



ESTAMOS A TU DISPOSICIÓN  
EN NUESTRAS SEDES



OS 2020

### Federación Estatal de Pensionistas y Jubilados de CCOO

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

[www.pensionistas.ccoo.es](http://www.pensionistas.ccoo.es)

#### Andalucía

Calle Cardenal Bueno  
Monreal, 58 - planta 3ª  
41013 Sevilla  
Teléfono 954 50 70 41

#### Aragón

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

#### Asturias

C/ Santa Teresa, 15  
1º izquierda  
33005 Oviedo  
Teléfono 985 25 71 99

#### Illes Balears

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

#### Islas Canarias

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

#### Cantabria

Santa Clara, 5  
39001 Santander  
Teléfono 942 22 77 04

#### Castilla-La Mancha

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

#### Castilla y León

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

#### Catalunya

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

#### Ceuta

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

#### Euskadi

Uribitarte, 4- 48001 Bilbao  
Teléfono 944 24 34 24

#### Extremadura

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

#### Galicia

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

#### Navarra

Avenida Zaragoza, 12  
31003 Pamplona  
Teléfono 948 24 42 00

#### La Rioja

C/ Pío XII, 33 - 2ª planta  
despacho 45  
26003 Logroño  
Teléfono 941 24 42 22

#### Madrid

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

#### Melilla

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

#### Murcia

Corbalán, 4  
30002 Murcia  
Teléfono 968 35 52 13

#### País Valencià

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

OBSERVATORIO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES 2020



OBSERVATORIO SOCIAL  
DE LAS PERSONAS MAYORES

PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Subvencionado por:



Subvencionado por:





# OBSERVATORIO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Subvencionado por:



Madrid, septiembre de 2020

**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. Alba Moliner Cros

Fundación 1º de Mayo

Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO

**Producción:**

io, sistemas de comunicación

**www.io-siscom.com**

# Índice

PRESENTACIÓN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
1. EL ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA .....	11
2. LOS HOGARES DE LAS PERSONAS MAYORES.....	37
3. SALUD, CALIDAD DE VIDA Y RECURSOS SANITARIOS .....	59
4. EL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.....	107
5. EL SISTEMA PÚBLICO DE PENSIONES.....	131
6. LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO PARA LAS PENSIONES...	165
CONCLUSIONES.....	191
ANEXOS.....	199



**pensionistas**

# 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 2020 para un envejecimiento activo. Pero las sociedades del bienestar se han visto atropelladas por la urgencia de la crisis sanitaria del coronavirus, la rápida propagación del virus y la potencia con la que ataca a algunas personas, especialmente a las de más edad, nos ha sumido en una crisis que ha puesto contra las cuerdas al sistema sanitario español, que durante semanas se ha visto desbordado en algunas regiones del país.

Por ello los sistemas públicos de salud, dependencia y servicios sociales son elementos esenciales para lograr envejecer en condiciones saludables y con autonomía. Además 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.

Los datos previos a la crisis sanitaria ya justificaban la necesidad de adoptar medidas para reorientar la deriva del proceso de

implantación del Sistema de Dependencia, algo que ahora se hace imprescindible y urgente. Por ello, **CCOO** reclamamos de forma inmediata que se ponga en marcha un Plan de Choque que restituya la calidad y la suficiencia de dicho Sistema.

Es muy necesario el establecimiento de un modelo de coordinación socio-sanitaria bajo la coordinación y supervisión de los servicios públicos de salud y priorizando la atención a grandes dependientes, personas que vivan solas y personas con relevantes problemas de movilidad, en las tareas que son esenciales como aseo personal, preparación y administración de alimentos y compras.

En el observatorio analizamos que la población mayor es cada vez más numerosa y cada vez vive más años. Proteger los derechos y las necesidades de este colectivo, es uno de los grandes retos a los que se enfrentan los Estados de Bienestar y sus sistemas de Protección Social.

También analizamos que la mayor parte de la población mayor son mujeres, muchas de ellas son viudas y un tercio de las mujeres mayores viven solas, más cuando hablamos de mayores de 85 años. Los recursos de estas mujeres son menores, herencia de sus precarias vidas laborales y su expectativa de vida saludable, menor que la de los hombres mayores. Estas diferencias y desigualdades hacen de los recursos públicos la herramienta clave para compensarlas en términos de justicia social.

**Ana Martínez López**

*Secretaria de Estudios de la  
Federación Estatal de Pensionistas de CCOO*

# Introducción

El *Observatorio Social de las Personas Mayores 2020* sigue en la línea de previas ediciones, analizando las condiciones de vida y recursos de las personas mayores. Sin embargo, en esta ocasión es obligado enmarcar el contenido en el contexto de gravísima crisis sanitaria provocada por la pandemia de la COVID-19, cuyos efectos están siendo muy virulentos en algunas regiones de España.

Las personas mayores, con una expectativa de vida y de vida saludable cada vez más largas, se han convertido de un día para otro en población de riesgo y su día a día precisa de las más escrupulosas medidas de higiene. La velocidad con la que el virus se ha extendido en la población mayor obliga a revisar las condiciones en las que están viviendo, especialmente en la residencias donde el nuevo coronavirus ha causado estragos. Las condiciones de la vivienda y la composición de los hogares son factores clave en la calidad de vida en estos meses de confinamiento y en los que el distanciamiento social se convierte en un elemento de protección.

Los retos a los que nos enfrenta la situación actual son de enorme calado, especialmente a la hora de asegurar la calidad de vida de nuestros y nuestras mayores. Inmersos como estamos en una crisis sanitaria parece no haber tiempo para reflexionar y alejarnos de planteamientos “edadistas”, pero en el escenario que debemos construir para los futuros meses, puede incluso que años, se hace imprescindible que lo hagamos. Porque reconstruir lo que se ha llamado la “nueva normalidad” va a exigir que coloquemos a lo sanitario en un plano que no olvide la centralidad del cuidado y la calidad de vida de toda la población y, en concreto, de las personas mayores; estas personas que, aun estando llenas de energía y esperanza de vida, están viendo cómo el ser consideradas grupo de riesgo implica un cambio sustancial en sus hábitos cotidianos y relación con su familia, con sus amigos y con su forma de vivir su pueblo o ciudad.

Aún es pronto para recabar datos y poder hacer un análisis del alcance de las consecuencias de estos últimos meses. Se requerirá dejar pasar los años para poder conocer la enorme magnitud económica y social de esta crisis. El presente estudio recoge las estadísticas actualizadas (a abril-mayo de 2020) sobre diversas materias relacionadas con las personas mayores y sus condiciones de vida, intentando contextualizarlas. La incertidumbre que nos rodea obliga a hacer hincapié en aquellos aspectos que han colocado a España en una mala situación para enfrentar la pandemia.

El presente documento está estructurado en seis capítulos. El primero de ellos, aborda la estructura poblacional en España, el proceso de envejecimiento y la esperanza de vida. El segundo

capítulo, aborda la composición de los hogares de las personas mayores, así como un análisis de los recursos con los que cuentan. El tercero, aborda la situación de la sanidad en España, haciendo comparaciones con otros países de la UE. El cuarto capítulo aborda el estado de desarrollo de las políticas de atención a las situaciones de dependencia. El quinto apartado aborda las pensiones, haciendo especial hincapié en la brecha entre hombres y mujeres. Por último, un sexto capítulo presenta las diferencias laborales entre hombres y mujeres en sus últimos años de cotización para así entender las diferencias que se perpetúan en el acceso y cuantía de las pensiones de jubilación.

Madrid, a 28 de Mayo de 2020



# 1

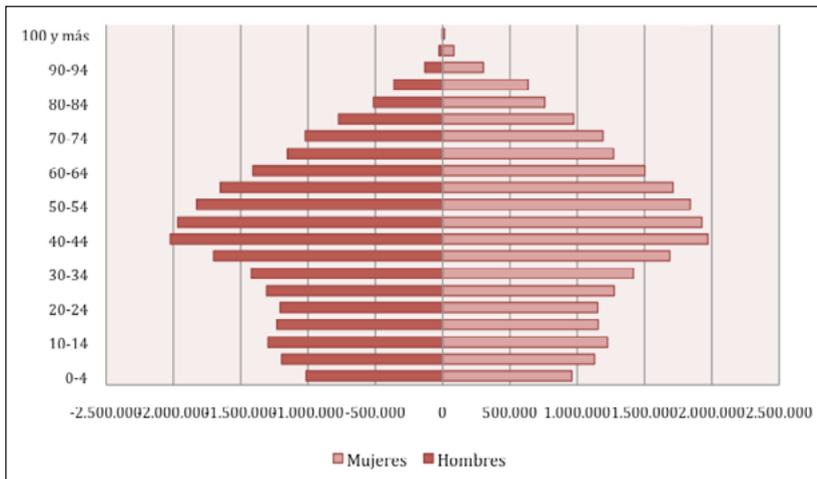
## EL ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA

El proceso de envejecimiento de la población europea ha ido cobrando una creciente relevancia dado que asegurar su calidad de vida y recursos se ha convertido en uno de los grandes desafíos para los Estados del Bienestar. En la década de 1980 se abre una nueva etapa demográfica, cuando la reducción de la fecundidad, la dilación en la edad de tener hijos y el progresivo descenso de la mortalidad se combinaban para ir perfilando cambios importantes en las pirámides poblacionales. España se incorporó a la tendencia algo más tarde, pero actualmente tiene una de las esperanzas de vida más elevadas en el mundo. En este contexto, la calidad de vida en el proceso de envejecimiento es un reto protagonista para las políticas públicas.

La pirámide poblacional en España deja retratadas los hitos demográficos de los últimos 100 años de historia. Los últimos resquicios

de la mortalidad y caída de la natalidad de la Guerra civil y postguerra aún pueden verse en la pirámide; los “baby boomers” engrosan las franjas entre los 40 y los 55 años. Los nuevos patrones de natalidad y fecundidad desde los años 70 se traducen en la cada vez más estrecha base de la pirámide. Sólo una excepción, una generación que ahora tiene entre los 10 y los 15 años, que se explica en buena medida por el aumento de la natalidad con la inmigración de los años 2000.

**Gráfico 1.1. Pirámide poblacional en España 2020.**



*Fuente: Estadística del Padrón continuo (datos provisionales), 2020.*

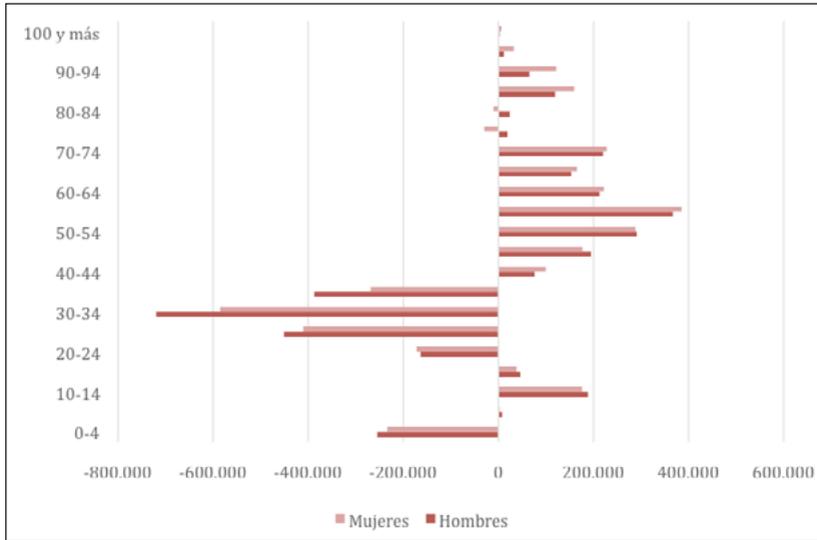
Aunque aún es pronto, ya se han hecho algunas aproximaciones a las consecuencias demográficas que podría implicar la crisis sanitaria. La elevada mortalidad que ya ha tenido en las cohortes más altas de edad se suma a las expectativas poco halagüeñas, que quedan

en manos de que se encuentre a tiempo un tratamiento eficaz o una vacuna. Se especula sobre la incidencia que el confinamiento y la crisis económica y social pudiera tener en la natalidad, pero no hay acuerdo si podría implicar un aumento o una disminución.

Una pirámide que va creciendo en su parte más alta y mientras se estrecha en la base es la manifestación del proceso de envejecimiento. En los últimos 20 años, el porcentaje de personas mayores de 65 años en España ha crecido un 17,9%.

El siguiente gráfico presenta la evolución de cada cohorte de edad en los últimos 10 años (2009-2019). Se aprecia claramente la tendencia: mientras la parte superior de la pirámide presenta incrementos, la baja, reducciones. Hay dos excepciones, las que se corresponden con el aumento de la población entre los 10 y los 20 años, que tal como hemos adelantado se corresponde con los años de mayor presencia de población migrante en el país; y por otro, el mantenimiento de la población entre 75 y 85 años, que son las franjas de edad de las personas que nacieron durante la guerra civil y la postguerra en España.

**Gráfico 1.2. Diferencia entre la población de 2010 y 2020, por grupos quinquenales y género.**



*Fuente: Estadística del Padrón continuo (datos provisionales), 2020.*

## 2019, la natalidad más baja de los últimos 20 años

Año tras año la reducción de la natalidad ha dado lugar a una creciente preocupación. Los datos de 2019 revelaban que se habían registrado por segundo año consecutivo, saldos vegetativos negativos, con menos nacimientos que defunciones. Se trataba de la primera vez en al menos los últimos 42 años que se daba esta alarmante relación, por la que los 369.302 nacimientos no pudieron compensar

las 426.053 defunciones. La evolución del saldo vegetativo queda ilustrada en el gráfico 1.3: la confluencia de la disminución progresiva del número de defunciones con la trayectoria a la baja de la natalidad. Solo 10 años en los primeros 2000 marcaron un cambio de tendencia, años de incremento de la presencia de personas migrantes.

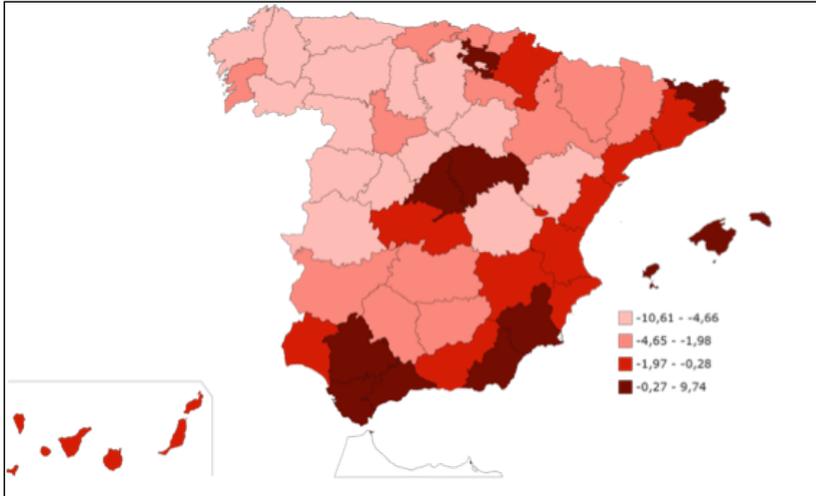
**Gráfico 1.3. Evolución del saldo vegetativo en España (crecimiento por mil habitantes), 1975-2018.**



*Fuente: Indicadores de Crecimiento de la Población, 2020.*

El mapa 1.4. permite visualizar las diferencias existentes en el territorio. Hay provincias con saldos vegetativos positivos: destacan Melilla (9,7), Ceuta (5,1), Almería (2,7), Murcia (2,3) e Illes Balears (1,7), provincias con edades poblacionales medias más bajas. En el extremo contrario, Zamora (-10,6), Ourense (-10,6), Lugo (-9,5) y León (-8). Merece apuntar que, con respecto al año precedente, la disminución del saldo vegetativo es una constante en los territorios.

### Gráfico 1.4. Saldo vegetativo por provincias (crecimiento por mil habitantes), 2018<sup>1</sup>.



Fuente: *Indicadores de Crecimiento de la Población, 2020.*

## Las mujeres engrosan la parte alta de la pirámide

En 2020 hay 938 mil mujeres más que hombres. Aunque nacen más hombres que mujeres y se mantienen algo por encima en número a lo largo de las cohortes de edad más jóvenes, hay una edad a partir de la cual se invierten las cifras. El gráfico 1.5. presenta esta evolución y en él se puede apreciar que la “edad de equilibrio” –edad en la que se equipara el número de hombres y mujeres y marca el

<sup>1</sup> Ver datos en anexos.

cambio– se encuentra en algún momento en torno a los 50 años de vida. A partir de ese momento, las mujeres van ganando presencia de manera acusada según avanza la edad, siendo el grupo de edad entre los 85 y los 90 años el que mayor diferencia registra.

En este punto hay que mencionar que la mortalidad ligada a la COVID-19 es, hasta el momento, mayor en hombres que en mujeres. Cabe esperar que los datos del año que viene reflejen la incidencia poblacional del coronavirus.

**Gráfico 1.5. Diferencias en número de mujeres y hombres por grupo de edad, 2020.**



Fuente: Estadística del Padrón continuo (datos provisionales), 2020.

A enero de 2019, hay de 5 millones 230 mil mujeres mayores de 64 años, lo que implica 1 millón 243 mil más que hombres en esas edades. En términos relativos, las mujeres representan el 57% de la población mayor, y el 63% en el caso de las personas de 80 y más años.

Estas cifras son, junto con la realidad desigual de la que parten, las razones fundamentales para que el estudio de la realidad social, sanitaria y económica no pueda obviar un análisis desde la perspectiva de género. Se trata de una perspectiva de rigor analítico, pero también una llamada a que ninguna política pública de protección social o de promoción de la calidad de vida pueda obviarlo en la lucha contra la pobreza, la exclusión y la justicia social.

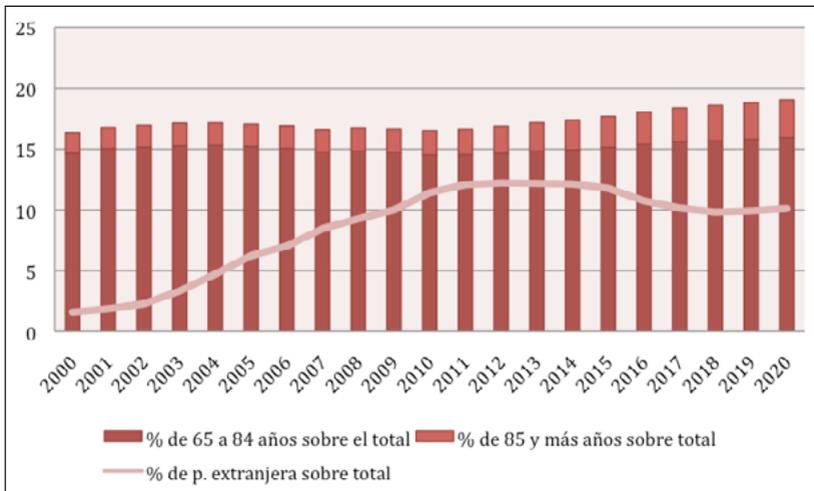
## La velocidad de envejecimiento se agudiza en España

España, con un 19,4% de población mayor en 2019 (Eurostat), se encuentra por debajo de la media europea en envejecimiento (20%). A la cabeza del ranking se encuentran Italia (22,8%) y Grecia (22%).

El gráfico 1.6. relaciona 3 indicadores: personas mayores, personas muy mayores (de 85 años y más) y la evolución de la población migrante en los últimos 20 años. Esta panorámica nos permite reconocer las tendencias en relación con la evolución económica vivida. Así, durante los primeros años de los 2000, el crecimiento económico propició la llegada de población migrante, quien contribuyó

al incremento de la natalidad. Este fenómeno permitió ralentizar en envejecimiento del país durante unos años. La crisis que comenzó en 2008 y las posteriores políticas de austeridad provocaron la salida de la población migrante, y con ello se recuperó el ritmo del envejecimiento de la población de España. En los últimos dos años, la paulatina recuperación económica y el incremento de la demanda de empleo parece que traen consigo, un estancamiento en la salida de población extranjera. Con todo esto, el grado de envejecimiento se va acentuando, ya que el peso de la población mayor de 80 años crece a buen ritmo.

**Gráfico 1.6. Índice de envejecimiento 2000-2020.**



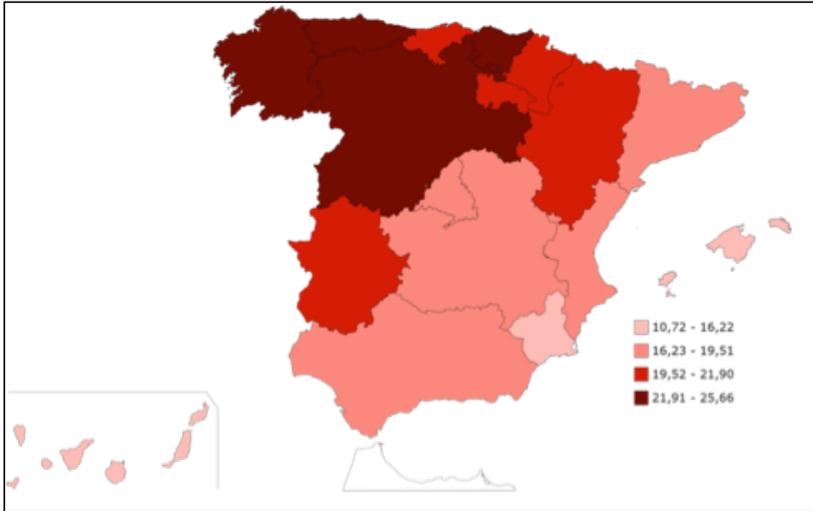
*Fuente: Estadística del Padrón continuo (datos provisionales), 2020.*

Habrá que esperar unos meses para poder disponer de datos sobre las consecuencias poblacionales de la COVID-19 y los resultados sobre la población extranjera por la enorme crisis económica que se encara.

## Las diferencias territoriales del envejecimiento

Hay Comunidades Autónomas, mucho más envejecidas que otras. Cerca del 26% de la población de Asturias tiene 65 o más años, así como poco más del 25% de Castilla y León y Galicia. En el extremo contrario se encuentra Melilla (11%) y Ceuta (12%), seguidas de Murcia e Iles Balears (16%). El proceso de envejecimiento se da en todas las regiones: en los últimos 10 años, Euskadi y Asturias son las Comunidades Autónomas en las que más ha crecido la proporción de mayores (cerca de 4 puntos), mientras que Ceuta, Melilla y Castilla-La Mancha apenas la han visto crecer.

**Gráfico 1.7. Mapa de porcentajes de población de 65 o más años por provincia, 2019<sup>2</sup>.**



*Fuente: Indicadores de estructura de población, 2020.*

El gráfico 1.7. muestra el nivel de envejecimiento de las distintas provincias: Ourense (31,5%) Zamora (31%) y Lugo (29%) destacan por su elevada presencia de población mayor. Mientras, Ceuta, Melilla y Almería son las menos envejecidas.

<sup>2</sup> Ver datos en anexos.

**Tabla 1.1. Provincias con mayor y menor porcentaje de población de 65 y más años, 2020.**

10 Provincias con mayor porcentaje		10 Provincias con menor porcentaje	
Ourense	31,54	Melilla	10,57
Zamora	31,10	Ceuta	12,10
Lugo	29,35	Almería	14,93
León	27,41	Las Palmas	15,31
Salamanca	26,84	Balears, Illes	15,64
Ávila	26,17	Murcia	15,75
Asturias	26,17	Guadalajara	16,12
Palencia	25,77	Sevilla	16,75
Soria	25,59	Cádiz	16,83
Coruña, A	24,89	Huelva	16,87

*Fuente: Estadística del Padrón continuo (datos provisionales), 2020.*

## **Envejecimiento y despoblación rural: el reto de la vertebración y dotación de recursos**

Los fenómenos migratorios del último medio siglo explican la composición de las poblaciones de las diferentes provincias. El llamado éxodo rural, que comenzó con la revolución industrial, se intensificó en la segunda mitad del siglo XX, y paulatinamente se ha ido vaciando la España rural. La población se movió hacia las ciudades, donde la industria y los servicios ganaban protagonismo frente a la agricul-

tura y ganadería. Mientras, la afluencia de población migrante a otras regiones, ciudades y zonas agrícolas, explican su rejuvenecimiento. La natalidad de los territorios está condicionada por la edad media de la población, con lo que se da una realidad que tiende a perpetuarse. En este contexto, las políticas públicas cumplen un papel crucial para contener o incluso revertir la progresiva despoblación de determinadas regiones: asegurar la cobertura de las necesidades de la población rural con servicios cada vez más necesarios dada la avanzada edad de sus habitantes, mejora las condiciones y oportunidades para la vida y el trabajo en los entornos rurales.

Cabe mencionar que, en este momento en que la COVID-19 se extiende entre la población mayor con gran virulencia, no lo hace por igual en las zonas rurales que en la urbanas. Hoy por hoy, las ciudades, con alta densidad poblacional y viviendas pequeñas, en ocasiones mal ventiladas, son lugares de fácil propagación de virus y donde, además, las condiciones de confinamiento en las casas suelen ser mucho peores. En estos meses, vivir en un pueblo, parece una ventaja, aunque reforzar los servicios de atención primaria y seguimiento de la población se torna crucial.

En todo caso, la mayor parte de las personas mayores viven en los entornos urbanos. El ámbito rural destaca por la falta de población joven, con lo que los y las mayores están sobrerrepresentados. En la tabla 1.2 se recogen los datos de población en función del tamaño de municipio del año 2019. De los 9 millones de personas de 65 y más años, 6,9 millones están viviendo en núcleos de más de 10.000 habitantes y más de la mitad de ellos en ciudades de más

de 100.000 habitantes. Sin embargo, en ellas, las personas mayores representan menos del 20% de la población.

**Tabla 1.2. Población por grupo de edad y tamaño municipal, 2019.**

Tamaño municipal de la población (habitantes)	Número de municipios	Grupo de edad*						
		Valores absolutos y % horizontales						
		Total población	Jóvenes		Adultos		Mayores	
<b>TOTAL</b>	8.131	47.026.208	7.364.092	15,7	30.604.923	65,1	9.057.193	19,3
<b>Rural</b>	5.877	2.699.277	296.799	11,0	1.631.898	60,5	770.580	28,5
0 - 100	1.352	76.828	3.504	4,6	42.578	55,4	30.746	40,0
101 - 500	2.645	658.385	56.508	8,6	383.806	58,3	218.070	33,1
501 - 1.000	1.003	724.203	81.314	11,3	438.140	60,8	201.749	28,0
1.001 - 2.000	877	1.242.862	155.473	12,6	767.374	61,7	320.015	25,7
<b>Intermedio</b>	1.501	6.866.177	1.074.941	15,7	4.427.867	64,5	1.363.369	19,9
2.001 - 5.000	952	3.000.351	447.505	14,9	1.912.172	63,7	640.674	21,4
5.001 - 10.000	549	3.865.826	627.436	16,2	2.515.695	65,1	722.695	18,7
<b>Urbano</b>	753	37.460.454	5.992.352	16,0	24.545.158	65,5	6.923.244	18,5
10.001 - 20.000	340	4.787.781	796.323	16,6	3.128.832	65,4	862.626	18,0
20.001 - 50.000	265	7.765.329	1.314.491	16,9	5.146.107	66,3	1.304.731	16,8
50.000 - 100.000	85	6.075.765	1.035.629	17,0	4.012.834	66,0	1.027.302	16,9
100.001 - 500.000	57	11.196.460	1.743.518	15,6	7.280.413	65,0	2.172.529	19,4
>500.000	6	7.635.419	1.102.391	14,4	4.976.972	65,2	1.556.056	20,4

*Fuente: Estadística del Padrón Continuo en Informe Envejecimiento en red, 2020.*

En las zonas rurales, en municipios de menos de 2.000 habitantes, pese a que apenas son 770.580, la población mayor supone el 28,4%

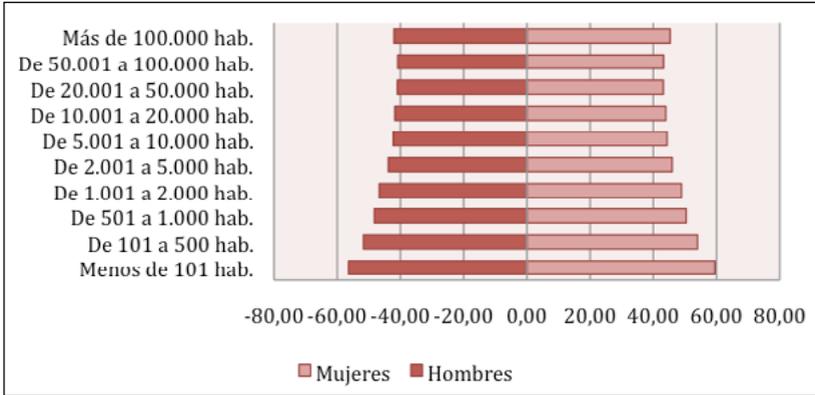
del total. Y cuanto menor es el municipio, mayor es su peso: en los municipios de menos de 101 habitantes, los mayores llegan a ser el 40,3% y la edad media es de 56 años en los hombres y 59,6 en las mujeres. Estos datos nos alertan de la despoblación de ciertos territorios y necesidad de reforzar los recursos para atender a personas que pudieran encontrarse en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Según van falleciendo las personas mayores que viven en los municipios rurales, sin renovación generacional, van provocando la progresiva despoblación. La relevancia social de este fenómeno, acompañado de la reducción de recursos que enfrentan estos territorios, ha dado lugar a importantes campañas que han ido ganando fuerza mediática y ha entrado en los programas políticos de muchos partidos políticos. El reto de la “España vaciada” desafía a los representantes políticos a poner medidas para la contención de la despoblación y exige que la calidad de vida en el ámbito rural se asegure mediante el refuerzo de los recursos públicos.

El gráfico 1.8. presenta la edad media en función del tamaño de los municipios. Se puede apreciar una tendencia: la edad media es menor cuanto mayor es el municipio. La edad media de las poblaciones de menos de 101 habitantes llega a alcanzar los 56 años en los hombres y 59 en las mujeres. Mientras, en las poblaciones de 50 a 100 mil habitantes, la edad media es de 41 en los hombres y 43 en las mujeres.

Puede observarse que la relación se rompe en las grandes ciudades, donde las edades medias se incrementan levemente con respecto las categorías previas.

**Gráfico 1.8. Edad media por tamaño de municipio por género, 2019.**



*Fuente: Estadística del Padrón continuo (datos provisionales).*

La asistencia médica, la atención a la dependencia, las infraestructuras de comunicación y telecomunicación, los servicios sociales, etc. son recursos que a menudo resultan insuficientes en estas zonas rurales cada vez más envejecidas y despobladas. La calidad de vida de las personas, especialmente mayores, que habitan en ellas depende de estos recursos, que a su vez determinan las oportunidades de repoblación.

La atención y los cuidados cumplen una función clave en los pueblos y con estas personas, pero las principales protagonistas de ellos son las mujeres, quienes atienden a menudo de otras mujeres. Ellas a su vez van envejeciendo y la cadena se va quedando sin eslabones.

Este proceso precisa de que una apuesta política con los recursos necesarios que permita promover el empleo y el rejuvenecimiento de las poblaciones, para poder avanzar hacia oportunidades reales de un envejecimiento activo y con calidad de vida.

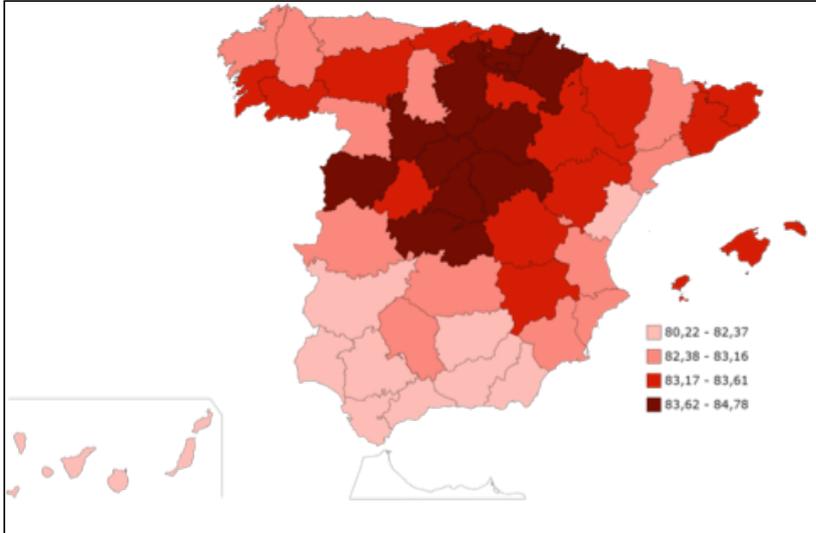
## **Las expectativas de vida se han incrementado más de 6,2 años en los últimos 30 años**

El envejecimiento de la población ha venido de la mano de una prolongación de los años de vida. Año tras año aumentan las expectativas de vida, gracias a los adelantos sanitarios y a las mejoras en las condiciones de vida. La esperanza de vida al nacer en España es, en 2018, de 83,19 años cuando 30 años antes rondaba los 77 años.

Las diferencias en el peso de mujeres y hombres en las cohortes de edad superiores vienen determinadas por la esperanza de vida de las mujeres, que es 5 años superior a la de los hombres. Cabe decir, que en los últimos 30 años, ellos han ganado un año más de esperanza de vida que ellas.

A la hora de abordar la esperanza de vida al nacer por provincias y comunidades autónomas, se pueden observar diferencias en un abanico que se abre entre los 80,2 y los 84,8 años.

### Gráfico 1.9. Mapa de esperanza de vida al nacer por provincias en España, 2018<sup>3</sup>.



*Fuente: Indicadores de mortalidad, INE, 2020.*

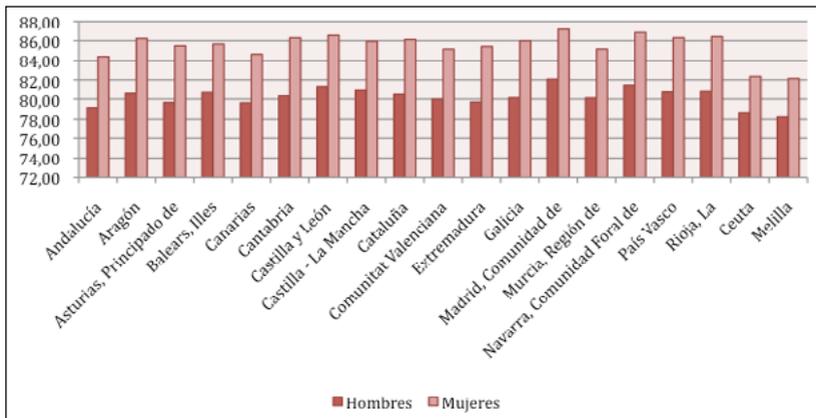
Al analizar los datos por comunidad autónoma observamos diferencias en las esperanzas de vida. La incidencia de la situación económica de los territorios se hace patente. Desde la calidad de vida y de trabajo, el acceso a la información sobre cuidado de la salud y el nivel adquisitivo y tiempo para cuidar la alimentación o el estilo de vida saludable tienen repercusiones evidentes en la esperanza de vida. Encabezan la lista Madrid, Navarra y las dos Castillas, mientras que al final del ranking se encuentran Ceuta y Melilla, pero también Andalucía, Canarias y Asturias. Así, una mujer en Madrid tiene una

<sup>3</sup> Ver datos en anexos.

esperanza de vida de 5 años más que una de Melilla y un hombre de Madrid, de 3 más que uno de Andalucía.

Las mujeres tienen mayor esperanza de vida al nacer en todas las comunidades autónomas. En el gráfico 1.10 se puede observar la diferencia, que en algunos territorios se acerca a los 6 años de brecha, como son los casos de Cantabria, Galicia y Asturias. Menores son las diferencias en las ciudades autónomas, donde no alcanza a ser de 4 años.

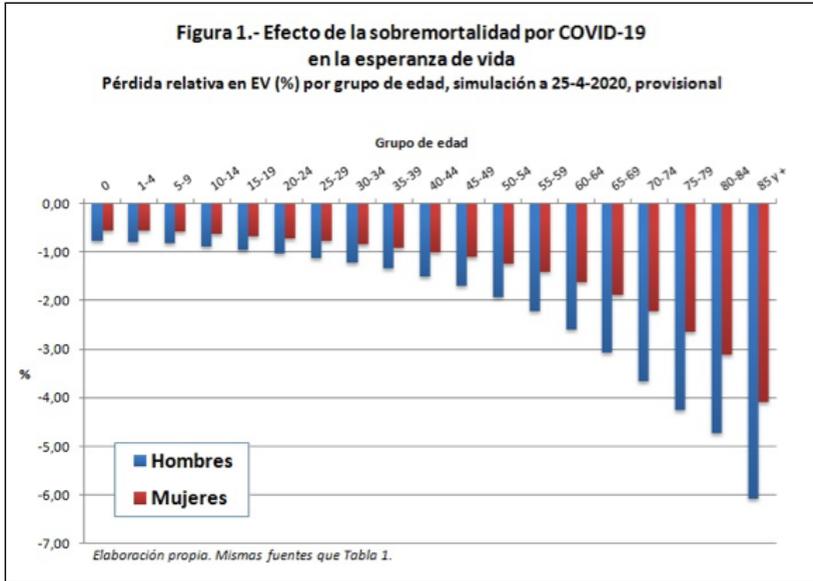
**Gráfico 1.10. Esperanza de vida al nacer por Comunidad Autónoma y sexo, 2018.**



Fuente: Indicadores de mortalidad, INE, 2020.

