



**OBSERVATORIO SOCIAL
DE LAS PERSONAS MAYORES**

PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO



OBSERVATORIO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO



Madrid, junio de 2026

Edita:

Federación de Pensionistas de CCOO

Calle Albasanz, 3, planta baja

28037 Madrid

Teléfono 91 757 26 22

pensionistas@fpj.ccoo.es

Dirección y coordinación:

Federación de Pensionistas de CCOO

Análisis y elaboración de contenidos:

Fundación 1º de Mayo

Clara Camacho

Dario Caraballo

Secretaría de Políticas Públicas y Protección Social

Federación de Pensionistas de CCOO

Producción:

IO Innovación y Estrategias de Comunicación

www.io-siscom.com

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
1. CAMBIO DEMOGRÁFICO	9
1.1 Evolución de la población mayor.....	10
1.2 Evolución de la tasa de natalidad	14
1.3 Pirámide de población	17
2. EL SISTEMA PÚBLICO DE PENSIONES	21
2.1 Pensionistas	24
2.2 Pensiones en vigor	27
2.3 Nuevas altas de jubilación.....	29
2.4 La brecha de género en el sistema público de pensiones	34
2.5 Pensiones mínimas: un tejido social más cohesionado	38
3. EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	41
3.1. Logros alcanzados en la implantación del Sistema de Dependencia	44
3.2. Principales riesgos detectados	47
3.2.1. Lista de espera y tiempos de gestión.....	47
3.2.2. Tipo de prestaciones	54
3.2.3. La infraprotección del SAAD: 48% de las personas beneficiarias no tienen prestaciones que garanticen calidad	63

3.2.4. El copago y la falta de transparencia	65
3.2.5. Los servicios de prevención	70
3.3. Propuestas de actuación.....	70
4. EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO	75
4.1 Gasto sanitario público.....	78
4.1.1. Gasto sanitario en Atención primaria	82
4.1.2. Gasto en Servicios hospitalarios y especializados	83
4.1.3. Gasto en Salud pública	84
4.1.4 .Gasto en conciertos por CCAA	87
4.2. Recursos sanitarios	88
4.2.1. Recursos en atención primaria	90
4.2.2. Recursos en atención hospitalaria y especializada	92
4.3. Las listas de espera.....	95
4.3.1. Listas de espera para consultas	95
4.3.2 Listas de espera quirúrgica	97
5. LA MEJORA DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN MAYOR.....	99
5.1 Esperanza de vida saludable a los 65 años	99
5.2 Estado de salud autopercebida.....	101
5.3. Entornos para añadir vida a los años	105
5.3.1. Las ciudades amigables	107
5.3.2. Entornos accesibles para no encerrar	113
6. CONCLUSIONES	123
ANEXOS.....	129

PRESENTACIÓN

La Federación de Pensionistas de **CCOO**, en colaboración con la Fundación 1º de Mayo y la Secretaría Confederal de Políticas Públicas y Protección Social de **CCOO** hemos preparado el **Observatorio Social de las Personas Mayores 2026** para un envejecimiento activo.

En este Observatorio analizamos el cambio demográfico que se está produciendo en nuestro país, donde el peso de la población mayor ha ido aumentando en España durante los últimos 25 años, se observa una tendencia general ascendente tan solo frenada ligeramente a principios de los años 2000. Desde entonces, y a pesar de la pandemia de la COVID-19 en 2020, el porcentaje de personas mayores no ha dejado de aumentar. Una evolución que ha de ponerse en contexto teniendo en cuenta no solo la evolución de la natalidad y fecundidad o la esperanza de vida, sino también del peso de la población extranjera. El incremento de la población extranjera ha contribuido al rejuvenecimiento relativo de la estructura demográfica, especialmente a finales de la década del 2000, debido a que la población extranjera entra en edades más jóvenes para trabajar y tiene tasas de natalidad y fecundidad mayores que la población autóctona.

Cabe esperar que en los próximos años el porcentaje de población mayor no deje de crecer. Esto se debe a la entrada de la generación del “Baby Boom”. A este fenómeno se suma el reducido tamaño de las generaciones posteriores, que son cada vez menos numerosas, debido a los cambios en la natalidad. Por último, las personas mayores viven cada vez más años y con mejor salud, lo que acentúa aún más su peso en el conjunto de la población.

El Sistema Público de Pensiones es uno de los pilares fundamentales del estado de bienestar en España, reconocido y garantizado por la Constitución. Este sistema garantiza ingresos a casi 10 millones de personas pensionistas y sus familias (9,3 millones de personas con pensiones contributivas de Seguridad Social y cerca de 0,5 millones con pensiones no contributivas).

La inversión social que realiza el sistema público de pensiones no solo protege la vejez, garantiza la supervivencia y asegura ingresos dignos a millones de personas, sino que también actúa como un cimiento que sostiene el dinamismo económico y refuerza la cohesión del conjunto de la sociedad. Prueba de ello es que, solo en el 2025, la partida destinada a proteger a nuestros mayores y a las familias en situación de supervivencia representó el 13,7% del Producto Interior Bruto (PIB).

Dentro de nuestro sistema de bienestar la atención a la dependencia debe estar garantizada por las administraciones públicas. Esto significa no solo invertir en recursos públicos para asegurar cuidados dignos, sino también valorar y mejorar las condiciones laborales de las personas que cuidan, que en su mayoría son mujeres. Además, es fundamental que todas las personas tengan las mismas oportunidades de acceso a este derecho, sin desigualdades.

Durante mucho tiempo, este objetivo parecía difícil de alcanzar. Sin embargo, empezó a hacerse realidad con el Acuerdo de Diálogo Social suscrito por **CCOO**, UGT, CEOE y CEPYME con el gobierno de la nación en diciembre de 2005 y que posteriormente dio lugar a la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, sobre la promo-

ción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia. En esta ley se plantea un objetivo muy claro: atender a las personas que, por su situación de vulnerabilidad, necesitan ayuda para realizar actividades básicas del día a día, ganar autonomía y ejercer plenamente sus derechos como ciudadanos.

La sanidad pública en España se estructura a través del Sistema Nacional de Salud (SNS) se articula en dos niveles principales de gestión: el estatal y el autonómico, en coherencia con el proceso de descentralización política y administrativa existente en España. Las 17 comunidades autónomas cuentan con amplias competencias en materia sanitaria, especialmente en la gestión y prestación de los servicios de salud, mientras que el nivel estatal mantiene responsabilidades en ámbitos estratégicos y de coordinación general. La cooperación entre ambos niveles se canaliza fundamentalmente a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órgano encargado de garantizar la coordinación y cohesión del sistema sanitario en todo el territorio.

