020. En segundo lugar, plantea el número de defunciones de covid-19 que habría si su distribución fuera proporcional al número de residentes. Para, en tercer lugar, calcular la diferencia entre las defunciones esperadas y ocurridas en cada una de las Comunidades Autónomas.

Esto quiere decir, por ejemplo, que si Cataluña tiene un 16,3% de plazas residenciales, se esperaría hubiera tenido ese mismo porcentaje de defunciones, que en términos absolutos supondrían 4.907 defunciones. Sin embargo, las realmente ocurridas de acuerdo con los datos oficiales ascienden a 5.501 defunciones, esto es, 594 defunciones más sobre las esperadas, que en términos relativos supone un porcentaje de exceso de mortalidad del 12%.

⁷ Excluye de su análisis las ciudades de Ceuta y Melilla.

Gráfico 3.8. Exceso (o defecto) de mortalidad en las residencias de personas mayores durante los 12 primeros meses de pandemia en las 17 comunidades autónomas



Fuente: Zunzunegui, M. V.(2021): El exceso de mortalidad por Covid-19 en las personas mayores que viven en las residencias de España: variaciones entre comunidades autónomas, consultado en Envejecimiento en red (<https://envejecimientoenred.es/>), el 16/07/2021.

Desde el punto de vista autonómico, este indicador refleja un exceso de mortalidad del 52,9% en la Comunidad de Madrid, que destaca con diferencia sobre el resto de Comunidades Autónomas. A esta

le siguen a distancia, Castilla-La Mancha (27,9%), La Rioja (22%) o Navarra (21%) entre otras. En cambio, con muchas menos defunciones de las que les corresponderían en función de las plazas existentes se encuentra Canarias (-86%), Galicia (-52,2%) o Cantabria (-39%), respectivamente.

Ante posibles situaciones epidémicas, las personas más vulnerables, por sus enfermedades y por el hecho de vivir en un entorno comunitario, son más susceptibles al contagio. Por ello es imprescindible la reflexión, en un momento de gran avance que han supuesto las vacunas y una situación de menor nivel de contagios, que es necesario tener los planes de contingencia actualizados, que la vigilancia sea efectiva, que la formación continua de los trabajadores se mantenga en todas las residencias y que independientemente de su volumen, tengan una mejor coordinación con atención primaria y con recursos hospitalarios para que no haya descoordinación en ningún momento.

Cuando se habla de un modelo de cuidados centrado en la persona, los servicios sociales tienen que pluralizarse para atender a la diversidad y ofertar fórmulas, para una sociedad mucho más acorde con el volumen de población mayor de 65 años que tenemos y que cada vez es mayor.

Se puede articular un modelo residencial, pero es necesario un sistema para revisar y sugerir protocolos de cómo se debe hacer mejor, así como para sancionar cuando no se haga. Es preciso tener la capacidad para comprobar que una residencia que se acaba de

inaugurar es acorde con la licencia que se le ha facilitado. Hay que minimizar el riesgo de que pueda haber conductas no adecuadas o un sistema basado más en el negocio que en la atención a la persona. Sin un sistema bien engranado son comprensibles los miedos de las personas mayores a acudir a una residencia tras un año en el que se ha hecho evidente la falta de control para asegurar la calidad de los servicios.

Ante estas situaciones y dado que son 6.000 las residencias en toda España, la inspección tiene que ser reforzada: porque el hecho de que las residencias se vean sometidas como mínimo a una inspección al año es la garantía de un mejor servicio.

4

EL SISTEMA PÚBLICO DE PENSIONES

Uno de los pilares fundamentales que constituyen el Estado de Bienestar en España es el sistema público de pensiones, que asegura ingresos a las personas en caso de necesidad. La inversión social para la vejez y supervivencia concentra la mayor parte de recursos de protección social en España: más de un 51% del gasto social de 2018. Las pensiones representan la mayor parte de esta inversión, alcanzando el 12,6% del PIB, y entre ellas, las de jubilación y viudedad, que suponen el 10,4% del PIB.

Estas prestaciones son gestionadas por la Seguridad social, principal sistema de protección social en España. Su financiación es eminentemente contributiva, ya que aunque recibe aportaciones de los Presupuestos Generales del Estado, se financia fundamentalmente de las contribuciones de personas trabajadoras y empresarias. Mediante un sistema de reparto solidario, las recaudaciones actuales de trabajadores en activo se financian las pensiones presentes de personas desempleadas o jubiladas que hayan generado el derecho.

El derecho se genera a partir de las contribuciones que se realizan a lo largo de la vida laboral, siendo un sistema diseñado para ser

profesional. Sin embargo, el sistema se dota de instrumentos para cubrir las necesidades de las personas que no generan derecho propio de acceso a las pensiones, instrumentos que, lejos de ser residuales cubren la necesidades de las personas que no lograron trayectorias laborales estables y suficientes. Las pensiones de viudedad cumplen una función clave para asegurar los ingresos de muchas mujeres, cuyo derecho se genera derivado del derecho a la pensión del matrimonio con otra persona que tenía acceso a una pensión de jubilación. Los complementos a mínimos aseguran que las cuantías de las pensiones alcancen sumas establecidas como suficientes y las prestaciones no contributivas, ofrecen un sustento a quienes no generaron derecho alguno.

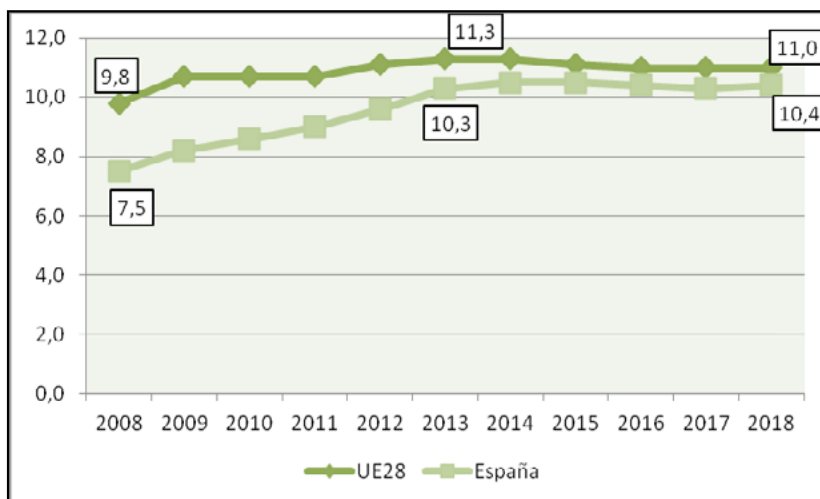
El envejecimiento poblacional y la precarización de las condiciones de trabajo de la población más joven complican el funcionamiento de este sistema de financiación en el momento en que comienzan a generar derecho a pensión las generaciones del babyboom, que engrosan la pirámide poblacional y llegan a la jubilación con salarios más altos que reemplazar. Es por ello que la financiación del sistema de pensiones se sitúa en el centro del debate político en torno a la protección social y se han sucedido diversas reformas que han pivotado entre asegurar la sostenibilidad del sistema y la suficiencia de las pensiones. En los últimos años se ha ido retrasando la edad de jubilación -actualmente la edad media de jubilación es de 64,7 años- y cambiando las condiciones de tiempo de cotización y cálculo de las cuantías a percibir.