Aún es pronto para poder ofrecer datos certeros sobre las consecuencias de la pandemia COVID-19, pero algunos estudios se aventuran a ofrecer tentativamente cifras sobre la posible incidencia en la esperanza de vida.

### Gráfico 1.11. Efecto de la sobremortalidad por covid-19 en la esperanza de vida.



Fuente: COVID-19 y efecto en la esperanza de vida, *Envejecimiento en Red*<sup>4</sup>.

Dos investigadores del CSIC y del *Instituto Nacional de Estadística* han elaborado una nota con datos provisionales acerca de las posibles consecuencias de la sobremortalidad de las personas mayores y, especialmente los hombres, en la esperanza de vida. Según el gráfico, las consecuencias no serían desdeñables.

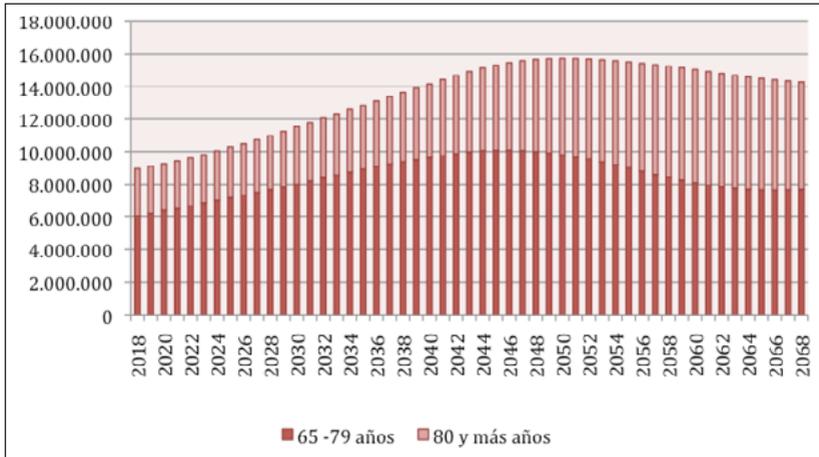
<sup>4</sup> Abellán García, A, Pujol Rodríguez, R (2020). COVID-19 y efecto en la esperanza de vida. Nota temprana con una simulación sobre cómo repercutiría la sobremortalidad ocasionada por el coronavirus en la esperanza de vida en España. *Envejecimiento en red*. 2020.

La comunidad científica internacional trabaja a ritmos acelerados en busca de tratamientos y vacunas que puedan mitigar y parar el avance del virus, mientras los sistemas sanitarios van reforzando y mejorando protocolos. En un escenario de prudente optimismo cabría pensar que la mortalidad del virus podrá ser contenida.

## Se preveía un crecimiento continuado hasta el año 2050

Aunque aún no conocemos el alcance que tendrá la pandemia, la trayectoria de la prolongación de las esperanzas de vida hacía estimar que para 2050 habría 15,7 millones de personas de 65 y más años, 6,7 millones más que en 2018 (gráfico 1.12). De mantenerse las tendencias previas, tal y como apunta el INE, el descenso de la natalidad implicaría que en 2033 hubiera un 13,1% menos de niños y niñas menores de 15 años menos que en la actualidad junto con el proceso de envejecimiento provocarían una elevación de la tasa de dependencia. Esta tasa, que es el cociente -en tanto por ciento- entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años, aumentaría del el 54,2% actual hasta el 62,4% en 2033.

**Gráfico 1.12. Proyecciones de población de 65 y más años, 2018-2068.**



*Fuente: INE, 2020.*

Estas estimaciones debían de tomarse con cautela ya en 2018 cuando se hicieron, con más razón en este escenario un tanto incierto. Pero la mortalidad no es el único indicador que entra en juego, también la natalidad o las migraciones cumplen un papel clave en las proyecciones poblacionales. En todo esto, no podemos obviar el papel fundamental que cumplen las políticas públicas en términos de inversión sanitaria, en atención a la dependencia, pero también en empleo, en corresponsabilidad, o en propiciar entornos que aseguren la calidad de vida. Todo ello influirá en el futuro de nuestras sociedades.

## Envejecer activa y saludablemente

Hablar de envejecimiento activo implica valorar multidimensionalmente los retos y oportunidades que ofrece el avance de los años. La *Organización Mundial de Salud* quiso ir más allá de considerar la participación laboral de las personas mayores, ahondando en las condiciones de salud que retroalimentan un envejecimiento activo y saludable.

No se puede obviar que, por un lado, el proceso de envejecer precisa de asistencias y cuidados, por lo que los recursos materiales y profesionales suponen un cimiento básico para su salud y oportunidades de autonomía. Y, por otro lado, hay que considerar el aspecto relacional y social, siendo cada vez más necesarios espacios adaptados e inclusivos, donde las personas mayores puedan desarrollar sus actividades personales y sociales.

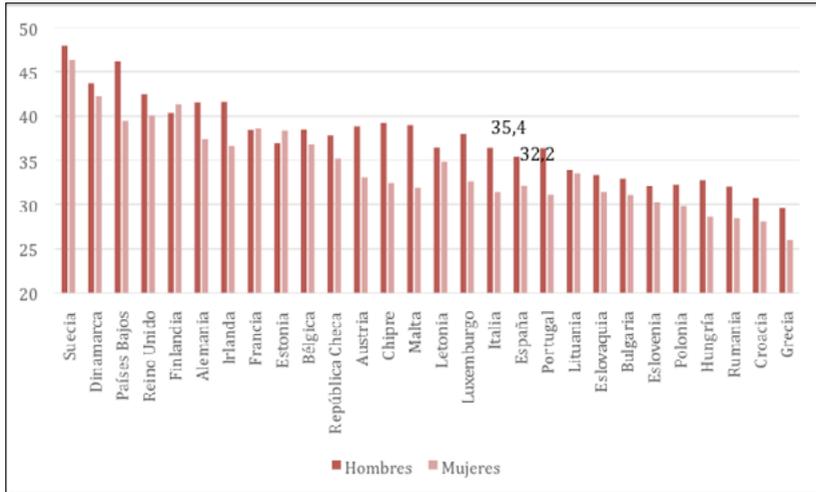
En el contexto de crisis sanitaria actual, esto es clave. La vida de las personas mayores y la calidad con la que la viven está condicionada, por un lado a que se aseguren y fortalezcan servicios públicos de calidad, capaces de mantener las medidas de higiene. Por otro, a que generemos espacios de convivencia capaces de primar las necesidades sociales en condiciones de seguridad, como ciudades más peatonales y ciclables o redes de apoyo a las personas vulnerables. Pero tampoco debemos olvidar que, en España, las personas mayores han constituido un pilar sobrecargado en la corresponsabilidad de los cuidados a los menores o personas enfermas, lo que les expone al virus. Es por ello que hay que reforzar la participación en

la corresponsabilidad de las empresas y el estado, para evitar que el cuidado de los menores sea incompatible con la actividad laboral o con la percepción de una renta y ponga, con ello, principalmente a las mujeres en una posición aún más injusta de desventaja social.

El hecho de que las personas mayores sean más vulnerables frente a éste virus, no implica ni mucho menos que con ello hayan perdido salud o capacidades. Los hombres y las mujeres que superan los 65 años siguen siendo personas que aún tienen expectativas de vivir décadas. Por ello debemos pública y colectivamente asumir el desafío de que sus vidas sean saludables y activas.

Tal como se recogió en la edición del año 2018 del *Observatorio Social de las Personas Mayores*, la UNECE (*The United Nations Economic Commission for Europe*) y la *Comisión Europea* desarrollan un índice que mide el envejecimiento activo y hace comparables las realidades de los diversos países. Dicho índice valora el empleo, la participación social, la vida independiente, sana y segura y la capacidad y entorno adecuado para envejecimiento activo. Según este índice de 2018, los países europeos se encuentran en distintas posiciones: Suecia, Dinamarca y Países Bajos destacan por ser los países con un mayor nivel de envejecimiento activo, mientras que Grecia, Croacia y Rumanía se encuentran a la cola. España se encontraría en la posición 18 de 28 en el ranking europeo de dicho índice, con peores puntuaciones en empleo y participación social y mejores en vida independiente, sana y segura y en capacidad y ambiente adecuado para el envejecimiento activo.

**Gráfico 1.13. Índice de envejecimiento activo por sexo, 2018.**



Fuente: *Active Ageing Index*<sup>5</sup>.

No obstante, deberíamos tener en cuenta que el envejecimiento activo no es un proceso homogéneo y lineal que dibuje un modelo de “envejecimiento exitoso”. Las realidades de las personas mayores son diversas y el abanico de circunstancias muy amplio. Así, el papel de las políticas públicas es asegurar la igualdad de oportunidades y los apoyos precisos atendiendo a la diversidad para hacer posible la mayor calidad de vida durante el envejecimiento.

<sup>5</sup> <https://statswiki.unece.org/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home#space-menu-link-content>. En Observatorio Social de las Personas Mayores, 2019.



# 2

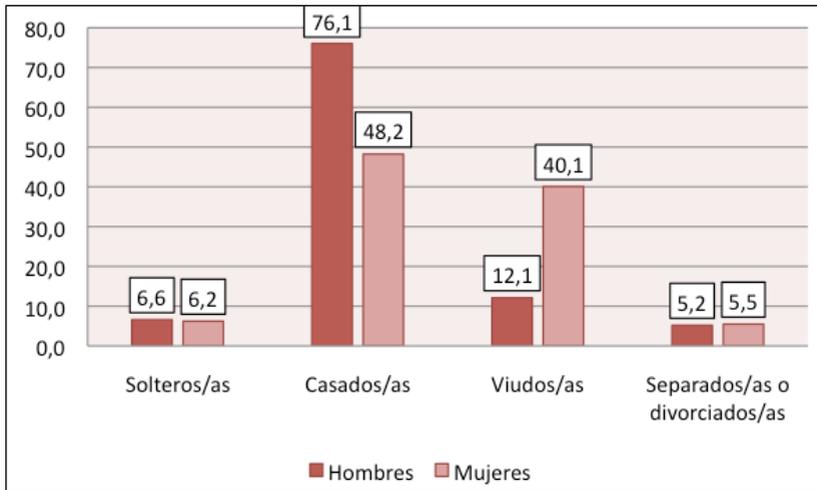
## LOS HOGARES DE LAS PERSONAS MAYORES

Este capítulo aborda la heterogeneidad de los hogares de las personas mayores. Por ello, resulta interesante detenerse a analizar las relaciones y modos de convivir de las personas mayores, así como de los presupuestos que manejan, obteniendo de esta manera una visión más completa de la vida de las personas mayores.

El análisis de los hogares de las personas mayores han jugado un papel clave en los últimos 10 años, no sólo en lo que afecta a la calidad de vida de las propias personas mayores, sino también del resto de población. En un país de tradición “familiarista”, su capacidad de ayudar como colchón familiar en los momentos de la crisis económica del 2008 en adelante y de las políticas posteriores de recorte permitió el mantenimiento de muchas familias que vieron perder sus ingresos o precarizar sus condiciones laborales.

En estos tiempos que corren, en un contexto de crisis sanitaria, social y económica, conocer la composición de los hogares de las personas mayores así como sus recursos es especialmente necesario. En primer lugar, porque en concreto las personas mayores –junto con otros colectivos considerados vulnerables frente a la COVID-19- son las que han debido de guardar el más estricto confinamiento, reduciendo al máximo su exposición y contacto con otras personas. Pese al desarrollo de la solidaridad vecinal que han impulsado redes de apoyo, las condiciones de vida de los hogares de las personas mayores se pueden estar viendo afectadas ahora, y es probable que el distanciamiento social se prolongue mientras la comunidad científico-médica no encuentre una vacuna o un tratamiento eficaces al alcance de todas y todos.

**Gráfico 2.1. Estado civil de mujeres y hombres de 65 y más años, 2019 (en %).**



Fuente: Encuesta Continua de Hogares, 2020.

## Casadas y viudas, el estado civil de las personas mayores

Al observar los datos sobre el estado civil de hombres y mujeres, se puede apreciar, por un lado, que la mayoría de las personas mayores se encuentran casadas, si bien el porcentaje de hombres casados (76,1%), es mucho mayor que el de las mujeres (48,2%). Son cifras similares respecto el año anterior (76,1% hombres y 48,2% mujeres), con una ligera bajada en el caso de las mujeres. Por otro lado, entre las personas viudas, las mujeres tienen una mayor presencia respecto a los hombres. El 40,1% de las mujeres mayores de 65 años son viudas, mientras solamente el 12,1% de los hombres de la misma franja de edad lo son. Estas diferencias se explican, en términos generales, por la mayor esperanza de vida de las mujeres, que sobreviven a ellos según van avanzando los años.

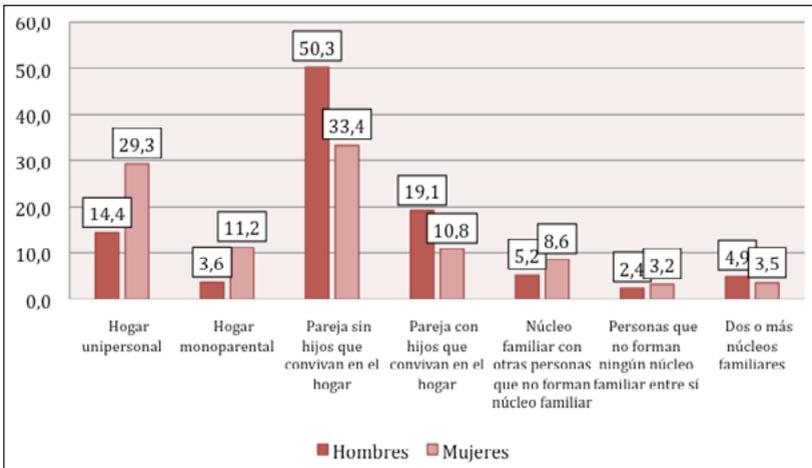
Merece atención el hecho de que, paulatinamente a lo largo de los años, puede verse un aumento de las personas mayores de 65 años divorciadas y separadas, siendo en 2019 de 5,2% en el caso de los hombres (5% en 2018) y 5,5% en el caso de las mujeres (4,5% en 2018).

## Vivir en pareja: la forma más habitual de convivir de las personas mayores

La *Encuesta Continua de Hogares* de 2019 muestra que la forma más habitual de convivencia entre las personas mayores de 65 y años es en pareja sin hijos que convivan con ellos (40,8% del total del colec-

tivo). Muy diferente es la distribución si se analizan los datos desagregados por género. Mientras el 50,3% de los hombres conviven con su pareja sin hijos que convivan con ellos, esta forma de convivencia solo representa el 33,4% de las mujeres, si bien se mantiene como la forma más común de convivencia para ambos géneros.

**Gráfico 2.2. Hogares de las personas de 65 y más años, 2019 (%).**



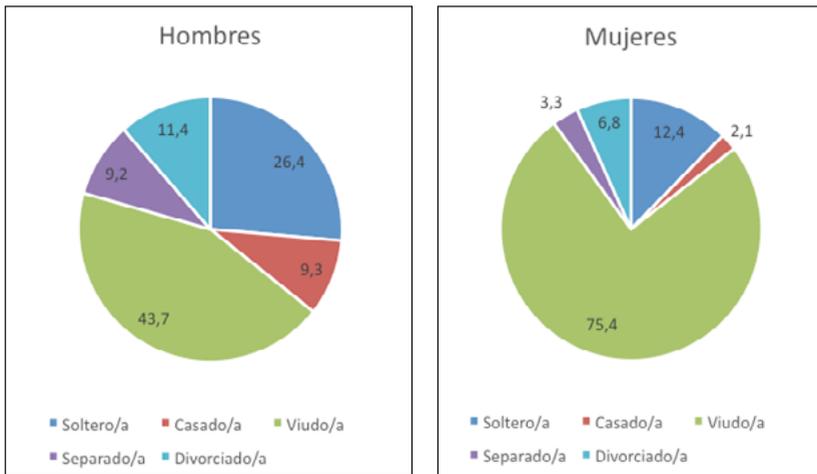
*Fuente: Encuesta Continua de Hogares, 2020.*

Las mujeres destacan por convivir en hogares unipersonales (29,3% del total), frente al 14,4% de los hombres, lo cual se explica por la mayor esperanza de vida de ellas, quienes enviudan en mayor medida, quedando en sus hogares viviendo solas. Respecto al año anterior, se ha registrado una ligera bajada en los hogares unipersonales para ambos géneros (-0,8% en las mujeres y -0,6% en el caso de los hombres), rompiendo la tendencia al alza de los últimos años,

debida a una mayor esperanza de vida y un incremento del número de divorcios.

Otra de las distinciones que se aprecian por género es la mayor tendencia de las mujeres a cohabitar con un núcleo familiar con personas que no forman parte de este (8,6%) o con personas que no forman un núcleo familiar entre sí (3,2%).

**Gráfico 2.3. Estado civil de personas de 65 y más años en hogares unipersonales (%), en 2019.**



*Fuente: Encuesta Continua de Hogares, 2020.*

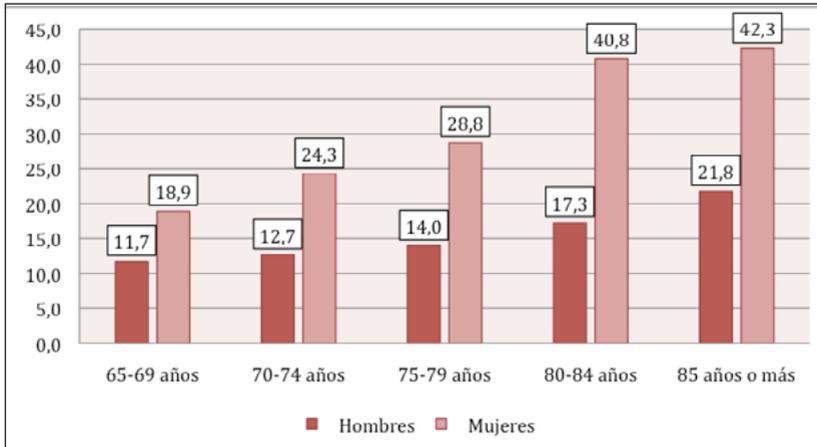
En el gráfico 2.3 se plasma la distribución de las personas mayores de 65 años que viven en hogares unipersonales. Entre estas, destacan las personas viudas, quienes representan un gran porcentaje

en ambos géneros. Sin embargo, existe una gran diferencia entre mujeres y hombres. Mientras las mujeres viudas representan un 75,4% de los hogares unipersonales, debido a una mayor tasa de viudedad, provocado por una mayor esperanza de vida de estas, los hombres suponen el 43,7% del total. En el caso de ellos, otro de los porcentajes que destaca es el de hombres solteros viviendo en hogares unipersonales, representando un 26,4% del total, siendo del 12,4% en el caso de las mujeres. Es decir, una parte importante de los hombres que viven solos lo hacen porque están solteros.

## **El predominio de los hogares unipersonales entre las personas mayores**

Como se ha mencionado, los hogares unipersonales predominan entre las personas mayores, aún con grandes diferencias entre géneros, en términos absolutos son 1,4 millones las mujeres que viven de esta forma, frente alrededor de 500 mil hombres.

**Gráfico 2.4. Mujeres y hombres de 65 y más años que viven en hogares unipersonales por edad, 2019 (% sobre el total).**



*Fuente: Encuesta Continua de Hogares, 2020.*

El aumento de personas viviendo en hogares unipersonales se incrementa de forma proporcional a la edad de dichas personas. Si bien el porcentaje de hombres es en todas las franjas de edad mucho menor que el de las mujeres, llegando a ser doblados por el número de mujeres que viven solas. Esta progresión a medida que aumenta la edad de las personas se explica atendiendo a la mayor tasa de mortalidad de las personas mayores y, por ello, el aumento de la tasa de viudedad. Como ya se ha mencionado anteriormente, las mujeres presentan una mayor esperanza de vida, lo que supone una mayor probabilidad de enviudar y continuar viviendo solas en sus hogares.

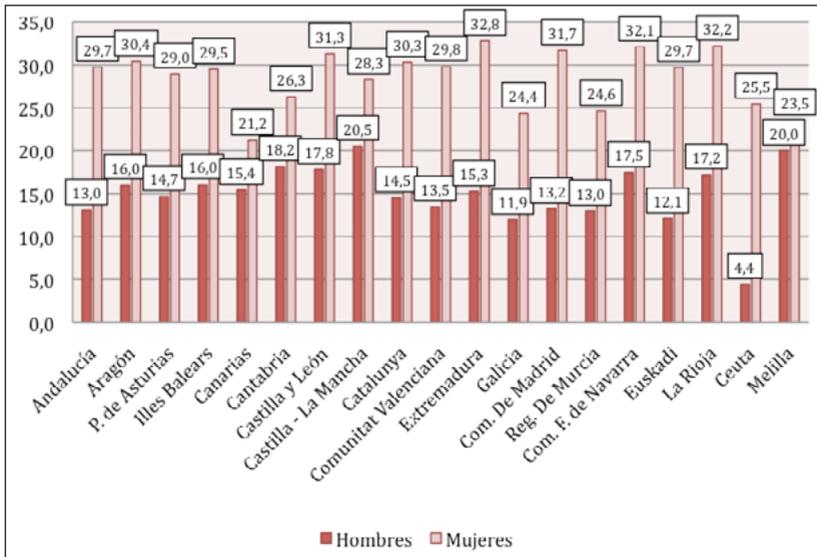
En el caso de las mujeres, se aprecia un gran incremento de hogares unipersonales a partir de los 80 años, pasando de un 28,8% en la franja de edad de 75 a 79 años a un 40,8% en la franja de edad de 80 a 84 años. Esto puede explicarse, en buena medida, por el hecho de que es en esta edad cuando se alcanza el corte de la esperanza de vida media de los hombres, quedando de este modo un mayor número de viudas. Los hombres, por su parte, presentan una evolución mucho más estable sin grandes cambios entre las distintas franjas de edad, destacando un mayor incremento entre las últimas franjas de edad (3% y 4,5% más respecto a la franja anterior).

Respecto al año anterior, se han producido ligeras variaciones interesantes. En el caso de los hombres, si bien en términos porcentuales no se observan cambios, se ha definido una evolución lineal con tendencia al alza a medida que aumenta la edad, a diferencia del año anterior, donde se producían ligeras subidas y bajadas entre las diferentes franjas de edad. En lo que se refiere a las mujeres no se han producido grandes variaciones y, en su caso, dicha tendencia al alza proporcional al aumento de la edad ya se apreciaba en años anteriores.

En la mayoría de los casos, estas formas de convivencia individual, muy habitual entre las personas mayores, pueden suponer un claro deterioro en su calidad de vida si no se mantienen las relaciones sociales. Aunque no debe equipararse vivir sola con vivir en soledad, hoy en día, en el escenario de nuevas amenazas de brotes epidémicos del coronavirus, las circunstancias de estas mujeres deben cobrar especial protagonismo de cara a elaborar políticas públicas

de apoyo, acompañamiento, así como en la distribución de recursos sociales y económicos disponibles.

**Gráfico 2.5. Mujeres y hombres de 65 y más años sobre el total de hogares unipersonales por CCAA, 2019 (%).**

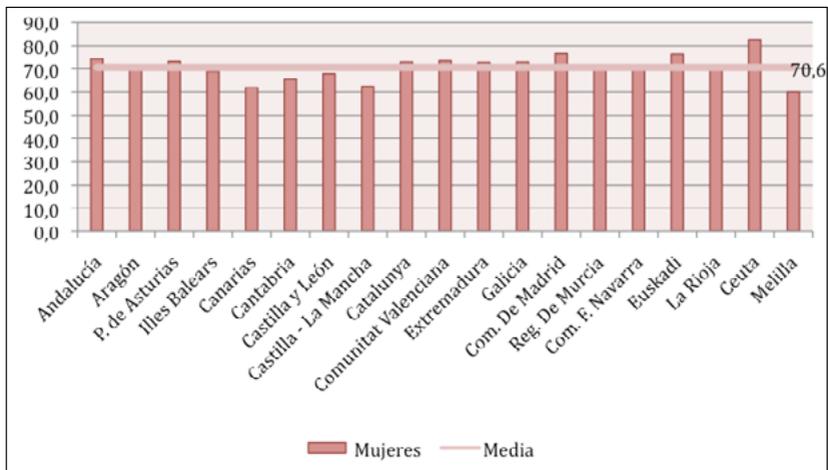


Fuente: Encuesta Continua de Hogares, 2020.

Analizando los datos a nivel autonómico se puede observar que la distribución se mantiene en la línea de los datos a nivel nacional. Los hogares unipersonales suelen conformarse mayoritariamente por mujeres que por hombres en todas las comunidades autónomas, si bien es cierto que existen grandes diferencias entre ellas.

En lo que se refiere a las mujeres, existe una mayor tendencia a vivir solas en regiones como Extremadura (32,8%), La Rioja (32,2%) y Navarra (32,1%), entre otras; mientras en Canarias (21,2%), Melilla (23,5%) y Galicia (24,4%) no es tan común, aunque las cifras se mantienen elevadas. En el caso de los hombres, hay mayor preferencia a vivir solos en regiones como Castilla-La Mancha (20,5%), Melilla (20%) y Cantabria (18,2%) y el caso contrario Ceuta (4,4%), Galicia (11,9%) y Euskadi (12,1%).

**Gráfico 2.6. Porcentaje de mujeres de 65 y más años en hogares unipersonales por CCAA, 2019 (% sobre el total de hogares unipersonales).**



Fuente: Encuesta Continua de Hogares, 2020.

Las mujeres mayores de 65 años representan el 70,6% de las personas mayores que viven en hogares unipersonales. Respecto al año anterior, se ha producido una caída de 1,3 puntos porcentuales. Analizando este dato a nivel autonómico, no se observan grandes variaciones respecto a la media española, pero si se aprecian diferencias entre los distintos territorios.

Destaca una mayor preferencia a vivir solas en comunidades autónomas como Ceuta (82,4%), Comunidad de Madrid (76,7%) y Euskadi (76,4%); por el contrario se presentan en menor medida en Melilla (60%), Canarias (62%) y Castilla-La Mancha (62,5%), superando, en todas ellas, el porcentaje de hombres que viven solos.

## **Las personas mayores prefieren envejecer en sus casas**

Diversas encuestas y estudios revelan que las personas mayores prefieren envejecer en sus propias casas y en caso de necesitar de cuidados de una tercera persona que este sea informal y por parte de un familiar. Esta preferencia se ha denominado “aging at home” y establece que permanecer en sus propias casas ayuda a preservar su salud y la posibilidad de tener un envejecimiento activo.

Si bien es cierto que para que este envejecimiento en casa sea adecuado deben garantizarse una serie de elementos como el buen estado de la vivienda y del entorno; recursos económicos suficientes que garanticen unas adecuadas condiciones de habitabilidad; y

contar con los cuidados formales e informales a través de una red social sólida<sup>6</sup>.

Sin embargo, diferentes estudios<sup>7</sup> muestran que las mujeres que quieren vivir solas, en muchas ocasiones, se encuentran en una situación de vulnerabilidad al no contar con entornos amables por falta de recursos para la movilidad y para una atención adecuada, sumado a la percepción de pensiones de cuantía muy baja.

Uno de los principales problemas de las personas mayores es la accesibilidad a sus propios hogares. La *Federación Empresarial Española de Ascensores* (Feeda) explica que en España se encuentra el parque de elevadores más grande de Europa con alrededor 1,1 millones de ascensores. Sin embargo, establece que son alrededor de 5 millones los edificios en España inaccesibles y no cuenta con ascensor. Además de otras barreras arquitectónicas como escalones, inexistencia de rampas o elevadores, a las que 3,8 millones de personas con movilidad reducida deben enfrentarse diariamente<sup>8</sup>. Por ello, a día de hoy, hay alrededor de 1,8 millones de personas que no tienen la posibilidad de salir de sus casas debido a la falta de ascensor u otra barrera arquitectónica<sup>9</sup>.

---

6 Pinazo, S., Donio-Bellegarde, M (2018): La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención. Estudios de la Fundación Pílares para la autonomía personal nº 5.

7 Reher, D. y M. Requena (2017): «Elderly women living alone in Spain: the importance of having children», *European Journal of Ageing*.

8 [https://elpais.com/economia/2019/12/26/actualidad/1577361534\\_777988.html](https://elpais.com/economia/2019/12/26/actualidad/1577361534_777988.html)

9 <https://www.feeda.es/francisco-gonzalez-espana-pais-europeo-mas-ascensores-construidos/>

En un escenario como el que se plantea ante la propagación acelerada del coronavirus, las personas mayores que viven solas en su casa han tenido y tendrán menor riesgo de exposición. Sin embargo, existen toda una serie de dificultades para llevar a cabo una vida cotidiana de calidad, relacionada con el aseo y la seguridad física. El reto al que nos enfrentamos es el de asegurar la calidad de vida de las personas mayores, favoreciendo la higiene y el distanciamiento social mientras se facilitan las condiciones para mantener una vida activa física y socialmente.

## **Vivir colectivamente: otra forma de convivencia para las personas mayores**

Otra de las formas de convivencia de las personas mayores es en establecimientos colectivos. Las últimas cifras oficiales (2011) muestran que son 270.286 personas las que viven de este modo, las cuales se dividen en 185.373 mujeres y 84.913 hombres<sup>10</sup>.

Es decir, a nivel global de las personas mayores son cifras muy pequeñas, pues representan un 4,3% de las mujeres y un 2,5% de los hombres, siendo principalmente personas mayores de 80 años.

Las residencias de mayores o residencias de la tercera edad son los principales establecimientos colectivos donde vive la mayor parte de las personas mayores. Sin embargo, aunque todavía minoritarios,

---

<sup>10</sup> Instituto Nacional de Estadística (2011): Censo de población y viviendas. Población residente en establecimientos colectivos. Nota de prensa del 7 de mayo de 2013. INE. Madrid.

existen otro tipo de establecimientos de convivencia colectiva donde se combina la atención, la vida en común y la participación activa de las personas mayores. Denominado como “cohousing” que se caracterizan por ser alojamientos basados en “una comunidad de carácter intencional diseñada por y para las personas que viven en él”. Suelen ser proyectos participativos, autogestionados y en autopromoción, que siguen criterios sostenibles donde lo común tiene una importancia central en el proyecto de vida de las personas<sup>11</sup>. La idea principal es romper con la soledad de forma colectiva, generar una vida activa y participativa, a la vez que asegura a intimidad, la atención y unas condiciones saludables<sup>12</sup>.

## Los recursos de las personas mayores, primordiales en el sustento de los hogares

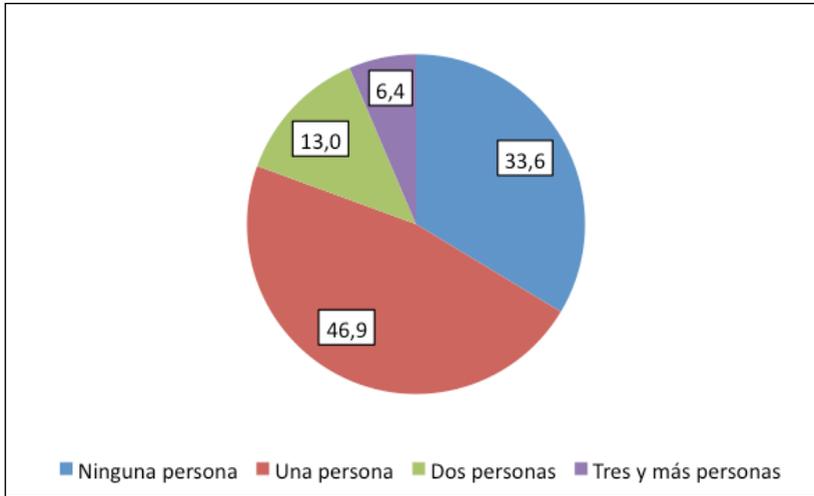
En Observatorios anteriores se mencionaba la importancia de las personas mayores en el sustento de muchos hogares. Cada vez son más aquellos hogares cuyos presupuestos familiares se sustentan con los recursos de personas de 65 y más años. Este hecho se consolida a lo largo de los años, como consecuencia de dos procesos: por un lado, el aumento de hogares compuestos por personas mayores, resultado directo del envejecimiento poblacional; por otro, la precarización de las condiciones laborales de las personas en edad de trabajar, que precisan de los recursos de sus mayores.

---

11 Bensadón, L. (2017): ¿Qué es el cohousing? Presentación realizada en las jornadas sobre cohousing, Imsero, noviembre de 2017.

12 <https://apartamentosconvivir.com> [http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/11\\_vgomezcohousing2017.pdf](http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/11_vgomezcohousing2017.pdf)

**Gráfico 2.7. Porcentaje de hogares cuya persona de referencia es jubilada por número de personas con las que convive, 2020 (primer trimestre).**



*Fuente: Encuesta de Población Activa, 2020.*

Atendiendo a los datos de la *Encuesta de Población Activa* es posible observar que, en el primer trimestre de 2020, existen más de 4 millones de hogares cuya persona de referencia está jubilada, cifra que representa 21,6% de los hogares de España. Este porcentaje mantiene una tendencia al alza a lo largo de los años, pues en 2010 representaba un 18,5% de los hogares.

Además, como aparece en el gráfico 2.7, se mantiene el patrón de convivencia de años anteriores, pues, en su mayoría, las personas jubiladas viven con otra persona (46,9%) o bien, viven solas (33,6%).

## Alimentación y servicios básicos de la vivienda, el 30% del gasto de los hogares

Para un análisis óptimo del gasto de los hogares de las personas mayores es necesario considerar el peso que tienen las distintas partidas. En anteriores ediciones del Observatorio se ha señalado el alquiler imputado como una de las principales partidas de gasto. Sin embargo, esto no se traduce en que las personas estén viviendo de alquiler, pues se trata de una estimación del valor económico de la vivienda en propiedad que incorpora la Encuesta de Presupuestos Familiares<sup>13</sup>.

Dejando a un lado el gasto en vivienda, en los últimos años no se han producido importantes variaciones en la distribución del gasto de los hogares de las personas mayores (consultar anteriores Observatorios). Manteniéndose una dinámica similar durante la última década, el 50% del gasto de los hogares de las personas mayores de 65 años se ha compuesto de las partidas de alimentación, restauración, utilización de vehículos personales, electricidad y gas, seguros, suministros de agua, vestimenta, bienes y servicios para el hogar, equipos médicos y servicios postales y de telefonía. Precisando un poco más, resalta que el 30% del gasto se corresponde con las partidas de alimentación y servicios básicos de la vivienda (gas, agua, bienes y servicios del hogar, teléfono,...).

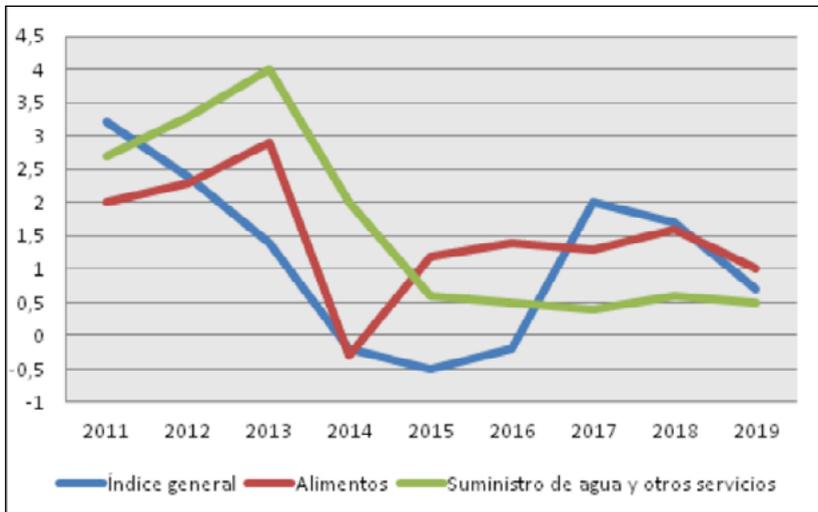
La distribución del gasto segregada por género muestra diferencias entre hombres y mujeres mayores. Estas últimas gastarían más en

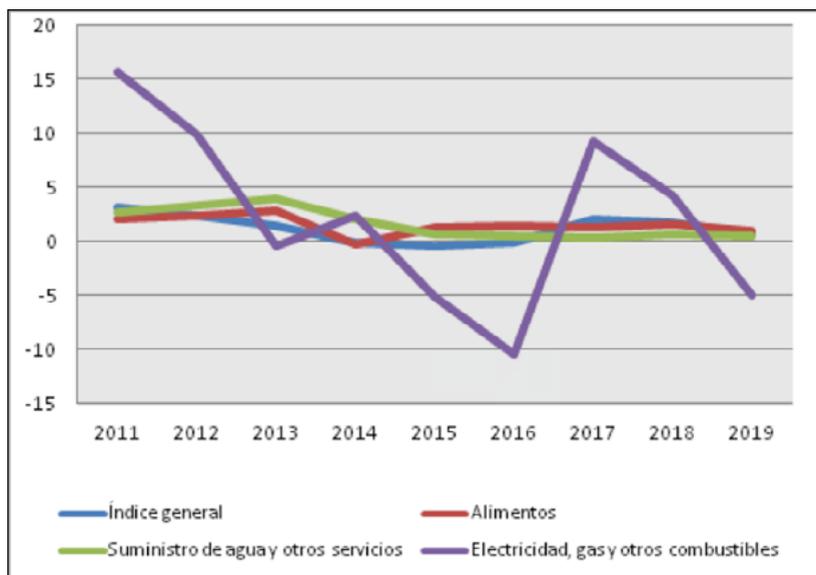
---

13 Véase la Encuesta de Presupuestos Familiares (INE), así como anteriores ediciones del Observatorio.

vivienda (en tanto que alquiler imputado), así como ligeramente más en los servicios básicos de la vivienda (electricidad, gas, agua, bienes y servicios de la vivienda y cuidados personales). En cambio, el porcentaje de gasto de los hombres predomina en alimentos, restauración, seguros, vehículos personales, vestimenta y aparatos médicos, entre otros. El mayor porcentaje de gasto de las mujeres dedicado a vivienda y a los servicios básicos ligados a esta tiene explicación en su mayor esperanza de vida.