El modelo sanitario público español se fundamenta en una serie de principios básicos, entre los que destacan la universalidad en el acceso a la asistencia sanitaria, la equidad en la prestación de los servicios, el libre acceso de la ciudadanía y la solidaridad en la financiación, a través del conglomerado de impuestos. En cuanto a su sostenimiento económico, el sistema se financia su carácter público y redistributivo.

Según la Estadística de Gasto Sanitario Público del Ministerio de Sanidad, el gasto sanitario en 2023 alcanzó los 97.661 millones de

euros, lo que equivale al 6,7% del PIB, alrededor de 2.021 euros por habitante. En términos estructurales, aproximadamente el 90% del gasto sanitario público lo gestionan las comunidades autónomas, ya que tienen transferidas las competencias sanitarias. El gasto sanitario del 6,7% del PIB debería aumentar hasta el 7,5% del PIB, destinando el 25% del gasto a la Atención Primaria.

Las sociedades deben ofrecer los recursos para, por un lado, fomentar comportamientos saludables y, por otro, eliminar barreras ambientales: son estrategias clave para evitar que los años adicionales de vida estén marcados por la mala salud, el aislamiento o la dependencia.

Juan Sepúlveda Muñoz

Secretario General de Pensionistas de CCOO

1

CAMBIO DEMOGRÁFICO

El peso de la población mayor ha ido aumentando en España durante los últimos 25 años, como ilustra el gráfico 1.1 se observa una tendencia general ascendente tan solo frenada ligeramente a principios de los años 2000. Desde entonces, y a pesar de la pandemia de COVID-19 en 2020, el porcentaje de personas mayores no ha dejado de aumentar. Una evolución que ha de ponerse en contexto teniendo en cuenta no solo la evolución de la natalidad y fecundidad o la esperanza de vida, sino también del peso de la población extranjera. Tal como se observa en el gráfico 1.1 el incremento de la población extranjera ha contribuido al rejuvenecimiento relativo de la estructura demográfica, especialmente a finales de la década del 2000, debido a que la población extranjera entra en edades más jóvenes para trabajar y tiene tasas de natalidad y fecundidad mayores que la población autóctona.

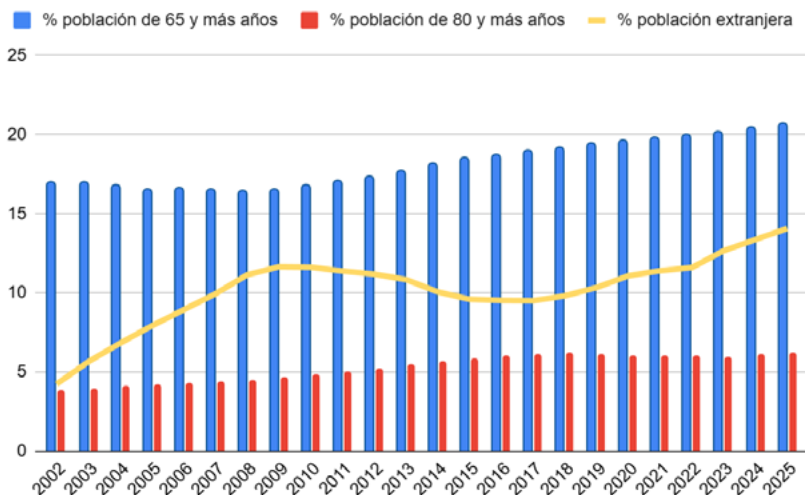
Sin embargo, en el periodo posterior a la pandemia de la COVID-19 la dinámica ha cambiado. El repunte de la población extranjera ha coexistido con el aumento de la población mayor, de modo que ambos segmentos avanzan en paralelo, reflejando una dualidad donde la llegada de población extranjera no contrarresta el incremento de población mayor.

Cabe esperar que en los próximos años el porcentaje de población mayor no deje de crecer. Esto se debe a la entrada de la generación del “Baby Boom”. A este fenómeno se suma el reducido tamaño de las generaciones posteriores, que son cada vez menos numerosas, debido a los cambios en la natalidad. Por último, las personas mayores viven cada vez más años y con mejor salud, lo que acentúa aún más su peso en el conjunto de la población.

1.1. Evolución de la población mayor

Tal como se observa en el gráfico 1.1 el porcentaje de población mayor de 65 años ha aumentado un 3,7% desde el 2002 (17,0%) al 2025 (20,7%). Paralelamente el aumento del porcentaje de población mayor de 80 años ha sido del 2,3%, pasando de un 3,9% en 2002 a un 6,2% en 2025. Unido todo ello a que la población extranjera ha aumentado un 9,83% durante estos casi 25 años, pasando de ser un 4,24% en 2002 a un 14,07 en 2025. Lo que permite observar lo que se mencionaba previamente, que la población extranjera ha logrado de manera relativa el rejuvenecimiento de la población en España, pero con ciertos matices, sobre todo a partir del 2020, donde el peso de la población extranjera no logra un peso tan compensatorio como en otros momentos anteriores.

Gráfico 1.1. Evolución del porcentaje de la población mayor y extranjera en España, 2002-2025.

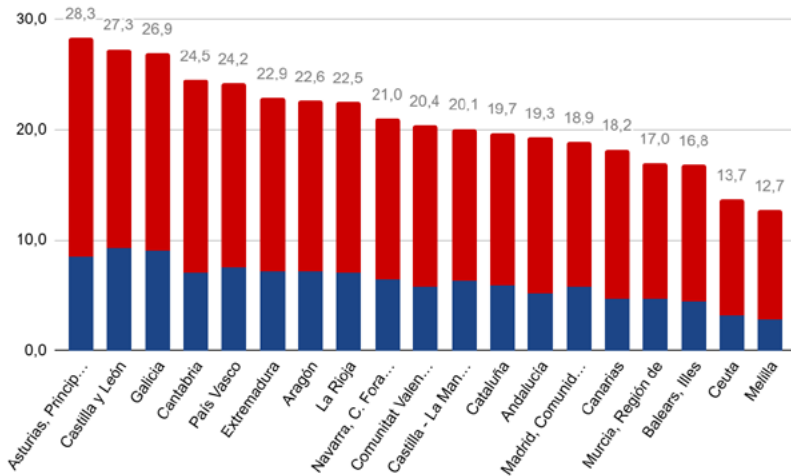


Fuente: *Indicadores de Estructura de la población e indicadores demográficos básicos, INE, 2025.*

A su vez el porcentaje de población mayor, no es homogéneo, con marcadas diferencias por el territorio y el género. El porcentaje de población mayor femenino es muy superior que el masculino en todas las comunidades autónomas (2022), pero los datos revelan contrastes significativos en el porcentaje de población mayor. En el gráfico 1.2 se observa como Asturias, Castilla y León y Galicia destacan por tener mayor porcentaje de población mayor. En cambio, Melilla, Ceuta e Islas Baleares se encuentran a la cola. La magnitud de esta brecha territorial es considerable: Asturias duplica, por ejemplo, el porcentaje de población mayor de Melilla. Estas diferencias respon-

den a la interrelación de diversos factores, entre los que destacan, las oportunidades laborales, la inmigración o las condiciones de vida de cada territorio.