El reciente acuerdo alcanzado por el Gobierno con las organizaciones sindicales CCOO y UGT y las patronales CEOE y CEPYME en materia de pensiones ha dado lugar a una primera reforma del siste-

ma de pensiones (agosto 2021), que corrige una serie de elementos que habían supuesto la razón de la falta de acuerdo en la reforma de 2013. Con el nuevo acuerdo, se vuelve a la revalorización de la cuantía de las pensiones ligada a los precios, al IPC; se deroga el Factor de Sostenibilidad que tenía como objetivo reducir las cuantías y se incluyen mecanismos de incremento de la financiación como transferencias desde los Presupuestos Generales del Estado. Además, se incorporan algunas correcciones, como la equiparación de los derechos de las parejas de hecho a los matrimonios para generar derecho a la pensión de viudedad, la cotización de las personas becarias en formación o de personal fijo-discontinuo o el régimen de cotización de las personas autónomas. A esto se añade la flexibilización del momento de jubilación para hacerlo más gradual.

Tal como se ha avanzado, las pensiones de jubilación y supervivencia representan la mayor parte de la inversión en protección social y alcanzan a representar un considerable porcentaje del PIB, no sólo en España sino también en otros países europeos. En el gráfico 4.1. se ilustra la comparación del porcentaje de producto interior bruto que dedica España a estas pensiones y lo que representa en la media europea. En 2018, España dedicaba un porcentaje de PIB del 10,4%, 0,6 puntos inferior a la media europea. Desde 2008, el porcentaje español se fue incrementando ágilmente hasta 2014, acercándose a la media europea, y en los cuatro años siguientes se ha mantenido más o menos estable. Buena parte de esta evolución se explica por la crisis que comenzó en 2008 y su incidencia en el PIB, que registró descensos hasta 2015, provocando que las pensiones representasen más en el total durante esos años.

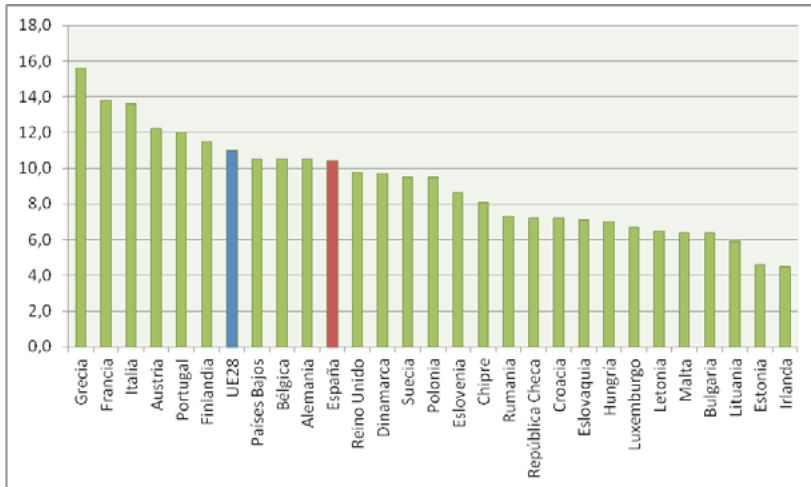
Gráfico 4.1. Evolución del peso de las pensiones de jubilación ordinaria y supervivencia en España y UE28 sobre el PIB, 2008-2018.



Fuente: Eurostat, 2021.

El volumen de pensionistas y la cuantía de las pensiones se ponen en relación con el PIB de cada país, y esta relación es la que se ilustra en el gráfico 4.2. El mayor porcentaje de PIB dedicado a pensiones de jubilación y supervivencia en 2018 se observa en Grecia, mientras que a la cola se sitúan Irlanda y Estonia. España ocupa la undécima posición.

Gráfico 4.2. Peso de las pensiones de jubilación y supervivencia en relación al PIB en los países de la UE28, 2018



Fuente: Eurostat, 2021.

Tal como se ha explicado en previas ediciones del observatorio de las personas mayores, el modelo de jubilación que rige el sistema de pensiones en España se ha configurado en torno a una serie de principios:

- a) Accesibilidad, asegurada por requisitos de periodos de cotización para acceder a una pensión mínima contributiva son poco exigentes –en comparación con otros países europeos– o, en caso de necesidad, mediante el acceso a las pensiones no contributivas;
- b) Flexibilidad, a través de formulas que permiten la jubilación previa a la edad ordinaria de jubilación o posterior;

c) Adecuación, que implica garantizar que la cuantía de las pensiones, en concreto las de carácter contributivo, se adecúen lo más posible al salario previo y garanticen su poder adquisitivo a lo largo de los años mediante un sistema de revalorización;

d) Suficiencia, para compensar, mediante complementos de cotización y mínimos, las realidades vitales y laborales de aquellas personas que no han generado derecho a un ingreso digno dentro del sistema contributivo.⁸

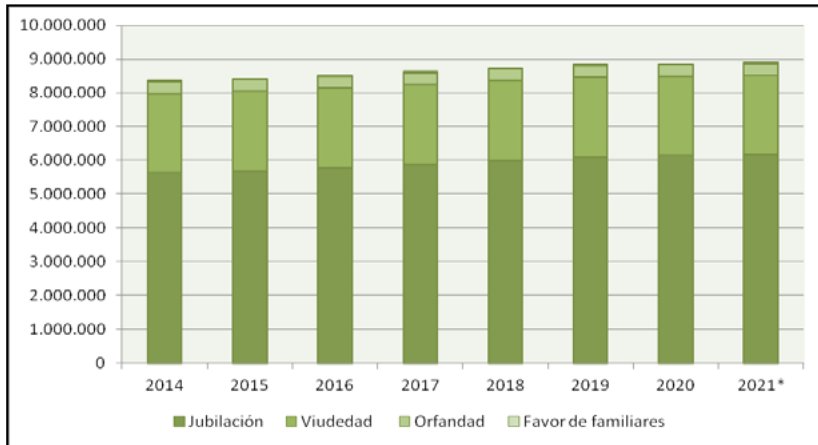
4.1. Evolución de las pensiones

El número de pensiones contributivas sigue creciendo

El gráfico 4.3 presenta la evolución y el peso de los distintos tipos de pensiones contributivas. Tal como se observa, las pensiones de jubilación son las más cuantiosas, seguidas de las de viudedad. Las pensiones contributivas de jubilación representan el 69,2% a finales de junio de 2021, siguiendo una tendencia creciente en su número -que ya suponen más de 6 millones 160 mil- y peso en el total de pensiones contributivas. Las pensiones de viudedad suponen el 27,5%, tras años de tendencia decreciente en porcentaje respecto al total -aunque no en número-.

⁸ El sistema de protección social en España 2018. CCOO.

Gráfico 4.3. Número de pensiones contributivas (jubilación, viudedad, a favor de familiares y orfandad), 2014-2021.

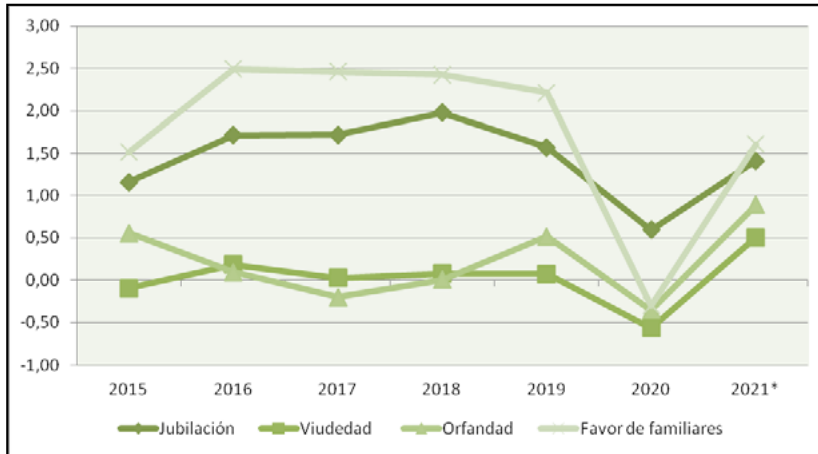


Fuente: Estadísticas de la Seguridad Social, 2021.