**Gráfico 2.8. Variación de las medias anuales del IPC: índice general y grupos seleccionados (con y sin electricidad, gas y otros combustibles) 2011-2019 (%).**

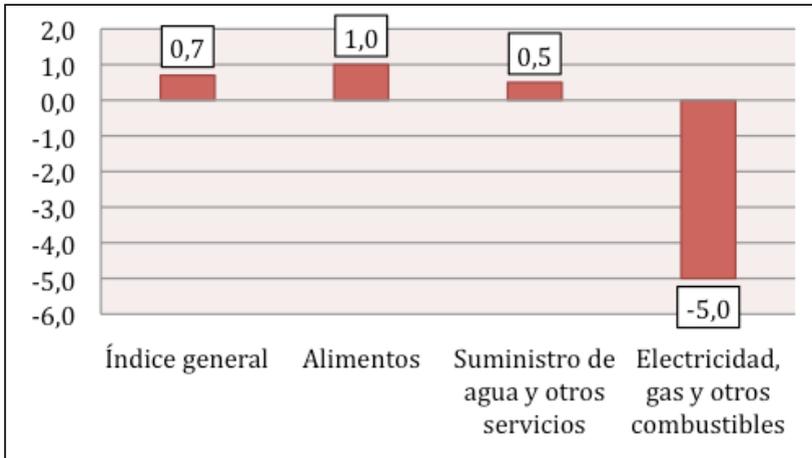




*Fuente: Índice de Precios al Consumo, 2020.*

La evolución del Índice de Precios al Consumo (IPC) refleja un incremento de los precios del 0,7% en 2019, en términos de variaciones anuales. Se mantiene así la tendencia al alza experimentada en años anteriores (2% en 2017 y 1,7% en 2018), aunque en niveles inferiores. Este crecimiento de los precios en su mayor parte se explica por el aumento en los precios de alimentación y suministros de agua y otros servicios.

**Gráfico 2.9. Variación media anual del IPC: índice general y grupos seleccionados, 2019 (%).**



*Fuente: Índice de Precios al Consumo, 2020.*

En el gráfico 2.11 es posible observar la evolución de los precios en 2019, donde los alimentos (1%) registran un crecimiento por encima del índice general (0,7%), mientras que el crecimiento de los suministros de agua y otros servicios (0,5%), aunque positivo, es ligeramente inferior al índice general. Sin embargo, los precios de la electricidad, gas y otros combustibles (-5%) han sufrido una caída muy acusada respecto al índice medio del IPC en 2019.

**Tabla 2.1. Variación media anual del IPC: índice general y grupos seleccionados por CCAA (2019).**

	Alimentos	Suministro de agua y otros servicios relacionados con la vivienda	Electricidad, gas y otros combustibles
Andalucía	0,7	0,6	-6,1
Aragón	1,1	0,4	-4,4
Principado de Asturias	1,0	0,4	-4,5
Illes Balears	0,9	0,2	-5,8
Canarias	0,1	0,2	-5,9
Cantabria	0,5	-0,2	-4,9
Castilla y León	0,9	0,0	-4,1
Castilla - La Mancha	1,2	0,7	-3,9
Catalunya	1,6	0,7	-4,5
Comunitat Valenciana	1,1	-0,4	-5,7
Extremadura	0,7	0,4	-5,7
Galicia	0,7	0,4	-4,7
Com. De Madrid	1,0	0,8	-4,7
Región de Murcia	0,8	-0,4	-5,8
Com. Foral de Navarra	1,8	0,8	-3,7
Euskadi	0,9	1,4	-5,0
La Rioja	2,1	-0,2	-4,4
Ceuta	0,8	2,6	-6,2
Melilla	-1,1	0,0	-2,4
Nacional	1,0	0,5	-5,0

*Fuente: Índice de Precios al Consumo, 2020.*

A nivel autonómico se pueden apreciar diferencias con respecto al incremento de los precios. En relación a los precios de los alimentos destacan las subidas en La Rioja (2,1%), Navarra (1,8%) y Catalunya (1,6%), mientras en lo que se refiere a los suministros de agua y otros servicios relacionados con la vivienda, destacan los incrementos registrados en Ceuta (2,6%), Euskadi (1,4%), Com. De Madrid (0,8%) y Navarra (0,8%). En el lado contrario, las comunidades autónomas que registran menores incrementos, incluso datos negativos, son

Melilla, Canarias y Cantabria; y, en el caso de suministros de agua, Comunitat Valenciana, Región de Murcia, Cantabria y La Rioja. En relación al precio de la electricidad, gas y otros combustibles se hace extensible a todas las comunidades autónomas la caída del precio producida a nivel estatal.



# 3

## **SALUD, CALIDAD DE VIDA Y RECURSOS SANITARIOS**

El buen desarrollo del envejecimiento activo pasa por entender el estado de salud desde una perspectiva más global, que no se reduzca únicamente a la ausencia de enfermedad y teniendo en cuenta la concurrencia de otros factores como el bienestar físico, mental y social de las personas. Para la consecución de una buena salud desde esta visión deben garantizarse, a lo largo de la vida de las personas y, especialmente, en la última etapa, condiciones materiales y sociales dignas para todas las personas.

Los avances en materia de prevención, diagnóstico y terapias médicas en las últimas décadas han mejorado la salud de las personas, produciéndose un aumento paulatino pero constante de la esperanza de vida de la población. Esta tendencia, sin duda positiva, presenta, a su vez, un reto importante como es el de lograr que esta

mayor esperanza de vida sea libre de enfermedad, con el mantenimiento pleno de las capacidades funcionales, un buen estado de salud mental y social, así como la autonomía para la realización de actividades cotidianas.

Desde la *Organización Mundial de la Salud* se acuñó el término “envejecimiento saludable” (“*Healthy ageing*”) 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.

Cabe destacar que, en este sentido, el envejecimiento activo se ve atravesado por dos elementos. En primer lugar, la diversidad, ya que las características individuales de cada persona obligan a romper con el estereotipo y la idea de un único tipo de persona mayor; y, en segundo lugar, la desigualdad presente entre las personas mayores, debida a las circunstancias socioeconómicas, las cuales dibujan entornos diferentes. Respecto a lo anterior, se tornan fundamentales las políticas públicas y los recursos desarrollados para, así, asegurar un envejecimiento activo y saludable, solidario e integrador.

En la urgencia de la actual crisis sanitaria, no son pocas las voces que han alertado sobre cómo determinadas decisiones están implicando vulneraciones de derechos humanos fundamentales. En relación a las personas mayores, un informe emitido por la ONU<sup>14</sup>, revela el aumento de desigualdades, discriminaciones y políticas edadistas producidas a causa de la pandemia, afectando a derechos humanos como “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”<sup>15</sup>, con graves consecuencias para las personas mayores.

En España, durante años, pero en especial los años posteriores al inicio de la crisis económica, bajo el criterio de austeridad se implantaron una serie de políticas públicas y recortes presupuestarios que causaron un deterioro en el sistema público de la salud. La limitación de la cobertura del modelo de atención asistencial universal y sus recursos fueron unas de las principales consecuencias. Estos recortes de derechos en sanidad y recursos sanitarios, junto con el encarecimiento de los gastos sanitarios para los hogares han ocasionado una pérdida de calidad de vida, en un contexto de envejecimiento de la población, con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y consecuentemente con una necesidad creciente de un mayor gasto en investigación y nuevas terapias.

---

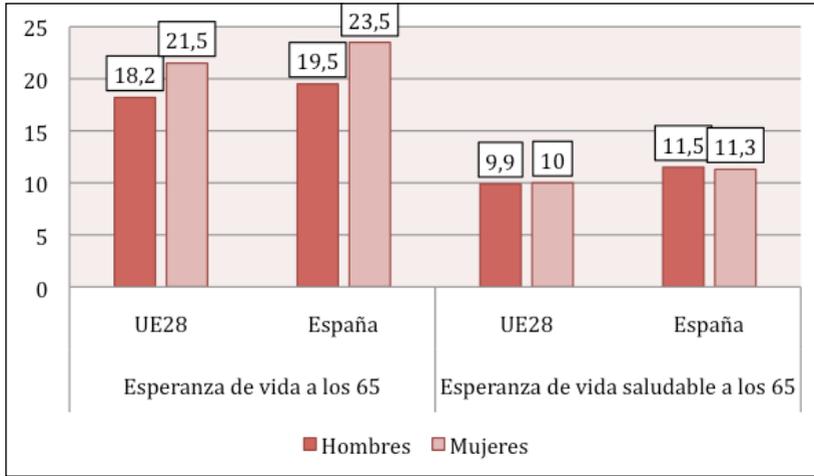
14 ONU, “Policy Brief: The impact of COVID-19 on older persons” <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-impact-covid-19-older-persons>

15 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/>

El efecto de dicho deterioro del sistema de salud pública se ha hecho especialmente visible con la pandemia de la COVID-19, resultando en una crisis sanitaria en toda España. Si bien la pandemia se ha producido a escala global, las limitaciones en los recursos médicos y sanitarios en el caso de España han condicionado la capacidad de respuesta ante la pandemia. En estos meses, se ha hecho evidente la falta de margen para evitar contagios, rastrear los existentes y mitigar el nivel defunciones.

Por todo lo anterior, el desarrollo e implantación de políticas públicas en materia de promoción de salud y atención sociosanitaria son imprescindibles para garantizar el envejecimiento de forma activa, puesto que afectan de forma directa al deterioro de la salud y las capacidades autónomas de las personas mayores. Estas acciones positivas en materia de salud para la mejora del envejecimiento activo romperán con los estereotipos que acompañan a las personas mayores como la dependencia y la carga familiar.

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

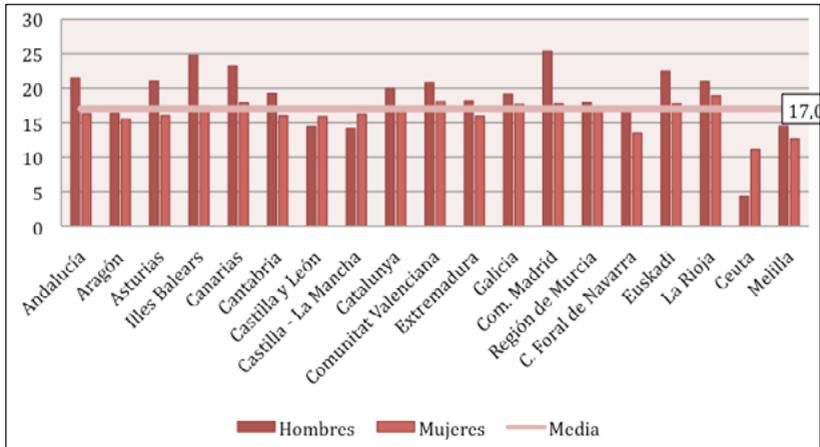


Fuente: Eurostat, 2020.

Atendiendo a las cifras, la esperanza de vida a los 65 años en España se mantiene significativamente por encima respecto a la media europea, tanto en hombres como en mujeres. En el caso de los hombres, existe una diferencia de 1,3 años en favor de la española, siendo de dos años en el caso de las mujeres. De igual forma, 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. Como bien se ha avanzado en el primer capítulo, ya se comienzan a observar en las proyecciones demográficas y en la esperanza de vida los efectos de los fallecimientos a causa del coronavirus. En posteriores ediciones del Observatorio será posible observar de forma más consolidada las consecuencias de la pandemia.

Por otro lado, cabe destacar las diferencias entre géneros. Las mujeres presentan una mayor esperanza de vida que los hombres tanto en España como en Europa, con diferencias de 4 y 3,3 años, respectivamente. Sin embargo, la esperanza de vida saludable muestra unas cifras más cercanas entre géneros, siendo superior la de los hombres en el caso de España y prácticamente similar en el caso europeo. De lo cual se puede concluir, tanto en España como en la Unión Europea, que, si bien, las mujeres viven más años, lo hacen en peores condiciones de salud.

**Gráfico 3.2. Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por CCAA, 1995-2017 (%).**



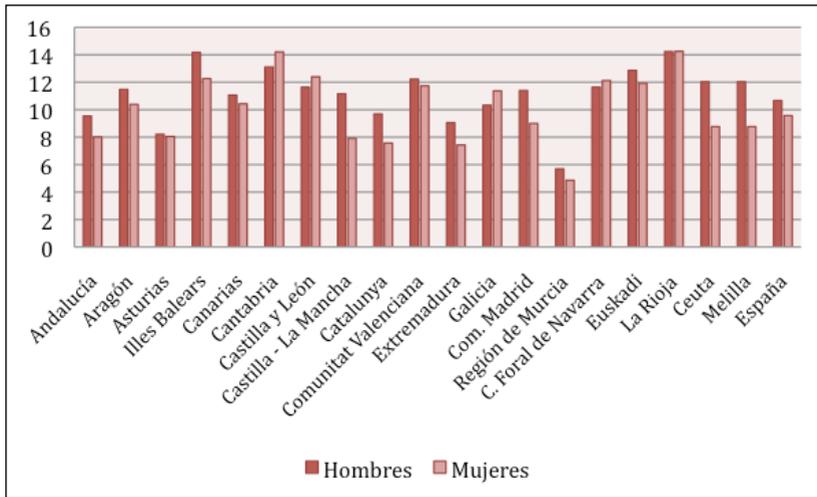
Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2020.

En España, la esperanza de vida a los 65 años ha pasado de 18,2 años en 1995 a 21,4 años en 2017, es decir, se ha incrementado en un 17,58%. Sin embargo, se ha producido un descenso respecto a 2016, donde la esperanza de vida se situaba en 21,55 años.

Analizando la evolución a nivel autonómico, pueden observarse claras diferencias. En comunidades autónomas como Comunidad de Madrid (20,3%), Illes Balears (20,1%), Canarias (19,8%), entre otras, el incremento de la esperanza de vida ha sido superior a la media española, mientras en Ceuta (9%), Melilla (13,7%), Com. Foral de Navarra (14,5%), Castilla y León (14,9%) y Castilla-La Mancha (14,9%), la evolución de la esperanza de vida no ha tenido un incremento tan pronunciado, manteniéndose por debajo de la media española. Esta variación tan pronunciada se ve reflejada en una diferencia de 2,94 años de esperanza de vida a los 65 años entre Comunidad de Madrid (22,76) y Ceuta (19,82).

## La vida de las mujeres: más longeva pero menos saludable

**Gráfico 3.3. Años de esperanza de vida saludable a los 65 años por sexo y CCAA, 2017.**



*Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2020.*

El indicador de esperanza de vida saludable va más allá del concepto de esperanza de vida, pues descompone este en diversos estados de salud, añadiendo una dimensión cualitativa a la cuantitativa de los años vividos.

En España, la esperanza de vida saludable a los 65 años se sitúa en 10 años. No obstante, las cifras varían significativamente entre

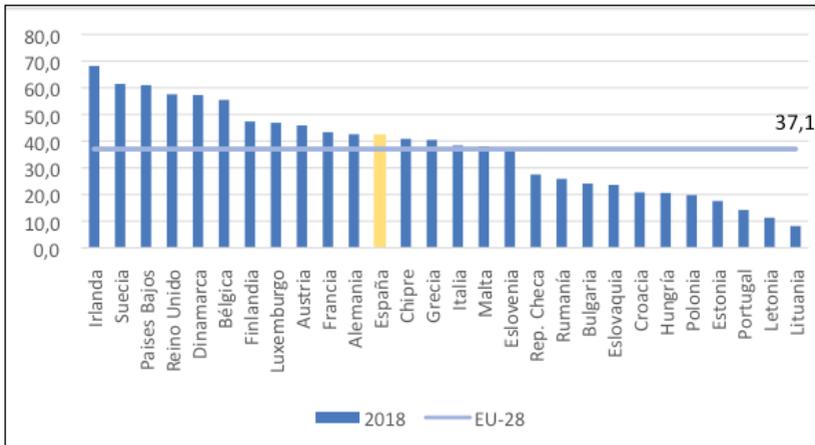
las diferentes comunidades autónomas. Por un lado, La Rioja (14,2), Cantabria (13,4) y Illes Balears (12,9) presentan la esperanza de vida saludable más elevada, mientras Región de Murcia (5,2), Principado de Asturias (8) y Extremadura (8,2) registran las cifras más reducidas.

Segregando los datos por género, también se observan grandes diferencias. En primer lugar, cabe destacar que si bien la esperanza de vida de las mujeres (23,5 años) es superior a la de los hombres (19,3), aplicable a todos los territorios, no sucede igual con la esperanza de vida saludable. A nivel de España, existe más de un año de diferencia entre la esperanza de vida saludable de hombres (10,6) y mujeres (9,5). Esta inversión encuentra parte de explicación en el incremento de los años que viven las mujeres con limitaciones en su estado de salud, reduciéndose 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.

En la mayoría de territorios esta diferencia es mucho más relevante, los hombres mantienen un estado de salud más favorable que las mujeres, destacando los casos de Ceuta y Melilla (3,3 años más de vida saludable de los hombres respecto de las mujeres), Castilla-La Mancha (3,2), Comunidad de Madrid (2,4) y Catalunya (2,1). Solo en Cantabria (1,1), Galicia (1), Castilla y León (0,8) y Comunidad Foral de Navarra (0,5), las mujeres tienen una mayor esperanza de vida saludable que los hombres.

## La autopercepción de la salud condicionada por el género y la clase social

**Gráfico 3.4. Personas de 65 y más años que valoran su estado de salud bueno o muy bueno en la Unión Europea (%) (2018).**



*Fuente: Eurostat, 2020.*

Además de la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable, también es importante analizar para conseguir una visión más profunda de la situación de las personas mayores, la autopercepción de la salud. Ésta está condicionada por una serie de elementos como pueden ser el género o la clase social, los cuales condicionan la variación según su confluencia. Las mujeres tienen una percepción de su estado de salud peor que los hombres, debido a que estas suelen padecer más enfermedades crónicas o de larga duración.

Asimismo, el nivel socioeconómico influye en la percepción, siendo las personas con un nivel más alto las que perciben su estado de salud en mejores condiciones, lo cual puede deberse al trabajo desarrollado a lo largo de su vida y al nivel de rentas percibidas. Las clases sociales con un nivel socioeconómico más bajo suelen ocupar empleos más precarizados y con mayor desgaste físico, así como la percepción de salarios inferiores y consecuentemente unas prestaciones más bajas. Todo ello influye en el estado físico, en el tiempo y los recursos destinados a formación en prevención y cuidado de la salud y en los recursos a su alcance para el autocuidado.

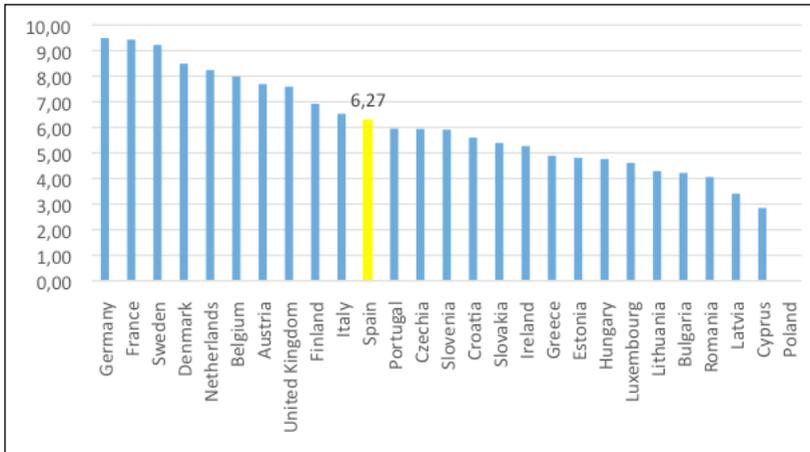
El gráfico 3.4 muestra la autopercepción de la salud a nivel europeo, más concretamente los porcentajes de personas mayores de 65 años que valoran su estado de salud como bueno o muy bueno. Entre los valores más positivos se encuentran los países nórdicos (Suecia y Finlandia), Irlanda y Reino Unido y países del centro de Europa (Países Bajos, Dinamarca o Bélgica). En posiciones intermedias se encuentran principalmente países mediterráneos como España, Chipre, Grecia o Italia. Y con las valoraciones menos positivas se posicionan los países del este de Europa (Lituania, Letonia, Estonia o Polonia). Esta distribución puede explicarse atendiendo al desarrollo e implantación de políticas públicas relativas al Estado de Bienestar, siendo más positiva la autopercepción del estado de salud en aquellos estados en los que existe una mayor implantación de dichas políticas. Consecuentemente, es necesario que España continúe apostando por políticas destinadas a las clases populares, reforzando y facilitando el acceso al sistema sanitario y a los derechos vinculados a la salud.

Por lo tanto, la condición de género y clase social afectan a la vida de las personas, en muchas ocasiones, en forma de discriminación y desigualdad, dando lugar al déficit sanitario y educativo, la precariedad laboral y bajos salarios, o la dificultad para la conciliación, entre otras muchas. Estos elementos afectan, en consecuencia, a las condiciones de vida de las personas mayores. Por ello, las políticas públicas cobran un papel fundamental en la eliminación y subsanación de las discriminaciones y desigualdades en todas las etapas de la vida, incluida la vejez.

## **El gasto privado en sanidad, consecuencia de los recortes en la sanidad pública**

El Estado de Bienestar tiene como uno de sus pilares básicos el sistema sanitario, el cual se constituye como una herramienta fundamental para garantizar el derecho a la salud y una buena calidad de vida. Junto con la protección social, la educación y la dependencia conforma una pieza clave para la lucha contra las discriminaciones y desigualdades sociales y en favor de la cohesión social. Por ello, la dotación de los recursos e inversiones al Sistema Público de Salud se convierte en condición necesaria para su óptimo desarrollo.

**Gráfico 3.5. Gasto público en salud en la Unión Europea en porcentaje del PIB, 2017.**



*Fuente: Eurostat, 2020.*

En el caso español, el principio de universalidad es el que rige el sistema sanitario, aunque se contemplan determinadas restricciones. La estructura básica del sistema se conforma de atención primaria, especializada y hospitalaria, dejando fuera de cobertura, a diferencia de otros países, especialidades como ortopedia, óptica, audioprótesis y odontología. En lo que se refiere a la gestión, esta queda descentralizada a nivel autonómico, si bien con ciertas competencias reservadas a nivel estatal.

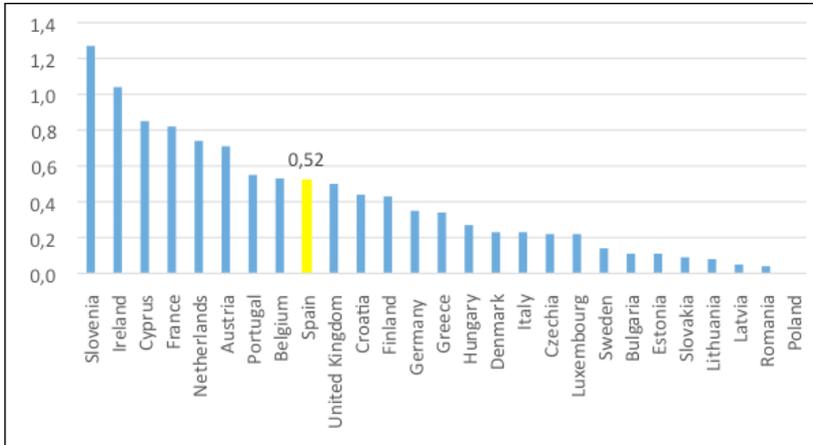
Atendiendo a los datos, en España, en 2017, la inversión en sanidad fue de un 6,27% del PIB, la cifra más baja desde 2008, año en el

que comenzó la crisis económica, donde fue de un 6,11% del PIB. En los últimos años, se ha mantenido una tendencia a la baja en lo que se refiere a la inversión en sanidad, con un repunte que alcanzó el 6,49% del PIB en 2015 pero que, sin embargo, volvió a bajar en 2016 hasta un 6,38%.

Comparando a nivel europeo, España ocupa un lugar intermedio en lo que se refiere a gasto público en sanidad, superado por países como Alemania, Francia o Suecia, y seguido por países del sur y este de Europa como Portugal, Grecia, Estonia o Hungría, entre otros.

Como ya se ha mencionado anteriormente, la pandemia de la COVID-19, la cual ha tenido una elevada incidencia en España, ha llevado al límite al Sistema Público de Salud, haciendo patente las limitaciones de recursos médicos y sanitarios como camas hospitalarias, UVI's o equipos de protección, así como la insuficiencia de personal sanitario. Años de recortes presupuestarios tras la crisis económica y el favorecimiento de la sanidad privada –que ha sido intervenida por la Administración Pública ante el inminente colapso del sistema sanitario- han dibujado este panorama de la escasez.

**Gráfico 3.6. Gasto privado en salud (aportaciones voluntarias de organizaciones y empresas) en la Unión Europea en porcentaje del PIB, 2017.**



*Fuente: Eurostat, 2020.*

Una de las consecuencias negativas más directas de los recortes en la inversión en la sanidad pública es el incremento del gasto privado en salud por parte de los hogares para compensar esa pérdida. España se sitúa entre los países de la Unión Europea con mayor gasto privado en sanidad por parte de los hogares, solo por detrás de Bulgaria, Chipre, Grecia, Letonia y Portugal, países todos ellos con menor inversión pública en sanidad.

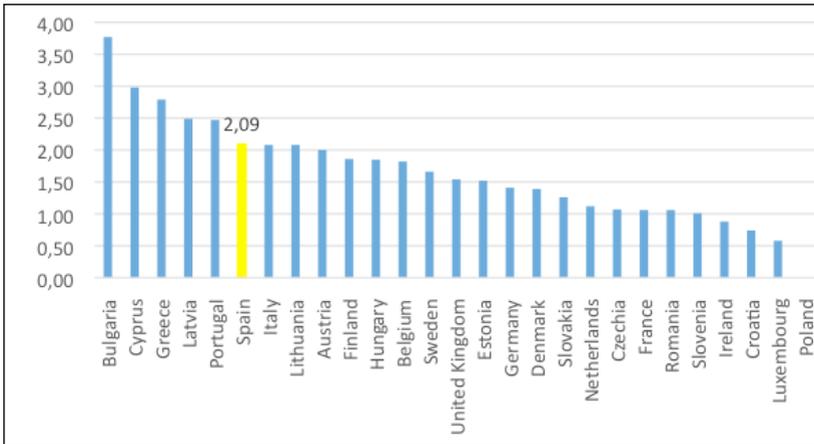
Los hogares, desde el inicio de la crisis económica, han destinado un mayor porcentaje de sus presupuestos a los gastos en sanidad, como consecuencia de dicha reducción en la inversión pública. En

2008, las aportaciones de los hogares fueron de 1,74% del PIB y continuaron en aumento hasta 2014, situándose en un 2,2%. En los últimos tres años, la inversión ha descendido paulatinamente hasta ser de 2,09% en 2017.

A diferencia de las anteriores, el gasto privado en salud proveniente de las aportaciones voluntarias de organizaciones y empresas es mucho menos representativo. En los últimos años, han sido poca la evolución y tampoco se aprecia una tendencia definida. En 2017, se situaba en 0,52% del PIB, la cifra más alta en los últimos diez años y con el incremento más pronunciado respecto al año anterior (en 2016 fue de 0,45%).

De las cifras anteriores se puede extraer que la disminución del gasto público en salud provoca el aumento de la inversión privada de las familias, provocando la individualización del gasto sanitario, sin un reparto colectivo y equitativo del gasto y, consecuentemente, un aumento de las desigualdades en el acceso y la asistencia sanitaria. Todo ello, contradice el principio de universalidad, por el cual se regía en origen el Sistema Público de Salud.

**Gráfico 3.7. Gasto privado en salud (aportaciones de los hogares) en la Unión Europea en porcentaje del PIB, 2017.**



Fuente: Eurostat, 2020.

## La descentralización del gasto sanitario a nivel autonómico

En la tabla 3.1 se pueden observar la evolución de la inversión total y por habitante, junto con la evolución del reparto de dicha inversión. En primer lugar, se muestra el total de la inversión, la cual sufrió unos recortes considerables a consecuencia de la crisis económica, manteniendo una tendencia negativa durante varios años hasta 2015, año en el que comenzó un crecimiento paulatino de esta. En 2018, se recuperan las cuantías de inversión previstas al inicio de la crisis, con un total de más de 71 mil millones de euros. Respecto al año anterior, supone un incremento del 3,9%.

**Tabla 3.1. Evolución del gasto sanitario público en España, 2005-2018.**

	2005	2009	2014	2015	2016	2017	2018
Total (en miles de euros)	50.574.425	70.674.396	61.918.748	65.735.000	66.679.000	68.483.000	71.145.000
Euros por habitante	1147	1512	1324	1415	1435	1472	1523
% CCAA	90,35	91,26	92,22	92,45	92,42	92,7	92,6
Concierlos en las CCAA (% sobre el gasto)	10,19	8,98	9,57	9,44	9,1	11,1	11,1
Remuneración de personal en las CCAA (% sobre el gasto)	42,48	42,52	45,96	44,98	45,57	45,1	44

*Fuente: Estadísticas de Gasto Sanitario Público, 2020.*

La misma evolución se produce en el caso del gasto público sanitario por habitante, siendo en 2018 de 1.523 euros, cifra muy similar a la de 2009 de 1.512, tras mantenerse a la baja hasta 2014, donde la inversión fue de 1.324 euros por habitante, y comenzar una escalada hasta alcanzar los valores anteriores a la crisis económica. Respecto al año anterior, se registró un incremento del 3,5% del gasto público por habitante.

Por otro lado, cabe destacar el importante porcentaje de la inversión en gasto público sanitario que se encuentra gestionada de forma descentralizada por las comunidades autónomas, quienes ostentan las competencias de administración en esta materia, aportando el 92,6% del total del gasto público en sanidad. Esta descentralización en la gestión del sistema sanitario, ha provocado que las condiciones de partida y la capacidad de reacción ante la pandemia de las comunidades autónomas haya sido muy diversa, provocando, junto con otros factores, consecuencias dispares entre regiones. Además, de cara al proceso de “desescalada” que estamos enfrentando, estas

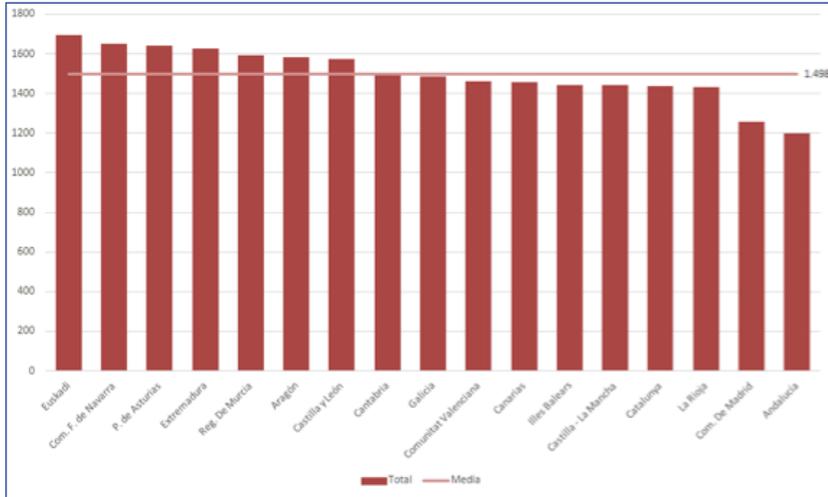
diferencias de partida están condicionando las posibilidades de asumir con mejores o peores herramientas posibles nuevos brotes.

Una de las partidas presupuestarias más relevantes es la remuneración del personal sanitario, constituyendo el 44% de la inversión total de gasto público. Respecto a años anteriores, se ha reducido ligeramente por segundo año consecutivo.

Por último, la tabla 3.1 muestra el porcentaje de gasto sanitario invertido por las comunidades autónomas en conciertos con entidades privadas. Porcentaje de 11,1% en 2018, que si bien se ha mantenido respecto al año anterior, mantiene una tendencia ascendente a largo plazo.

Dada la importancia de las comunidades autónomas en materia de administración y gestión de la sanidad pública es importante analizar los datos de forma descentralizada. En el gráfico 3.8.1 se observa el gasto público sanitario por habitante protegido en 2017, siendo de 1498 euros de media en España. No obstante, en el gráfico 3.8.2 se aprecian notables diferencias entre las diferentes comunidades autónomas. Mientras Euskadi (1.692,73 euros por habitante protegido), Comunidad Foral de Navarra (1.651,05 euros) y Principado de Asturias (1.640,19 euros) presentan las mayores cifras de gasto público por habitante protegido, Andalucía (1.199,24 euros), y Comunidad de Madrid (1.258,89 euros) se sitúan como los territorios con menores inversiones, con mucha diferencia respecto al resto de CC.AA., existiendo una diferencia de casi 500 euros por habitante protegido entre Euskadi y Andalucía.

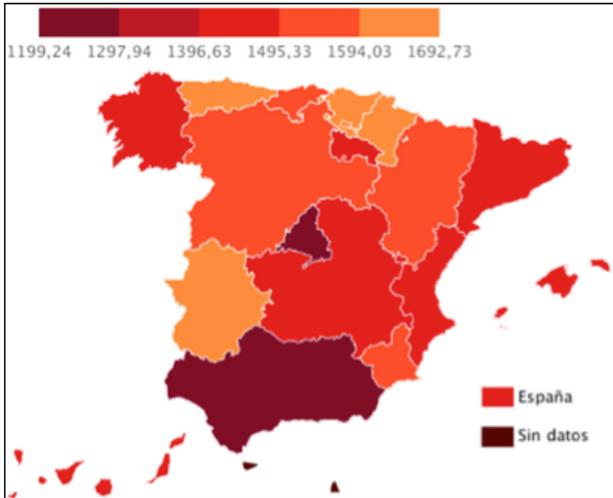
**Gráfico 3.8.1. Gasto público sanitario por habitante protegido, por CCAA (2017).**



*Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2020.*

Por otro lado, la evolución marca una línea positiva en los últimos años con un incremento paulatino pero continuado de la inversión, siendo respecto al año anterior de un 2,4% más, es decir, un incremento de 35 euros por habitante protegido. No obstante, todavía no se han recuperado los niveles de inversión de 2009, de 1.553 euros.

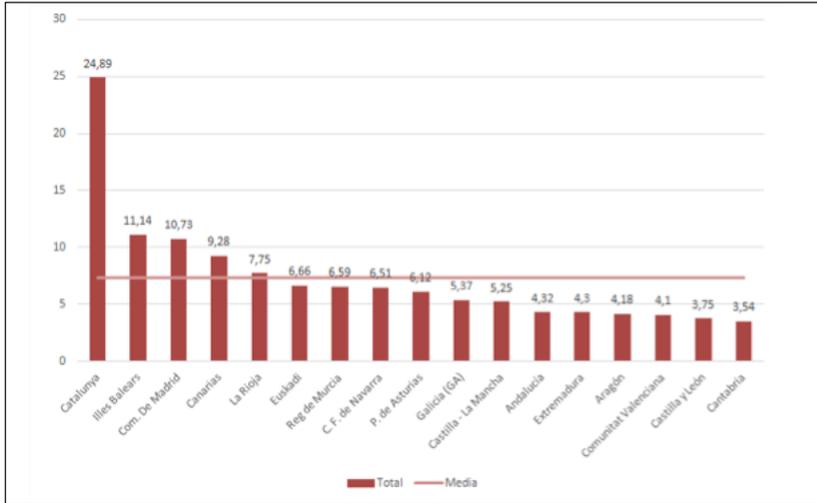
**Gráfico 3.8.2. Gasto público sanitario por habitante protegido, por CCAA (2017)<sup>16</sup>.**



*Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2020.*

<sup>16</sup> Ver datos en anexos.

**Gráfico 3.9. Porcentaje de gasto sanitario vía concertación sobre gasto público en las CCAA, 2017.**



*Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2020.*

Progresivamente, se consolida la privatización del sistema sanitario, en buena medida, como consecuencia de la reducción del gasto público en sanidad, obligando, como ya se ha mencionado, a los hogares a destinar mayor parte de sus presupuestos a dicha materia. Estos cambios asientan las bases para una mayor desigualdad, especialmente entre las personas mayores.