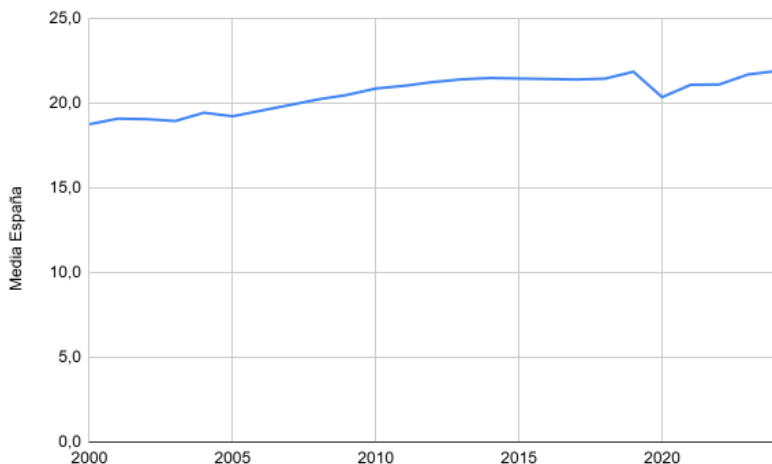
Gráfico 1.2. Porcentaje de población mayor por CCAA, 2025.



Fuente: Indicadores de Estructura de la población, INE, 2025.

Por último, no es tan solo que la población mayor ha aumentado, sino que, además, las personas mayores viven cada vez más años. Tal como se observa en el gráfico 1.3, la esperanza de vida a partir de los 65 años ha crecido de forma sostenida durante los últimos 25 años, con una leve caída durante los años de la pandemia de la COVID-19. En la actualidad, esta cifra no solo se ha recuperado, sino que ha superado los niveles previos a la pandemia.

Gráfico 1.3. Evolución de la esperanza de vida a los 65 en España, 2000-2024.

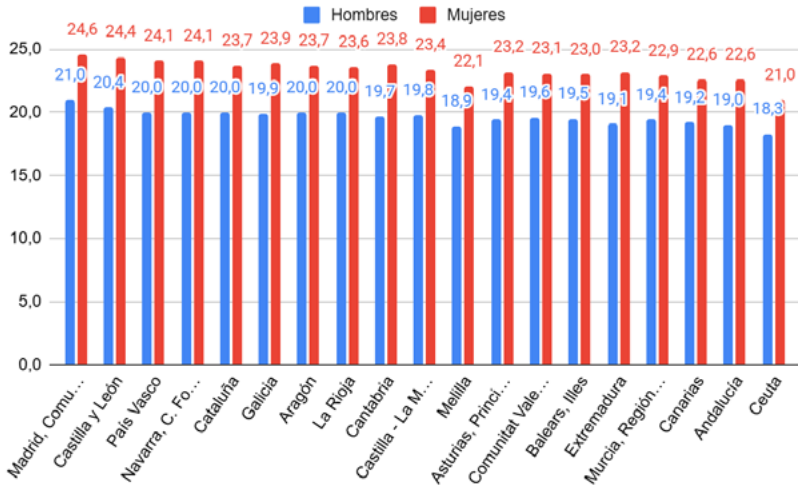


Fuente: Indicadores demográficos básicos, INE, 2024.

A pesar del crecimiento sostenido de la esperanza de vida, persisten desequilibrios significativos por razones de género y territorio. Como se observa en el gráfico 1.4, las mujeres prestan una esperanza de vida superior a la de los hombres en aproximadamente 2 o 3 años.

A nivel territorial, existen contrastes significativos en la esperanza de vida entre comunidades autónomas. Comunidades como Madrid, Castilla y León o el País Vasco se sitúan a la cabeza, mientras que otras como Canarias, Andalucía y Ceuta están a la cola. La magnitud de esta brecha es relativamente considerable: Entre Madrid y Ceuta, por ejemplo, la diferencia alcanza casi 4 años en el caso de las mujeres y cerca de 3 años en el de los hombres.

Gráfico 1.4. Esperanza de vida a los 65 años por CCAA y sexo, 2024.



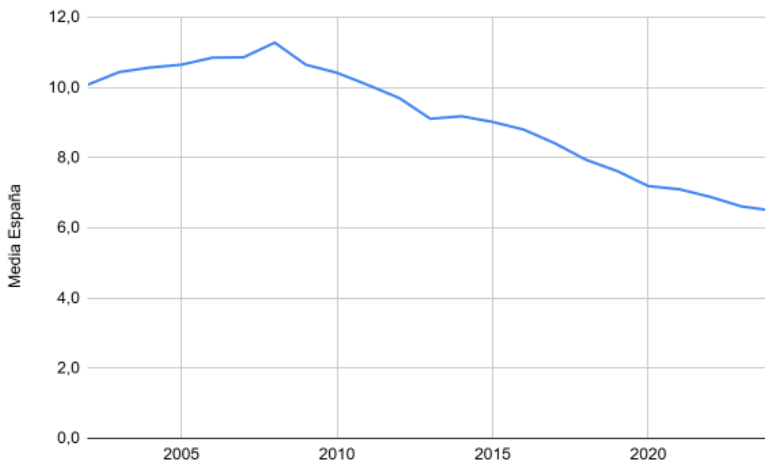
Fuente: Indicadores demográficos básicos, INE, 2024.

1.2. Evolución de la tasa de natalidad

En paralelo, pero en dirección contraria a la esperanza de vida y el porcentaje de población mayor, las tasas de natalidad han experimentado un descenso continuo con el paso de los años. Tal como se observa en el gráfico 1.5, en España, desde los años 2000, el número de nacimientos no ha dejado de reducirse, hasta alcanzar en la actualidad mínimos históricos, con un 6,5 % (2024).