*A 31 de junio de 2021.

En el gráfico 4.4. se representan las variaciones interanuales del número de pensiones contributivas. El año 2020 muestra una importante reducción en la evolución interanual en todas las pensiones, debido al atasco administrativo provocado por las medidas para la contención de la transmisión de la Covid-19, pero también por el aumento de la mortalidad. Cabe mencionar que las pensiones de jubilación no dejaron de aumentar, aunque a menor ritmo y las de viudedad disminuyeron significativamente. En la primera mitad de 2021, estas últimas aumentaron en mayor grado que las de jubilación.

Gráfico 4.4. Evolución de las pensiones contributivas (jubilación, viudedad, orfandad y a favor de familiares), 2014-2021.



Fuente: Estadísticas de la Seguridad Social, 2021.

*A 31 de junio de 2021.

Como se explica en cada edición, se considera crucial el análisis de género en las pensiones, dado que el acceso desigual a las prestaciones públicas en la vejez es una manifestación de injusto reparto de recursos que tiene como origen un desigual e injusto acceso al empleo digno y de calidad y una infravaloración social de las actividades de cuidado desempeñadas eminentemente por mujeres a lo largo de su vida.

Por esta razón dedicamos este capítulo a valorar con especial hincapié las consecuencias en términos de acceso a pensiones y cuantía

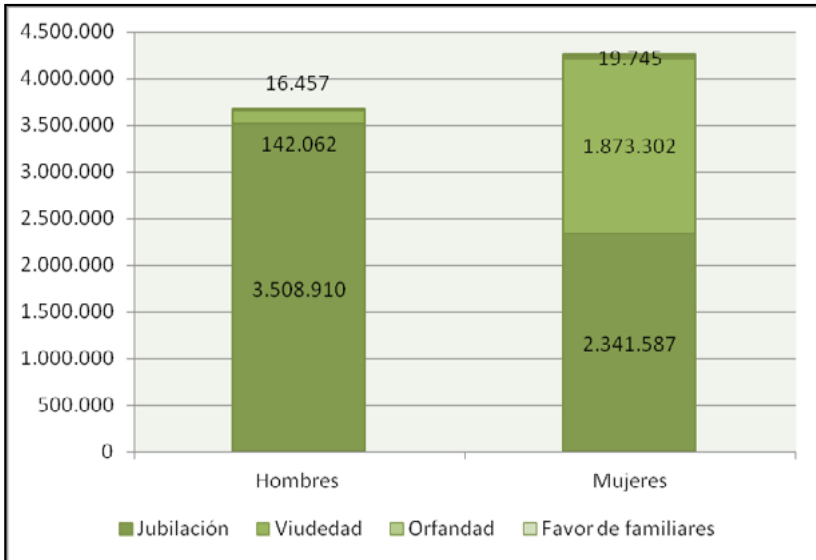
de las mismas, así como a analizar los mecanismos de los que se ha dotado el sistema de pensiones para corregir al menos parcialmente algunas de ellas.

La más evidente manifestación de las desigualdades por razón de género en la pensiones de se puede observar en el gráfico 4.5., que ilustra el número de pensiones de jubilación y viudedad de las personas de 65 y más años. La pensión concebida para ser la central del sistema, la contributiva de jubilación la reciben en mayor grado los hombres: el 60% de estas pensiones la reciben hombres, pese a ser menor la población masculina mayor. De hecho, el 96,3% de las pensiones de los hombres mayores de 64 años son contributivas de jubilación y por el contrario sólo implican el 55,6% de las que perciben las mujeres. La pensiones de viudedad, derivadas del derecho generado por un cónyuge, implican el 44,5% de las que perciben las mujeres mientras que apenas suponen el 3,9% de las que perciben los hombres.

El sistema público de pensiones está diseñado para que una prestación contributiva de jubilación cubra la pérdida de ingresos debida a la finalización de toda una vida laboral por razón de la edad. La pensión de viudedad es un corrector para compensar la realidad laboral de las mujeres y sus cuantías, como se verá más adelante, son menores. La inactividad en el mercado de trabajo, las entradas y salidas del trabajo remunerado en función de las necesidades familiares de trabajo reproductivo y de cuidado, los trabajos en la economía sumergida han marcado las trayectorias laborales de las mujeres, especialmente de la mujeres mayores. La invisibilización e

infravaloración de los trabajos y actividades realizados por mujeres y la falta de corresponsabilidad en los hogares marcan las condiciones materiales y de vida de las mujeres hasta su vejez.

Gráfico 4.5. Pensiones contributivas de jubilación y viudedad percibidas por personas de 65 o más años por sexo. Junio 2021.



Fuente: Estadística de la Seguridad Social, 2021.

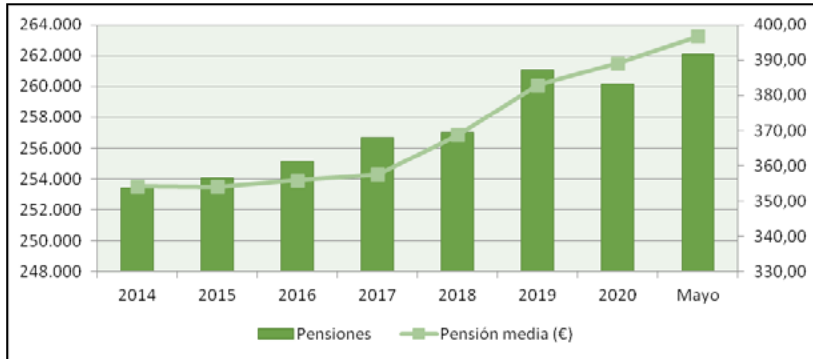
Las pensiones no contributivas aumentan su cuantía especialmente desde 2018

Una de las principales herramientas del sistema para asegurar las condiciones mínimas para la subsistencia de aquellas personas que no tienen ingresos en su vejez. Las pensiones no contributivas compensan la carencia de opciones por no haber contribuido lo suficiente a lo largo de su vida laboral como para acceder a una pensión contributiva. Por ello, pese a ser menores en número, cumplen un papel crucial.

A mediados de 2021 la Seguridad Social gestionaba 262.000 pensiones no contributivas de jubilación. Desde 2014 se ha mantenido la tendencia al alza en el número de pensiones, con dos hitos: en 2019 se incrementó llamativamente el número y en 2020 se redujo por primera vez en el periodo. Al igual que ocurre con las pensiones contributivas, cabe pensar que fue consecuencia del atasco administrativo y de la sobremortalidad provocada por el Covid-19. En 2021 se recupera la tendencia al alza en número de pensiones no contributivas.

Al observar la evolución de la cuantías se aprecia el cambio de tendencia a partir de 2018, año en que los incrementos de las cuantías empiezan a ser significativos. Si entre 2014 y 2017 la pensión media mensual apenas creció 3,3 euros, desde entonces hasta la pensión media de mayo de 2021 ha habido un aumento de más de 39 euros, llegando a los 396,7 euros mensuales.

Gráfico 4.6. Pensiones no contributivas de jubilación e invalidez y cuantía media, 2014-2021.