Este crecimiento de la sanidad privada se materializa a través de la actividad propia de las empresas privadas y de los conciertos realizados entre éstas y la administración pública. El gasto sanitario

de media en España destinado a conciertos con entidades privadas supone un 7,32% del gasto de las comunidades autónomas (gráfico 3.9). Analizando los datos por territorios, es posible observar las diferencias entre ellos, destacando notablemente el caso de Catalunya, donde se destina un 24,9% del gasto sanitario autonómico, cifra muy alejada de la media y del resto de comunidades autónomas. Illes Balears y Comunidad de Madrid, con 11,14% y 10,73% respectivamente, muy alejadas de Catalunya, son de las autonomías con mayor inversión. En el lado opuesto, destinando un menor porcentaje de los presupuestos sanitarios a los conciertos con entidades privadas se encuentran Cantabria, Castilla y León y Comunitat Valenciana, con una inversión de 3,54%, 3,75% y 4,1%, respectivamente.

**Tabla 3.2. Evolución de recursos sanitarios (públicos y privados) por 1.000 habitantes 2005-2018.**

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

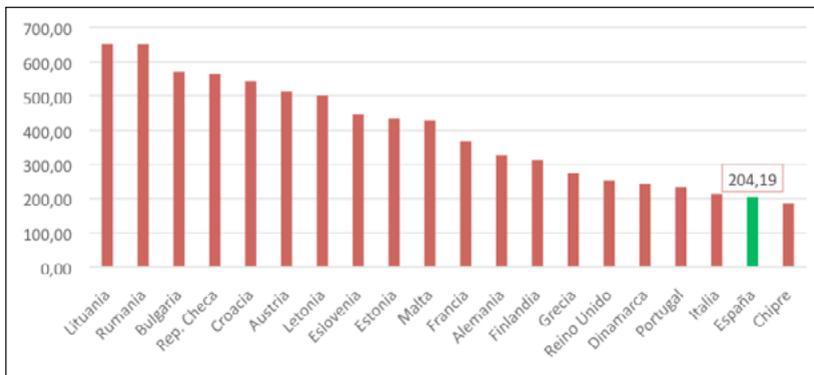
*Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2020.*

Del mismo modo, es interesante analizar las partidas presupuestarias destinadas a los recursos sanitarios de forma segregada. En la

tabla 3.2 se observa como en los últimos años los recursos destinados a personal médico y de enfermería han mantenido una tendencia positiva, aunque paulatina, en la inversión. Dicho crecimiento es mucho más notorio en los recursos de atención especializada, respecto a atención primaria, donde el incremento ha sido mucho más reducido, estancándose en varias ocasiones. Respecto al número de camas hospitalarias en funcionamiento, se ha incrementado ligeramente rompiendo con el estancamiento de 2014 a 2016, no obstante, todavía se está muy lejos de alcanzar las cifras anteriores a la crisis económica.

## España a la cola de Europa en camas hospitalarias

**Gráfico 3.10. Camas hospitalarias públicas en la Unión Europea, 2017 (por cada 100 mil habitantes).**



Fuente: Eurostat, 2020.

Un buen indicador para valorar la calidad y eficacia de los recursos sanitarios es el número de camas hospitalarias por cada 100 mil habitantes. A fecha de 2017, en España hay una disponibilidad de 204 camas por cada 100 mil habitantes. Cifra muy por debajo de la media europea de 395 camas por cada 100 mil habitantes, lo que se traduce en una situación preocupante en el acceso a los servicios sanitarios. En el gráfico 3.10 se muestra este indicador a nivel europeo, situándose España en penúltimo lugar, solo por delante de Chipre. En lo que se refiere a la evolución, el índice de camas hospitalarias ha ido reduciéndose año a año desde 2008, sin embargo, en 2017 se ha producido un ligero incremento respecto a 2016, donde eran 203 las camas disponibles, todavía muy lejos de la cifra de 2008.

Esta reducción de camas hospitalarias también se está produciendo en otros estados europeos, si bien no de forma tan pronunciada, debido, en primer lugar, por el avance y la innovación en medicina. Dicho avance permite que intervenciones y tratamientos médicos no sean tan invasivos, reduciendo el proceso de curación y, con ello, la duración de la estancia hospitalaria. Con ello se entiende que el número de camas que se precisan no están elevado como en países como Lituania o Rumanía.

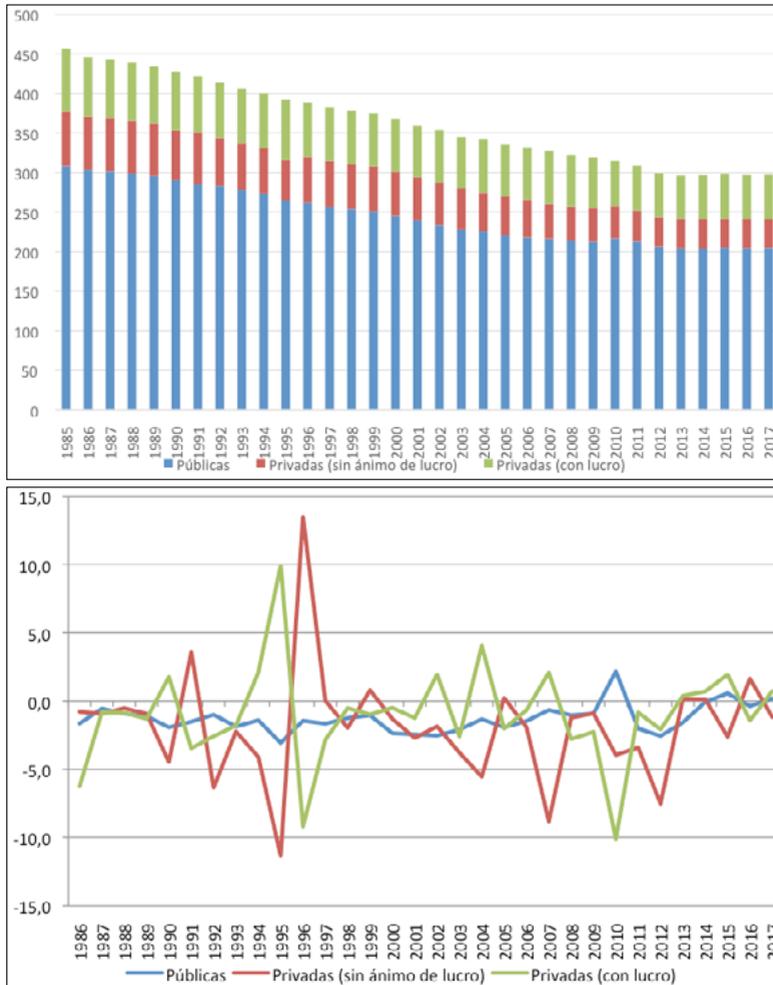
Como ya se ha mencionado, esta reducción se ha producido en otros estados europeos, no obstante, ha sido mucho más brusco en España, donde la innovación ha ido acompañada de una reducción en el gasto público sanitario, empeorando el acceso y la eficacia de la asistencia sanitaria. Con la llegada de la COVID-19, este desfase

de camas hospitalarias disponibles ha provocado la necesidad de medidas de confinamiento muchos más estrictas respecto a otros países, así como, la puesta en marcha de hospitales de campaña y hoteles medicalizados, entre otras medidas de urgencia, para desahogar los centros hospitalarios. No obstante, estas medidas de urgencia no han podido equipararse a un sistema sanitario público con una financiación de recursos suficiente.

Atendiendo a la situación demográfica española, este deterioro es realmente preocupante pues se encuentra en un contexto con una población cada vez más envejecida y dependiente. En el gráfico 3.11 se muestra dicha evolución, en la que las camas hospitalarias públicas y privadas en España en 1985 eran 456 por cada 100 mil habitantes y progresivamente se ha producido un descenso hasta alcanzar en 2017 la cifra de 297 camas por cada 100 mil habitantes, es decir, una disminución del 35% de las camas.

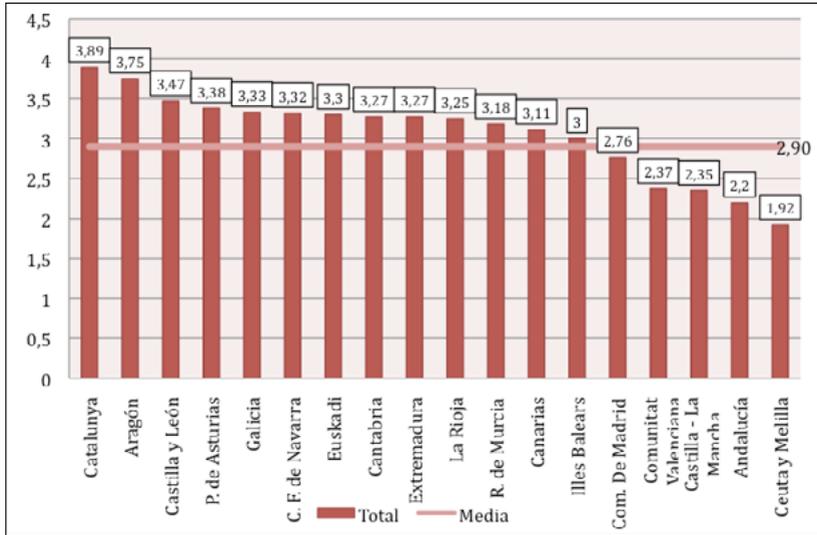
Según la titularidad de las camas hospitalarias pueden apreciarse variaciones en la evolución, a pesar que la disminución continua es un factor en común en los ámbitos público y privado. Las camas de titularidad pública han sufrido una disminución constante desde la década de los 80 con pequeños repuntes nada significativos, mientras las camas de titularidad privada han sufrido reducciones mucho más acusada en el mismo periodo de tiempo. Como puede verse en el gráfico 3.11, se producen grandes variaciones en las camas de entidad privada en los inicios de la década de los 90, lo cual se explica por el auge del sistema sanitario privado y concertado en ese momento.

**Gráfico 3.11. Camas hospitalarias públicas y privadas en España, 1985-2017 (número de camas por 100 mil habitantes y variación interanual).**



Fuente: Eurostat, 2020.

**Gráfico 3.12.1. Camas hospitalarias en funcionamiento por 1.000 habitantes en las CCAA, 2017.**



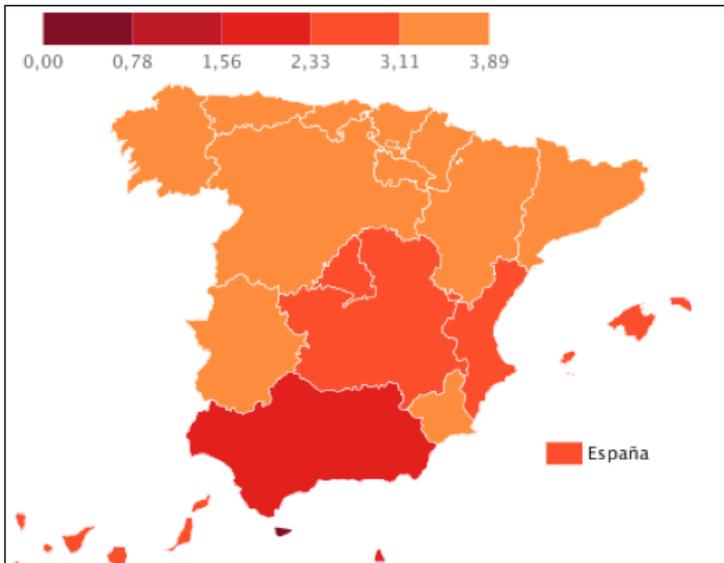
*Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2020.*

Recurriendo a los *Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud*, en 2017 la media en España del número de camas hospitalarias en funcionamiento es de 2,9 por cada 1000 habitantes, lo que supone una disminución respecto al año anterior (media de 3,01 camas) y ni mucho menos alcanza las 3,22 camas hospitalarias en funcionamiento existentes en 2008.

Debido a la descentralización del Sistema Público de Salud, resulta interesante analizar la disposición de las camas hospitalarias en funcionamiento a nivel de comunidades autónomas. Catalunya, Aragón

y Castilla y León son las comunidades con mayor número de camas en funcionamiento, 3,89, 3,75 y 3,47 camas por cada 1000 habitantes, respectivamente. En el lado opuesto, aparecen Ceuta y Melilla (1,92 camas por 1000 habitantes), Andalucía (2,2 camas) y Castilla-La Mancha (2,35 camas). Es decir, Catalunya dispone del doble de camas hospitalarias que Ceuta y Melilla, dejando patente las enormes diferencias entre comunidades autónomas en esta materia.

**Gráfico 3.12.2. Camas hospitalarias en funcionamiento por 1.000 habitantes en las CCAA, 2017<sup>17</sup>.**



*Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2020.*

<sup>17</sup> Ver datos en anexos.

**Tabla 3.3. Camas hospitalarias en funcionamiento según forma jurídica, por CCAA, 2018.**

2018	Gestión directa (tradicional en las Instituciones de S.S.)	Ente Público	Empresa pública	Fundación pública	Consortio	Concesión	Cooperativa	Fundación Privada	Sociedades mercantiles	Sociedades individuales	Otras	Total
Andalucía	12630	160	1128		197		91	1035	2989	131	82	18443
Aragón	3607	407					43	500	376			4933
Asturias	2383		166					555	380			3484
Illes Balears	1445	481	315					270	955	24	40	3530
Canarias	3920	633			293			380	1290	290		6806
Cantabria	997	249						536	94		30	1906
Castilla y León	6381	50						778	799	103	382	8493
Castilla - La Mancha	3381	1030						40	279		10	4740
Catalunya		101	5110	36	5429		311	6305	9309	28	1963	29198
Comunitat Valenciana	6742	1319		142	718	887		366	1377	156	15	11722
Extremadura	1282	1876						94	177		97	3526
Galicia	5529	1315	178	15			49	176	1713			8975
Com. De Madrid	9835		489	363		1135		1824	3403	20	991	18060
Región de Murcia	3063							180	1440	50	26	4759
C. Foral de Navarra		1266						587	287			2140
Euskadi		4388		25		183	946	868				7010
La Rioja	702			56					240			998
Ceuta y Melilla	161	177										338
Total	62058	14052	7386	637	6637	2205	1440	15094	25108	899	3545	139061

*Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Portal Estadístico. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019.*

El Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social dispone de la distribución de camas hospitalarias según titularidad y comunidad autónoma. En España, a fecha de 2017, se dispone de 139 mil camas en funcionamiento, de las cuales 62.058 son de gestión pública (44,6% del total de camas) y el resto están repartidas entre

entidades públicas y privadas, entre las que destacan sociedades mercantiles (18% del total de camas), fundaciones privadas (10,8%) y ente público (10,1%).

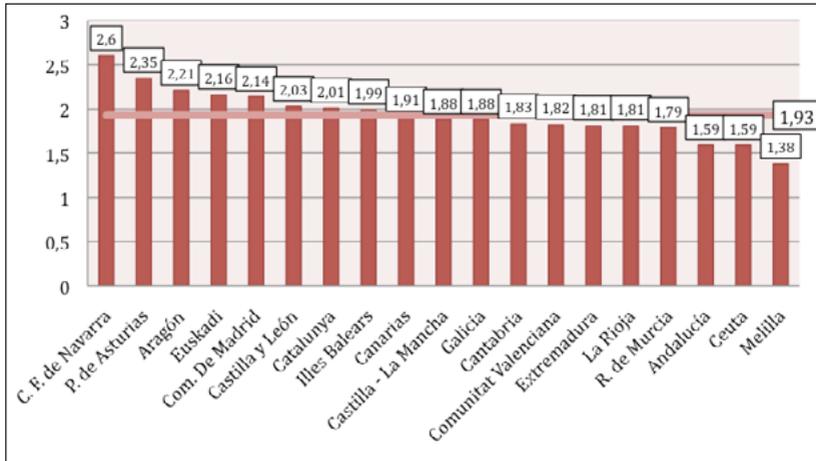
La gestión directa de camas hospitalarias es el modelo de gestión predominante en un gran número de comunidades autónomas, entre las que destacan Castilla y León (75,13% de las camas de gestión directa), Aragón (73,12%), Castilla-La Mancha (71,33%) y La Rioja (70,34%). Sin embargo, Catalunya, Comunidad Foral de Navarra y Euskadi no disponen de camas hospitalarias de gestión directa. En lo que se refiere a la gestión por sociedades mercantiles, destacan Catalunya (31,9% de las camas), Región de Murcia (30,3%) e Illes Balears (27,1%) por su alto porcentaje en relación al total de camas en funcionamiento. En el caso de gestión a través de fundaciones privadas destacan Cantabria (28,1%), Comunidad Foral de Navarra (27,4%) y Catalunya (23,6%).

## **La insuficiencia de personal médico y de enfermería en el Sistema de Salud Pública**

Las estrictas medidas tomadas para aplacar la pandemia de la COVID-19 han producido una paralización en la economía y el mercado de trabajo de España, la cual ha sido mucho más drástica que la de muchos otros países afectados, debido, entre otros motivos, a su carácter estacional por la importancia del sector turístico. Sin embargo, existen otros muchos sectores que han visto crecer exponencialmente su trabajo sin contar con los recursos necesarios para hacerle frente.

El personal sanitario, el cual se analizará a continuación, junto con el resto de trabajadoras y trabajadores que prestan servicios en el sistema sanitario han visto como su trabajo aumentaba en gran volumen en pocas semanas debido al surgimiento descontrolado de contagios de coronavirus. No solo el no disponer de una vacuna para la COVID-19, sino también la falta de recursos sanitarios como camas hospitalarias, UCIs, equipos de protección individual y del entorno, entre otros, han sometido al personal a una elevada tensión física y emocional. Además de ser el colectivo con mayor número de contagios, surgirán consecuencias en su salud física y mental posteriormente que supondrán un elevado coste colectivo, el cual tiene su causa mucho antes del inicio de la pandemia, en los recortes presupuestarios en la sanidad pública, los cuales no solo acotaron el número de profesionales contratados, sino que precarizaron sus condiciones de trabajo y salud laboral.

**Gráfico 3.13. Personal médico en atención especializada por cada 1.000 habitantes por CC.AA., 2017.**



*Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2020.*

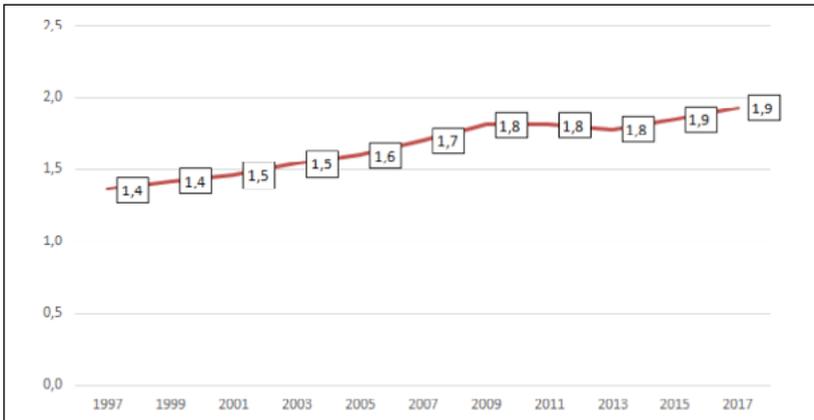
A través de los *Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud* es posible analizar la distribución por comunidades autónomas y la evolución a lo largo del tiempo de los recursos sanitarios, más concretamente del personal sanitario, tanto en atención primaria como especializada.

En el gráfico 3.13 se muestra el personal médico en atención especializada por cada 1000 habitantes en cada una de las comunidades autónomas. En 2017, se disponía de 1,93 médicos en atención especializada por cada 1.000 habitantes de media en España. A nivel autonómico son claras las diferencias, siendo Comunidad Foral de Navarra (2,6 médicos en atención especializada por cada 1000 habitantes), Principado de Asturias (2,35) y Aragón (2,21), los territorios con mayor número de médicos en atención especializada por cada 1000 habitantes, y Melilla (1,38) el territorio con menor número de médicos en atención especializada por cada 1000 habitantes.

rios con mayores índices y, en el lado opuesto, con las cifras menos positivas se encuentran Melilla (1,38), Ceuta (1,59) y Andalucía (1,59).

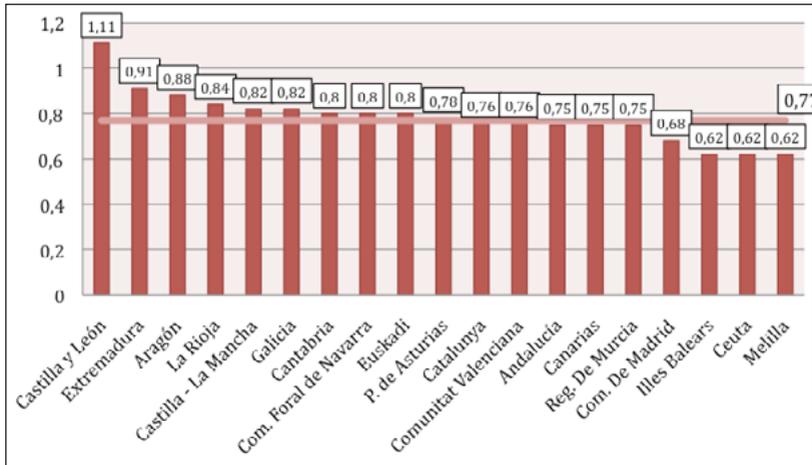
En los últimos años, el índice de médicos de atención especializada, salvo pequeñas caídas, ha mantenido una línea positiva, aunque paulatina, siendo de 1,36 médicos cada 1000 habitantes en 1997, 1,7 médicos en 2007, hasta 1,93 médicos en 2017. Destacan en la línea de evolución (gráfico 3.14), los años inmediatamente posteriores a la crisis económica de 2008, en los que se produce un estancamiento (1,81) desde 2009 a 2014, con caídas intermitentes en 2010 y 2013. A partir de 2015 se inicia un incremento ligeramente más acelerado alcanzado en 2017, 1,93 médicos de atención especializada por cada 1.000 habitantes.

### Gráfico 3.14. Evolución del personal médico en atención especializada por cada 1.000 habitantes, 1996-2017.



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2020.

**Gráfico 3.15. Personal médico de atención primaria por 1.000 personas asignadas, por CC.AA, 2018.**

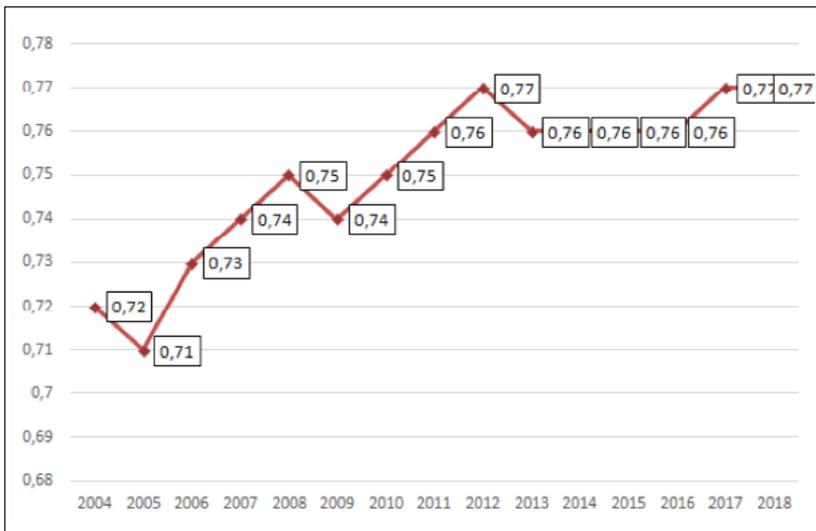


*Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2020.*

En el caso de los médicos de atención primaria (gráfico 3.15) la media española en 2017 es de 0.77 médicos por cada 1000 personas asignadas, cifra muy inferior en comparación con la atención especializada. Castilla y León destaca sobre el resto de comunidades autónomas con 1,11 médicos de atención primaria por cada 1000 personas asignadas, seguida de lejos por Extremadura (0,91) y Aragón (0,88). En la cola, con menor número de personal médico se encuentran Ceuta y Melilla (0,62), Illes Balears (0,62) y Comunidad de Madrid (0,68), las cuales se sitúan considerablemente por debajo de la media española y con casi la mitad de médicos en atención primaria que en Castilla y León.

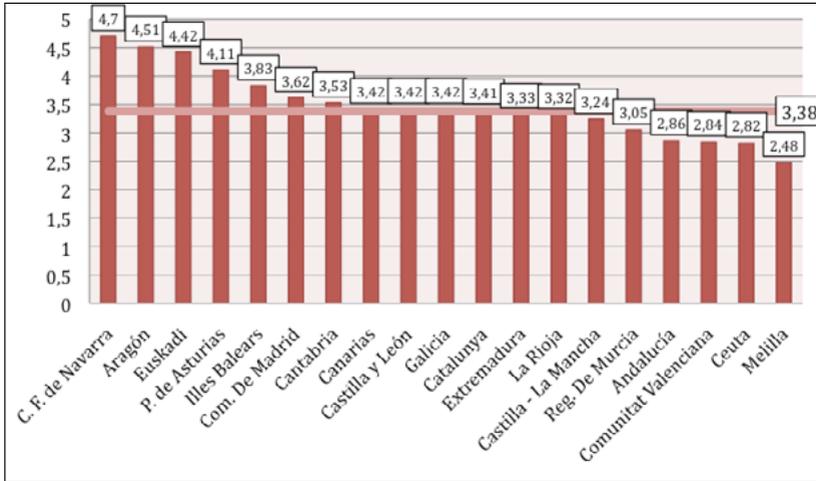
La evolución del personal médico en atención primaria ha sufrido variaciones constantemente, si bien estas no han sido muy acusadas. Cabe resaltar la tendencia al alza entre 2005 y 2012, con una pequeña bajada en 2009, a causa de la crisis económica, llegando en 2012 a 0,77 médicos. Sin embargo, a partir de 2013 se produjo un estancamiento (0,76) hasta 2017.

**Gráfico 3.16. Evolución del personal médico en atención primaria por cada 1.000 personas asignadas, 2004-2018.**



*Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2020.*

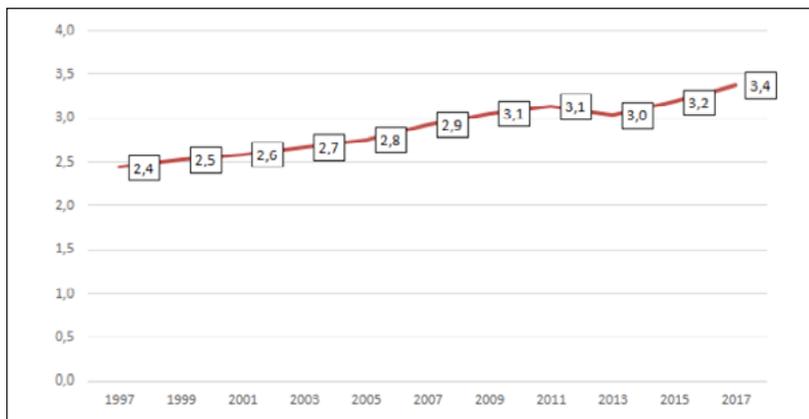
**Gráfico 3.17. Personal de enfermería en atención especializada por cada 1.000 habitantes por CC.AA., 2017.**



*Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2020.*

Dentro de los recursos sanitarios disponibles también es relevante analizar el personal de enfermería en atención especializada en las distintas comunidades autónomas y su evolución a lo largo del tiempo.

### Gráfico 3.18. Evolución del personal de enfermería en atención especializada por cada 1.000 habitantes, 1996-2017.



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2020.

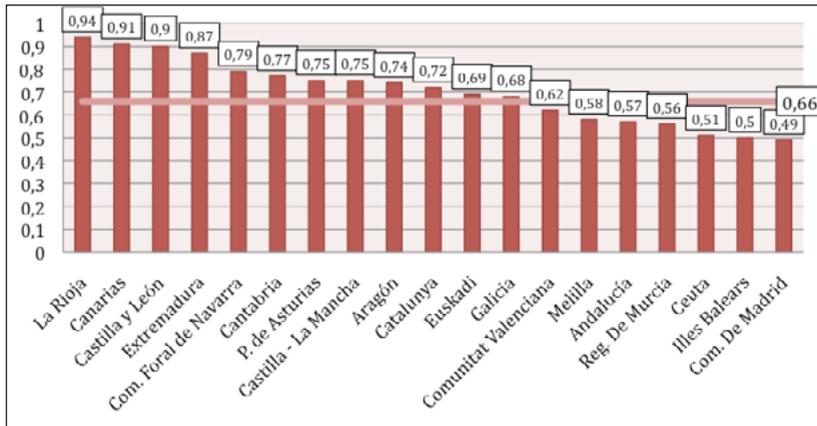
En 2017, la media española del personal de enfermería en atención especializada por cada 1000 habitantes es de 3,38 (gráfico 3.17). El índice entre comunidades autónomas difiere mucho entre unas y otras, siendo Comunidad Foral de Navarra (4,7 personas de enfermería especializada cada 1000 habitantes), Aragón (4,51) y Euskadi (4,42) las que presentan mayor porcentaje respecto a la población. Mientras, los índices más bajos se localizan en Ceuta, Melilla y Comunitat Valenciana, con 2,48 personas enfermería, 2,82 y 2,84, respectivamente.

En cuanto a la evolución de personal de enfermería en atención especializada (gráfico 3.18), de la misma forma que el resto, continúa una línea positiva a lo largo de los años, con un único descenso durante los años

posteriores a la crisis económica (2010-2013), el cual se recupera en años posteriores, incluso superando los valores anteriores a la crisis económica.

El personal de enfermería en atención primaria, a fecha de 2018, es de media en España de 0,66 por cada 1000 personas asignadas (grafico 3.19). Comunidad de Madrid, Illes Balears y Ceuta, con 0,49, 0,5 y 0,51 personas de enfermería en atención primaria por cada 1000 personas asignadas respectivamente, son las comunidades autónomas con menores cifras. En contraposición, La Rioja (0,94 personas de enfermería), Canarias (0,91) y Castilla y León (0,9) son las comunidades autónomas con mayor porcentaje de personal de enfermería en atención primaria por cada 1000 personas asignadas.

**Gráfico 3.19. Personal de enfermería de atención primaria por 1.000 personas asignadas, por CC.AA, 2018.**



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2020.

En el gráfico 3.20 se muestra la evolución del personal de enfermería de atención primaria, muy similar a los anteriores, mantiene una línea positiva a lo largo de los años, destacando la escalada continuada desde 2008 a 2013, no siendo habitual al coincidir con la crisis económica. Durante los últimos años (2013 a 2018) se produce un estancamiento, incluso un descenso en 2015, quedando resuelto a partir de 2018, donde se produce un ligero crecimiento.

**Gráfico 3.20. Evolución del personal de enfermería de atención primaria por 1.000 personas asignadas, 2004-2018.**



*Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2020.*

## El servicio de geriatría superado por el envejecimiento de la población

En relación al contexto que nos ocupa, resulta interesante analizar los recursos disponibles en materia de geriatría, al ser este un indicador relevante para analizar el estado de la asistencia sanitaria de las personas mayores. Ciertamente es que no existe un registro unificado del personal sanitario en España, sin embargo, el *Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)*, del *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social*, establece que, a fecha de 2018, eran 1057 los especialistas en la rama de geriatría. Dato, sin duda, preocupante, atendiendo al incremento continuado del envejecimiento de la población y, como consecuencia, a la mayor necesidad de asistencia sanitaria, este número de especialistas resulta insuficiente.

**Tabla 3.4. Personal en geriatría en la atención especializada, según tipo de personal y CCAA, 2018.**

2018	Personal vinculado	Personal en formación	Personal colaborador	Total
Andalucía	9	3	5	17
Aragón	51	16	1	68
Asturias	41	8	1	50
Illes Balears	6	0	0	6
Canarias	24	4	0	28
Cantabria	9	0	0	9
Castilla y León	37	3	1	41
Castilla - La Mancha	77	24	0	101
Catalunya	314	67	9	390
Comunitat Valenciana	11	0	1	12
Extremadura	13	7	1	21
Galicia	14	8	2	24
Com. De Madrid	154	93	11	258
Región de Murcia	6	0	1	7
C. Foral de Navarra	16	7	0	23
La Rioja	2	0	0	2
<b>Total</b>	<b>784</b>	<b>240</b>	<b>33</b>	<b>1057</b>

*Fuente: Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2020.*

El total de personal de geriatría se divide en personal vinculado, en formación y colaborador. El primero de ellos se vincula con el centro a través de un contrato laboral, funcional o de otro tipo y representa el 77,42% del personal de geriatría; el personal en formación representa un 22,7% del total y está constituido por los Médicos Internos Residentes (MIR), enfermería de posgrado y otros. En último lugar, el personal colaborador, el cual no mantiene una relación contractual con el centro en el que presta servicios, representa un 3,1%.

Analizando los datos a nivel autonómico (tabla 3,4), se aprecian grandes diferencias tanto en el número total de personal de geriatría como en su distribución. Comunidades autónomas como Catalunya, Comunidad de Madrid o Castilla-La Mancha cuenta con un gran número de personas en la especialidad de geriatría, 390 especialistas, 258 y 101, respectivamente. La suma de estas constituye el 70,8% del total de la especialidad geriátrica de España. Mientras La Rioja (2 especialistas), Illes Balears (6), Región de Murcia (7) y Cantabria (9) son las comunidades autónomas con el personal en geriatría más reducido.

En cuanto a la distribución según la tipología del personal, Illes Balears, Cantabria y La Rioja destacan por tener a todo su personal de geriatría como personal vinculado. Si bien es cierto que en todas las comunidades autónomas el personal vinculado es el que predomina, algunas como Com. De Madrid (36%), Galicia (33%) y Extremadura (33%) tienen un porcentaje considerable de personal en formación y otras como Andalucía (29%) y Reg. De Murcia (14%) concentran mayor proporción de su personal en la tipología de personal colaborador.

**Tabla 3.5. Personal en geriatría en la atención especializada, según forma jurídica de la institución y tipo de personal, 2018.**

2018	Personal vinculado	Personal en formación	Personal colaborador	Total
Gestión directa (tradicional en las Instituciones de S.S.)	307	154	0	461
Ente Público	49	8	0	57
Empresa pública	63	11	0	74
Consortio	98	41	0	139
Concesión	16	0	0	16
Fundación Privada	135	19	6	160
Sociedades mercantiles	97	7	24	128
Sociedades individuales	2	0	1	3
Otras	17	0	2	19
Total	784	240	33	1057

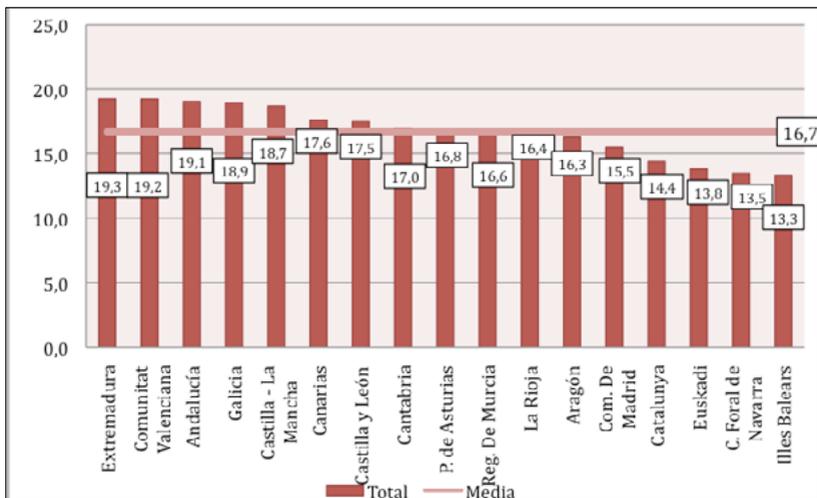
*Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019.*

El personal especializado en geriatría también se distribuye de forma irregular según la forma jurídica de la institución. En primer lugar, la gestión directa concentra el 44% del personal geriátrico, seguida de fundaciones privadas (15%), consorcios (13%) y sociedades mercantiles (12%).

En cuanto a la distribución del personal de geriatría, el personal vinculado es la tipología predominante independientemente de la forma jurídica de la institución. En la gestión directa se concentra el 39% del total de personal vinculado, seguida de fundaciones privadas (17%), consorcios (12,5%) y sociedades mercantiles (12%). En lo referente a personal en formación, también tiene una mayor presen-

cia en la gestión directa, donde se encuentra un 64% del total, seguida, a mucha distancia, de consorcios con un 17% del personal en formación y fundaciones privadas con un 8%. Por último, el personal colaborador se aglutina en las sociedades mercantiles (73% del total del personal colaborador) y en las fundaciones privadas (18%) casi en exclusiva y no tiene presencia en instituciones de gestión directa, ente público, empresa pública o consorcio.