Las causas de este fenómeno, se inscriben dentro de un proceso general en sintonía con el resto de países del entorno, por el cual las personas deciden por propia voluntad tener menos hijos. Ahora bien, existen a su vez otros factores que dificultan la posibilidad de tener hijos de aquellas personas que lo desean. Factores económicos, como la dificultad de los jóvenes para lograr la estabilidad laboral y económica necesaria para formar una familia.

Gráfico 1.5. Evolución de la tasa de natalidad en España, 2002- 2024.



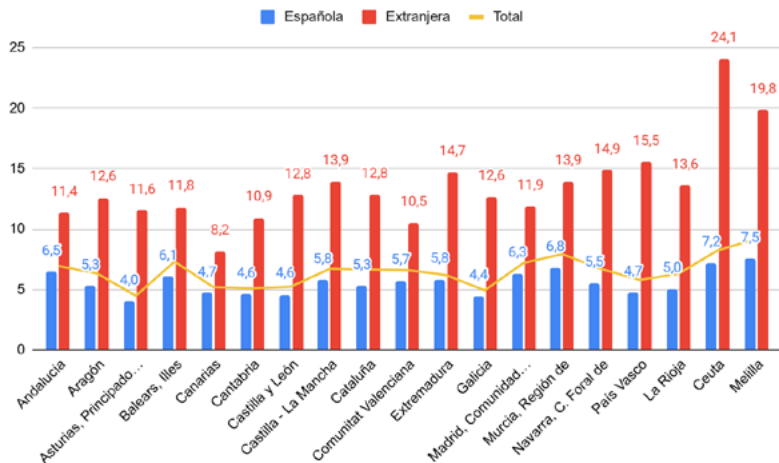
Fuente: Indicadores demográficos básicos, INE, 2024.

El progresivo y sostenido descenso de nacimiento ha desencadenado un profundo proceso de transformación demográfica. Este fenómeno, como se observa en el gráfico 1.5, lejos de tratarse de una

coyuntura pasajera, está reconfigurando la estructura poblacional desde su base, lo que genera una población cada vez más mayor.

Cómo se llega a observar en el gráfico 1.6 existen importantes desequilibrios en las tasas de natalidad, tanto por nacionalidad como por territorio. Un claro ejemplo se observa en Ceuta, donde la tasa de natalidad de la población extranjera (24,1%) supera en 17 puntos a la de los españoles (7,2%), reflejando importantes patrones reproductivos diferenciados entre ambos grupos. A estas desigualdades se suman también brechas territoriales. Mientras que ciudades autónomas como Ceuta y Melilla registran las tasas de natalidad más elevadas del país, comunidades como Asturias (7,6%) o Galicia (8,2%) se sitúan a la cola, evidenciando un contraste demográfico acentuado.

Gráfico 1.6. Tasa de natalidad por CCAA y nacionalidad, 2024.



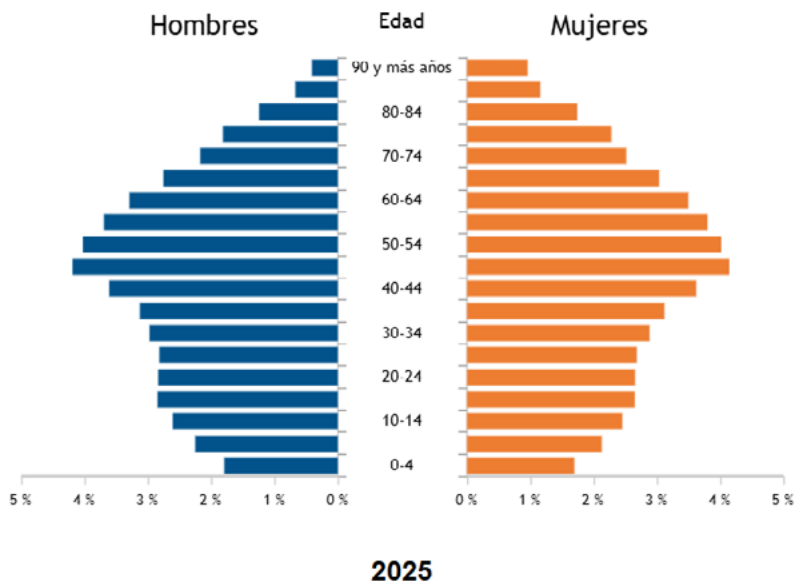
Fuente: Indicadores demográficos básicos, INE, 2024.

1.3. Pirámide de población

Esta pirámide poblacional de España presenta una estructura de forma regresiva o de “urna”, característica de sociedades con un avanzado proceso de envejecimiento. Lo más relevante es la estrechez de su base, que refleja una baja tasa de natalidad, contrastando con un ensanchamiento prominente en las edades medias, específicamente entre los 40 y 60 años. Este abultamiento indica que el grueso de la población se encuentra en la madurez, lo que anticipa un aumento masivo de la demanda de servicios y entornos adaptados para la vejez en las próximas dos décadas.

En la parte superior del gráfico, se observa una cúspide relativamente ancha que confirma una elevada esperanza de vida, destacando especialmente la feminización de la vejez. A partir de los 75-80 años, las barras correspondientes a las mujeres (en naranja) son visiblemente más extensas que las de los hombres (en azul), lo que evidencia una mayor longevidad femenina. En conjunto, el gráfico describe una sociedad que ha superado el modelo de pirámide tradicional y se enfrenta al reto urgente de garantizar calidad de vida para una población mayoritaria que envejece de forma acelerada.

Gráfico 1.7. Pirámide de población en España, 2025.



Fuente: Estadística continua de población, 2026.

Merece la pena apuntar que esta pirámide es reflejo de dos estructuras etéreas diferentes: la de la población autóctona y la de aquella nacida en el extranjero. La población nacida en el extranjero presenta un mayor peso en las franjas medias y bajas, compensando en parte la estructura de la población autóctona más liviana en estas franjas.

En definitiva, la fotografía demográfica de España no puede entenderse sin tener en cuenta que casi el 15% de sus habitantes ha nacido en el extranjero. Esta presencia es clave porque actúa como

un contrapeso a la estructura de la población autóctona: mientras los residentes locales tienden hacia un envejecimiento avanzado, la población que migra en busca de oportunidades laborales, se concentra en las edades activas y reproductivas. De este modo, los movimientos migratorios aportan un rejuvenecimiento natural que ayuda a equilibrar la pirámide, reforzando la fuerza de trabajo y sumando efectivos en las franjas de edad más jóvenes, donde la población nacional presenta un vacío más evidente.



pensionistas

2

EL SISTEMA PÚBLICO DE PENSIONES

El sistema público de pensiones es uno de los pilares fundamentales del Estado de bienestar en España, reconocido y garantizado por la Constitución. Este sistema garantiza ingresos a casi 10 millones de personas pensionistas y sus familias (9,4 millones de personas contributivas de Seguridad Social y cerca de 0,5 millones con pensiones no contributivas).