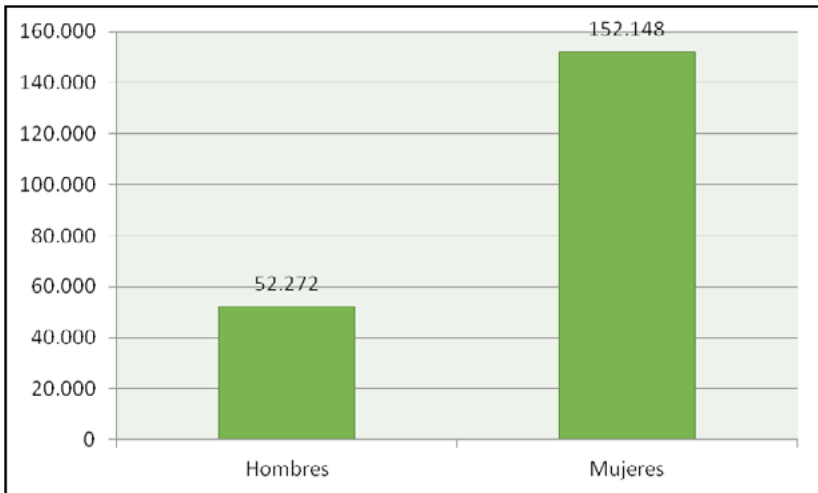


Fuente: *IMSERSO, 2021.*

**mayo 2021.*

Las pensiones no contributivas de jubilación vuelven a convertirse en una herramienta para compensar las desigualdades e injusto acceso a los recursos por razón de género. Buena muestra de ello es que ellas son las principales beneficiarias de este tipo de pensiones. De las 204.400 pensiones no contributivas de jubilación, el 74,4% son percibidas por mujeres.

Gráfico 4.7. Personas beneficiarias de 65 y más años de pensiones no contributivas de jubilación e invalidez por sexo, 2021.



Fuente: IMSERSO, 2021.

4.2. Pensiones y salarios

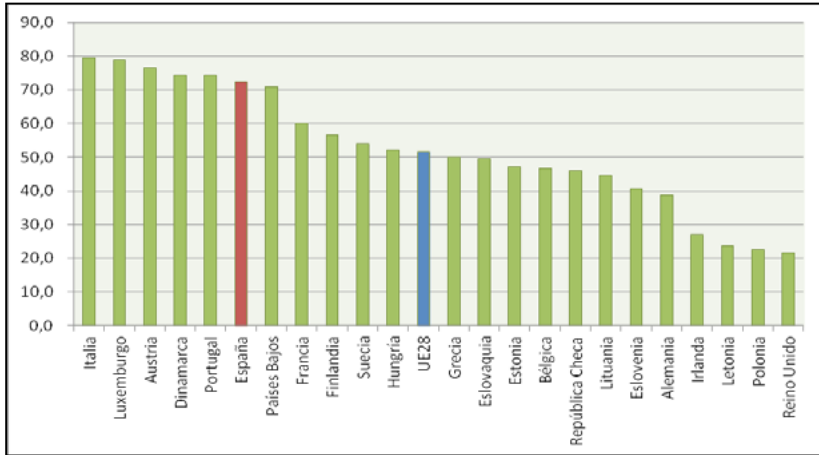
La pensión de jubilación reemplaza en un 72% el salario en España

Se llama “tasa de reemplazo” a la capacidad de sustitución de las pensiones del salario que se percibía durante los años de actividad laboral. Se presenta en forma de un porcentaje que ilustra la parte que representa la cuantía de la pensión con respecto al salario previo.

En España, la tasa de remplazo es considerablemente alta, por encima de la media de otros países europeos. En el gráfico 4.8 se puede observar la comparación europea en 2018, en la que España ostentaría la sexta posición, con una tasa del 72,3%. Por delante están Italia, Luxemburgo, Austria, Dinamarca y Portugal. A la cola, Reino Unido, Polonia y Letonia, con tasas por debajo del 25%.

Sin embargo, tal como se apuntó en ediciones previas del observatorio, la comparativa internacional es muy complicada dado que hay varios elementos que interfieren a la hora de valorarla. No se puede obviar que existe una amplia variedad en los sistemas de financiación y provisión de prestaciones, dando pesos diferentes a los 3 pilares (público, colectivo o individual). El sistema de pensiones español se basa principalmente en un sistema público financiado mediante cotizaciones que determinan las futuras prestaciones bajo el principio de la solidaridad intergeneracional. En este contexto, los planes de pensiones de empresa o privados tienen muy poca relevancia mientras que hay países en los que los planes de pensiones de empleo, con cotizaciones empresariales, constituyen un pilar importante en las prestaciones.

Gráfico 4.8. Tasa de reemplazo de las pensiones con respecto al salario previo en UE, 2018.



Fuente: OCDE, 2021.

Por otro lado, cuando se aborda el reemplazo de los salarios previos hay que tener en cuenta las cuantías de dichos salarios, dado que los salarios más bajos son más sencillos de suplir con una pensión. En España, los bajos salarios se evidencian en la cantidad de pensiones con bajas cuantías, especialmente entre las mujeres.

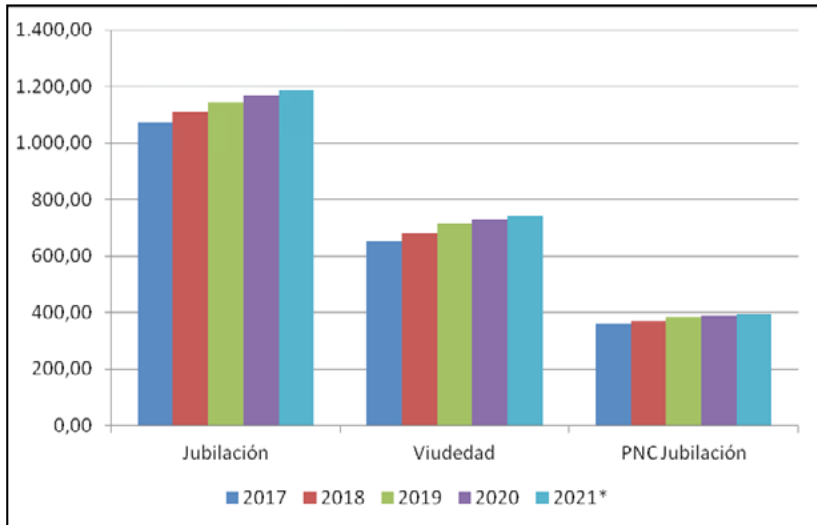
4.3. Cuantías de las pensiones

Aumento generalizado, aunque tímido, de las cuantías de las pensiones

Desde 2017 hasta 2021 las cuantías de las pensiones medias contributivas de jubilación, viudedad y no contributiva de jubilación han seguido aumentando paulatinamente. En el gráfico 4.9 se aprecia visiblemente la desigualdad que las cuantías de los distintos tipos de pensiones y la marca de género que ello implica en las condiciones económicas.

Las pensiones contributivas de jubilación son las más cuantiosas, llegando a una media mensual de 1.188 euros en junio de 2021, tras un incremento del 10,9% desde 2017. Mientras, la pensión media de viudedad era en ese mes de 739,7 euros, tras crecer un 13,9% en los últimos cuatro años. En el caso de las pensiones no contributivas de jubilación, el incremento fue de cerca del 11% hasta los 396,7 euros mensuales de media.