**Gráfico 3.21.1. Porcentaje de gasto sanitario en farmacia en las CCAA, 2017.**



*Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2020.*

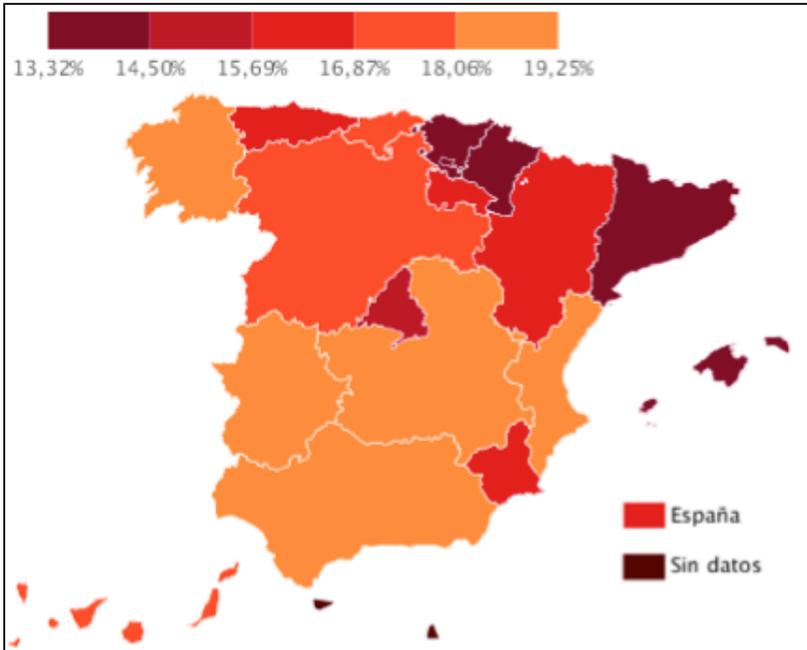
La provisión de medicamentos es otro de los recursos sanitarios principales. Los gastos en farmacia en España en el año 2017 supu-

sieron un 16,7% de media del gasto público sanitario. Evolucionan, así, negativamente el porcentaje de inversión respecto a 2016, donde fue de 16,96% y se iguala al valor obtenido en 2015, aumentando, así, la distancia para recuperar la cifra previa a la crisis económica.

A nivel autonómico, se ha producido una caída generalizada en la inversión en farmacia, salvo Cantabria (1,4 puntos porcentuales más respecto al año anterior), Andalucía (0,6) y Com. De Madrid (0,2). Entre las reducciones de la inversión más notables se encuentra Com. Foral de Navarra, con un punto porcentual menos respecto a 2016.

En el gráfico 3.21.2 se aprecian las diferentes comunidades autónomas, siendo Extremadura (19,3% de inversión en farmacia), Comunitat Valenciana (19,2%) y Andalucía (19,1%) las que tienen el mayor gasto público en farmacia, mientras Illes Balears (13,3%), Com. Foral de Navarra (13,5%) y Euskadi (13,8%) presentan los menores porcentajes de gasto farmacéutico sobre el total del gasto público en sanidad.

**Gráfico 3.21.2. Porcentaje de gasto sanitario en farmacia en las CCAA, 2017<sup>18</sup>.**



*Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2020.*

<sup>18</sup> Ver datos en anexos.



# 4

## EL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

El *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* es el fruto de la renovación en 2003 del Pacto de Toledo y la aprobación posterior de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. El diseño del sistema fue fruto de un amplísimo acuerdo político y social, que afrontaba el reto de dar respuesta a las crecientes necesidades de las personas mayores y personas en situación de dependencia de manera integral.

En su artículo 1 establece que *“La presente Ley tiene por objeto 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”.*

El ejercicio efectivo del derecho subjetivo queda sujeto a su reclamación por vía jurisdiccional. El hecho de que aún no se haya hecho efectiva la Disposición final séptima de la Ley 39/2006, que establece que los litigios sean vistos por la jurisdicción social (como el resto de derechos sociales), implica que un incumplimiento por parte de la Administración se juzga por la vía contencioso-administrativa. Esto está suponiendo una limitación en el ejercicio efectivo del derecho.

En su diseño, el modelo de atención a la dependencia se sustentaba sobre el criterio de la calidad, asumiendo una relación directa entre la calidad del empleo en los recursos del sistema y la calidad de la atención que reciben las y los usuarios, y estableciendo criterios concretos acerca de ratios o profesionalización. Sin embargo, el desarrollo del sistema quedó truncado con los recortes presupuestarios impuestos con la crisis económica. En el último documento Propuesta de la *Secretaría Confederal de política Social y Movimientos Sociales de CCOO* se afirma: *“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”*.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> El modelo de atención a la dependencia tras la crisis sanitaria derivada de la COVID19.

La crisis sanitaria provocada por la pandemia COVID ha hecho evidentes las debilidades del sistema. El gravísimo impacto que está teniendo la pandemia COVID en las personas mayores ha situado a las residencias de mayores en el ojo del huracán. El nivel de contagio vertiginoso y la gravedad de la enfermedad concentrada en estas instituciones obliga a detenerse para evaluar la calidad de la atención, las condiciones de trabajo en las que las y los profesionales desempeñan sus funciones en ellas y los recursos con los que cuentan para medicalizarlas.

Al mismo tiempo, el sistema de atención a la dependencia juega un papel crucial más allá de las instituciones residenciales, ya que cuenta con una serie de servicios de atención domiciliaria y centros de atención diurnos y nocturnos cuyas funciones van a ser vitales de cara a proteger la calidad de vida de las personas mayores.

La atención a la dependencia está hoy en día en el centro de la atención política y social, ya que el impacto sobre las personas vulnerables provocado por el nuevo coronavirus se asienta sobre dos motivos: por un lado, que el nivel de gravedad y letalidad es sensiblemente mayor en las personas de edad con patologías previas y, por otro, el único mecanismo de protección que existe hoy por hoy es el aislamiento, que puede tener un enorme efecto si no se desarrollan medidas para abordarlo. En el Documento Técnico de Recomendaciones de Actuación desde los Servicios Sociales de Atención Domiciliaria ante la crisis por COVID-19 elaborado por la secretaria de estado de Derechos sociales (18/02/2020) reconoce que *“En España disponen de servicio de ayuda a domicilio un total*

*de 450.000 personas (muy mayoritariamente personas mayores) a las que hay que sumar en estos momentos como necesitadas de apoyos para la vida cotidiana a otras 100.000 personas que han dejado de recibir atenciones diversas en centros de día y recursos similares ya que han sido objeto de cierre cautelar y cese de actividad en estos días. Estas personas están ahora mismo confinadas en sus hogares y tanto ellas como sus familiares, en su caso, precisan más que nunca en estos momentos, de los de apoyos oportunos de los servicios sociales domiciliarios”.*

En su documento *“Estrategia de CCOO para proteger a las personas mayores del COVID19”* publicado en marzo 2020, apunta que, en el contexto actual, en el que el único mecanismo del *que se dispone para* proteger a las personas mayores es el aislamiento, hay que abordar las necesidades considerando 3 situaciones diferentes en la población mayor: personas mayores válidas y autónomas, personas que requieren ayuda a domicilio y personas residentes en centros de mayores. El primero de los casos requiere aislamiento y prevención primaria, pero los otros dos casos, precisan de una apuesta por el establecimiento de criterios comunes estatales amparando los derechos de atención a la dependencia y la salud pública *“y mediante el procedimiento de cooperación interadministrativa, regule criterios claros de actuación, que deberán aplicar tanto a las administraciones competentes como las empresas del sector y sus trabajadores y trabajadoras.”*<sup>20</sup>

Una vez se acabe el Estado de Alarma, y pasen las restricciones y las diferentes fases de “desescalada”, todo parece apuntar a que

---

20 <https://www.ccoo.es/45629198f0a01163a2ab2c9416afcdff000001.pdf>

la atención se irá centrando cada vez más en la protección de los colectivos vulnerables, reduciendo su exposición social. Es por ello que los servicios de atención a la dependencia y las políticas de cuidado y atención a la vejez serán cada vez más importantes.

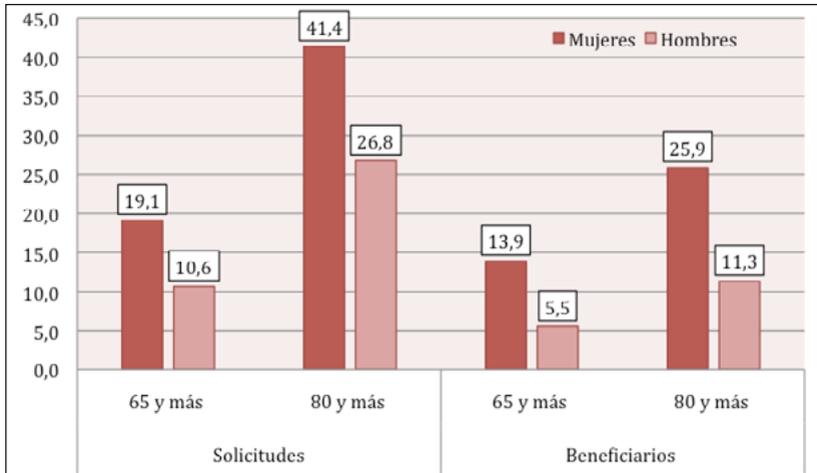
No se debe olvidar que, a diferencia de otros mecanismos, el sistema de la Protección Social y los Servicios Sociales exige la estrecha colaboración entre las diversas Administraciones públicas para poder garantizar el acceso en igualdad de condiciones.

A partir de los datos aportados por el *Sistema de Atención a la Dependencia*, a fecha de marzo de 2020, hay 1.121.520 personas beneficiarias de algún tipo de prestación, cerca de 45 mil más que el año anterior. Las solicitudes también han aumentado, desde los 1,8 millones a los casi 1,9 millones este año.

## **Las mujeres mayores son las principales beneficiarias del SAAD**

Como cabe imaginar, las personas mayores son las principales solicitantes y beneficiarias de las prestaciones y servicios del sistema de atención a la dependencia: las mayores de 65 representan el 75% de las personas solicitantes y el 72% de las beneficiarias, y las mayores de 80 más de la mitad en ambos casos.

**Gráfico 4.1. 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), marzo 2020.**



*Fuente: Elaboración propia a partir del SISAAD, 2020.*

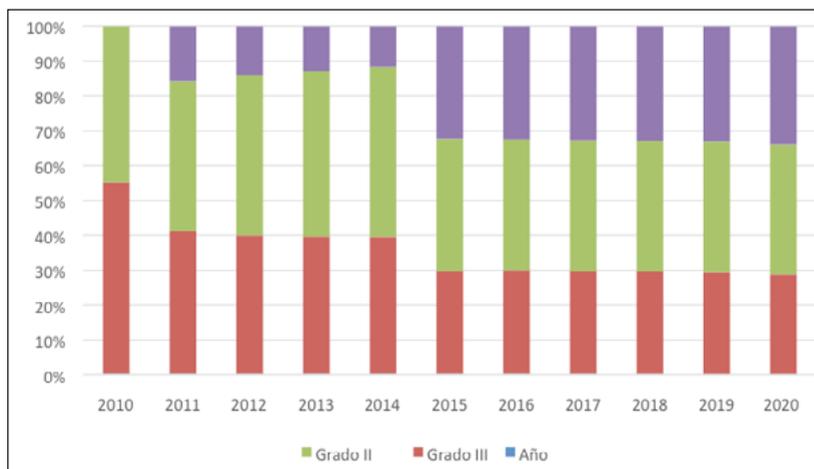
El 15,5% de la población mayor ha solicitado la cobertura del sistema de atención a la dependencia. Si bien, analizando los datos por género, se pueden observar importantes diferencias entre hombres y mujeres. El gráfico 4.1. ilustra cómo el 19% de las mujeres de 65 y más años presentaron solicitudes, frente al 10,6% de los hombres de esa edad. Entre la población de 80 y más, el porcentaje de solicitudes se eleva al 36%, y la diferencia entre hombres y mujeres es más marcada: el 41% de las mujeres y el 27% de los hombres han solicitado una prestación.

En términos de cobertura, el 8,8% de la población mayor de 65 años percibe una prestación del sistema. En este caso, las diferencias entre hombres y mujeres son más llamativas. Frente al 14% de mujeres de 65 y más años que son beneficiarias de una prestación del sistema, tan solo el 5,5% de los hombres los son. Entre los mayores de 80 años, el 26% de las mujeres perciben una prestación frente al 11% de ellos.

Al revisar la evolución de las cifras entre febrero y abril de 2020 se observa una ligera reducción en muchas comunidades autónomas. Es pronto para saber los efectos de la pandemia, y es probable que por el momento, esta evolución responda al parón administrativo provocado por el confinamiento ligado al Estado de Alarma decretado el día 14 de marzo.

Las solicitudes para acceder al sistema se someten a una valoración que adjudica a cada una de las personas beneficiarias un grado de dependencia. Hay tres grados establecidos: dependencia moderada (Grado I); dependencia severa (Grado II) y Gran dependencia (Grado III).

**Gráfico 4.2. Distribución de personas beneficiarias por grado de dependencia, 2010-2020 (marzo).**



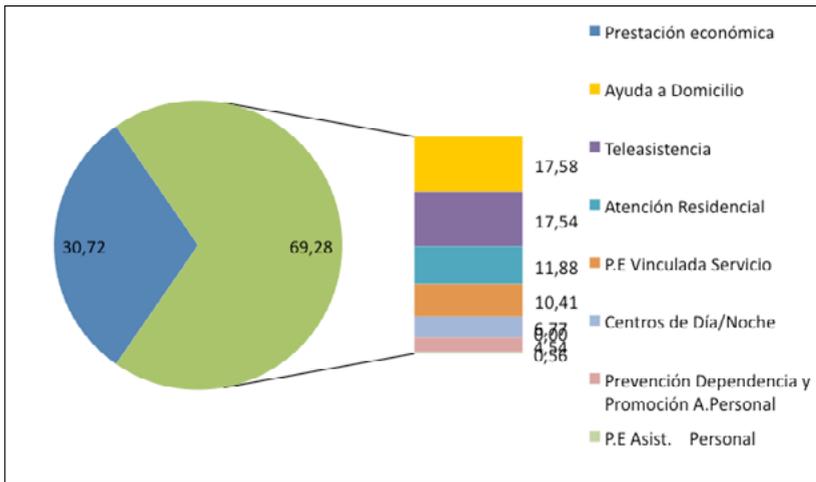
*Fuente: Elaboración propia a partir del SISAAD, 2020.*

El gráfico 4.2. Ilustra la evolución del peso de las personas beneficiarias en función de los distintos grados atribuidos. En la evolución se aprecia el propio desarrollo del sistema, de forma que se ha ido generando una distribución más equilibrada. Paulatinamente, ha ido aumentando el peso de personas beneficiarias de grado I mientras se contenía el de grado III. En marzo de 2020, había 473 mil personas con resolución de grado I, 518 mil con grado II y 400 mil con grado III.

El *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* contempla una serie de prestaciones. Por un lado, la prestación económica,

que representa el 31% de ellas. Por otro lado, los servicios suponen el bloque fundamental de las prestaciones (69%). El gráfico 4.3 representa el peso de los distintos servicios: ayuda a domicilio (17,6%), teleasistencia (17,5%), atención residencial (11,9%), prestación económica vinculada al servicio (10,4%), centros de Día y de noche (6,8%), prevención de dependencia y promoción de la autonomía personal, 4,5%).

**Gráfico 4.3. Distribución por tipo de prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, marzo 2020.**



Fuente: Elaboración propia a partir del SISAAD, 2020.

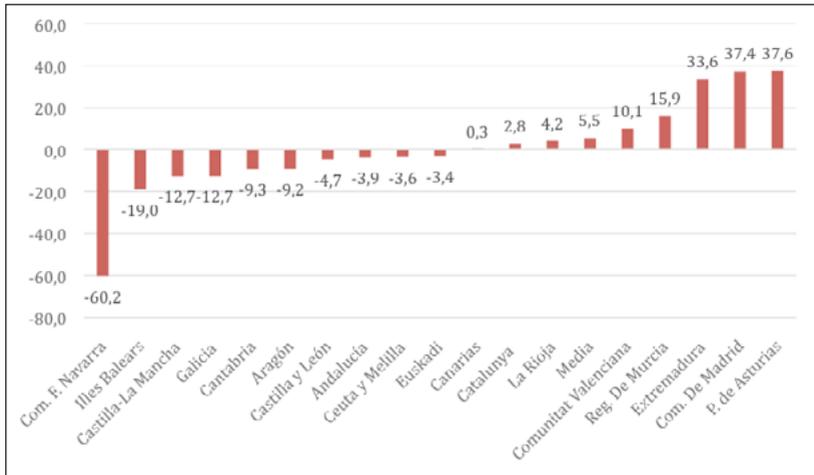
## Las listas de espera aumentan por primera vez desde 2015

De las 1,9 millones solicitudes de acceso a una prestación del sistema, 150 mil están a la espera de valoración, lo que implica un 11% más que el año anterior. Y de las casi 1,4 millones de personas con derecho a una prestación del sistema de la dependencia, hay 269.641 personas a la espera de que se haga efectivo el derecho –cerca de un 9% más que el año previo-. A marzo de 2020 hay 1.121.520 personas beneficiarias de una prestación efectiva.

No es baladí el hecho de que se dilaten los tiempos de resolución y de acceso efectivo a los derechos del sistema de atención a la dependencia, dado que las necesidades son acuciantes y en no pocas ocasiones, el fallecimiento de las personas acontece antes de acceder a la prestación.

El gráfico 4.4 ilustra la evolución del último año de las personas a la espera de prestación en cada comunidad autónoma. Se pueden observar relevantes diferencias, entre las que han logrado reducir el número de personas pendientes de prestación, como Navarra, que lo ha hecho en un 60% o Baleares un 19%. En el extremo contrario, aquellas que, sin embargo, han incrementado el número de personas hasta en un 37,6% como Asturias o 37,4% como Madrid.

**Gráfico 4.4. Variación del número de personas a la espera de prestación por CCAA, 2019-2020 (marzo) (en %).**



*Fuente: Elaboración propia a partir del SISAAD, 2020.*

El gráfico 4.5 pretende resumir ilustradamente la cobertura y esperas existentes en las distintas comunidades autónomas. Se pueden apreciar desigualdades considerables.

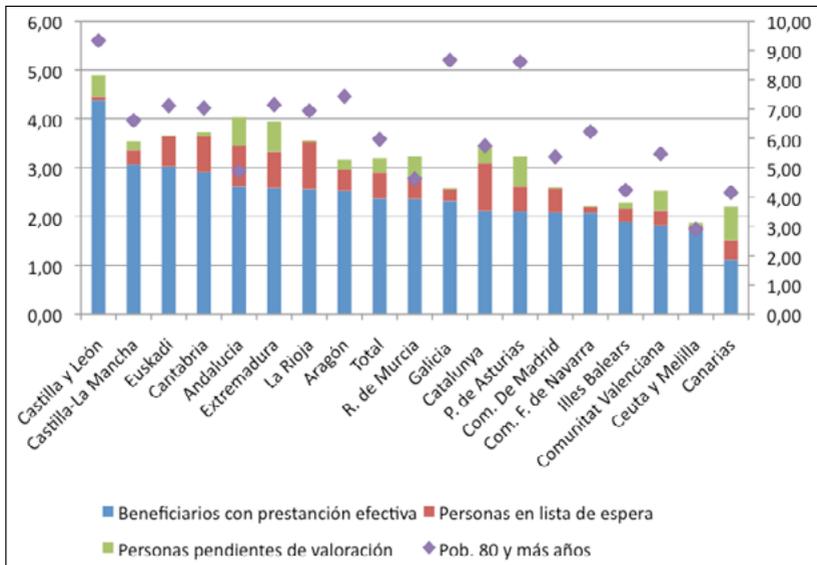
En primer lugar, los rombos morados nos ubican el porcentaje de población mayor en las distintas regiones. Como ya previamente se presentó, destacan Castilla y León, Galicia y Asturias, mientras que las ciudades autónomas, Canarias y Murcia tienen menor porcentaje población mayor.

Al valorar la cobertura, en marzo de 2020, Castilla y León responde en mayor grado a las necesidades de una población mayor que precisa atención, liderando como la comunidad autónoma con mayor grado de cobertura sobre la población total (con un 4% de beneficiarios con prestación efectiva). Le siguen Castilla-La Mancha (3,07%) y Euskadi (3,03%). En el extremo contrario se encuentran Canarias, con una cobertura que apenas alcanza el 1,1% o las ciudades autónomas con un 1,7%. Si bien, merece apuntarse que se corresponde con el hecho de ser regiones con bajo porcentaje de población mayor.

Las dilaciones en las resoluciones varían entre regiones. Canarias, Extremadura y Asturias encabezan el porcentaje de solicitudes pendientes de valoración con valores que rondan el 0,6%. Mientras, La Rioja o la Comunidad de Madrid se encuentran al día.

A la hora de analizar las listas de espera, podemos observar relevantes diferencias entre las distintas comunidades autónomas. Las mayores listas de espera se registran en La Rioja y Catalunya donde casi un 1% de las solicitudes están pendientes de percibir una prestación. En el extremo contrario, Castilla y León apenas tiene 0,07% de beneficiarios pendientes y Ceuta y Melilla y Navarra en torno al 0,1%.

**Gráfico 4.5. Tasa de cobertura del SAAD (% sobre la población total, lista de espera y pendientes de valoración y personas mayores de 80 años) marzo 2020.**



*Fuente: Elaboración propia a partir del SISAAD, 2020.*

En suma, merece remarcarse la posición de Castilla y León, que teniendo un elevado nivel de envejecimiento parece estar respondiendo en buen grado con la mejor de las coberturas y la menor de las listas de espera. No es así sin embargo en los casos de Galicia o Asturias, con coberturas entre el 2 y el 2,5% pese a sus poblaciones envejecidas. Además, en el caso de Asturias, destacan las personas en espera de resolución y también aquellas pendientes de prestación

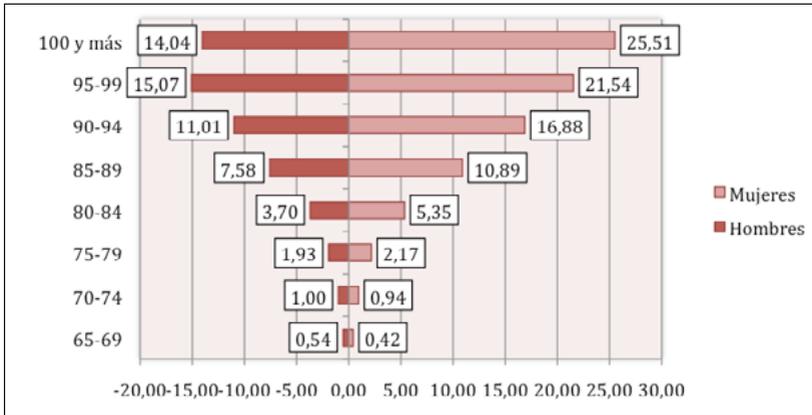
efectiva. Estas situaciones llaman a la necesidad de un refuerzo de recursos para poder dar respuesta a la creciente demanda.

## La atención residencial

A la hora de analizar la realidad de las residencias, cabe preguntarse cuántas plazas hay para las personas susceptibles de necesitarlas, qué precio tienen y quién las gestiona.

Tomando los datos del último censo de 2011, se puede observar de la relevancia de las residencias de personas mayores según avanza la edad, especialmente en el caso de las mujeres. El gráfico 4.6. ilustra cómo a partir de los 75 años, la presencia de hombres y mujeres en residencias empieza a multiplicarse. El 15% de los hombres de entre 95 y 99 años y el 14% de 100 y más años residía en este tipo de establecimiento colectivo. En el caso de las mujeres es mucho más acusado, dado que una de cada cinco mujeres de entre 95 y 99 años y una de cada cuatro de 100 y más habitaba en una residencia de mayores.

**Gráfico 4.6. Porcentaje de población mayor que reside en residencias para las personas mayores, por tramos de edad, 2011.**

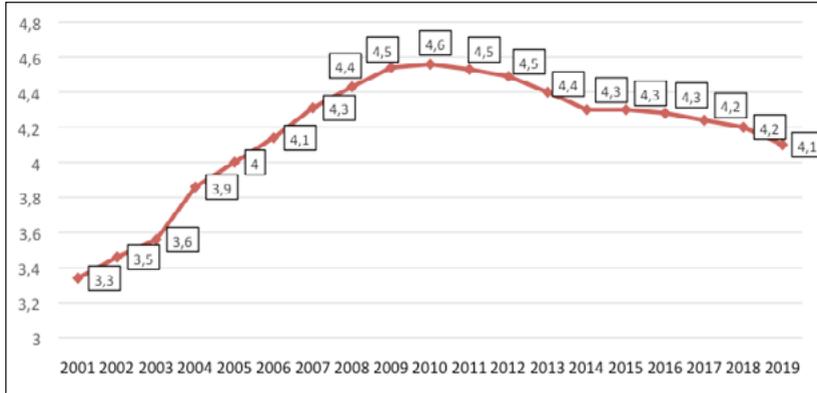


Fuente: Censos de Población y Vivienda, 2011.

A partir de los datos facilitados por el CSIC (*Envejecimiento en red*)<sup>21</sup>, se obtiene este gráfico de la evolución del índice de cobertura con plazas residenciales, que relaciona el número de plazas con el porcentaje de población mayor. Se puede observar cómo desde 2001 y hasta 2010, la progresión fue al alza, pasando de 3,3 plazas residenciales por cada 100 personas mayores, hasta las 4,6. Con el comienzo de las políticas de recortes la progresión no sólo se estancó, sino que comenzó un proceso de retroceso hasta que, en 2019, existían de media 4,1 plazas residenciales por cada 100 personas de 65 o más años.

<sup>21</sup> <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2019.pdf>

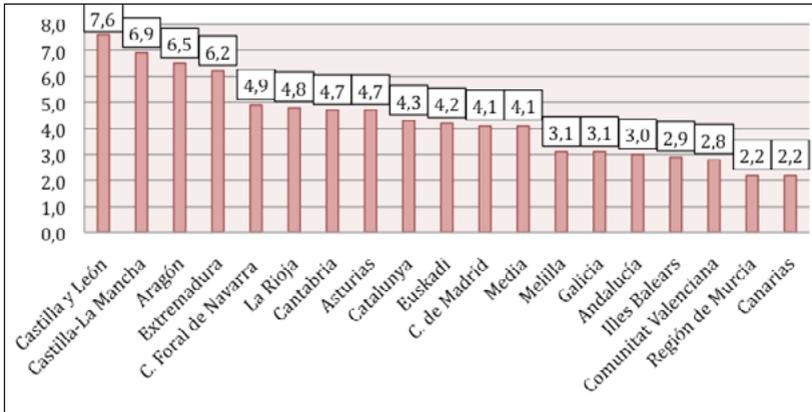
### Gráfico 4.7. Evolución del Índice de cobertura de las plazas residenciales, 2019.



*Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. CSIC. Envejecimiento en Red 2020.*

Sin embargo, la cobertura de las plazas residenciales varía considerablemente de una comunidad autónoma a otra. Castilla y León dispone de 7,6 plazas por cada 100 personas mayores. Le siguen Castilla-La Mancha, con 6,9 y Aragón con 6,5. Sin embargo, Canarias y la Región de Murcia solo disponen de 2,2 plazas residenciales por cada 100 personas mayores de 64 años.

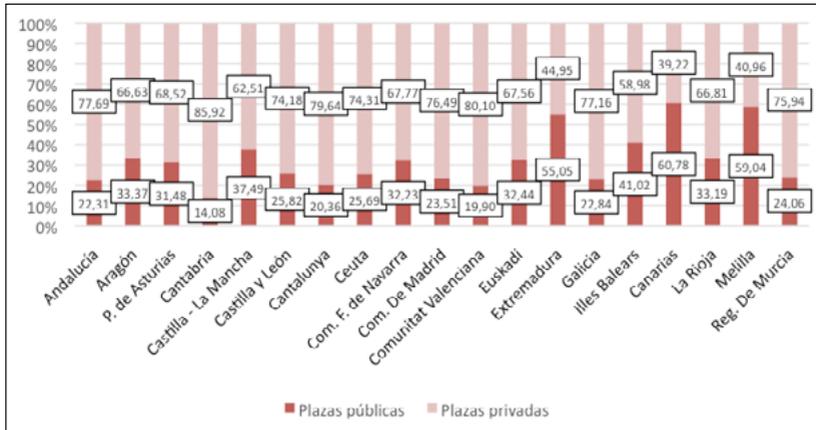
**Gráfico 4.8. Porcentaje de plazas residenciales sobre la población de 65 y más años, por CCAA, 2019.**



*Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. CSIC. Envejecimiento en Red 2020.*

No se debe pasar por alto que el sector residencial está altamente privatizado. El siguiente gráfico ilustra el elevado grado de privatización del sector en todas las comunidades autónomas. A excepción de Extremadura y Canarias, el número de plazas residenciales del sector privado superan ampliamente el de las públicas. En Cantabria, el 86% de las plazas son privadas, en la Comunidad Valenciana, el 80%. Canarias, Melilla y Extremadura, a pesar de ser las comunidades autónomas con mayor porcentaje de plazas públicas, éstas apenas representan el 55% y un 60% del total.

**Gráfico 4.9. Distribución de plazas en residencias públicas y privadas por CCAA, 2019.**



*Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. CSIC. Envejecimiento en Red 2020.*

Esta presencia del sector privado en el sector de la dependencia se asocia a las precarias condiciones laborales del sector. Los bajos salarios, el amplio número de contratos a tiempo parcial, las carencias de formación y profesionalización se retroalimentan pervirtiendo las condiciones de trabajo dignas que precisan las y los profesionales del sector de atención a nuestros y nuestras mayores.

Otro elemento de crucial importancia tiene que ver con las posibilidades reales de acceso que tiene la población. Más allá de que exista el número preciso para asegurar la opción, el precio del ser-

vicio es determinante. Según los datos de 2018 aportados por el IMSERSO, el precio medio de una plaza pública en una residencia es de 18.182€ anuales, 1.000 euros más barato que la de las plazas concertadas. De este precio, una parte corresponde ser asumido por las y los usuarios. En el caso de las públicas, las aportaciones representan el 42,4% del total, mientras que en las concertadas supone el 38,6%.

Observando los datos de las diferentes comunidades autónomas, la primera apreciación que merece hacerse es a la amplia horquilla de precios existente. En Euskadi, el precio de la plaza pública es de 25.262€ mientras que en La Rioja apenas implica 10.449€ anuales. Esta horquilla es aún más llamativa en el caso de las plazas concertadas: el precio de la plaza residencial concertada en Euskadi es de 31.739€, en Melilla, 14.355€.

**Tabla 4.1. Precios plazas en residencias públicas y concertadas, así como aportación de la persona usuaria, 2018.**

Comunidades Autónomas	Precio público anual		Precio de concertación anual	
	Precio €/año/p. usuario	Aportación promedio del % sobre el precio	Precio €/año/p. usuario	Aportación promedio del % sobre el precio
Andalucía	-	-	19.169,92 €	33,4%
Aragón	18.713,55 €	43,7%	18.713,55 €	43,7%
P. de Asturias*	16.339,18 €	-	16.339,18 €	-
Illes Balears	24.153,24 €	38,4%	23.436,01 €	32,0%
Canarias*	-	-	24.724,17 €	-
Cantabria	17.071,56 €	46,1%	17.071,56 €	46,1%
Castilla y León	16.068,47 €	45,9%	16.068,47 €	45,9%
Castilla-La Mancha*	16.380,76 €	-	16.064,53 €	-
Catalunya	19.602,80 €	34,0%	19.602,80 €	34,0%
Comunitat Valenciana	18.000,00 €	27,7%	19.454,50 €	-
Extremadura**	-	-	-	-
Galicia***	-	-	-	-
Com. De Madrid	-	-	19.571,00 €	34,1%
Reg. De Murcia	19.200,00 €	44,5%	19.200,00 €	44,5%
C. Foral de Navarra	13.940,89 €	77,6%	20.571,68 €	52,6%
Euskadi	25.262,04 €	47,2%	31.739,27 €	37,5%
La Rioja	10.448,74 €	55,8%	22.962,29 €	25,4%
Ceuta	-	-	18.394,60 €	39,4%
Melilla	18.171,64 €	39,5%	14.355,98 €	49,1%
<b>España</b>	<b>18.182,52 €</b>	<b>42,4%</b>	<b>19.184,07 €</b>	<b>38,6%</b>

Fuente: IMSERSO.

\*En el Principado de Asturias, Canarias y Castilla-La Mancha se dispone del precio, pero no de la aportación de la persona usuaria.

\*\*En Extremadura se dispone de la aportación de la persona usuaria, pero no del precio del servicio.

\*\*\*No se dispone de datos de Galicia.

## La atención a la dependencia en tiempos de covid-19

La capacidad de respuesta del sistema de atención a la dependencia ante la crisis sanitaria ha resultado manifiestamente débil. Desde 2012, el desarrollo del sistema se ha ido asentando sobre una fragilidad que se ha hecho patente en estos meses. Potenciar el sistema sobre el eje crucial de la calidad es clave para afrontar los meses que están por venir.

En este sentido, desde *Comisiones Obreras* se incidió al comienzo de la crisis sanitaria en la urgencia de potenciar los mecanismos de coordinación entre el Sistema Público de Salud y quienes proveen los servicios de atención a la dependencia, así como el establecimiento de protocolos de prevención de riesgos para los y las profesionales<sup>22</sup>.

En el caso de las residencias, el documento ponía énfasis en la necesidad de categorizar y actuar en función de la exposición al virus dentro de las residencias de mayores para facilitar el aislamiento, la medicalización de la atención en las mismas residencias para los casos menos graves y la derivación a los hospitales de los casos más graves. En cuanto a la atención a domicilio, además de los protocolos de prevención para los y las profesionales, se incidía en la necesidad de identificar a las personas con mayores necesidades de atención y de priorizar las atenciones consideradas imprescindibles en cada caso para así poder reorganizar los recursos. Se emplaza a que sean los Servicios Sociales quienes valoren las situaciones personales y sociales de las personas usuarias, y no las empresas.

---

<sup>22</sup> <https://www.ccoo.es/45629198f0a01163a2ab2c9416afcdff000001.pdf>

Comisiones Obreras propone la elaboración de un plan de choque<sup>23</sup> sobre la base de la calidad de la atención y los recursos adecuados y suficientes. Para ello, la suficiencia de las prestaciones y la calidad del empleo son elementos básicos que han de ser asegurados. Para conseguir este objetivo emplaza al Gobierno central a retomar el liderazgo, fomentando la coordinación entre administraciones y actores implicados, el seguimiento, la evaluación y asegurando la financiación.

Se incide en la urgencia de la reversión de los recortes iniciados en 2012 para recuperar la intensidad de las prestaciones, revertir el aumento de los copagos, reducir las solicitudes pendientes de valoración y las listas de espera, supervisar el cumplimiento de los requisitos de calidad y garantizar la transparencia del sistema.

Para asegurar esta trayectoria se subraya que es preciso el control público de la calidad de los servicios, reequilibrando la oferta de servicios públicos de gestión directa, y haciendo efectivos mecanismos de control, como la vigilancia de la calidad del servicio y condiciones laborales o el refuerzo de la inspección de Servicios Sociales.

Garantizar una atención integral, potenciar la autonomía personal y tener capacidad de reacción frente a posibles brotes, precisa de una mejora de la coordinación sociosanitaria, con protagonismo de la atención primaria, la atención geriátrica y gerontológica. Desde Comisiones Obreras se hace hincapié en la relevancia de reorganizar los centros de atención a las personas dependientes “*adecuando*

---

23 <https://www.ccoo.es/c46c1f29814b13bba0c62edbf25917f9000001.pdf>

*sus recursos y espacios medicalizados en función del grado de dependencia y bajo la dirección e inspección de los servicios públicos de salud”.*



# 5

## EL SISTEMA PÚBLICO DE PENSIONES

El sistema público de pensiones en España es uno de los pilares fundamentales que constituyen el Estado de Bienestar, dado que asegura ingresos a las personas en caso de necesidad y concentra la mayor parte del presupuesto estatal dedicado a la protección social.

La Seguridad Social es el principal sistema de protección social en España, que tiene como cometido gestionar estas prestaciones, entre otras. En el contexto que venimos describiendo, la población mayor engrosa, y cada vez más, el número de personas que reciben prestación en forma de pensiones contributivas y no contributivas de jubilación y viudedad. Es por ello que la financiación del sistema de pensiones se sitúa en el centro del debate político en torno a la protección social.

El Sistema de Seguridad Social se financia de manera mixta, con aportaciones desde los Presupuestos Generales del Estado, pero fundamentalmente a través de las contribuciones de trabajadores y empresarios. Es decir, su financiación es eminentemente contributiva, que recauda de cotizaciones de trabajadores y trabajadoras, estableciendo un sistema de reparto solidario, por el que las contribuciones presentes de trabajadores en activo financian las prestaciones actuales de personas jubiladas y paradas de todo el territorio español que hayan generado el derecho.

En principio, el Sistema de Seguridad Social está concebido para ser profesional, dado que es un sistema diseñado para proteger a las personas que han contribuido a través del empleo mediante cotizaciones, propias en el caso de las de jubilación o derivadas de las cotizaciones de su cónyuge fallecido, en el caso de las de viudedad. Sin embargo, se ha dotado de una serie de mecanismos, como las prestaciones no contributivas o los complementos a mínimos, que lo hacen tender hacia la universalidad.