La Seguridad Social es el principal sistema de protección social. Su modelo de financiación es de naturaleza mixta: aunque recibe transferencias de los Presupuestos Generales del Estado, su sostenimiento descansa, de manera preponderante, en las contribuciones directas de trabajadores y empresarios a través de cotizaciones sociales. Este sistema se articula esencialmente como un modelo de carácter profesional, diseñado para proteger a las personas que han desarrollado una actividad laboral o profesional. En consecuencia, el derecho a las prestaciones económicas, particularmente las pensiones de jubilación e incapacidad permanente, se adquiere, fundamentalmente, como resultado de haber contribuido activamente al sistema mediante las cotizaciones sociales durante los períodos de trabajo o actividad económica.

No obstante, la vocación protectora del sistema público de pensiones trasciende la estricta esfera del contribuyente individual. Por un lado, reconoce el derecho a percibir pensiones derivadas a aquellos familiares que dependían económicamente del trabajador fallecido, dando lugar a las pensiones de viudedad, orfandad y en favor de familiares. Por otro lado, y con un claro objetivo de cohesión social, el sistema atiende a quienes, por diversas circunstancias, no han podido consolidar una carrera de cotización propia suficiente, a través de las pensiones no contributivas. La financiación del conjunto de estas prestaciones, tanto las contributivas como las asistenciales, se articula en torno a un modelo de reparto solidario e intergeneracional. Este principio implica que las pensiones actualmente en vigor se sufragan con las aportaciones que realizan los trabajadores en activo en el presente, estableciendo un pacto tácito entre generaciones.

Así pues, aunque la naturaleza profesional y contributiva sigue siendo la columna vertebral del sistema, la existencia de mecanismos no contributivos y de complementos a mínimos corrige sus límites inherentes. Esta estructura dual permite al sistema de Seguridad Social tender hacia la universalidad, garantizando una red de protección para todos, con independencia de su historial de cotización, y reforzando su función como instrumento de equidad y justicia social.

En este contexto, el rol del Estado ha evolucionado para consolidarse como el garante público del sistema de pensiones. Su función no se limita a la transferencia de recursos para cubrir las prestaciones de carácter asistencial, sino que se extiende a la responsabilidad de garantizar la totalidad de las prestaciones contributivas. Esto implica

complementar las cotizaciones sociales cuando éstas resultan insuficientes para hacer frente al gasto en pensiones, asegurando así su pago efectivo. Este modelo de financiación se inspira en el principio de separación de fuentes, un acuerdo fundamental surgido del Pacto de Toledo. Este marco de diálogo y consenso político y social es el que permite analizar periódicamente la situación del sistema y acordar las reformas necesarias para preservar su sostenibilidad y blindar el carácter público de las pensiones, asegurando tanto su suficiencia como su sostenibilidad a largo plazo para asegurar un nivel de protección como el actual también para las generaciones futuras.

Para comprender en profundidad el mapa de protección social que articula el sistema público de pensiones, resulta útil distinguir entre dos grandes categorías de prestaciones. Por un lado, están las pensiones en vigor; por otro lado, se encuentran las nuevas altas, que son las pensiones reconocidas a quienes se han incorporado a la protección del sistema durante el último año. Esta distinción constituye una herramienta fundamental para evaluar el impacto real de las sucesivas reformas y modificaciones normativas de modo que permite disponer de una evidencia empírica hacia dónde se orienta el sistema.

La inversión social que realiza el sistema público de pensiones no solo protege la vejez, garantiza la supervivencia y asegura ingresos dignos a millones de personas, sino que también constituye un pilar económico fundamental. Lejos de ser un mero gasto, las pensiones actúan como un potente estabilizador automático y generan un efecto multiplicador sobre la economía. El consumo recurrente y prede-

cible de las personas pensionistas impulsa la actividad en sectores clave, dinamizando el tejido productivo y contribuyendo a la creación y el mantenimiento del empleo como a su vez a las contribuciones de la Seguridad Social. De este modo, el sistema no solo cumple una función social irrenunciable al reconocer la dignidad de las personas mayores, sino que también actúa como un cimiento que sostiene el dinamismo económico y refuerza la cohesión del conjunto de la sociedad. Prueba de ello es que, solo en el 2025, la partida destinada a proteger a las personas mayores y a las familias en situación de supervivencia representó el 13,7% del Producto Interior Bruto (PIB).

2.1. Pensionistas

Cabe analizar el sistema de pensionistas en base a las diferentes características de sus prestaciones distinguiéndolas por tipo de régimen, cuantías género y territorio. Ello permite acercarse a su evaluación desde una perspectiva que permite distinguir diferentes patrones de protección en función de las diversas realidades sociales que busca proteger.

El sistema público de pensiones protege actualmente a 9,9 millones de personas. Este amplio colectivo de personas pensionistas perciben prestaciones de diversa naturaleza. La acción protectora se extiende a situaciones tan diversas como: la jubilación, incapacidad permanente e invalidez, viudedad, orfandad y las situaciones de necesidad en favor de familiares. El reconocimiento de su condición de protegidos por el sistema conlleva, además, el acceso universal a la

asistencia sanitaria pública, así como la aplicación de un régimen específico y reducido de copago farmacéutico que refuerza el carácter integral de la acción protectora. De este modo, el sistema no solo garantiza unos ingresos dignos, sino que también preserva la salud y la calidad de vida de las personas mayores.

Cuadro 2.1.

Pensionistas contributivos en alta (2026, enero)				
	Número	Porcentaje sobre el total	Importe medio mensual	Media de edad
Ambos sexos	9.455.429	100,00%	1.507,15€	72,0
Mujeres	4.695.636	49,70%	1.324,97€	73,2
Hombres	4.759.752	50,30%	1.686,87€	70,9

Fuente: Seguridad Social.