Gráfico 4.9. Cuantías medias de las pensiones contributivas de jubilación, viudedad y de las pensiones no contributivas de jubilación, 2017-2021.



Fuente: Seguridad Social e IMSERSO, 2021.

*Seguridad social junio 2021; IMSERSO, mayo 2021.

Las pensiones de las mujeres son más bajas

Las pensiones de las mujeres son de menor cuantía como resultado de la suma de desigualdades que se vienen apuntando. Por un lado, porque acceden en menor grado a las pensiones contributivas de jubilación, que al tratarse de la pensión central del sistema tiene un

mayor grado de reemplazo salarial. Por otro, porque las cuantías que reciben son menores incluso de este tipo de pensión, ya que la prestación contributiva de jubilación se establece en función del salario previo y las mujeres cobran de media menos en su vida laboral por el trabajo regular remunerado. Se trata de una consecuencia de la precariedad vital y laboral, sólo de la discriminación directa sino también de la indirecta, con una elevada presencia en el empleo a tiempo parcial.

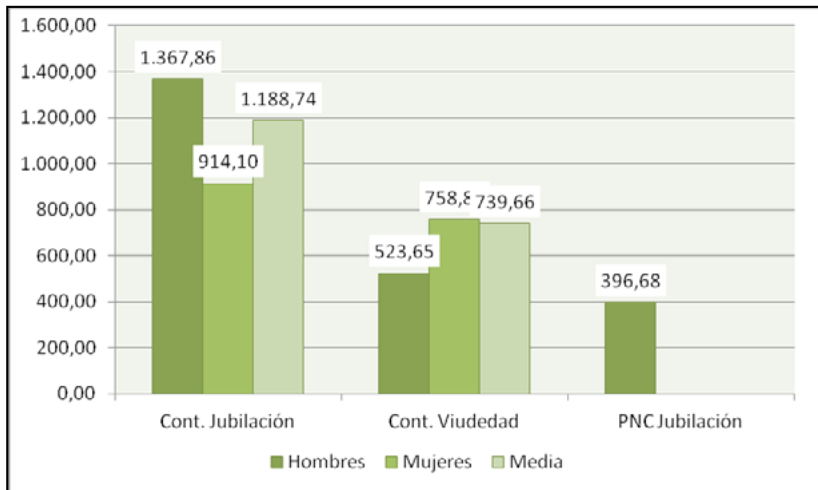
No se debe obviar que existen recursos con los que el sistema intenta compensar, al menos parcialmente, estos desequilibrios por una mayor proporcionalidad, con fórmulas para que las excedencias y las reducciones de jornada por cuidado o la jornada a tiempo parcial penalicen menos.

Con el siguiente gráfico se plasman las diferencias de cuantías entre hombres y mujeres en los distintos tipos de pensión. La pensión contributiva de jubilación media de los hombres es 454 euros mensuales mayor que la de las mujeres, lo que implica que para alcanzar la pensión media de ellos, la de ellas debería incrementarse un 49% para alcanzar los 1.368 euros mensuales de ellos.

En el caso de la pensión contributiva de viudedad media, la cuantía de las mujeres es mayor a la de los hombres, dado que se deriva de los salarios previos de sus cónyuges. Pese a ello, la pensión media de esta pensión en las mujeres está 155 euros mensuales por debajo de la de jubilación. La pensión de viudedad de ellas es de 759 euros, que son la mayoría de las personas beneficiarias de este tipo de pensión.

Ya se ha hablado de las pensiones no contributivas de jubilación, cuya cuantía media no alcanza los 400 euros mensuales.

Gráfico 4.10. Cuantías medias de las pensiones contributivas y no contributivas, por sexo, 2021.



Fuente: Seguridad Social e IMSERSO, 2021.

*Seguridad social, junio 2021. IMSERSO, mayo 2021.

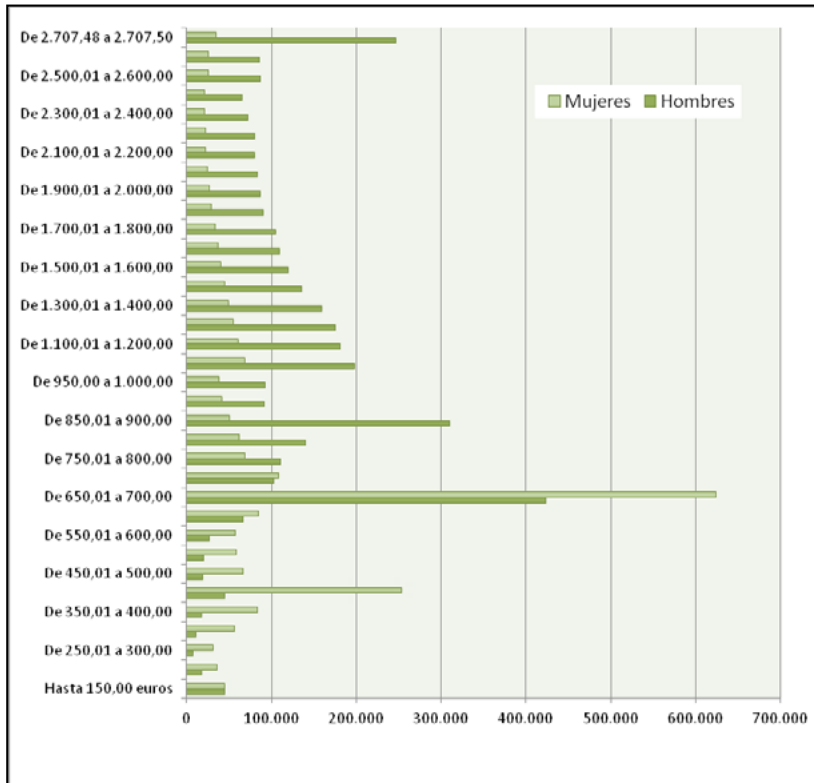
El siguiente gráfico ilustra la distribución por cuantías de las pensiones contributivas de jubilación por sexo. Se pueden apreciar una serie de elementos que conviene apuntar: cerca de la mitad de las pensiones de jubilación son de cuantías inferiores a 900 euros; las pensiones entre 650 y 700 euros suponen el 17% del total -debido a que se corresponden con las cuantías mínimas-; y otro 17% son pensiones por encima de los 2.000 euros mensuales.

Sin embargo, hay importantes diferencias por género. El 57% de las mujeres tienen pensiones inferiores a 700 euros mientras que en un porcentaje similar de hombres alcanzaban pensiones de hasta 1.300 euros al mes. La cuantía más común entre las pensiones es entre 650 y 700 euros en ambos sexos, pero las siguientes están muy determinadas por el género. Hay un volumen importante de hombres con pensiones entre 850 y 900 euros, así como con pensiones superiores a los 2.700 euros mensuales. En el caso de las mujeres, destaca el tramo de 40 a 450 euros mensuales. Esto se corresponde con las cuantías mínimas (en las diversas circunstancias) o la pensión máxima, en el caso de los hombres. Así, hay un volumen importante de hombres que cobran la pensión mínima con cónyuge a cargo (851€) así como la máxima (2.707,49€). Por su lado, son muchas las mujeres que cobran la pensión mínima con cónyuge no a cargo (654,6€) o en hogar unipersonal (689,7€).

El gran número de pensiones de mujeres en torno a los 400€ se explica por ser resultantes de haber cotizado en el antiguo SOVI (Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez).