Desde que se configurara el sistema de pensiones en España, se han sucedido diversas reformas que oscilaban en una constante tensión entre asegurar la suficiencia de las prestaciones y la sostenibilidad del sistema. En las sucesivas reformas (1985, 1997, 2002, 2007 y 2013) la tensión ha ido *in crescendo* dando el contexto del envejecimiento, el acceso a la pensiones de cada vez más personas con derecho a mejores pensiones en contraste con una mayor precarización laboral –y por lo tanto, pobres aportaciones al sistema- .

La mayor parte de las reformas que ha vivido el sistema fueron resultado del acuerdo en el marco del diálogo social, a excepción de las de 1985 y 2013. Por abordar las últimas reformas, merece ser mencionada la de 2011, cuyo acuerdo giró en torno a reforzar la contributividad del modelo de jubilación existente, para así contener el gasto pero manteniendo la adecuación y la suficiencia de las pensiones. Para ello, se pactó un cambio en la edad ordinaria de jubilación, ampliando con un margen entre los 65 y hasta los 67, tras haber completado una carrera de cotización de 38 años y 6 meses –de implantación paulatina hasta alcanzar el total para 2027–.

Con la reforma sin acuerdo de 2013 se implanta el Factor de Sostenibilidad y el Índice de Revalorización de las Pensiones. El Factor de sostenibilidad tiene como objetivo ajustar la pensión de jubilación a la esperanza de vida para así contener el gasto de las pensiones reduciendo la cuantía media de las mismas. El Índice de Revalorización de las Pensiones rompe con el mecanismo que vincula la revalorización con la evolución de los precios para así evitar el incremento de las cuantías.

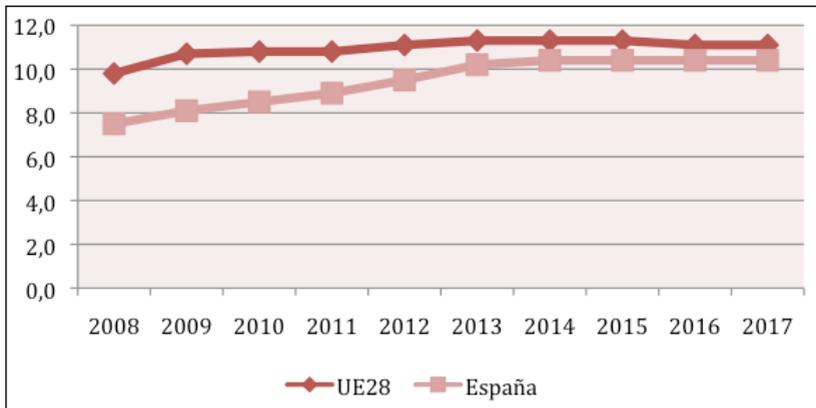
Los efectos de las últimas reformas del Sistema de Pensiones aún no pueden valorarse, bien porque se precisa más recorrido, bien porque su aplicación no está activa en los casos de del Factor de sostenibilidad y del Índice de revalorización de las pensiones.

Las políticas de vejez y supervivencia representaban en España en 2017 el 50,7% del gasto en protección social, 6 puntos por encima del peso de éstas en la protección social de los países de la UE28.

Se trata por ello de la principal partida de gasto, seguida de la sanitaria y atención a la dependencia (33,23%) y desempleo (7,60%).

Al poner en relación el peso que estas pensiones tienen en el Producto Interior Bruto, el gráfico 5.1 muestra cómo la inversión en España está por detrás de la media de los países europeos, en 0,8 puntos en 2017. España dedica el 10,4% de su PIB a las pensiones de jubilación y supervivencia, un dato que ha permanecido estancado desde 2014. Se puede observar que ese dato es el resultado de una evolución de alza progresiva desde 2008, si bien, responde en buena medida a la evolución del PIB durante la crisis, haciendo que la suma de las pensiones se representase más proporcionalmente.

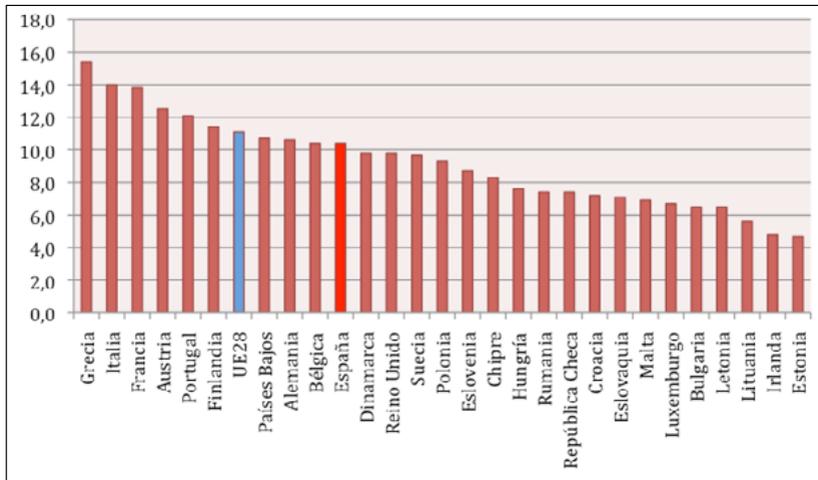
**Gráfico 5.1. Evolución del peso de las pensiones de jubilación ordinaria y supervivencia en España y UE28 sobre el PIB, 2008-2017.**



Fuente: Eurostat, 2020.

Y es que el peso de las pensiones en el PIB está relacionado tanto con el volumen de pensionistas, las cuantías de las pensiones y el PIB de cada país. Es esta relación la que explica que Grecia, por ejemplo, se encuentre a la cabeza y España en décima posición. A la cola se sitúan Irlanda y Estonia.

**Gráfico 5.2. Peso de las pensiones de jubilación y supervivencia los países de la UE28, 2017**



*Fuente: Eurostat, 2020.*

El modelo de jubilación que rige el sistema de pensiones 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 adecuen lo más posible al salario previo y garanticen su poder adquisitivo a lo largo de los años mediante un sistema de revalorización; y (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.<sup>24</sup>

## **El número de pensiones contributivas mantiene una tendencia al alza**

Los gráficos 5.3 y 5.4 ilustran el peso de las diferentes pensiones y la evolución de su número desde 2014. Las pensiones de jubilación representan cerca del 72% de las pensiones, un porcentaje que va paulatinamente aumentando.

Se puede apreciar cómo ha ido aumentando el número de pensiones contributivas de jubilación hasta contar cerca de 6,1 millones pensiones a finales de marzo de 2020<sup>25</sup>. Las pensiones contributivas de

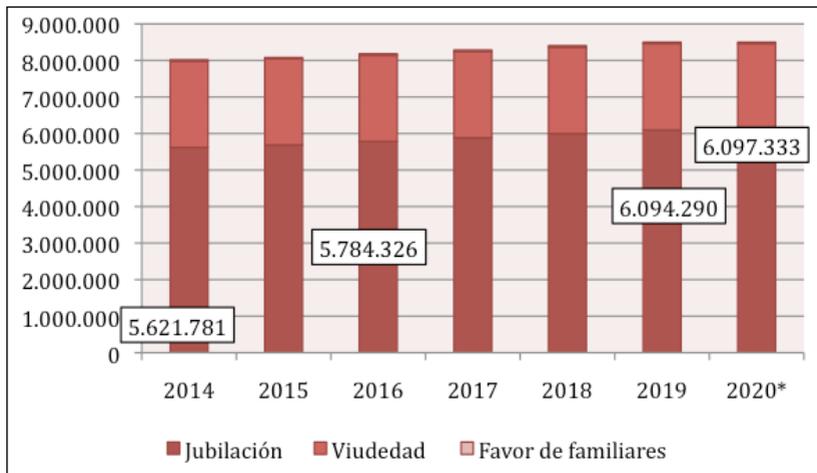
---

<sup>24</sup> El sistema de protección social en España 2018. CCOO

<sup>25</sup> Cabe mencionar que tanto marzo como abril han registrado una disminución notable en número de pensiones de jubilación. Se trata de una evolución muy inusual pero por el momento es más probable que responda al parón administrativo durante el Estado de Alarma declarado el 11 de abril de 2020. Se tardará algún mes más en observar la traslación de fallecimientos en el número de pensiones.

viudedad sin embargo mantienen una evolución estancada y, en los últimos meses se observa un leve retroceso hasta situarse en 2,36 millones.

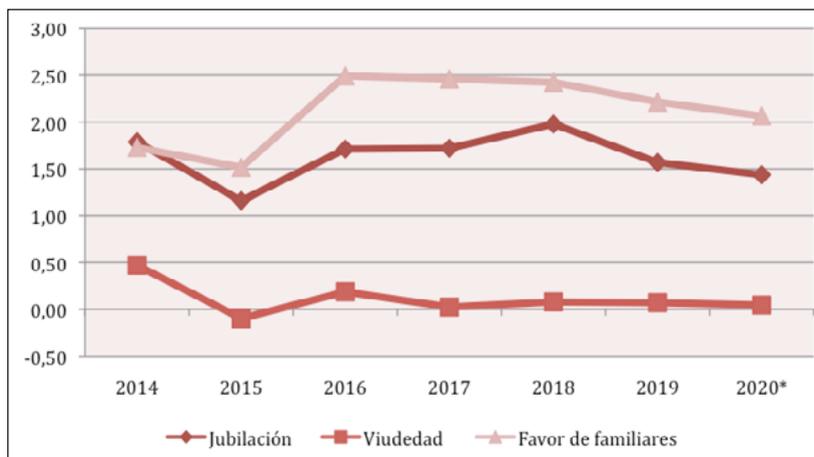
**Gráfico 5.3. Número de pensiones contributivas (jubilación, viudedad y a favor de familiares), 2014-2020.**



Fuente: Estadísticas de la Seguridad Social, 2020.

\*A 31 de marzo de 2020.

**Gráfico 5.4. Evolución de las pensiones contributivas (jubilación, viudedad y a favor de familiares), 2014-2020.**



*Fuente: Estadísticas de la Seguridad Social, 2020.*

\*A 31 de marzo de 2020.

El análisis de género en las pensiones es un eje fundamental para entender una realidad muy desigual en la vida laboral que se traslada palpablemente en las enormes diferencias en las prestaciones, tanto en el tipo como en la cuantía de ellas. Es por ello que hacemos especial hincapié en un análisis que ponga de relieve las causas y las consecuencias de la desigualdad y los mecanismos de los que se ha dotado el sistema para corregir parte de ellas.

En el gráfico 5.4 se puede observar cómo, mientras la mayor parte de las pensiones contributivas de jubilación, es decir, las que están concebidas para ser la pensión “norma” del sistema, las perciben fundamentalmente hombres, las de viudedad, que son un derecho derivado de la persona que lo generó, las reciben en su inmensa mayoría mujeres.

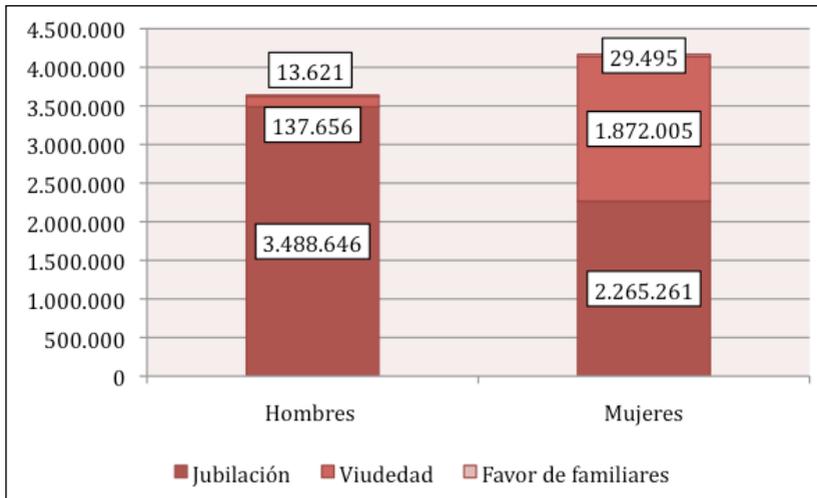
Esto es así porque la prestación contributiva de jubilación se concibe para cubrir la pérdida de ingresos debida a la finalización de toda una vida laboral por razón de la edad. Las trayectorias laborales de las mujeres, y más aún en el caso de las mujeres mayores, han estado marcadas por la inactividad 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; en definitiva por la invisibilización e infravaloración de los trabajos y actividades realizados por mujeres y la falta de corresponsabilidad en los hogares.

En concreto, a finales de marzo de 2020, 3 millones 488 mil pensiones contributivas las reciben hombres y 2 millones 265 mil las reciben mujeres. Esta desigualdad se hace más evidente al constatar que 1 millón 872 mil pensiones de viudedad las perciben mujeres, representando el 93% de éstas pensiones contributivas.

En global, el 45% de las pensiones contributivas que perciben las mujeres mayores de 65 años son de viudedad, algo de enorme relevancia por varios motivos. En primer lugar, el sistema contributivo de pensiones crea estas prestaciones no como derecho propio, sino

como derivado de la condición de haber contraído matrimonio con alguien que sí cotizó. Por otro lado, el enorme peso que tiene este tipo de pensiones en las mujeres es la traslación del reparto desigual del trabajo reproductivo y el cuidado en los hogares y de las desigualdades en el mercado de trabajo. Por último, porque tal como veremos un poco más adelante, sus cuantías son menores.

**Gráfico 5.5. Pensiones contributivas de jubilación, viudedad y a favor de familiares percibidas por personas de 65 o más años por sexo. Marzo 2020.**



Fuente: Estadística de la Seguridad Social, 2020.

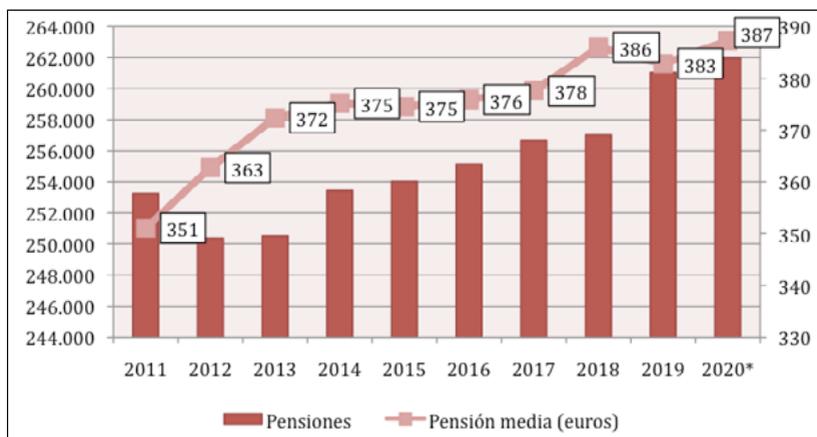
## Las pensiones no contributivas aumentan en número y en cuantía

Las pensiones no contributivas cumplen el papel fundamental de asegurar las condiciones mínimas para la subsistencia de aquellas personas que no tienen ingresos en su vejez por no haber contribuido lo suficiente a lo largo de su vida laboral como para acceder a una pensión contributiva.

Las pensiones no contributivas, teniendo mucha menor relevancia, cumplen un papel crucial asegurando las condiciones mínimas para la subsistencia de aquellas personas que están en situación de necesidad y que no han contribuido lo necesario en su vida laboral para generar derecho a una pensión contributiva. A finales de 2019 la Seguridad Social gestionaba 261 mil pensiones no contributivas de jubilación e invalidez y dos meses más tarde, 900 más. Entre 2012 y febrero de 2020, el número de pensiones no contributivas se incrementó en 11.500.

En relación a las cuantías merece apuntar que, entre 2013 y 2017, apenas se incrementaron 6 euros mensuales. Desde entonces hasta febrero de 2020 el importe medio ha aumentado en 9 euros hasta suponer 387 euros mensuales.

**Gráfico 5.6. Pensiones no contributivas de jubilación e invalidez y cuantía media, 2011-2020.**

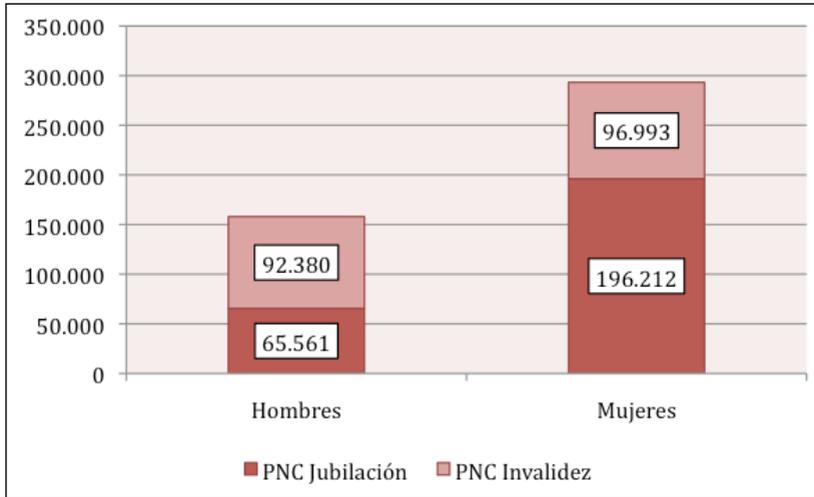


*Fuente: IMSERSO, 2020.*

\*febrero 2020.

Las mujeres son las principales beneficiarias de las pensiones no contributivas de jubilación. A finales de 2019, 196.212 mujeres percibieron pensiones no contributivas de jubilación, frente a los 65.651 hombres. Han crecido en número en ambos casos en el último año. En cuanto a las prestaciones no contributivas de invalidez, en los hombres son más relevantes que las de jubilación.

**Gráfico 5.7. Personas beneficiarias de 65 y más años de pensiones no contributivas de jubilación e invalidez por sexo, 2018.**



Fuente: IMSERSO, 2019.

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

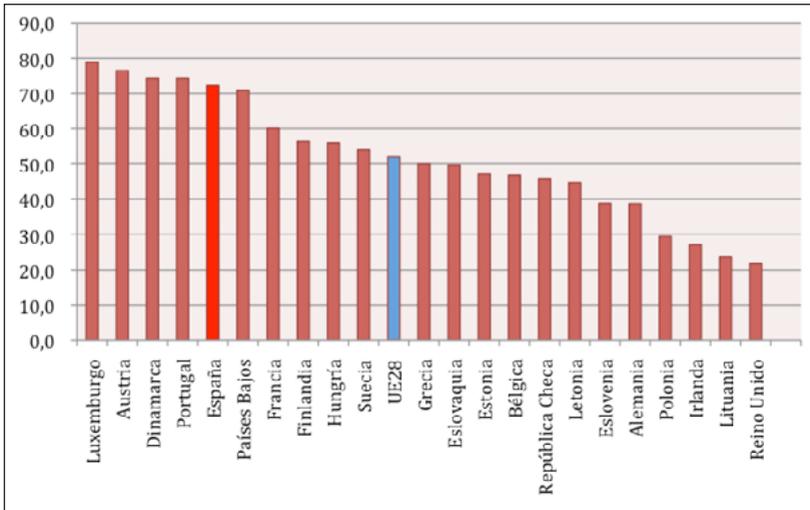
La capacidad de sustitución de las pensiones del salario que se percibía durante los años de actividad laboral se denomina “tasa de reemplazo”. Se trata de un porcentaje que ilustra la parte que representa la cuantía de la pensión con respecto al salario previo.

En el gráfico 5.8 se ilustra que España tiene una tasa de reemplazo considerablemente alta en comparación con otros países europeos,

ocupando la quinta posición. Permite observar cómo España tiene una tasa de reemplazo por encima de la media europea, ocupando el 7º lugar en el ranking, con un 72,3%. Luxemburgo y Austria tienen tasas de reemplazo muy elevadas, por encima del 75%, mientras que Reino Unido tiene una tasa de reemplazo de apenas el 22%.

La comparativa internacional es muy complicada cuando hablamos de las cuantías de las pensiones. Hay que tomar en consideración varios elementos. Lo primero, 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). España está asentada, principalmente, en un sistema público financiado mediante cotizaciones que determinan las futuras prestaciones bajo el principio de la solidaridad intergeneracional. Los planes de pensiones de empresa o privados tienen muy poca relevancia. Sin embargo, hay países en los que los planes de pensiones de empleo, con cotizaciones empresariales, constituyen un pilar importante en las prestaciones.

**Gráfico 5.8. Tasa de reemplazo de las pensiones con respecto al salario previo en UE, 2018.**



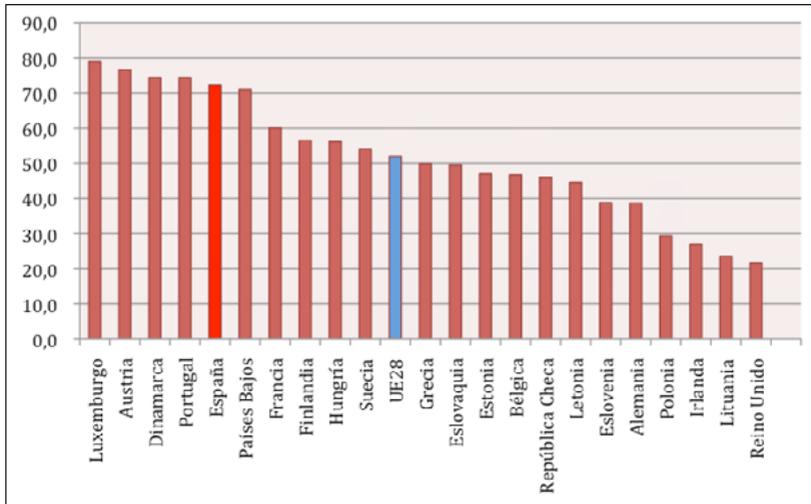
*Fuente: OCDE, 2020.*

Otro elemento de crucial importancia a tener en cuenta a la hora de hablar de las tasas de reemplazo son los salarios de referencia previos a la jubilación. Los bajos salarios son menos costosos de suplir con una pensión. En España, los bajos salarios se plasman en la cantidad de pensiones con bajas cuantías, especialmente entre las mujeres.

El análisis de los Salarios Mínimos Interprofesionales en los diversos países permite valorar la ponderación de la tasa de reemplazo en este sentido. El gráfico 5.9 presenta las cuantías de los SMI en

Europa. España ha escalado posiciones con la reciente subida del SMI, colocándose en 5ª posición.<sup>26</sup>

### Gráfico 5.9. Salario Mínimo Interprofesional en España y UE28, 2020.



*Fuente: Eurostat, 2020.*

Es interesante, desde una perspectiva comparada a nivel europeo, conocer los ingresos de la población mayor. El gráfico 5.10. presenta los datos de ingresos medianos<sup>27</sup> de estas personas (corregidos en función del poder de compra de cada país). España ocuparía la 13ª

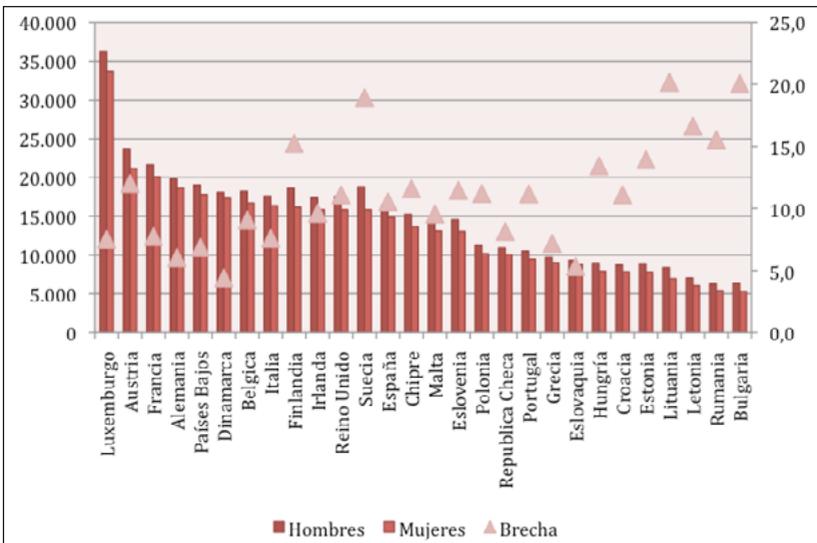
<sup>26</sup> Hay varios países en los que no existen salarios mínimos interprofesionales, sino que los salarios mínimos se determinan a través de la negociación colectiva, y por ello, por sector.

<sup>27</sup> Utilizamos la mediana ya que es el valor que divide a la población en dos partes numéricamente iguales, y por lo tanto, más interesante y ajustado que recurrir a la media.

posición, con una mediana de 16.400 euros los hombres y 14.800 euros anuales las mujeres; muy lejos de los 36.250 de los hombres en Luxemburgo y los 5.330 de las mujeres mayores en Rumanía.

Tal como se puede apreciar en el gráfico, en todos los países existe una brecha de ingresos por razón de género entre la población mayor. Sin embargo, existen diversos grados, donde destacan Lituania, Bulgaria y Suecia, y en cambio Dinamarca presenta una brecha menor.

**Gráfico 5.10. Ingresos medianos (en paridad de poder de compra) y brecha salarial de mujeres y hombres de 65 y más años en España y UE28, 2018.**



Fuente: Eurostat, 2020.

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

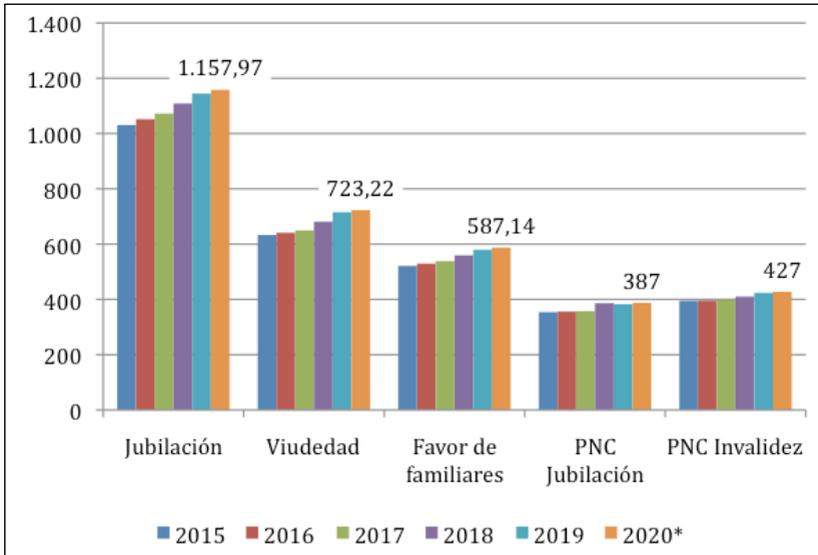
El gráfico 5.11 ilustra la evolución de las cuantías medias de las pensiones en los últimos 6 años. En él se visualiza claramente la relevancia de que las mujeres perciban en mayor medida las prestaciones que tienen asociadas peores condiciones económicas.

Las pensiones contributivas de jubilación son las que constituyen la “norma” del sistema y como cabe esperar por ello, las más cuantiosas, llegando a 1.157 euros al mes de media (en marzo 2020). Desde 2014 hasta 2019, la pensión media de jubilación se ha incrementado un 13,5%, una evolución marcada por las cuantías de las nuevas altas. La pensión media de las nuevas altas en 2019 fue de 1345 euros al mes (1.480,30 euros al mes en caso de los hombres y de 1.155,14 en el caso de las mujeres).

Atendiendo a las pensiones contributivas de viudedad, el gráfico permite ver que sus cuantías son inferiores: la pensión media se situaba en marzo 2020 en 723 €. Su incremento entre 2014 y 2019 ha sido de un 14,2%. y las nuevas altas en 2019 eran de 768 euros mensuales

Las pensiones no contributivas de jubilación e invalidez presentan cuantías medias muy por debajo, especialmente las de jubilación, que apenas alcanzan los 385 euros al mes tras ligeros aumentos en los últimos dos años.

**Gráfico 5.11. Cuantías medias de las pensiones contributivas de jubilación, viudedad, a favor de familiares y de las pensiones no contributivas de jubilación e invalidez, 2014-2019.**



Fuente: Seguridad Social e IMSERSO, 2020.

\*Seguridad social marzo 2020; IMSERSO, febrero 2020.

## Las mujeres perciben las pensiones más bajas

Tal como se viene indicando, la desigualdad de ingresos entre hombres y mujeres en la vejez viene determinada por varias razones. En primer lugar, por el hecho de que acceden en menor grado que ellos a la prestación central del sistema de pensiones: la pensión contributiva de jubilación. En segundo lugar, porque las cuantías que reciben

son menores, ya que la prestación contributiva de jubilación se establece en función del salario previo y las mujeres cobran menos en su vida laboral por el trabajo regular remunerado, como consecuencia no sólo de la discriminación directa sino también de la indirecta, con una elevada presencia en el empleo a tiempo parcial.

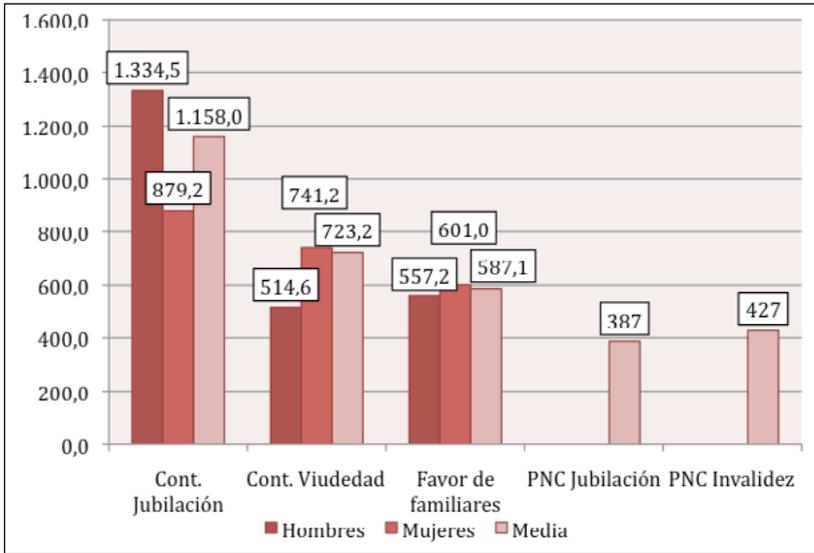
Es importante apuntar que el sistema se ha ido dotando de diversos instrumentos para compensar estos desequilibrios en pro de la proporcionalidad, compensando parte de las excedencias y las reducciones de jornada por cuidado o la jornada a tiempo parcial.

El cuadro 5.12 ilustra las diferencias. En cuanto a las pensiones contributivas de jubilación, la prestación media de las mujeres es 455 euros al mes inferior a la de los hombres, lo que implica que debería incrementarse un 52% para colocarse al mismo nivel.

La pensión media de viudedad de las mujeres es más elevada, dado que se deriva de los mejores salarios previos de ellos. En todo caso, cabe recordar que estas prestaciones en los hombres son menos numerosas, debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres.

Como ya hemos apuntado previamente, las cuantías de las pensiones no contributivas son aún más pequeñas. Las de jubilación, también percibidas en gran medida por mujeres, apenas alcanzan los 387 euros al mes.

**Gráfico 5.12. Cuantías medias de las pensiones contributivas y no contributivas, por sexo, 2020.**



*Fuente: Seguridad Social e IMSERSO, 2020.*

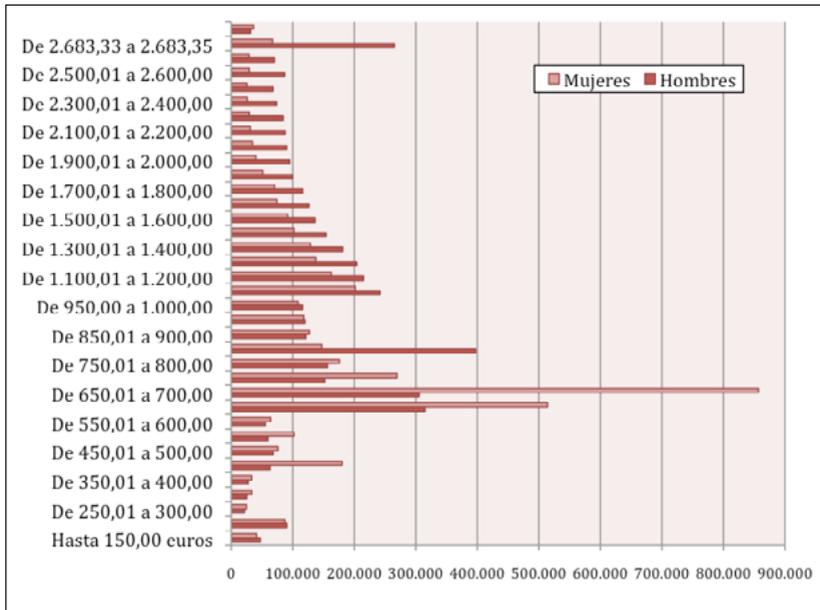
\*Seguridad social, marzo 2020. IMSERSO, febrero 2020.

El gráfico 5.13 presenta la distribución por cuantías de las pensiones contributivas de jubilación por sexo. En primer lugar merece apuntar que más de la mitad de las pensiones de jubilación tienen cuantías por debajo de 900 euros al mes. Sin embargo, no pueden obviarse las diferencias por género, y hay que puntualizar que en el caso de las pensiones que perciben las mujeres, más de la mitad se encuentran por debajo de 750, mientras que en las pensiones de los hombres la distribución se corta a la mitad en 1.100 euros al mes.

La cuantía más común entre las pensiones de los hombres está entre 800 y 850, y en el caso de las de las mujeres, entre 650 y 700. No es casual, sino que se corresponden 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 (843,4€) así como la máxima (2.683,34€). Por su lado, son muchas las mujeres que cobran la pensión mínima con cónyuge no a cargo (648,7€) o en hogar unipersonal (683,5€).

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).

**Gráfico 5.13. Distribución por cuantías de las pensiones contributivas de jubilación por sexo, marzo 2020.**



Fuente: Seguridad Social, 2020.

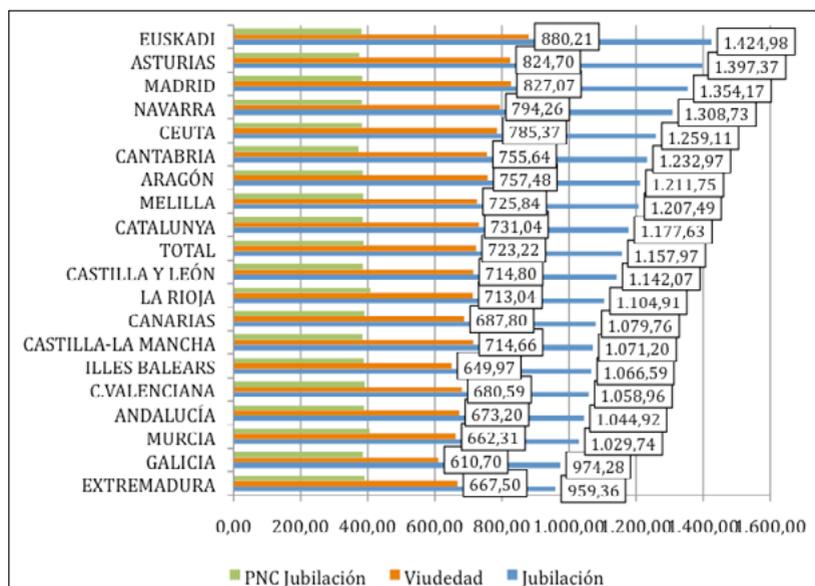
### Las cuantías de las pensiones varían también en función de las Comunidades Autónomas

Las cuantías medias de las pensiones difieren en las distintas comunidades autónomas. En el gráfico 5.14. se puede ver cómo las pensiones de jubilación y viudedad más cuantiosas se cobran en Euskadi, Asturias y Madrid, mientras que las más bajas se registran

en Extremadura, Galicia y Murcia. Esto se explica, en buena medida, por la diversidad de sistemas productivos y la calidad de su empleo en las distintas regiones, lo que condiciona visiblemente las cuantías medias de las pensiones.

Las diferencias son muy marcadas, tanto, que entre la pensión contributiva media de jubilación de Euskadi y la de Extremadura hay una brecha de 465 € al mes, y entre las contributivas de viudedad de Euskadi y la de Galicia es de 270 € al mes.

**Gráfico 5.14. Cuantía media de las pensiones, por tipo y CCAA, marzo 2020.**



Fuente: Seguridad Social e IMSERSO, 2020.

## Más del 20% de las pensiones son complementadas a mínimos

En la tabla 5.1 se recogen las cuantías mínimas de las pensiones de jubilación establecidas para el año 2020. Pese a lo controvertido que resulta el establecimiento de qué cantidad debe ser considerada la mínima para asegurar los ingresos, 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.

Para asegurar que se alcanzan dichas cuantías, existen los llamados complementos a mínimos en las pensiones contributivas. Su relevancia se refleja en el hecho de que, en marzo de 2020, el 30% de las pensiones de jubilación en vigor de mujeres dispone de un complemento y un 17% de las de los hombres.

**Tabla 5.1. Cuantías mínimas de las pensiones de jubilación, 2020.**

	Jubilación con 65 años	Jubilación con 65 años procedente de Gran Invalidez
Con cónyuge a cargo	843,4	1.265,10
Sin cónyuge (unidad familiar unipersonal)	683,5	1025,3
Con cónyuge no a cargo	648,7	973,1

Fuente: Seguridad Social, 2019.