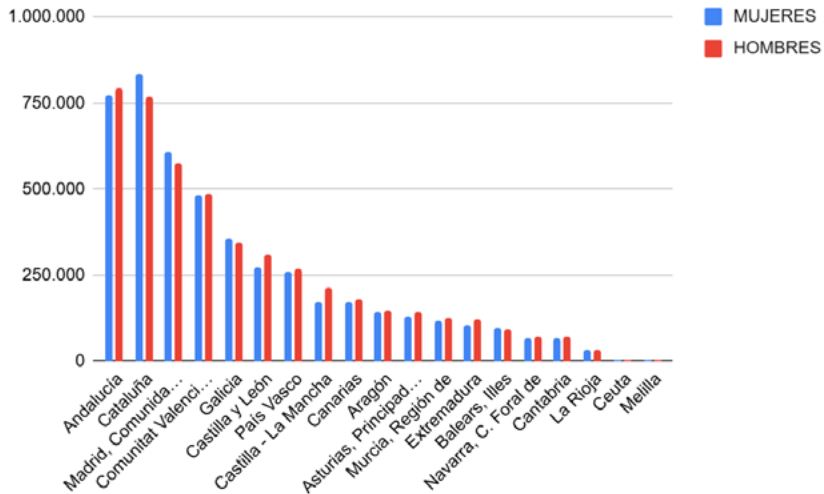
Cuadro 2.2.

Pensionistas no contributivos en alta (2026, enero)			
	Número	Porcentaje sobre el total	Importe medio mensual
Ambos sexos	463.008	100,0%	643,04
Mujeres	298.731	63,4%	-
Hombres	172.681	36,6%	-

Fuente: IMSERSO.

Como se observa en el cuadro 1, los pensionistas del ámbito contributivo son abrumadoramente mayoritarios, siendo protegidos más de 9,4 millones de personas. A nivel de distribución por sexo se observa que existe un equilibrio tan solo con una relativa mayoría masculina. En cambio, como se observa en el cuadro 2, los pensionistas del ámbito no contributivo, que apenas superan los más de 460.000 personas protegidas, y entre ellas las mujeres constituyen el colectivo mayoritario, señal de la dimensión mayoritariamente femenina que caracteriza las situaciones de pobreza.

Gráfico 2.1. Número de personas pensionistas por CCAA y sexo, 2026.



Fuente: Seguridad Social.

Al analizar los datos a nivel territorial y por género como se observa en el gráfico 2.1 se observan dos patrones diferenciados. Por un lado, la distribución por sexo muestra un relativo equilibrio, aunque con una ligera mayoría masculina entre el conjunto de pensionistas. Por el otro lado, la dimensión territorial evidencia una concentración significativa del número de pensionistas en aquellas comunidades autónomas donde confluyen tres factores: un mayor desarrollo económico, un volumen elevado de población y un envejecimiento demográfico más acusado.

2.2. Pensiones en vigor

El sistema de pensiones contributivas alcanza actualmente los 10 millones de prestaciones en vigor, con una cuantía media de 1.363 euros mensuales. Dentro de este volumen global, la jubilación constituye, con diferencia, la principal prestación del sistema aglutinando el 64% del total de prestaciones contributivas. Le sigue, a considerable distancia, la pensión de viudedad (22%). En un plano más secundario se sitúan la incapacidad permanente (10%), y, ya de forma testimonial, las pensiones de orfandad (3%) y en favor de familiares (0,5%).

Al tratarse de prestaciones con una relación contributividad más directa, las pensiones que ofrecen una mayor cuantía económica garantizan son las de jubilación (1.563,56 €/mes) y la incapacidad permanente (1.253,18 €/mes). A considerable distancia se sitúan las pensiones de viudedad (971,91 €/mes), las prestaciones en favor de familiares (818,29 €/mes) y, finalmente, las de orfandad (549,89 €/mes).

Por último, para completar el panorama de las pensiones contributivas, es necesario destacar que, a pesar de las cuantías medias mencionadas, alrededor de 2,1 millones de personas pensionistas (el 22,3% del total) requieren de complementos mínimos. Esta situación afecta especialmente a las mujeres: el 30,5% de las pensiones causadas por ellas precisan de estos complementos, frente al 14,3% en el caso de los hombres. No obstante, el volumen de pensiones con complemento a mínimos tiende a disminuir progresivamente, si bien a un ritmo lento.

Cuadro 2.3. Pensiones contributivas en vigor por clases total sistema (enero 2026).

Total Estado	TOTAL PENSIONES		JUBILACIÓN		VIUDEDAD		INCAPACIDAD PERMANENTE		ORFANDAD		FAVORES FAMILIARES	
	Nº	P. media (€/mes)	Nº	P. media (€/mes)	Nº	P. media (€/mes)	Nº	P. media (€/mes)	Nº	P. media (€/mes)	Nº	P. media (€/mes)
Número de pensiones	10.452.674	1.363	6.666.863	1.563,56	2.348.590	971,91	1.053.843	1.253,18	336.536	549,89	46.842	818,29
Porcentaje sobre el total	100,00		63,78		22,47		10,08		3,22		0,45	

Fuente: Seguridad Social.

Cuadro 2.4. Pensiones no contributivas en vigor por clases (enero 2026)

Total Estado	TOTAL PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS		PNC-INVALIDEZ		PNC-JUBILACIÓN	
	Nº	P. media (€/mes)	Nº	P. media (€/mes)	Nº	P. media (€/mes)
Número de pensiones	463.008	643,043	166.259	687,41	296.749	618,18
Porcentaje sobre el total	100,00		35,91		64,09	

Fuente: IMSERSO.

Por el contrario, las pensiones no contributivas alcanzan actualmente los casi 0,5 millones de prestaciones en vigor, con una cuantía media

de 618 euros al mes. Dentro de este conjunto, la pensión no contributiva por jubilación constituye, con diferencia, la principal prestación del sistema, ya que aglutina el 64% del total. A pesar de ser la más frecuente, su cuantía media es sensiblemente inferior (618,18 €/mes). Por su parte, la prestación no contributiva por invalidez supone el 36% restante de las prestaciones, pero cuenta con una cuantía media más elevada (687,41 €/mes).

A diferencia de las prestaciones en el nivel contributivo, en este sistema de protección se aprecia una clara feminización de las prestaciones: el 63% de las personas titulares no contributivas son mujeres.

2.3. Nuevas altas de jubilación

Desde mediados de la década de 1990 hasta la actualidad, se han venido sucediendo reformas dentro del Pacto de Toledo, fruto de amplios consensos políticos y sociales. Estos acuerdos han posibilitado que el sistema público de pensiones pueda garantizar un doble objetivo: reconocer pensiones dignas, suficientes y adecuadas y, al mismo tiempo, hacerlo dentro de un marco de sostenibilidad financiera.