En lo que va de 2021, la pensión media de las nuevas altas es de 1.390 euros, en el caso de las personas de 65 y más años, de 1.210 euros. La pensión media de las nuevas altas ha ido incrementándose. Desde 2017, ha aumentado un 5,5% la media general y un 6,7% la de las personas mayores de 64 años.

Gráfico 4.11. Distribución por cuantías de las pensiones contributivas de jubilación por sexo, junio 2021.



Fuente: Seguridad Social, 2021.

La siguiente tabla recoge las cuantías mínimas de las pensiones de jubilación establecidas para el año 2021. Tal como se ha explicado en otras ediciones, la determinación de la suma a ser considerada mínima para asegurar la subsistencia es controvertida, por lo que

los límites se sitúan en torno al umbral del riesgo de pobreza relativa (60% de la mediana de ingresos del hogar), y en el de las pensiones no contributivas, en el umbral de riesgo de pobreza severa (30% de la mediana de ingresos del hogar). Tomando esto en consideración, las cuantías son diferentes dependiendo de la composición del hogar y en los supuestos de una jubilación precedida de una situación de Gran Invalidez.

Tabla 4.1. Cuantías mínimas de las pensiones de jubilación, 2021.

	Jubilación con 65 años	Jubilación con 65 años procedente de Gran Invalidez
Con cónyuge a cargo	851	1.276,50
Sin cónyuge (unidad familiar unipersonal)	689,7	1034,6
Con cónyuge no a cargo	654,6	981,9

Fuente: Seguridad Social, 2021.

4.4. Brechas de género en las pensiones

La desigualdad en las pensiones por razón de género se ha ido haciendo evidente a lo largo del capítulo a partir de los datos sobre pensiones y sus cuantías. En este apartado se analizan estas diferencias con mayor detenimiento y observando su evolución en los últimos años.

En la tabla 4.2. se reflejan el número de pensiones y las cuantías de las pensiones de hombres y mujeres. En junio de 2021 ya son 6.170.000 las pensiones de jubilación, de las que más de 1.300.000 se integraban en el régimen de trabajadores y trabajadoras autónomas. Las mujeres representan solamente un 37,3% de las personas perceptoras. Al observar las cuantías de las pensiones se aprecia que las mujeres reciben un 33% menos de pensión de jubilación que los hombres.

Tabla 4.2. Pensiones en vigor y brecha de género (julio 2021).

	HOMBRES		MUJERES		BRECHA DE GÉNERO	
	Número	Pensión media	Número	Pensión media	% mujeres	Diferencia (%) Mujeres hombres
PENSIÓN DE JUBILACIÓN						
General	2.790.592	1.496,2	1.661.956	1.064,6	37,33	-28,85
Trabajadores autónomos	769.760	887,7	546.493	659,9	41,52	-25,66
Total del sistema	3.731.883	1.368,9	2.438.119	915,5	39,52	-33,12
PENSIÓN DE VIUDEDAD						
General	139.768	566,0	1.602.825	807,6	91,98	42,68
Trabajadores autónomos	48.846	386,7	420.118	550,2	89,58	42,26
Total del sistema	192.431	523,7	2.166.771	759,4	91,84	45,00
TOTAL DE PENSIONES						
General	3.509.981	1.362,0	3.699.605	919,3	51,32	-32,50
Trabajadores autónomos	934.568	832,0	1.041.428	606,4	52,70	-27,11
Total del sistema	4.719.222	1.254,7	5.148.876	831,4	52,18	-33,73

Fuente: Seguridad Social, junio 2021.

Las pensiones de viudedad, por su parte, son 1.742.000, de las cuales el 91% son recibidas por mujeres. En este caso, la cuantía de las pensiones de ellos es un 42% menor, fruto de que son el resultado de los salarios precedentes de las esposas que fallecieron, menos cuantiosos y con peores cotizaciones. Por el contrario, el salario de ellos genera mejor pensión de viudedad para las mujeres que les sobreviven.

Se reduce paulatinamente la brecha en las pensiones

En los últimos 6 años, las pensiones de jubilación y viudedad han ido reflejando paulatinamente una menor brecha. En 2014, las mujeres eran perceptoras del 36,5% de las pensiones contributivas de jubilación, en 2020 este porcentaje habría aumentado a prácticamente al 39%. En las cuantías también se observa un lento acercamiento: mientras que 6 años atrás las mujeres percibían un 38,9% menos de pensión de jubilación que los hombres, en 2020 la brecha se había suavizado ligeramente hasta el 33,9%.

La evolución de la pensión de viudedad también refleja un cambio que es consecuencia de un mayor acercamiento en condiciones laborales precedentes. Así, se va reduciendo lentamente el número de pensiones de este tipo, debido a que las mujeres acceden en mayor grado a las pensiones de jubilación generadas por derecho propio. Mientras, hay mayor número de hombres que perciben pensiones de viudedad dado que sus mujeres generaron previamente un derecho que, una vez fallecidas, se deriva a ellos en forma de este tipo de pensión. El derecho generado por ellos para ellas es mayor, fruto de las mejores condiciones salariales de los hombres en sus últimos años de vida laboral, provocando que las pensiones medias de ellas sean hasta un 44% mayores, una brecha que ha aumentado en los últimos 6 años.

Tabla 4.3. Brecha de género en las pensiones, 2014-2020.

	HOMBRES		MUJERES		BRECHA DE GÉNERO	
	Número	Pensión media	Número	Pensión media	% mujeres	Diferencia (%) Mujeres-hombres
PENSIÓN DE JUBILACIÓN						
2014	3.530.934	1.165,05	2.027.935	712,09	36,48	-38,88
2015	3.568.556	1.188,35	2.073.268	733,48	36,75	-38,28
2016	3.605.892	1.211,19	2.125.985	756,80	37,09	-37,52
2017	3.642.247	1.232,83	2.183.808	781,10	37,48	-36,64
2018	3.678.593	1.261,56	2.250.809	811,46	37,96	-35,68
2019	3.717.126	1.312,42	2.321.152	858,21	38,44	-34,61
2020	3.721.313	1.338,56	2.373.096	884,64	38,94	-33,91
PENSIÓN DE VIUDEDAD						
2014	170.646	473,41	2.177.704	635,84	92,73	34,31
2015	174.120	477,81	2.179.099	642,82	92,6	34,53
2016	177.122	482,06	2.181.510	650,52	92,49	34,95
2017	179.985	485,71	2.180.382	659,66	92,37	35,81
2018	182.653	492,3	2.177.248	678,88	92,26	37,9
2019	185.047	508,56	2.176.555	729,11	92,16	43,37
2020	187.740	515,53	2.164.925	743,55	92,02	44,23
TOTAL DE PENSIONES						
2014	4.487.136	1.082,23	4.713.712	669,95	51,23	-38,10
2015	4.535.531	1.100,67	4.768.816	683,40	51,25	-37,91
2016	4.579.801	1.119,60	4.829.182	698,68	51,33	-37,60
2017	4.622.758	1.137,69	4.891.885	715,46	51,41	-37,11
2018	4.661.768	1.162,33	4.960.585	740,18	51,55	-36,32
2019	4.703.582	1.207,77	5.036.413	787,60	51,71	-34,79
2020	4.705.115	1.229,80	5.077.170	808,28	51,90	-34,28

Fuente: Seguridad Social, junio 2021.

La brecha de género en las pensiones, como se avanzó previamente, se extiende también a las prestaciones asistenciales. Las pensiones no contributivas de jubilación, cuyas cuantías no alcanzan los 400 euros mensuales, son percibidas mayoritariamente por mujeres. Mujeres que no generaron derecho a una pensión contributiva por derecho propio pero tampoco derivado de un matrimonio. El 74,4% de las pensiones no contributivas de jubilación las reciben mujeres.