En el caso de las pensiones contributivas de viudedad, el 30% de las de mujeres están complementadas frente al 7% de las de los hombres.

## La brecha de género en el sistema de pensiones

A lo largo del capítulo se ha constatado que la brecha de género se hace patente tanto en el menor acceso a la pensión central del sistema, la de jubilación, debido a que a menudo no reúnen las condiciones de cotización, en el tipo de prestación que perciben y en la cuantía de las mismas. En este apartado vamos a tratar con más detalle los datos y su evolución en los últimos años.

A continuación se valoran las pensiones más relevantes teniendo en cuenta tanto el factor edad: las prestaciones contributivas de jubilación, incapacidad permanente y viudedad. Se trata de las pensiones donde la brecha de género es mayor.

La pensión central del sistema, como se ha mencionado reiteradamente, es la pensión de jubilación. Es la que aglutina el mayor número de pensiones: 6 millones 94 mil a fecha de abril de 2020.

En el siguiente cuadro se pueden apreciar las diferencias significativas entre las pensiones de hombres y mujeres: el 61% de las pensiones de jubilación las perciben hombres, pese a que existe un mayor número de mujeres mayores que de hombres. Además, podemos observar la brecha en la cuantía de las mismas: la pensión media de ellos es de 1.335 € frente a los 880 de ellas, lo que implica una brecha del 34%.

**Tabla 5.2. Pensiones en vigor y brecha de género (abril 2020).**

	HOMBRES		MUJERES		BRECHA DE GÉNERO	
	Número	Pensión media	Número	Pensión media	% mujeres	Diferencia (%) Mujeres-hombres
<b>PENSIÓN DE JUBILACIÓN</b>						
General	2.787.120	1.459,26	1.574.292	1.031,71	36,10	29,30
Trabajadores autónomos	763.840	868,61	546.625	643,98	41,71	25,86
Total del sistema	3.728.587	1.335,78	2.366.288	880,67	38,82	34,07
<b>PENSIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE</b>						
General	435.738	1.062,13	287.861	925,37	39,78	12,88
Trabajadores autónomos	82.069	782,58	37.589	686,04	31,41	12,34
Total del sistema	607.044	1.040,28	350.147	891,93	36,58	14,26
<b>PENSIÓN DE VIUDEDAD</b>						
General	134.524	558,44	1.599.661	788,74	92,24	-41,24
Trabajadores autónomos	48.987	379,40	420.699	538,66	89,57	-41,98
Total del sistema	187.401	514,98	2.169.385	741,84	92,05	-44,05
<b>TOTAL DE PENSIONES</b>						
General	3.502.825	1.332,66	3.603.679	892,43	50,71	33,03
Trabajadores autónomos	931.160	815,07	1.042.870	592,95	52,83	27,25
Total del sistema	4.715.762	1.227,74	5.076.826	805,50	51,84	34,39

Fuente: Seguridad Social, 2020.

Al analizar la pensión de incapacidad permanente nos encontramos con una realidad parecida: el porcentaje de perceptores hombres es del 63%. En este caso, la brecha en la cuantía de la pensión es menor, siendo del 14%, con una pensión media de 1.040€ para ellos y 892€ para ellas.

Diferente es el caso de las pensiones de viudedad, donde las perceptoras son eminentemente las mujeres, suponiendo un 92% del total. Hay 2,17 millones de pensiones de viudedad percibidas por mujeres. En este caso, las pensiones que perciben ellas son mayores, con una cuantía media de 741 € mensuales frente a los 515 € de ellos.

Entender las razones por las cuáles la cuantía de las pensiones de las mujeres son en este caso mayores que las de los hombres exige explicar el origen de este tipo de prestación. La pensión de viudedad es un derecho derivado del derecho del antiguo cónyuge a una pensión de jubilación. Es decir, precisa haber contraído matrimonio y haber quedado en situación de viudedad y la cuantía no se establece en función de las propias cotizaciones sino de las del cónyuge difunto. Las mujeres, con insuficientes y peores cotizaciones derivan peores derechos a sus cónyuges hombres que a la inversa.

En términos globales, observando el total de pensiones del sistema, se puede afirmar que no existe una gran diferencia entre el número de pensiones que perciben hombres y mujeres. Sin embargo sí hay una llamativa diferencia entre las pensiones medias que perciben unas y otros. La brecha global representa un 34,4%.

## Se reduce paulatinamente la brecha en las pensiones

La evolución general de las pensiones en los últimos 6 años podría valorarse como positiva, en la medida en que van incrementándose el número de pensiones y las cuantías medias de ellas, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres.

Esta tendencia se observa en las pensiones de jubilación y en las de incapacidad permanente. Se pueden ver cómo la mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo tiene como consecuencia un mayor acceso a estas pensiones generadas por derecho propio. En las cuantías se observa una mejoría global, pero más marcada en el caso de las mujeres, mitigando paulatinamente la brecha de género.

Al estudiar la evolución de la diferencia entre hombres y mujeres en la pensión de viudedad sí se aprecia que el número de pensiones de ellos va aumentando mientras que el de ellas se reduce. Pese a ello no cabe pensar en un acercamiento dada la amplísima diferencia ya que la esperanza de ella es mayor.

**Tabla 5.3. Brecha de género en las pensiones, 2014-2019.**

	HOMBRES		MUJERES		BRECHA DE GÉNERO	
	Número	Pensión media	Número	Pensión media	% mujeres	Diferencia (%) Mujeres-hombres
<b>PENSIÓN DE JUBILACIÓN</b>						
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
<b>PENSIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE</b>						
2014	606.212	980,88	323.252	793,08	34,78	19,15
2015	606.067	986,81	325.588	805,03	34,95	18,42
2016	607.964	991,52	330.363	815,90	35,21	17,71
2017	610.591	995,80	336.529	827,52	35,53	16,90
2018	609.821	1.003,97	342.006	843,18	35,93	16,02
2019	609.583	1.031,52	347.914	877,28	36,34	14,95
<b>PENSIÓN DE VIUDEDAD</b>						
2014	170.646	473,41	2.177.704	635,84	92,73	-34,31
2015	174.120	477,81	2.179.099	642,82	92,60	-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	492,30	2.177.248	678,88	92,26	-37,90
2019	185.047	508,56	2.176.555	729,11	92,16	-43,37
<b>TOTAL DE PENSIONES</b>						
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

Fuente: Seguridad Social, 2020.

Atendiendo al total de pensiones, vemos cómo el porcentaje de mujeres beneficiarias es ligeramente mayor al de los hombres y continua aumentando ligeramente cada año. El motivo es el mayor acceso de las mujeres al sistema contributivo, como consecuencia de su inserción en el mercado laboral y, por otro lado, por el factor demográfico, debido a que el número de mujeres mayores es superior por una mayor esperanza de vida. Por el contrario, la brecha de género en la cuantía de las pensiones se reduce de forma paulatina, manteniéndose todavía una diferencia importante entre ambos géneros, consecuencia directa de un mercado de trabajo desigual y el mantenimiento de una doble jornada laboral para las mujeres, que dificultan el desarrollo de su carrera profesional.

**Tabla 5.4. Número de pensiones no contributivas por género, 2019.**

	HOMBRES	MUJERES	% MUJERES
PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DE JUBILACIÓN			
	65.561	196.212	74,96
PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DE INVALIDEZ			
	92.380	96.993	51,22
TOTAL DE PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS			
	157.941	293.205	64,99

*Fuente: IMSERSO, 2020.*

Para concluir el análisis de la brecha de género en las pensiones, quedaría observar las diferencias de género que aparecen en las pensiones no contributivas. Como ya se ha dicho anteriormente en este capítulo, no existe una diferencia en lo que se refiere a la cuantía

al no establecerse esta en función de las cotizaciones del empleo. Las pensiones no contributivas tienen la finalidad de suplir la falta de ingresos al no poder acceder a una pensión contributiva por no alcanzar las cotizaciones necesarias para ello. Por ello, estas son fijadas en función de otros parámetros, con la misma cuantía para hombres y mujeres, siendo de 387 euros mensuales en el caso de jubilación no contributiva y 427 en el caso de invalidez no contributiva.

No obstante, si se aprecian claras diferencias en el número de personas beneficiarias de dichas pensiones, donde las mujeres tienen un papel mayoritario, sobre todo en la pensión de jubilación no contributiva, en la que representa el 75% de las personas beneficiarias. A nivel global, las mujeres representan el 65% de las personas beneficiarias de las pensiones no contributivas y el 51% en el caso de las pensiones de invalidez.

Esta mayor presencia de mujeres en el sistema asistencial encuentra su explicación en la falta o insuficiencia de cotizaciones a la Seguridad Social que les permita acceder al sistema contributivo, debido a no haber permanecido en el mercado de trabajo o haberlo hecho por un tiempo menor al exigido, a causa del empleo de su tiempo en llevar a cabo el trabajo doméstico y de cuidados.

A estas alturas aún no podemos saber qué efectos tendrá la crisis sanitaria, económica y social sobre el sistema de pensiones, ya que sus consecuencias son multidimensionales: la enorme pérdida de empleo o los cambios en la esperanza de vida de los mayores. Pero desde el punto de vista de género se abre un gran reto que no se

sabe cómo se resolverá: en un país como España, donde muchas familias contaban con el apoyo de los mayores para poder conciliar la vida familiar y laboral, el nuevo escenario hasta que haya una vacuna o una cura efectiva nos obligará a proteger a los mayores. Cabe esperar, como ya ha ocurrido durante los meses de confinamiento, que sean las mujeres quienes se aparten o condicionen su participación en el mercado de trabajo a las necesidades familiares con lo que, si no se desarrollan medidas efectivas que posibiliten la corresponsabilidad del cuidado, se producirá una ampliación de las brechas laborales y en consecuencia, en las pensiones.



# 6

## **LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO PARA LAS PENSIONES**

En el capítulo anterior se ha analizado el sistema público de pensiones y como éste presenta una de las mayores brechas entre mujeres y hombres en materia de recursos disponibles.

Dicha brecha de género es consecuencia directa de las condiciones en el empleo y en los salarios de las mujeres, que repercuten directamente en su carrera de cotización. La vida laboral de las mujeres se ve afectada por una doble jornada laboral, dividida entre el trabajo productivo y reproductivo, siendo este último infravalorado socialmente y con un reparto completamente desigual. A ello se suman las múltiples discriminaciones contra las mujeres producidas en el entorno laboral, causando una serie de desigualdades de especial relevancia en el análisis de la brecha en las pensiones, debido a que dichas consecuencias se trasladan a las condiciones de vida, resultando en un impacto negativo para un envejecimiento activo.

Por ello, se considera especialmente relevante analizar, como se hará a continuación, la situación laboral de mujeres y hombres de 55 a 64 años, a partir de una comparativa entre ambos que permita observar las desigualdades de género en materia de actividad, inactividad y condiciones laborales latentes en los últimos años de la vida laboral.

Gracias a la información obtenida de *Eurostat* es posible dibujar una imagen global de la situación de mujeres y hombres en lo relativo al empleo en comparación con los países vecinos. A su vez, a partir de los datos extraídos de la *Encuesta de Población Activa* se analiza la información de forma más concreta en España y comparando la situación en las distintas comunidades autónomas. No obstante, debe tenerse en cuenta que los datos aportados a continuación no hacen distinción entre trabajo regulado y trabajo sumergido, es decir, que, pese a que las personas encuestadas declaren estar trabajando, esto no es garantía de que se estén realizando las correspondientes cotizaciones a la Seguridad Social.

Cabe añadir que, si bien no se va a apreciar en los siguientes gráficos, debido a la pandemia de la COVID-19 y la consecuente paralización de la economía a causa de las medidas aprobadas por los distintos decretos en el contexto del estado de alarma, las condiciones de empleo, tanto de mujeres como de hombres, se han visto gravemente afectadas. La imposibilidad de llevar a cabo la prestación de servicios ha producido que muchas empresas recurran a expedientes de regulación temporales de empleo (ERTE) e, incluso, a la extinción de contratos de las personas trabajadoras. A ello se suma, que la falta

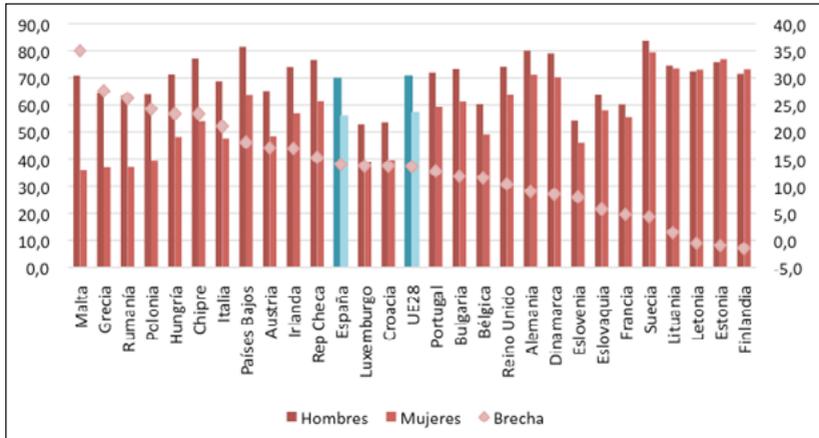
de servicios públicos que garantizan el cuidado, educación y atención de menores y personas mayores o dependientes, junto con la debilidad de las medidas de fomento de la corresponsabilidad, esté suponiendo sobre todo para las mujeres, la necesidad de acogerse a medidas de conciliación como reducciones de jornada de hasta el 100% o excedencias sin ningún tipo de compensación económica.

Todo ello, supone no solo la pérdida de ingresos a corto plazo, si no que la falta o reducción de las cotizaciones a la Seguridad Social, especialmente en los últimos años de la carrera profesional, repercute en el cálculo de las prestaciones sociales como la jubilación, dando como resultado una pensión más reducida.

## **La actividad**

La tasa de actividad en España, es decir, el porcentaje de personas con empleo o en busca de éste sobre el total de la población, es de 69,8% en el caso de los hombres y del 55,8% en las mujeres. Esto supone una diferencia de 14 puntos porcentuales entre hombres y mujeres, lo que sitúa a España por encima de la media europea (13,6 puntos porcentuales).

**Gráfico 6.1. Tasa de actividad y diferencia entre mujeres y hombres de 55 a 64 años en España y UE28, 2019 (puntos porcentuales).**



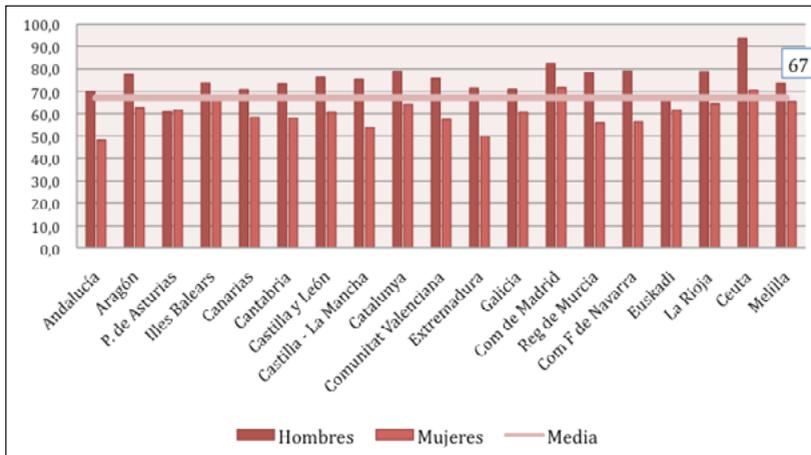
*Fuente: Eurostat, 2020.*

La diferencia entre hombres y mujeres en la tasa de actividad presenta resultados muy diferentes entre los países de la Unión Europea. Malta (34,9 puntos porcentuales), Grecia (27,5) y Rumanía (26,2) son los países con mayores diferencias, mientras, en el lado opuesto, Letonia (-0,6), Estonia (-1) y Finlandia (-1,5) presentan una diferencia negativa, es decir, la tasa de actividad de las mujeres es mayor que la de los hombres.

Se presenta una menor brecha de género en los países escandinavos y bálticos, donde la diferencia es inferior al 5% o, incluso, datos negativos, como se ha dicho anteriormente. Además, cabe destacar,

que en estos países las tasas de actividad son muy elevadas tanto para hombres como mujeres, superando el 70%. Sin embargo, países como Francia, Eslovenia y Eslovaquia, si bien presentan una brecha de género muy por debajo de la media europea, sus tasas de actividad también son muy inferiores a dicha media. Por lo tanto, la brecha de género no debe analizarse como un dato aislado, sino que debe enmarcarse en relación a la tasa de actividad de hombres y mujeres, obteniendo así una imagen mucho más certera y global de situación.

**Gráfico 6.2. Tasa de actividad de mujeres y hombres de 55 a 64 años por CCAA y media estatal, 2020 (1º trimestre).**



Fuente: Encuesta de Población Activa, 2020.

Analizando la tasa de actividad a nivel autonómico, se observan claras diferencias entre los distintos territorios, situándose la media glo-

bal en un 67%. Al segregar los datos por género se observa como en todas las comunidades autónomas es mayor la tasa de actividad de los hombres que la de las mujeres. La media global en el caso de los hombres se sitúa en 74,4%, destacando Ceuta (93,4%), Comunidad de Madrid (82,5%) y Navarra (79,1%) y, en el lado opuesto, Asturias (60,8%) y Euskadi (66%). En el caso de las mujeres, la media global se sitúa en 59,2% y comunidades autónomas como Madrid (71,7%), Ceuta (70,6%) y Baleares (67,6%) se sitúan por encima de la media, mientras, Andalucía (48,1%) y Extremadura (49,8%) se sitúan por debajo de esta.

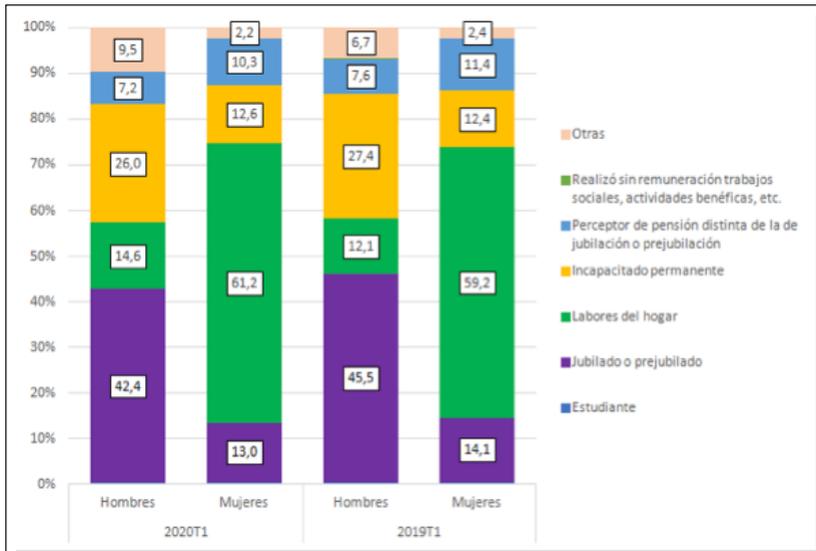
## La inactividad

En contraposición con los gráficos anteriores, el gráfico 6.3 muestra la distribución según los motivos de inactividad de personas de 55 a 64 años. En primer lugar, es clara la diferencia entre mujeres y hombres.

La tasa de inactividad de los hombres es del 30,3% sobre los hombres en total y los principales motivos de inactividad en ellos son la jubilación o prejubilación (42,4%) y la incapacidad permanente (26%), es decir, ambas causas de inactividad acompañadas de una pensión. En el caso de las mujeres, su tasa de inactividad es de 44,7%, es decir, 14 puntos por encima de la de los hombres y casi la mitad de las mujeres entre 55 y 64 años. El motivo principal de su inactividad es la realización de labores del hogar, representando el 61,9% del total de mujeres inactivas. Seguida con mucha diferencia

de jubilación (13%), incapacidad permanente (12,6%) y la percepción de una prestación distinta a las anteriores (10,3%).

**Gráfico 6.3. Distribución porcentual de clase de inactividad en mujeres y hombres, de 55 a 64 años, 2019-2020 (1º trimestre).**



Fuente: Encuesta de Población Activa, 2020.

La prevalencia de la realización de las labores del hogar por parte de las mujeres y la minoría en el caso de los hombres (14,6%) evidencia, como ya se había mencionado anteriormente, el reparto desigual del trabajo reproductivo y su infravaloración social; suponiendo una carga de trabajo que impide o dificulta el desarrollo del trabajo remunerado.

Respecto al año anterior, no se perciben grandes cambios en la distribución. Si bien cabe destacar un incremento, tanto de hombres y mujeres, dedicados a labores del hogar, aumentando en más de 2 puntos porcentuales dicho motivo de inactividad. Sin embargo, pese a ver aumentado el porcentaje de hombres dedicados a labores del hogar, en ningún caso, refleja un traspaso de dichas funciones, puesto que también se ha producido un incremento en el caso de las mujeres.

Como ya se ha dicho, la tasa de actividad engloba tanto a las personas ocupadas, las cuales se analizarán a continuación, como a las personas que se encuentran buscando empleo, es decir, las personas en situación de desempleo.

## El empleo

Los últimos datos del *Servicio Público de Empleo* muestran que en el mes de abril de 2020 son 18,4 millones las personas afiliadas a la Seguridad Social, lo que supone 49 mil personas menos que en relación al mes de marzo. Bajada que ya se apreció de forma mucho más llamativa en el mes de marzo, cuando fueron 834 mil las bajas en la afiliación, resultando en más de 947 mil bajas desde que se inició el estado de alarma.

Segregando por género, son las mujeres las que más han sufrido las consecuencias de la pandemia, registrando un descenso en la ocupación de 56,8 mil mujeres, mientras que se ha producido un

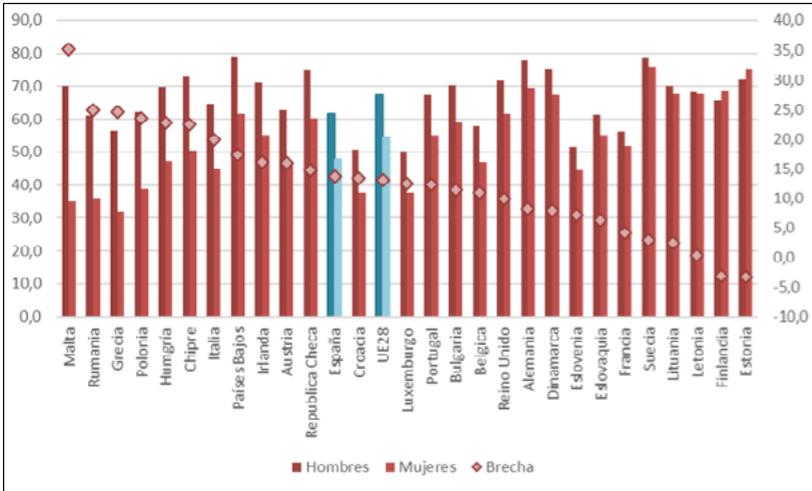
incremento de 7,7 mil hombres ocupados. Todo ello, resulta en que la población ocupada está compuesta por 8,8 millones de mujeres y 10,1 millones de hombres.

En cuanto al análisis por sectores, en el Régimen General, las Actividades Sanitarias y de Servicios Sociales han sido el único sector que ha registrado un incremento (23.228 afiliados más). Mientras que se han registrado bajadas muy acusadas en otros sectores como la construcción (89 mil afiliados menos, (-10,7%)), hostelería (77 mil, -6,5%) o actividades artísticas y de entretenimiento (21 mil, -7,99%).

Por último, una de las figuras más utilizadas para intentar aplacar las consecuencias de la pandemia ha sido el expediente de regulación temporal de empleo (ERTE). 3.386.785 millones del total de afiliados se han acogido a esta medida, lo que supone el 24,25% de la afiliación total en el Régimen General.

Por sectores, hay más afiliados en un ERTE en Servicios de comidas y bebidas (726 mil), comercio al por menor (448 mil), comercio al por mayor (210 mil) y servicios de alojamiento (206 mil). A nivel autonómico, Catalunya (678 mil), Comunidad de Madrid (566 mil), Andalucía (477 mil) y Comunitat Valenciana (349 mil) han registrado el mayor número de ocupados acogidos a un ERTE.

**Gráfico 6.4. Tasa de empleo y diferencia entre mujeres y hombres, de 55 a 64 años, en España y UE28, 2019 (puntos porcentuales).**



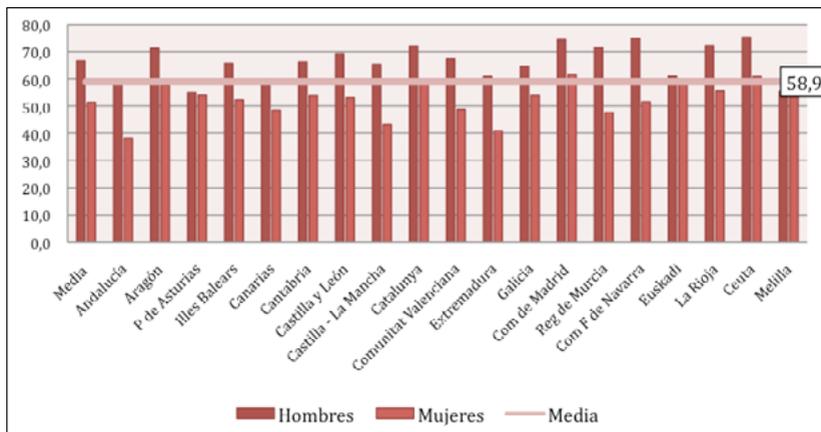
*Fuente: Eurostat, 2020.*

La población activa se divide en población ocupada o empleada y población parada. En el gráfico 6.4 se muestran las tasas de empleo de mujeres y hombres de 55 a 64 años en los distintos países europeos.

La tasa de empleo entre los distintos países varía significativamente, tanto en el caso de hombres como de mujeres. España presenta una tasa de empleo masculina de 61,6% y de 47,9% la femenina, lo que la sitúa por debajo de la media europea (67,3% en hombres y 54,3% en mujeres).

Otro dato que aporta el gráfico es la brecha de género en dicha tasa de empleo, observándose una diferencia de más de 35 puntos porcentuales entre los distintos países. Malta (35,1%), Rumanía (24,9%) y Grecia (24,6%) presentan las mayores brechas de género, mientras, en el lado opuesto, con datos negativos, es decir, la tasa de empleo femenina es superior a la masculina, se encuentran Estonia (-3,2%) y Finlandia (-3,1%). En general, los países bálticos y escandinavos son los que menores brecha de género presentan, frente a los países del sur y este de Europa donde las brechas en la tasa de empleo son mayores. El caso de España, presenta una brecha de 13,7%, muy próxima a la de la media europea (13%).

**Gráfico 6.5. Tasa de empleo de mujeres y hombres, de 55 a 64 años, por CCAA y media estatal, 2020 (1º trimestre).**



Fuente: Encuesta de Población Activa, 2020.

En el gráfico 6.5 se presentan las tasas de empleo de las diferentes comunidades autónomas, apreciándose grandes diferencias entre ellas y también entre mujeres y hombres, siendo en todos los casos superior la de estos últimos. La media global se sitúa en 58,9% de tasa de empleo.

Segregando por sexo, las mujeres presentan mayores tasas de empleo en Comunidad de Madrid (61,7%), Ceuta (60,8%) y Euskadi (58,7%), mientras que en Andalucía (38,2%), Extremadura (48,9%) y Castilla-La Mancha (43,1%) se registran las menores tasas. En el caso de los hombres, regiones como Ceuta (75,4%), Com. Foral de Navarra (74,9%) y Comunidad de Madrid (74,5%) presentan las mayores tasas de empleo y, en el lado opuesto con las cifras más reducidas se sitúan Asturias (55,1%), Melilla (55,6%), Andalucía (59,6%) y Canarias (59,8%).

En lo que se refiere a la brecha de género en la tasa de empleo, también se aprecian grandes diferencias entre territorios, con una diferencia de más de 20 puntos porcentuales entre el territorio con menor y mayor brecha. La brecha de género a nivel global se sitúa en un 15,2%. Región de Murcia (24%), Com. Foral de Navarra (23,3%), Castilla-La Mancha (22,3%) y Andalucía (21,4%) presentan las mayores brechas de género, mientras que las brechas más reducidas aparecen en Principado de Asturias (1,2%), Melilla (1,2%) y Euskadi (2,3%).

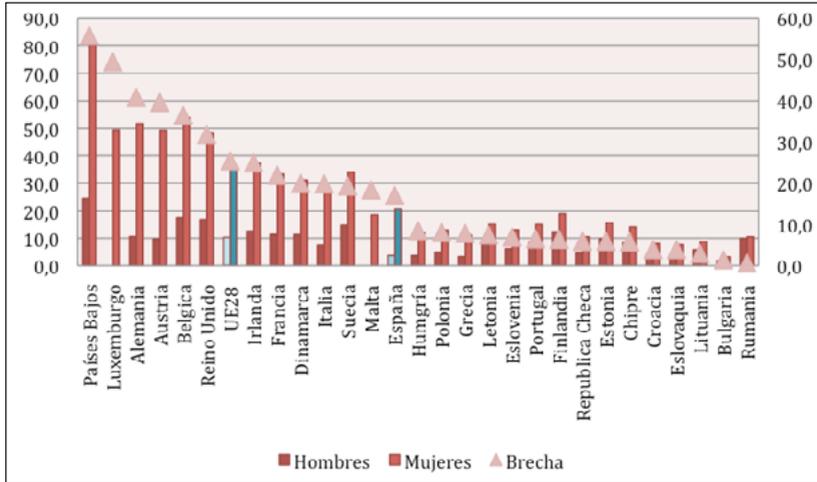
Respecto a la crisis de la COVID-19, si bien se ha producido una bajada generalizada de la ocupación, comunidades autónomas

como Baleares (6,17%), Murcia (1,73%), Extremadura (0,6%), Aragón (0,35%) y Andalucía (0,15%) han registrado datos positivos en la tasa de ocupación.

## La parcialidad

La parcialidad es una de las características de las condiciones de trabajo que más afecta a las mujeres. En el gráfico 6.6 es posible apreciar como la tasa de parcialidad de las mujeres es superior a la de los hombres en todos los países de la Unión Europea, si bien existen grandes diferencias entre ellos. La brecha de la media europea se sitúa en torno al 25%, lo que se traduce en que las mujeres trabajan un 25% más con contratos a tiempo parcial que los hombres. Diferencia puede explicarse, en buena medida, por el reparto desigual del trabajo doméstico y de cuidados entre mujeres y hombres, siendo ellas quienes continúan asumiendo la mayor carga de trabajo. Cabe apuntar, en todo caso, que las condiciones de trabajo ligadas al tiempo parcial son muy diferentes en los distintos países europeos, con lo que el grado de voluntariedad en las jornadas parciales puede variar considerablemente y el alcance de las consecuencias no ser igualmente penoso.

**Gráfico 6.6. Tasa de parcialidad de mujeres y hombres, de 55 a 64 años, en España y UE28, 2019 (puntos porcentuales).**

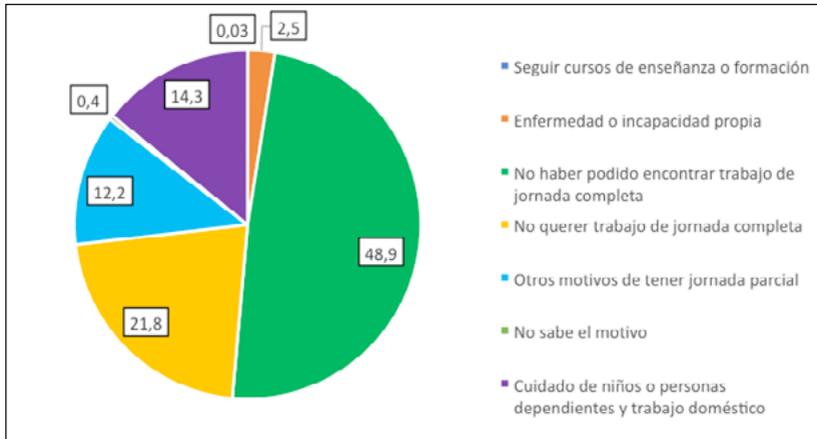


*Fuente: Eurostat, 2020.*

\*Luxemburgo y Malta no presenta datos sobre la tasa de parcialidad en hombres.

En ese caso, España se sitúa por debajo de la media europea, con una brecha de género de 17 puntos, pues la tasa de parcialidad masculina es de 3,7% y la femenina 20,7%. En cuanto al resto de países, se aprecian grandes diferencias entre ellos, por un lado, los estados centroeuropeos presentan mayores tasas de parcialidad y también mayores brechas de género, mientras que los países del este de Europa las cifras más reducidas en tasas y brecha de género.

**Gráfico 6.7. Motivos de la jornada parcial de las mujeres, de 55 a 64 años, 2020 (1º trimestre).**



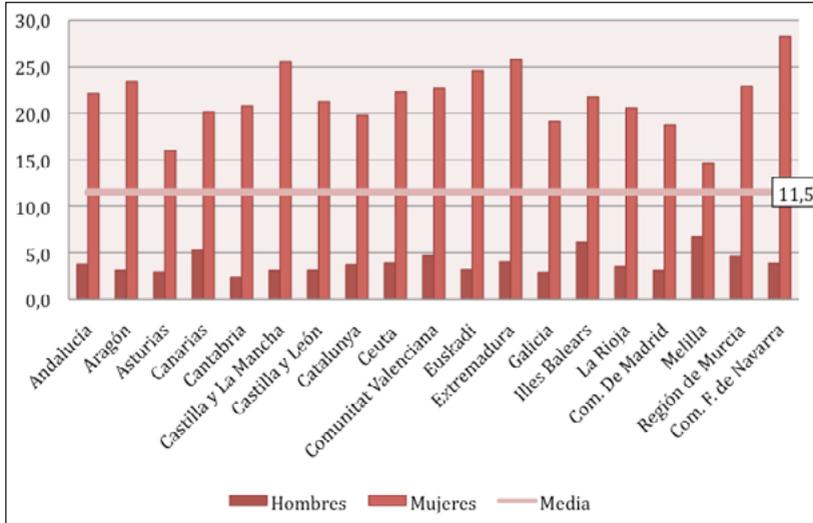
*Fuente: Encuesta de Población Activa, 2020.*

Dado el alto porcentaje de mujeres con contratos a tiempo parcial, resulta relevante observar cuáles son los motivos de dicha parcialidad. En primer lugar, destaca como motivo principal la imposibilidad de encontrar un trabajo a jornada completa (48,9%), seguido de no querer un trabajo a jornada completa (21,8%) y cuidado de niños o personas dependientes y trabajo doméstico (14,3%). En el caso de los hombres de 55 a 64 años, los principales motivos son la imposibilidad de encontrar trabajo a tiempo completo (48,9%), otros motivos (29,8%), enfermedad o incapacidad (7,5%) y no querer trabajar a jornada completa (7%).

De dicha distribución puede extraerse que en España el trabajo a tiempo parcial es indeseado en la misma medida en hombres y mujeres, y que, en caso de realizarse, es involuntario. También destaca la diferencia en casi diez puntos porcentuales entre hombres y mujeres en lo que se refiere al motivo por cuidado de niños o personas dependientes y trabajo doméstico, siendo en los hombres de 4,6% y en mujeres de 14,3%, lo que demuestra la todavía existente división sexual del trabajo, la cual continúa realizando el trabajo doméstico y de cuidados en detrimento de su vida laboral.

Observando los datos a nivel autonómico se aprecian diferencias relevantes entre los distintos territorios, pero en todos coincide una mayor tasa de parcialidad femenina frente a la masculina. En el caso de las mujeres se aprecian mayores tasas en Navarra (28,2%), Extremadura (25,7%), y Castilla-La Mancha (25,5%), mientras Melilla (14,6%), Asturias (16%) y Comunidad de Madrid presenta las menores tasas de parcialidad. En el caso de los hombres, con mucha diferencia respecto a las mujeres, registran los datos más elevados en Melilla (6,7%), Baleares (6,1%) y Canarias (5,4%) y, en el lado opuesto, con las cifras más bajas Cantabria (2,4%) Galicia (2,9%) y Asturias (2,9%).

**Gráfico 6.8. Tasa de parcialidad de mujeres y hombres, de 50 a 64 años, por CCAA y media estatal, 2019 (1º trimestre).**



Fuente: Encuesta de Población Activa, 2020.