En la actualidad, las nuevas altas de jubilación se concentran mayoritariamente en la edad ordinaria (72,1%). Este fenómeno es consecuencia directa del escudo social frente al COVID pactado en el Diálogo Social. Gracias a las medidas adoptadas en 2020 para hacer frente a los efectos económicos de aquella crisis sanitaria (principalmente a través de la figura de los ERTes mediante la que se suspendió la actividad productiva de las empresas para poder activarla

rápidamente cuando se superó la situación) fue posible impedir el efecto de despidos masivos con los que tradicionalmente se enfrentaban este tipo de situaciones. De este modo, 2025 ha sido el año en el que menor número de jubilaciones anticipadas involuntarias se ha registrado, precisamente porque las personas trabajadoras de edad avanzada no han perdido su empleo y han podido completar su carrera de cotización, mejorando así también la cuantía de su pensión de jubilación.

En paralelo, sí se han seguido produciendo un número significativo de jubilaciones anticipadas voluntarias. Una modalidad, por cierto, que se creó en la reforma de pensiones de 2011 acordada en el Diálogo Social y que ha contribuido, junto a otras, a completar nuestro actual modelo de jubilación flexible mejor adaptado a las nuevas realidades sociales y laborales.

Como se señalaba anteriormente, la jubilación a la edad ordinaria continúa siendo la opción preferente para la amplia mayoría de las personas trabajadoras. En el Régimen General se observa que las pensiones medias (1.698,98 €/mes) son superiores a la media del sistema total (1.565,83 €/mes), lo que responde principalmente a la mejora progresiva de las carreras de cotización. Una realidad bien distinta es la de las personas trabajadoras en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), donde la pensión media continúa siendo significativamente más baja (1.052,35 €/mes). Asimismo, cabe destacar que los trabajadores autónomos tienden a demorar su jubilación (31,1%) en mucha mayor medida que los del Régimen General (6,0%), de tal modo que en el conjunto del sistema ha acabado por situarse en un 11%.

Cuadro 2.5. Altas iniciales de jubilación (enero, 2026).

	TOTAL SISTEMA			RÉGIMEN GENERAL			RETA (autónomos)		
	Nº	% Total	P. media (€/mes)	Nº	% Total	P. media (€/mes)	Nº	% Total	P. media (€/mes)
JUBILACIÓN ANTICIPADA	104.655	27,90%	1.790,79	93.566	32,00%	1.826,34	8.615	13,40%	1.257,34
Con coeficiente reductor	71.269	19,00%	1.791,42	62.948	21,60%	1.861,14	8.291	12,90%	1.261,03
- voluntaria	59.247	15,80%	1.726,12	50.936	17,30%	1.801,76	8.291	12,90%	1.261,03
- no voluntaria	12.022	3,20%	2.113,25	12.012	4,30%	2.112,93	--	--	--
Con bonificación	9.435	2,50%	2.439,49	6.741	2,20%	2.534,37	258	0,40%	1.192,68
Especial a los 64 años	310	0,10%	1.967,76	310	0,10%	1.967,76	--	--	--
Parcial	23.641	6,30%	1.527,67	23.567	8,20%	1.529,01	66	0,10%	1.046,45
JUBILACIÓN CON EDAD ORDINARIA	270.622	72,10%	1.565,83	214.710	68,00%	1.698,98	55.652	86,60%	1.052,35
Parcial (sin relevista)	345	0,10%	1.169,89	322	0,10%	1.196,44	21	0,00%	780,13
Demorada	40.952	10,90%	1.443,59	20.863	6,00%	1.839,87	20.013	31,10%	1.029,96
Resto	229.325	61,10%	1.588,26	193.525	61,90%	1.684,63	35.618	55,40%	1.065,09
TOTAL ALTAS (sin SOVI)	375.277	100,00%	1.628,57	308.276	100,00%	1.737,64	64.267	100,00%	1.079,83
	Nº								
ALTAS SOVI	47								

Fuente: Seguridad Social.

Como se ha comentado antes, la jubilación anticipada representa otro de los avances más significativos fruto del diálogo social, contribuyendo a la consolidación de un modelo de jubilación flexible. Desde la aprobación de la Ley 35/2002, se ha logrado articular un sistema capaz de compatibilizar el reconocimiento de pensiones dignas con la necesaria sostenibilidad del sistema.

El derecho a la jubilación anticipada ha logrado establecerse como un mecanismo de protección para aquellas personas que, al final de su vida laboral, han sido expulsadas del mercado de trabajo. A partir

de este pilar, se han ido desarrollando diversas medidas orientadas a dar respuesta a nuevas situaciones de necesidad. Así, la jubilación parcial se ha configurado como un instrumento que permite una salida progresiva y voluntaria del mercado laboral. Por último, la jubilación anticipada voluntaria posibilita el acceso a la pensión por la mera voluntad de la persona trabajadora, sin necesidad de que se extinga previamente la relación contractual.

Todas estas medidas han terminado por configurar un modelo de jubilación flexible articulado a través de la voluntariedad de las personas y que se plasma en: garantizar la sostenibilidad del sistema de pensiones mediante el incentivo de la prolongación de la vida laboral; adecuar la jubilación a las condiciones profesionales evitando, por ejemplo, penalizar económicamente la jubilación anticipada para aquellas profesiones de carácter penoso, tóxico, insalubres o peligroso; y, por último, garantizar el derecho a la jubilación anticipada, ya sea voluntaria o forzosa, para aquellas personas que cuenten con las carreras de cotización suficiente.

Durante el 2025 el modelo flexible ha permitido que la jubilación anticipada se consolide como una opción relevante dentro del total del sistema, llegando a representar el 28% del total de nuevas altas. Su peso, no obstante, varía significativamente según el régimen: mientras que en el Régimen General alcanza el 32%, el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos se sitúa en un 13%. Asimismo, se observa un claro predominio de la modalidad voluntaria (16%), frente a la involuntaria, que es considerablemente inferior (3%) por las causas ya mencionadas.

A pesar de ello, persisten claras diferencias entre el Régimen General y el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA). Mientras que en el Régimen General la jubilación anticipada voluntaria alcanza un porcentaje superior al sistema general (17%), en cambio, en el RETA la diferencia está por debajo del total (13%). Cabe destacar que en contextos de crecimiento económico como el actual, el uso de la jubilación anticipada voluntaria supera al de la modalidad involuntaria, reflejando así la influencia de los ciclos económicos en las preferencias y posibilidades de a un tipo u otro de modalidad.

Por su parte, la modalidad de jubilación anticipada derivada de trabajos especialmente penosos, tóxicos, insalubres o peligrosos ha presentado históricamente un bajo grado de utilización, una tendencia que aún se mantiene en la actualidad, situándose en el 2,5% sobre el total del sistema. Cabe destacar en todo caso que, en 2025, se ha incorporado a este derecho los colectivos profesionales de bomberos forestales y agentes forestales y medioambientales. Ambos colectivos han incorporado este nuevo derecho de jubilación anticipada incorporando a su vez una cotización adicional que garantice el equilibrio financiero del mismo, en los términos en los que se ha establecido el desarrollo de este nuevo derecho en el marco del diálogo social.