Tabla 4.4. Número de pensiones no contributivas por género, 2019.

	HOMBRES	MUJERES	% MUJERES
PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DE JUBILACIÓN			
	52.272	152.148	74,43
PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DE INVALIDEZ			
	90.454	93.759	50,9
TOTAL DE PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS			
	157.637	287.847	64,61

Fuente: IMSERSO, 2020.

CONCLUSIONES

Esta nueva edición del *Observatorio Social de las Personas Mayores* vuelve a poner de relieve la centralidad de plantear las políticas públicas para asegurar la vida digna y de calidad. El envejecimiento poblacional ya venía representando un gran reto a la hora de repensarlas, pero la pandemia de la Covid-19 que venimos viviendo desde 2020 ha puesto en primer plano la importancia de los recursos públicos para asegurar la vida.

Como en otras ediciones, el Observatorio realiza un recorrido por los principales indicadores que describen la situación de las personas mayores en España y los recursos existentes para garantizar una vida digna en términos de justicia y equidad.

La situación provocada por la pandemia dibuja el contexto sociopolítico del último año en España, Europa y buena parte de países del mundo. Desde 2020 se ha vivido un año con una sobremortalidad relevante, situaciones de colapso sanitario, importantes restricciones en movilidad y residencias de mayores, cuarentenas, etc. Un año en el que se ha paralizado parte de la actividad económica y que ha resultado con la reducción de la

esperanza de vida en España. Pero también se han desplegado políticas públicas de una magnitud sin precedentes y un despliegue vacunal inédito que han obligado a una coordinación interterritorial no carente de tensiones políticas con inequidades en los recursos puestos en marcha.

En los últimos meses se está configurando la nueva reforma de las pensiones tras abrir una nueva etapa de diálogo social. Tras la ruptura por falta de acuerdo con la reforma de 2012 se ha recuperado el diálogo y llegado a un nuevo acuerdo en materia de pensiones (Acuerdo de la mesa de diálogo social en materia de Seguridad Social y pensiones de 2021) basado en las recomendaciones consensuadas en el Pacto de Toledo, ratificadas por la mayoría de los partidos políticos en el Congreso de los Diputados en noviembre de 2020. Dicho acuerdo ha dado lugar a la primera reforma del sistema de pensiones en agosto de 2021 y el compromiso con Bruselas fija que este bloque de medidas pactadas entre en vigor a principios de 2022.

Entre otros elementos acordados, se vuelve a vincular la revalorización de las pensiones al IPC. Con este acuerdo se elimina el índice de revalorización de las pensiones, que limitaba las subidas anuales al 0,25%, una medida que implicaba pérdidas de poder adquisitivo a los y las pensionistas, un elemento crucial en el contexto de escalada acelerada del precio de la electricidad. Además, se elimina el factor de sostenibilidad, que tenía como objetivo vincular la cuantía de las pensiones futuras a la esperanza de vida, lo que hubiera producido un recorte de las prestaciones.

En el acuerdo se recoge que el Estado asume parte de los gastos de la Seguridad Social –los llamados impropios–, con una transferencia anual a través de los Presupuestos generales del Estado por un 2% de PIB, para así garantizar el sistema público de pensiones. Implica una gran mejora en los ingresos del sistema y por lo tanto un seguro a la sostenibilidad del sistema de pensiones.

Las carreras de cotización de trabajadores y trabajadoras marcan el acceso a las pensiones y sus cuantías, por lo que la suficiencia y sostenibilidad del sistema público de pensiones está condicionado por el acceso a empleos con salarios dignos. “Por ello, la reforma de pensiones debe ir acompañada de una profunda reforma y modernización de nuestro mercado laboral que fortalezca las relaciones colectivas de trabajo, erradique la precariedad provocada por la temporalidad injustificada y la parcialidad involuntaria, que afectan fundamentalmente a jóvenes y mujeres”.⁹

La crisis sanitaria provocada por el Covid-19 ha puesto el foco sobre las residencias, entornos de vivienda en común en los que se han infectado y fallecido un número muy relevante de personas mayores. La calidad de la atención de las personas mayores y las condiciones laborales de las personas trabajadoras en ellas han hecho saltar las alarmas sobre la necesidad de aumentar el control para asegurar una mejor gestión, especialmente en momentos críticos. No debe olvidarse que el 70% de las plazas residenciales en España son privadas. Es urgente que lo ocurrido con el Covid-19 movilice a todas

⁹ Tony Ferrer, 2021. La reforma de las pensiones, una mejora para el conjunto del sistema. *Nueva Tribuna*.

las administraciones para pensar las residencias de mayores no solo para buscar beneficio económico, sino mirando en el bienestar de las personas mayores y prevenir para que no se repita en el futuro.

Desde CCOO se hace hincapié en la necesidad de fortalecer una mayor atención domiciliaria y reforzar los centros de atención diurnos y nocturnos. Desde el sindicato se incide igualmente en que es imprescindible reconocer el enorme esfuerzo y entrega que han demostrado en estos meses de pandemia los y las trabajadoras de las residencias, que han trabajado en condiciones muy precarias y para quienes se tiene la deuda de asegurar condiciones de trabajo justas y dignas con el papel social que cumplen.

La presión sobre los servicios públicos seguirá en aumento de la mano de la mayor esperanza de vida de la población. Desde CCOO se urge a reformar el sistema fiscal para cumplir con los objetivos de estabilidad sin implicar recortes. Se debe tener en cuenta que los ingresos tributarios en España se sitúan en el en el 35,2% del PIB, lo que implica 6,3 puntos por debajo de la media de la UE. Esto supone un déficit anual de 30.500 millones. Pese a mantener una estructura fiscal comparable a la europea, el sistema fiscal español tiene niveles de recaudación muy inferiores, debido al fraude, la exclusión fiscal y el incremento de los impuestos indirectos en perjuicio de los directos.

Desde CCOO se incide en la urgencia de tomar medidas para combatir el fraude fiscal y la economía sumergida, la armonización fiscal de las distintas comunidades autónomas. Se plantean cambios en diversos ámbitos fiscales, como el IRPF (aumentar dos puntos los

tipos aplicados a rentas superiores a los 60.000 euros, tanto en base general como en la del ahorro y aplicar los tipos de la base general a la del ahorro e integrar todas las rentas en una sola base); en cuanto al Impuesto de Sociedades (aumentando la progresividad en función de los beneficios); y el los impuestos indirectos (gravando todos los alimentos y bebidas no alcohólicas con el tipo superreducido del 4%, así como rebajar del 21% al 10% el IVA de electricidad, gas y calefacción).

En definitiva, es preciso asegurar una estructura fiscal sana y eficiente, que permita asumir la inversión social necesaria para asegurar vidas dignas y cohesión social.