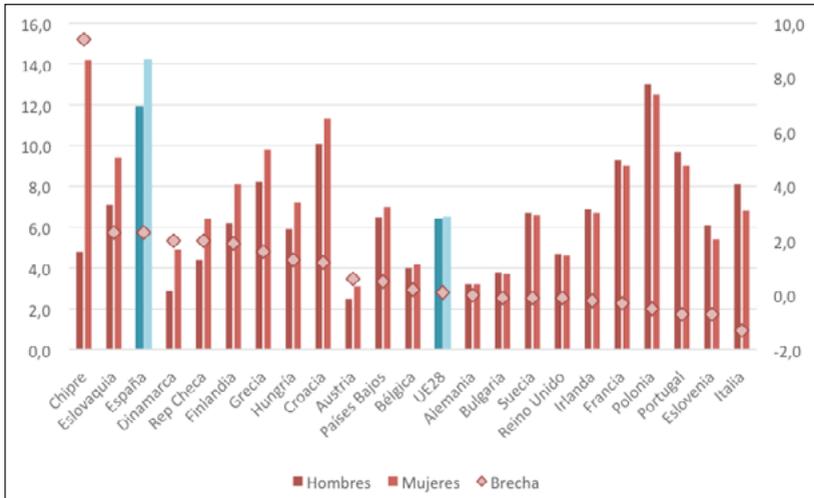
La diferencia media entre las tasas de parcialidad de mujeres y hombres es de 17,7 puntos porcentuales, siendo superior en comunidades autónomas como Navarra (24,4), Castilla-La Mancha (22,4) y Extremadura (21,7), entre otras. Mientras en Melilla (7,9), Asturias (13,1) y Canarias (14,8) la diferencia se sitúa por debajo de la media.

## La temporalidad

La temporalidad es otro de los factores de las relaciones laborales que más afecta a la carrera profesional por ocasionar una discontinuidad en la vida laboral, así como en las prestaciones salariales, provocando lagunas en la carrera de cotización y consecuentemente afectando consecuentemente a las prestaciones que de estas se derivan.

En el contexto de la Unión Europea se observan claras diferencias entre los estados miembros, situándose España como el país con una mayor tasa de temporalidad tanto en hombres (11,9%) como en mujeres (14,2%). En general, se parecían mayores tasas de temporalidad en el sur de Europa, en países como Portugal, Grecia y Chipre, entre otros, superando la media europea (6,4% en los hombres y 6,5% en las mujeres), debido a diversos factores entre los que destaca la cultura y estructura empresarial (turismo, hostelería...). En contraposición, en los países centroeuropeos (Austria, Alemania, Bélgica...), debido a un mayor peso del sector industrial el empleo es mucho más estable, resultando la tasa de temporalidad inferior a la media europea.

**Gráfico 6.9. Tasa de temporalidad de mujeres y hombres de 55 a 64 años en España y UE28, 2019 (puntos porcentuales).**



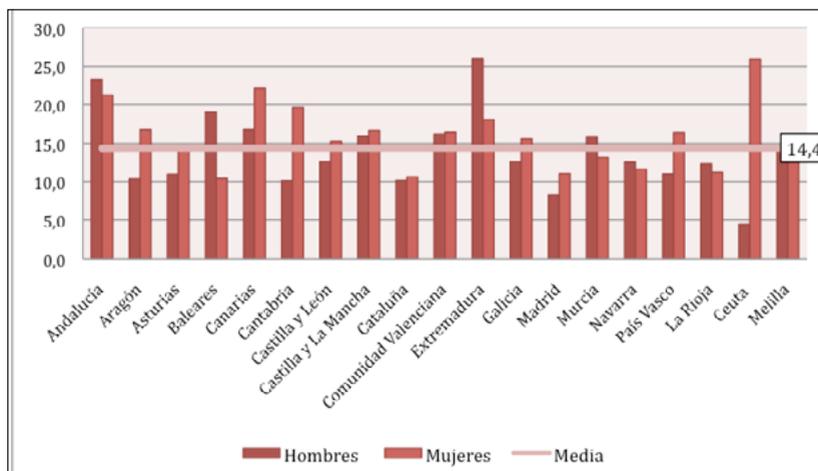
Fuente: Eurostat, 2020.

En el contexto de la pandemia de la COVID-19, la contratación temporal se ha visto más afectada en relación con la contratación indefinida, registrando una caída de -1,63%, mientras los contratos indefinidos han aumentado en un 0,23%, según datos aportados por el Servicio Público de Empleo.

En lo que se refiere a la brecha de género en la tasa de temporalidad, se observa una disminución en relación con tasas como la de empleo o parcialidad, donde la brecha era muy elevada. Por tanto, la temporalidad es un factor en las condiciones de trabajo que afecta

de forma similar a mujeres y hombres, siendo de 0,1% la diferencia de la media europea. No obstante, en el gráfico 6.9 si se observan estados donde la brecha es relevante. Chipre presenta una brecha de 9,4 puntos porcentuales, seguido, con mucha diferencia, de Eslovaquia y España (ambos con una brecha de 2,3 puntos porcentuales). En el lado opuesto, son varios los estados que presentan una brecha de genero negativa, lo que se traduce en una mayor tasa de temporalidad masculina frente a la femenina, como Italia (-1,3 puntos), Eslovenia (-0,7) y Portugal (-0,7).

**Gráfico 6.10. Tasa de temporalidad de mujeres y hombres, de 50 a 64 años, por CCAA y media estatal, 2019 (1º trimestre).**



Fuente: Encuesta de Población Activa, 2020.

Los últimos datos disponibles de la tasa de temporalidad en las comunidades autónomas muestran grandes diferencias entre ellas. En el caso de las mujeres, se muestran tasas superiores a la media (14,4%) en Ceuta (26%), Canarias (22,1%) y Andalucía (21,3), mientras que Baleares (10,4%), Catalunya (10,6%) y Madrid (11,1%), entre otras se sitúan por debajo de la media. En el caso de los hombres, las mayores tasas se registran en Extremadura (26%), Andalucía (23,2%) y Baleares (19,1%) y las tasas más reducidas en Ceuta (4,5%), Comunidad de Madrid (8,2%) y Cantabria (10,1%).

## Los salarios

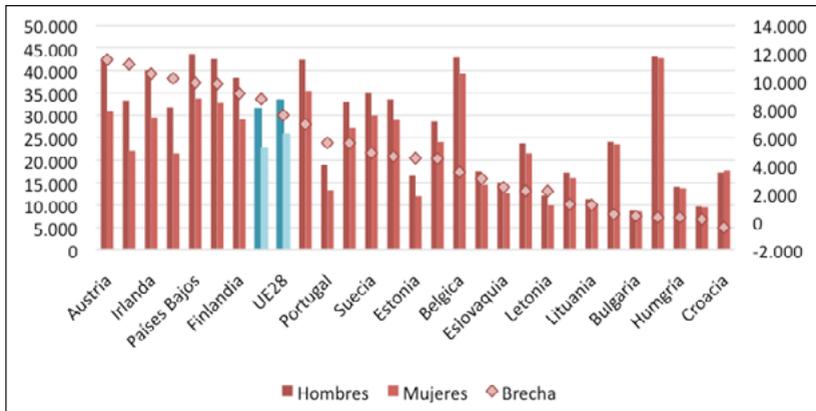
Por último, resulta relevante analizar los salarios medianos de la población de 55 a 64 años y las diferencias entre hombres y mujeres en este aspecto para, así, lograr una imagen más certera y completa de los últimos años de la vida laboral.

El concepto de brecha salarial hace referencia a la diferencia de salario masculino y femenino, es decir, la cantidad en la que debería incrementarse el salario de las mujeres para equipararse al de los hombres. Esta sigue siendo elevada en todos los países de la Unión europea, excepto en el caso de Croacia, donde el salario mediano de las mujeres es superior en 406 euros anuales al de los hombres.

Según los últimos datos disponibles, la media europea se sitúa en 7.607 euros anuales de diferencia entre los salarios masculinos (33.407 euros anuales) y los femeninos (25.800 euros anuales). Esta

situación de desigualdad deriva de las condiciones de trabajo más precarizadas que caracterizan las relaciones laborales de las mujeres, donde, como ya se ha visto anteriormente, es más habitual encontrar contratos temporales, a tiempo parcial, mayor inactividad y una mayor afectación de las medidas de conciliación como las reducciones de jornada y las excedencias por cuidado de menores o personas dependientes. Todo ello, sumado a la segregación vertical y horizontal de los puestos de trabajo es causa de dicha brecha de género en los salarios que limita la emancipación económica de las mujeres.

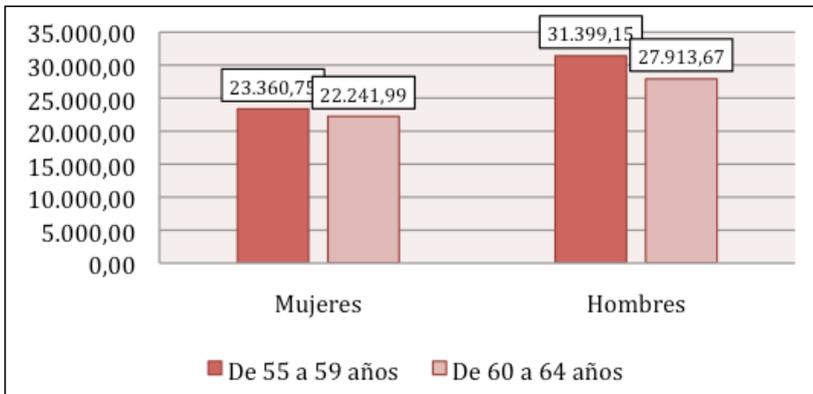
**Gráfico 6.11. Salarios medianos y brecha salarial de mujeres y hombres de 55 a 59 años en España y UE28, 2014.**



Fuente: Eurostat, 2020.

En el contexto europeo se aprecia una dinámica muy diferente entre los distintos países en los que se refiere a salarios, así como en la brecha de género. En el gráfico 6.11 se observa cómo, al mostrar la brecha en valores absolutos, esta es mucho mayor en los países como Austria, Reino Unido o Irlanda, donde los salarios son más altos tanto para hombres como para mujeres. Mientras que en países donde las condiciones salariales son peores (Rumanía o Hungría), la brecha salarial es menor, a excepción de Luxemburgo y Bélgica, donde los salarios son muy elevados y equitativos para hombres y mujeres.

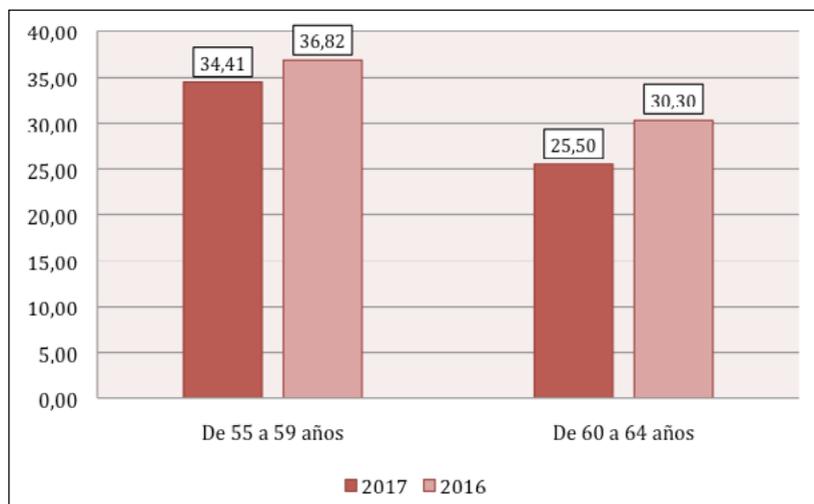
**Gráfico 6.12. Salario medio anual de mujeres y hombres de 55 a 64 años, 2017.**



Fuente: Encuesta de Estructura Salarial, 2020.

En España, gracias a la *Encuesta de Estructura Salarial*, es posible observar el salario medio anual tanto de hombres como de mujeres y la diferencia entre ellos. Como se ilustra en el gráfico 6.12, el salario mediano anual de las mujeres de 55 a 59 años es de 23.360 euros; y de las de 60 a 64 años, de 22.241 euros. Al comparar estos con los de sus homónimos hombres se aprecian notables diferencias. A nivel europeo, la brecha salarial española (8.754 euros anuales) se sitúa ligeramente por encima de la brecha de la media europea (7.607 euros anuales), sin embargo, los salarios de hombres y mujeres en España son inferiores a los de la media europea.

### Gráfico 6.13. Brecha salarial de mujeres y hombres de 55 a 64 años, 2016-2017.



Fuente: *Encuesta de Estructura Salarial*, 2020.

En España, la brecha salarial entre mujeres y hombres de 55 a 64 años, se encuentra por encima del 25%, porcentaje en que deberían incrementarse los salarios de las mujeres para lograr la igualdad salarial. En relación con el año anterior, se ha producido un descenso de la brecha salarial en ambas franjas de edad (gráfico 6.13). Sin embargo, la brecha salarial en estas franjas de edad continúa siendo superior a la brecha salarial media.

Por último, cabe resaltar como la brecha en las pensiones es consecuencia de toda una serie de desigualdades sufridas por las mujeres a lo largo de toda su trayectoria profesional y vital, como se ha visto a lo largo de este capítulo. Todo ello, sin negar un paulatino avance hacia la igualdad entre hombres y mujeres en las prestaciones sociales, sin embargo, todavía es amplia la diferencia entre ambos géneros. Prueba de ello son las diferencias en la renta anual media de las mujeres mayores muy inferiores a las de sus homónimos hombres.

Las consecuencias de dicha desigualdad de renta se manifiestan en las tasas de pobreza, que en el caso de los hogares de las mujeres se encuentran un punto y medio por encima de la de los hombres. La diferencia no es mayor porque la unidad que se usa para valorar el riesgo de pobreza es el hogar, en el que mientras se convive en pareja entran al menos dos rentas. Sin embargo, la diferencia debe residir en los hogares unipersonales compuestos principalmente por mujeres.

**Tabla 6.1. Tasas de riesgo de pobreza por sexo y edad, 2018.**

		Tasa de riesgo de pobreza (renta del año anterior a la entrevista)	Tasa de riesgo de pobreza (con alquiler imputado) (renta del año anterior a la entrevista)
<b>Hombres</b>	<b>Total</b>	20,9	18,9
	<b>65 y más años</b>	14,7	9,6
<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>	22,2	19,4
	<b>65 y más años</b>	16,3	9,6

*Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2020.*

Si bien, merece ser apuntado que el riesgo de pobreza se ve muy mitigado en la población mayor por el hecho de tener vivienda en propiedad. Así, los datos de pobreza considerando el alquiler imputado presentan un dato mucho menor y en el que no se aprecian diferencias por género.

Ante el empobrecimiento generalizado de la población y la precariedad laboral en aumento, especialmente grave en el contexto de la pandemia de la COVID-19, no se puede esperar que se den las condiciones de renta para que, de cara a un futuro, la propiedad de la vivienda haga de colchón. El desarrollo de políticas públicas que aborden la crisis de cuidados que ya es una realidad es crucial para no perpetuar sociedad desigual e injusta.

## CONCLUSIONES

Los desafíos que plantean el envejecimiento y la búsqueda de fórmulas de financiación de los recursos que precisan las personas mayores en nuestras sociedades del bienestar se han visto atropellados por la urgencia de la crisis sanitaria del coronavirus SARS-cov-2. La rápida propagación del virus y la potencia con la que ataca a algunas personas, especialmente a las de más edad, nos ha sumido en una crisis que ha puesto contra las cuerdas al sistema sanitario español, que durante semanas se ha visto desbordado en algunas regiones del país.<sup>28</sup>

La presente edición del *Observatorio Social de las Personas Mayores* realiza un recorrido por los principales indicadores existentes en

---

<sup>28</sup> El documento ha sido elaborado a lo largo de los meses de abril y mayo, meses de estricto confinamiento después de que el día 14 de marzo de 2020 se decretara el Estado de Alarma, que limitaba los desplazamientos y exigía el aislamiento preciso para contener la propagación del virus.

materias que afectan directamente en las condiciones de vida, salud y recursos de estas personas en España. En términos generales, la relevancia del estudio se enmarca en el proceso de envejecimiento poblacional, que implica un aumento creciente del número de personas mayores y ancianas, y el alcance que esto tiene en los Estados de Bienestar que han de asegurar que sus derechos se hacen efectivos. Para ello, se hace imprescindible atender a la diversidad existente dentro de la población mayor, ya que la edad, el género, las condiciones de salud, las condiciones y entorno de vida, o las condiciones socioeconómicas colocan a estas personas en posiciones muy diferentes.

Esta diversidad de realidades se ha visto atravesada por la crisis sanitaria. La esperanza de vida, que no ha dejado de aumentar hasta la fecha gracias a las mejoras en condiciones de vida y avances sanitarios. Sin embargo, ya hay algunos estudios que se aventuran a estimar una reducción de la esperanza de vida según avanza la edad. Según los datos de los que disponemos hasta el momento, la población mayor de 75 años ha sido la más azotada por el virus y en mayor grado en el caso de los varones. El hecho de que buena parte de la población mayor viva en entornos urbanos y que la población mayor vaya ganando peso en residencias según avanzan en edad no es baladí, ya que, si bien cuentan con mayores recursos de atención, la distancia social se hace más complicada y la transmisión es más ágil. Los y las mayores que engrosan la población de los entornos rurales, que sufren las consecuencias de la falta de recursos y conexiones con ellos, en estas circunstancias el aislamiento ha contribuido a la contención del virus en los pueblos.

La existencia de un elevado número de hogares unipersonales en la población mayor, especialmente entre las mujeres y la presencia de población mayor viviendo en establecimientos colectivos plantean importantes retos de cara al sistema de atención a la dependencia. Un sistema con una trayectoria corta y cuyo impulso no es sostenido, lo que está provocando que los avances se hayan visto parados en el último año. Las listas de espera y el número de personas pendientes de valoración han vuelto a crecer, en un panorama estatal bastante desigual. La ayuda a domicilio en condiciones de seguridad y el control para la mejora de las condiciones sociosanitarias en las residencias son claves en el panorama en que nos encontramos.

En este sentido incide *Comisiones Obreras* en la relevancia de potenciar el *Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia*. Se precisa de un liderazgo comprometido y dotado de recursos desde el gobierno para asegurar la coordinación de las distintas administraciones implicadas y el control de los criterios de calidad del empleo y del servicio que reciben las personas usuarias del sector. Ahora más que nunca, hay que asegurar que las personas perciben cuanto antes las prestaciones y servicios que precisan. Además, con esta crisis se ha puesto de manifiesto la relevancia de contar con una atención primaria fuerte y la urgencia de establecer mecanismos de coordinación y cooperación con el sector de la dependencia.

El sistema sanitario se ha puesto contra las cuerdas en estos meses. Toda carencia de los sistemas autonómicos de salud pública se ha hecho evidente ante la oleada de casos que precisaban atención primaria, atención de urgencia, ingreso hospitalario y cuidados inten-

sivos. Estar por detrás de la mayor parte de los países de la antigua UE 15 en porcentaje de PIB dedicado a la salud y estar a la cola de la UE27 en camas hospitalarias por habitantes han pasado factura. Que Madrid, la comunidad autónoma con más incidencia de casos, ocupe una de las peores posiciones en gasto público por habitante, en personal médico y de enfermería de atención primaria por habitante y esté por debajo de la media en camas no ha hecho sino mermar la capacidad de respuesta de cara a afrontar la crisis y comprometer las condiciones de cara a una desescalada segura.

El sistema público de pensiones constituye otro de los pilares fundamentales del Estado de Bienestar que asegura las rentas de las personas mayores. En 2017 representaba el 10,5% del PIB. En un contexto de envejecimiento de la población y prolongación de la esperanza de vida, afianzar los mecanismos que permitan su sostenibilidad al tiempo que se aseguran las condiciones de suficiencia de las prestaciones se sitúan como ejes centrales de las políticas públicas de empleo y bienestar.

Aún es pronto para aventurar qué consecuencias tendrá sobre el sistema de pensiones la actual crisis sanitaria, pero la crisis económica de alto calado, con la enorme pérdida de empleo que está significando y la crisis de los cuidados que se vislumbra no parece plantear un escenario demasiado esperanzador. La caída de las cotizaciones pondrá en tensión la sostenibilidad del sistema, aunque queda por conocer el impacto que tendrá la COVID-19 en la reducción en la esperanza de vida a lo largo de los próximos meses o años.

Las crisis se superponen y sacan a la luz las carencias que arrastran los diferentes mecanismos del sistema de bienestar. La crisis de los cuidados que se está planteando tanto a corto como a medio plazo está ya teniendo consecuencias. Se unen dos circunstancias que afectan a distintos grupos de edad de manera directa y muy especialmente a las mujeres. Por un lado, las personas mayores tienen como elemento de protección fundamental el distanciamiento social y el aislamiento, con lo que su atención y cuidado en sus hogares se convierte en la mejor medida de protección. Para ello, las debilidades del sistema de atención a la dependencia y las tímidas medidas de conciliación desplegadas en España, obliga a las familias a buscar soluciones individuales, bien transfiriendo salario contratando a personal cuidador, bien renunciando al trabajo remunerado o parte de él para poder atender a sus mayores.

En similar situación se encuentran los hogares con niños y niñas o dependientes a cargo. Los mayores han sido el parche permanente ante las debilidades de las medidas de conciliación y corresponsabilidad. Ahora, con las escuelas cerradas, a medio plazo con posibles medidas de reducción de horas lectivas para facilitar el distanciamiento, y en general, ante las largas jornadas laborales, sin poder exponer a los abuelos y abuelas al contacto cotidiano, la conciliación se coloca en el centro de las problemáticas para el mantenimiento de la vida.

Este tipo de situaciones tradicionalmente han implicado una renuncia a la retribución laboral por parte de muchas mujeres y cabe pensar que se reproducirá y afianzará si no se establecen mecanismos para

la corresponsabilidad de los cuidados entre la empresa, las familias y el Estado. El desarrollo de medidas que impliquen a las empresas y refuercen los servicios públicos son fundamentales para evitar la expulsión de las mujeres del mercado de trabajo, la precarización de sus condiciones laborales, su pérdida de renta y las consecuencias que esto tiene de cara a sus derechos en pensiones. Es crucial, mediante la intervención pública, impulsar las buenas condiciones laborales del personal dedicado a la educación y cuidado de menores y atención de los y las mayores y dependientes para conseguir buena calidad de servicio.

La desigualdad laboral a lo largo de la vida se plasma claramente en la brecha existente en las pensiones. Tanto el tipo de pensión como sus cuantías colocan a las mujeres mayores en una posición visiblemente peor que la de los hombres mayores. Antes de la crisis, ya se podía observar que las condiciones laborales que generarán derecho a las futuras pensiones siguen manteniendo la desigualdad. Las políticas para abordar las consecuencias que la crisis económica y de cuidados tienen y tendrán en las condiciones de trabajo, renta y vida de las mujeres han de jugar un papel protagonista para evitar que la brecha existente se afiance, crezca y se perpetúe a lo largo de su vida.

Encontrar soluciones conjuntas por parte de los agentes sociales es determinante para proponer una agenda de trabajo consensuada. El diálogo social debe recuperar un papel protagonista, a corto plazo, de cara a los retos que plantea la desescalada, la necesidad de recursos para proteger la calidad de vida de nuestros y nuestras mayo-

res y los riesgos de posibles nuevas tensiones en los sistemas socio-sanitarios durante los próximos meses o incluso años. Pero más en el largo plazo un diálogo social fortalecido es crucial para encarar colectivamente los desafíos que implican procesos estructurales como el envejecimiento o los impactos sobre el empleo de la digitalización de la economía sus repercusiones sobre la sostenibilidad del estado del bienestar.



## **ANEXOS**

## Pensiones en vigor a 1 de abril de 2020.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	INCAPACIDAD PERMANENTE		JUBILACIÓN		VIUDEDAD		FAVOR DE FAMILIARES	
	Número	P. media	Número	P. media	Número	P. media	Número	P. media
ANDALUCÍA	207.919	910,24	901.237	1.045,86	391.623	673,59	10.764	556,67
Almería	9.825	894,42	63.800	937,99	28.301	611,01	479	536,71
Cádiz	38.777	996,63	114.604	1.194,52	56.058	753,07	2.416	569,59
Córdoba	15.539	846,35	105.163	953,45	43.589	623,12	1.212	548,81
Granada	22.161	903,55	112.027	977,06	45.548	613,25	1.269	544,09
Huelva	11.614	859,48	56.404	1.082,38	25.049	693,94	668	579,67
Jaén	21.503	837,56	77.557	949,13	36.788	650,25	731	514,15
Málaga	31.167	959,38	158.816	1.059,25	65.737	671,71	1.483	560,42
Sevilla	57.333	885,24	212.866	1.095,58	90.553	703,83	2.506	562,27
ARAGÓN	22.916	1.054,52	196.784	1.212,86	74.769	758,09	900	620,35
Huesca	5.512	945,21	32.682	1.102,52	13.331	710,73	104	581,73
Teruel	3.207	958,40	22.934	1.097,80	8.658	682,09	102	591,05
Zaragoza	14.197	1.118,68	141.168	1.257,10	52.780	782,51	694	630,45
ASTURIAS	28.684	1.133,30	181.124	1.398,23	81.001	825,24	1.753	790,81
I. BALEARS	17.220	909,50	126.493	1.067,64	44.598	650,57	122	589,99
CANARIAS	45.365	924,96	186.001	1.080,36	81.019	688,29	2.267	575,99
Palmas (Las)	25.254	959,86	96.174	1.095,17	41.711	692,33	1.466	562,56
S.C.Tenerife	20.111	881,14	89.827	1.064,50	39.308	684,01	801	600,57
CANTABRIA	13.314	1.033,71	87.154	1.233,81	35.541	756,40	1.287	637,79
CASTILLA Y LEÓN	47.027	985,67	390.203	1.143,56	153.800	715,44	3.886	597,91
Ávila	2.970	856,80	24.040	987,20	10.147	671,79	240	538,10
Burgos	4.866	1.094,58	61.443	1.218,37	21.117	730,71	343	658,45
León	14.006	1.039,45	86.590	1.137,23	35.900	697,97	1.050	649,91
Palencia	4.131	962,95	26.047	1.183,39	10.658	742,88	312	618,79
Salamanca	5.269	924,80	51.407	1.056,12	20.569	688,97	645	544,52
Segovia	2.317	921,03	21.115	1.082,26	8.679	692,74	143	545,03
Soria	1.210	940,71	14.992	1.066,89	5.389	672,29	95	588,04
Valladolid	9.709	980,26	73.749	1.300,76	28.002	798,33	665	612,62
Zamora	2.549	895,69	30.820	949,55	13.339	648,63	393	510,46

CASTILLA-LA MANCHA	44.025	906,57	217.701	1.072,45	95.644	715,18	2.534	532,18
Albacete	7.234	906,14	43.097	1.022,92	18.692	693,58	674	501,30
Ciudad Real	14.714	896,96	52.666	1.100,25	26.897	739,91	842	555,54
Cuenca	5.976	850,98	25.223	969,98	11.242	681,10	314	522,93
Guadalajara	5.699	1.000,21	24.946	1.227,95	9.375	766,16	124	578,25
Toledo	10.402	901,09	71.769	1.063,74	29.438	703,07	580	529,33
CATALUÑA	163.500	1.078,22	1.134.283	1.178,83	393.097	731,81	1.401	641,19
Barcelona	123.742	1.110,91	857.559	1.215,65	292.325	758,17	1.094	649,89
Girona	12.757	949,88	105.914	1.049,32	36.429	640,91	55	616,38
Lleida	10.452	957,61	61.423	1.010,35	24.574	626,27	69	588,33
Tarragona	16.549	1.008,82	109.387	1.110,15	39.769	686,58	183	616,53
C.VALENCIANA	96.526	936,48	620.625	1.060,01	242.761	681,17	2.574	580,02
Alicante	23.264	885,37	205.330	987,24	79.858	659,15	1.135	573,90
Castellón	13.222	949,25	84.316	1.006,03	30.100	650,27	246	538,31
Valencia	60.040	953,46	330.979	1.118,90	132.803	701,41	1.193	594,44
EXTREMADURA	27.283	831,58	129.767	960,49	60.773	667,85	1.976	521,87
Badajoz	16.744	825,97	73.314	975,18	36.200	684,90	1.363	517,86
Cáceres	10.539	840,51	56.453	941,41	24.573	642,74	613	530,77
GALICIA	69.835	891,73	479.475	975,22	186.015	611,14	6.628	524,61
Coruña (A)	25.770	898,00	187.542	1.032,03	74.322	650,54	2.419	538,00
Lugo	10.690	873,38	72.603	860,62	28.250	524,40	942	488,56
Ourense	10.902	905,13	67.598	811,49	25.162	534,26	1.221	494,36
Pontevedra	22.473	886,75	151.732	1.032,77	58.281	636,15	2.046	543,43
MADRID	82.292	1.066,33	786.216	1.355,46	268.748	827,86	2.771	663,41
MURCIA	31.089	886,23	144.180	1.030,95	61.752	662,95	1.299	557,67
NAVARRA	10.687	1.160,85	92.655	1.310,21	29.513	795,07	398	638,45
PAÍS VASCO	42.655	1.261,42	365.643	1.426,52	135.087	880,80	2.290	735,09
Araba/Álava	6.490	1.243,43	52.572	1.441,84	16.759	865,03	171	686,69
Gipuzkoa	13.409	1.287,68	128.314	1.377,19	43.762	860,00	586	716,70
Bizkaia	22.756	1.251,08	184.757	1.456,43	74.566	896,55	1.533	747,52
RIOJA (LA)	4.622	1.001,34	47.391	1.105,75	16.061	713,57	179	578,99
Ceuta	965	1.140,78	4.304	1.259,81	2.681	785,53	43	637,19
Melilla	1.268	1.055,97	3.677	1.209,10	2.317	726,75	29	592,18
TOTAL	957.192	986,02	6.094.913	1.159,09	2.356.800	723,80	43.101	588,28

Fuente: Estadísticas de la Seguridad Social.

## Saldo vegetativo por 1.000 habitantes por provincia.

2019 (datos provisionales)			
Total Nacional	-1,21	23 Jaén	-3,11
02 Albacete	-2,23	24 León	-8,20
03 Alicante/Alacant	-1,02	25 Lleida	-1,62
04 Almería	2,84	27 Lugo	-9,35
01 Araba/Álava	-0,50	28 Madrid	1,26
33 Asturias	-7,59	29 Málaga	0,28
05 Ávila	-6,68	30 Murcia	1,86
06 Badajoz	-2,43	31 Navarra	-0,29
07 Balears, Illes	1,38	32 Ourense	-10,57
08 Barcelona	-0,23	34 Palencia	-7,48
48 Bizkaia	-3,73	35 Palmas, Las	-0,17
09 Burgos	-4,11	36 Pontevedra	-3,77
10 Cáceres	-5,01	26 Rioja, La	-2,34
11 Cádiz	-0,21	37 Salamanca	-6,37
39 Cantabria	-4,27	38 Santa Cruz de Tenerife	-1,25
12 Castellón/Castelló	-1,47	40 Segovia	-4,22
13 Ciudad Real	-3,33	41 Sevilla	0,20
14 Córdoba	-2,24	42 Soria	-6,19
15 Coruña, A	-5,14	43 Tarragona	-0,54
16 Cuenca	-5,21	44 Teruel	-5,27
20 Gipuzkoa	-2,43	45 Toledo	-0,98
17 Girona	-0,06	46 Valencia/València	-1,57
18 Granada	-0,41	47 Valladolid	-3,10
19 Guadalajara	0,31	49 Zamora	-10,84
21 Huelva	0,34	50 Zaragoza	-2,53
22 Huesca	-3,69	51 Ceuta	3,61
		52 Melilla	8,99

Fuente: Indicadores demográficos básicos, INE.

## Proporción de población mayor de 65 años por provincias.

2020			
Total Nacional	19,58	23 Jaén	19,42
02 Albacete	19,33	24 León	27,24
03 Alicante/Alacant	20,19	25 Lleida	19,61
04 Almería	15,43	27 Lugo	29,21
01 Araba/Álava	21,47	28 Madrid	17,98
33 Asturias	26,09	29 Málaga	17,73
05 Ávila	25,77	30 Murcia	15,90
06 Badajoz	19,65	31 Navarra	19,96
07 Balears, Illes	15,97	32 Ourense	31,50
08 Barcelona	19,30	34 Palencia	25,67
48 Bizkaia	23,27	35 Palmas, Las	15,48
09 Burgos	24,03	36 Pontevedra	22,83
10 Cáceres	23,04	26 Rioja, La	21,28
11 Cádiz	16,76	37 Salamanca	26,69
39 Cantabria	22,29	38 Santa Cruz de Tenerife	17,67
12 Castellón/Castelló	19,64	40 Segovia	22,57
13 Ciudad Real	20,32	41 Sevilla	16,68
14 Córdoba	19,39	42 Soria	25,42
15 Coruña, A	24,88	43 Tarragona	19,29
16 Cuenca	22,74	44 Teruel	24,14
20 Gipuzkoa	22,78	45 Toledo	18,12
17 Girona	18,45	46 Valencia/València	19,30
18 Granada	18,14	47 Valladolid	23,30
19 Guadalajara	16,13	49 Zamora	30,80
21 Huelva	16,81	50 Zaragoza	21,19
22 Huesca	22,68	51 Ceuta	12,42
		52 Melilla	11,09

Fuente: Indicadores demográficos básicos, INE.

## Esperanza de vida al nacer por provincia.

2019			
<b>02</b> Albacete	83,30	<b>24</b> León	83,60
<b>03</b> Alicante/Alacant	83,19	<b>25</b> Lleida	83,54
<b>04</b> Almería	82,06	<b>27</b> Lugo	83,71
<b>01</b> Araba/Álava	84,79	<b>28</b> Madrid	84,96
<b>33</b> Asturias	82,82	<b>29</b> Málaga	82,62
<b>05</b> Ávila	84,02	<b>30</b> Murcia	82,70
<b>06</b> Badajoz	82,36	<b>31</b> Navarra	84,59
<b>07</b> Balears, Illes	83,59	<b>32</b> Ourense	83,57
<b>08</b> Barcelona	84,08	<b>34</b> Palencia	83,19
<b>48</b> Bizkaia	83,61	<b>35</b> Palmas, Las	82,60
<b>09</b> Burgos	84,49	<b>36</b> Pontevedra	83,59
<b>10</b> Cáceres	83,37	<b>26</b> Rioja, La	83,79
<b>11</b> Cádiz	81,79	<b>37</b> Salamanca	84,62
<b>39</b> Cantabria	83,59	<b>38</b> Santa Cruz de Tenerife	83,01
<b>12</b> Castellón/Castelló	82,73	<b>40</b> Segovia	84,71
<b>13</b> Ciudad Real	82,92	<b>41</b> Sevilla	82,02
<b>14</b> Córdoba	82,75	<b>42</b> Soria	84,53
<b>15</b> Coruña, A	83,39	<b>43</b> Tarragona	83,41
<b>16</b> Cuenca	83,68	<b>44</b> Teruel	84,24
<b>20</b> Gipuzkoa	84,15	<b>45</b> Toledo	83,83
<b>17</b> Girona	83,17	<b>46</b> Valencia/València	82,88
<b>18</b> Granada	82,49	<b>47</b> Valladolid	84,71
<b>19</b> Guadalajara	84,75	<b>49</b> Zamora	83,46
<b>21</b> Huelva	81,87	<b>50</b> Zaragoza	83,81
<b>22</b> Huesca	84,15	<b>51</b> Ceuta	80,73
<b>23</b> Jaén	82,23	<b>52</b> Melilla	80,83

Fuente: Indicadores demográficos básicos, INE.

## Gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas por habitante protegido.

2017	
Andalucía (AN)	1.199,24
Aragón (AR)	1.582,94
Asturias, Principado de (AS)	1.640,19
Baleares, Illes (IB)	1.440,70
Canarias (CN)	1.454,32
Cantabria (CB)	1.503,42
Castilla y León (CL)	1.572,55
Castilla - La Mancha (CM)	1.440,68
Cataluña (CT)	1.436,71
Comunitat Valenciana (VC)	1.460,78
Extremadura (EX)	1.626,94
Galicia (GA)	1.483,78
Madrid, Comunidad de (MD)	1.258,89
Murcia, Región de (MC)	1.591,37
Navarra, C. Foral de (NC)	1.651,05
País Vasco (PV)	1.692,73
La Rioja (RI)	1.434,45
España (ES)	1.411,60

Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

## Camas hospitalarias en funcionamiento por 1000 habitantes por CCAA.

2018	
Aragón (AR)	2,19
Asturias, Principado de (AS)	3,75
Balears, Illes (IB)	3,4
Canarias (CN)	3
Cantabria (CB)	3,11
Castilla y León (CL)	3,28
Castilla - La Mancha (CM)	3,52
Cataluña (CT)	2,33
Comunitat Valenciana (VC)	3,88
Extremadura (EX)	2,37
Galicia (GA)	3,3
Madrid, Comunidad de (MD)	3,32
Murcia, Región de (MC)	2,74
Navarra, C. Foral de (NC)	3,22
País Vasco (PV)	3,31
La Rioja (RI)	3,23
Ceuta (CE)	3,19
Melilla (ML)	2,08
España (ES)	1,9
	2,98

Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

## Porcentaje de gasto sanitario en farmacia por CCAA.

2017	
Andalucía (AN)	19,05
Aragón (AR)	16,28
Asturias, Principado de (AS)	16,81
Balears, Illes (IB)	13,32
Canarias (CN)	17,62
Cantabria (CB)	17
Castilla y León (CL)	17,48
Castilla - La Mancha (CM)	18,68
Cataluña (CT)	14,37
Comunitat Valenciana (VC)	19,24
Extremadura (EX)	19,25
Galicia (GA)	18,92
Madrid, Comunidad de (MD)	15,49
Murcia, Región de (MC)	16,59
Navarra, C. Foral de (NC)	13,46
País Vasco (PV)	13,79
La Rioja (RI)	16,44
España (ES)	16,86
España (ES)	1,9
	2,98

Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