Anexo. Pensiones contributivas en vigor a 1 de agosto de 2021

COMUNIDAD AUTÓNOMA Y PROVINCIA	TOTAL PENSIONES		INCAPACIDAD PERMANENTE	
	Número	P. media	Número	P. media
TOTAL	9.862.327	1.035,98	950.996	994,29
ANDALUCÍA	1.600.309	926,47	206.181	916,43
Almería	109.346	840,47	9.963	907,26
Cádiz	224.525	1.028,81	37.348	999,46
Córdoba	173.990	856,62	15.428	852,90
Granada	190.136	878,06	21.802	914,63
Huelva	99.525	942,12	11.786	860,84
Jaén	143.915	850,15	21.412	846,10
Málaga	274.432	943,09	30.639	969,19
Sevilla	384.440	959,38	57.803	891,41
ARAGÓN	305.377	1.092,72	22.279	1.056,17
Huesca	53.487	990,90	5.320	954,58
Teruel	35.869	996,58	3.317	960,13
Zaragoza	216.021	1.133,89	13.642	1.119,13
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	300.107	1.218,48	27.715	1.135,29
BALEARS (ILLES)	198.468	964,88	17.713	924,94
CANARIAS	340.412	946,50	47.913	937,66
Palmas (Las)	178.861	960,17	26.475	980,01
S.C.Tenerife	161.551	931,35	21.438	885,35
CANTABRIA	143.030	1.094,31	13.142	1.041,81
CASTILLA - LA MANCHA	378.262	956,77	44.341	913,38
Albacete	73.038	921,95	7.108	917,31
Ciudad Real	99.980	962,05	14.708	902,65
Cuenca	44.507	878,37	6.212	857,55
Guadalajara	42.571	1.093,98	5.648	1.010,48
Toledo	118.166	953,92	10.665	906,65
CASTILLA Y LEÓN	614.060	1.029,03	46.490	993,47
Ávila	38.799	899,79	2.990	864,63
Burgos	90.883	1.104,50	4.756	1.105,62

JUBILACIÓN		VIUEDAD		FAVOR DE FAMILIARES	
Número	P. media	Número	P. media	Número	P. media
6.170.027	1.192,26	2.354.616	741,35	43.942	603,80
920.731	1.075,44	392.032	687,11	11.384	572
65.058	967,00	28.483	623,92	484	553,33
117.684	1.226,84	56.405	767,96	2.559	590,15
106.735	981,71	43.390	635,60	1.299	554,22
113.617	1.010,51	45.379	625,99	1.375	555,92
57.667	1.106,29	25.010	706,41	702	600,08
79.414	975,74	36.602	660,03	767	528,20
163.285	1.089,52	66.077	686,40	1.572	568,26
217.271	1.123,58	90.686	718,02	2.626	583,92
198.675	1.247,72	74.052	778,04	862	639,87
33.265	1.131,77	13.145	725,29	99	600,66
22.920	1.138,50	8.471	704,02	101	608,88
142.490	1.292,35	52.436	803,22	662	650,46
181.886	1.433,00	79.888	846,41	1.803	818,20
129.651	1.102,34	44.714	667,42	118	612,83
191.647	1.106,38	81.755	700,82	2.293	590,00
99.479	1.121,32	42.018	706,06	1.490	576,96
92.168	1.090,25	39.737	695,28	803	614,19
88.593	1.268,54	35.404	776,66	1.318	659,10
220.341	1.105,93	95.993	730,75	2.574	543,86
43.505	1.057,76	18.719	705,77	717	509,31
53.185	1.131,86	26.991	755,56	850	572,88
25.138	999,67	11.181	695,46	318	531,39
25.743	1.269,91	9.435	785,78	117	622,07
72.770	1.094,46	29.667	719,75	572	535,00
392.022	1.180,52	152.226	734,08	3.859	615,92
24.215	1.021,98	10.027	683,91	234	550,35
61.921	1.256,73	20.938	753,13	328	664,01

León	140.368	1.025,81	13.849	1.053,56
Palencia	42.501	1.053,60	3.998	967,39
Salamanca	80.722	956,75	5.350	938,26
Segovia	33.844	975,37	2.361	919,07
Soria	22.309	977,39	1.204	975,87
Valladolid	116.654	1.148,73	9.624	975,98
Zamora	47.980	870,74	2.358	902,07
CATALUÑA	1.742.809	1.076,10	159.811	1.090,03
Barcelona	1.309.136	1.111,35	120.289	1.124,61
Girona	160.512	961,04	12.664	961,18
Lleida	99.906	919,45	10.199	967,39
Tarragona	173.255	1.006,71	16.659	1.013,32
COMUNITAT VALENCIANA	1.009.234	954,92	95.943	944,76
Alicante	325.457	897,21	23.173	892,96
Castellón	133.919	923,85	13.325	959,07
Valencia	549.858	996,64	59.445	961,74
EXTREMADURA	231.188	862,38	27.459	841,85
Badajoz	135.284	868,26	17.111	835,91
Cáceres	95.904	854,10	10.348	851,66
GALICIA	766.307	882,64	70.317	902,35
Coruña (A)	300.480	927,21	25.666	905,14
Lugo	114.914	789,36	10.776	885,19
Ourense	106.561	765,71	10.924	923,90
Pontevedra	244.352	922,67	22.951	897,04
MADRID (COM. DE)	1.187.017	1.215,20	82.227	1.077,04
MURCIA (REGIÓN DE)	252.253	914,58	30.537	898,77
NAVARRA (COM. FORAL DE)	139.489	1.190,40	10.508	1.169,29
PAÍS VASCO	565.972	1.284,97	41.611	1.275,80
Araba/Álava	79.272	1.306,83	6.441	1.265,76
Gipuzkoa	191.770	1.258,23	12.908	1.300,56
Bizkaia	294.930	1.296,48	22.262	1.264,35
RIOJA (LA)	71.108	1.018,06	4.596	1.016,29
Ceuta	8.833	1.043,96	965	1.145,29
Melilla	8.092	1.005,14	1.248	1.094,77

86.064	1.179,20	35.202	717,79	1.056	677,56
26.298	1.218,90	10.524	761,55	307	641,44
51.677	1.089,47	20.445	702,41	654	557,18
21.511	1.121,60	8.668	708,63	132	569,86
15.000	1.107,79	5.319	685,04	92	590,25
74.740	1.331,74	28.099	820,53	653	632,75
30.596	983,93	13.004	664,00	403	522,94
1.139.935	1.214,95	391.351	752,52	1.357	662,36
859.601	1.251,89	291.075	779,42	1.056	675,70
107.256	1.087,50	36.033	659,90	58	636,21
62.049	1.048,47	24.355	643,38	61	597,03
111.029	1.145,10	39.888	706,49	182	615,20
630.100	1.091,18	243.005	696,20	2.605	597,00
208.537	1.016,56	80.243	673,83	1.182	588,22
85.628	1.038,06	30.214	666,96	241	565,86
335.935	1.151,04	132.548	716,40	1.182	612,14
131.707	989,33	60.258	678,49	2.048	534,61
74.607	1.004,02	35.919	695,07	1.426	528,87
57.100	970,15	24.339	654,02	622	547,75
480.519	1.006,75	185.258	625,59	6.721	535,80
188.677	1.063,78	74.341	663,98	2.434	552,89
72.180	892,40	27.891	538,37	978	497,38
66.798	841,07	24.846	546,64	1.213	505,12
152.864	1.062,74	58.180	652,05	2.096	551,64
795.227	1.390,27	271.062	849,85	2.726	688,14
146.794	1.062,32	61.920	679,47	1.361	570,17
94.605	1.346,26	29.691	816,79	401	649,54
371.139	1.462,25	135.107	901,73	2.261	755,04
53.705	1.476,48	16.972	889,50	164	718,57
129.663	1.412,86	43.726	880,04	556	741,29
187.771	1.492,28	74.409	917,27	1.541	763,88
48.266	1.141,50	16.020	729,76	176	576,62
4.365	1.300,80	2.661	799,46	46	667,99
3.824	1.263,12	2.219	750,86	29	615,99