A partir de lo expuesto, se puede señalar que el actual modelo de jubilación flexible ha logrado generar pensiones de cuantías sensiblemente superiores a las que estaban en vigor en etapas anteriores. Esta evolución responde, fundamentalmente, a la mejora progresiva de las carreras de cotización, así como a la introducción de diversas medidas, entre las que destacan los complementos para la reducción

de la brecha de género, el reconocimiento de periodos de cotización por cuidados y la reforma de los coeficientes reductores. Tales avances han permitido que, pese a la aplicación de coeficientes reductores en el cálculo, las cuantías de las jubilaciones anticipadas superan actualmente a las percibidas por quienes acceden a la jubilación en edad ordinaria. En concreto, la pensión media anticipada se sitúa en 1.790,79 €/mes, cifra que asciende a 1.826,34 €/mes en el Régimen General y desciende en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos a 1.257,34 €/mes.

A pesar del incremento de la cuantías medias que presentan en todas las nuevas altas de la jubilación continúan persistiendo grupos con carreras profesionales precarias que necesitan de complementos a mínimos para mejorar sus jubilaciones.

2.4. La brecha de género en el sistema público de pensiones

En la actualidad, las mujeres representan cerca de la mitad (49%) de las más de 9,4 millones de personas pensionistas en España. Sin embargo, esta paridad numérica no se traduce a día de hoy en una igualdad real, ya que la participación de las mujeres en el sistema público de pensiones se desarrolla en un claro plano de desigualdad.

El sistema de la Seguridad Social en España se ha articulado históricamente en torno a un modelo de carácter profesional, concebido principalmente para proteger a quienes desarrollan una actividad laboral o profesional y, a través de ella, contribuyen activamente a

su sostenimiento. A través de este esquema, el acceso a las distintas prestaciones se adquiere, fundamentalmente, como resultado de haber participado en el sistema mediante carreras de cotización. De este modo, las prestaciones que otorga la Seguridad Social no son sino el reflejo directo de las trayectorias profesionales previas, es decir, cuanto más extensa y sólida haya sido la vida laboral de una persona, mayor será la protección que recibirá en el momento de solicitar la pensión.

El problema es que esta estrecha vinculación que existe entre contribución y prestación traslada al sistema de pensiones las desigualdades del mercado laboral. Así, la brecha de género en el empleo, se manifiesta a través de diferentes aspectos: Mayor informalidad, participación en sectores con actividad peor retribuida, la atribución tradicional a los cuidados, el tiempo parcial no deseado, la temporalidad, etc. Todo ello contribuye a reproducir un sistema donde las trayectorias laborales acaban generando carreras de cotización más cortas y con bases mucho más bajas, afectando de manera sustancial a las mujeres.

Para comprender la brecha de género en su vertiente económica de manera más detallada, el análisis de las pensiones de jubilación resulta especialmente revelador, dado que son las prestaciones donde el principio de contributividad opera con mayor intensidad. Desde esta perspectiva cabe distinguir dos variables temporales con dinámicas claramente diferenciadas. Por un lado, las pensiones en vigor, que reflejan el pasado: prestaciones ya causadas por pensionistas de más edad. Por otro lado, las nuevas altas, que corresponden con las

causadas por las trabajadoras que están alcanzando ahora la edad de jubilación.

El análisis de los datos muestra que tanto las pensiones en vigor como las nuevas altas son considerablemente más bajas para las mujeres que para los hombres, con diferenciales mensuales de 499,63 €/mes en las primeras y de 333,16 €/mes, lo que se traduce en una brecha de género de 30,7% y del 20,7%, respectivamente. A pesar de que las cuantías siguen siendo marcadamente desiguales, los resultados revelan un avance significativo: la brecha se ha reducido en 10 puntos porcentuales al comparar las pensiones en vigor con las de nuevas altas. Esta mejora se debe a que las mujeres que actualmente alcanzan la edad de jubilación presentan carreras de cotización más prolongadas y estables, lo que indica una progresiva equiparación con las trayectorias laborales masculinas.

Cuadro 2.6.

Brecha de género en pensiones 2026 - Total Pensiones				
	Hombres (€/mes)	Mujeres (€/mes)	Diferencia (€/mes)	Brecha género (%)
Pensiones en vigor	1.627,12	1.127,49	499,63	30,71
Nuevas altas (ene)	1.609,29	1.276,13	333,16	20,70

Fuente: Seguridad Social.

Esta misma dinámica se reproduce, con especial intensidad, en el caso de las pensiones de jubilación. Los datos vuelven a demostrar que tanto las pensiones en vigor como las nuevas altas continúan

siendo más bajas para las mujeres que para los hombres, con diferencias mensuales de 529, 44 €/mes en las primeras y 316,08 €/mes en las segundas. Sin embargo, lo más relevante es que la distancia entre ambos tipos de pensión se ha reducido en 12,23 puntos porcentuales, una mejora ligeramente superior a la observada en el conjunto de pensiones. Dado el carácter eminentemente contributivo de las pensiones de jubilación, este estrechamiento de la brecha resulta especialmente significativo, pues permite apreciar con claridad el impacto de los cambios en el empleo femenino y de medidas impulsadas para avanzar hacia un marco de relaciones laborales y sociales más igualitario.

Cuadro 2.7.

Brecha de género en pensiones 2026 - Jubilación				
	Hombres (€/mes)	Mujeres (€/mes)	Diferencia (€/mes)	Brecha género (%)
Pensiones en vigor	1.785,01	1.255,57	529,44	29,66
Nuevas altas (ene)	1.813,18	1.497,10	316,08	17,43

Fuente: Seguridad Social.

Este proceso se encuentra en constante evolución, impulsado por el conjunto de medidas que se han ido adoptando para reducir la brecha de género, fruto de la acción sindical y el diálogo social. Dichas medidas se han articulado en dos direcciones complementarias: Por un lado, actuando sobre la raíz del problema, esto es, interviniendo en el empleo y abordando las causas que originan la brecha en el mercado laboral. Por otro lado, canalizando la capacidad de diálogo

go social para incidir en la legislación de la Seguridad Social, como ejemplifica la corrección del complemento para la reducción de la brecha de género.

2.5. Pensiones mínimas: un tejido social más cohesionado

En los últimos años, especialmente a raíz de la reforma de las pensiones de 2023, se ha impulsado los cambios para mejorar las prestaciones, garantizando su revalorización conforme a la evolución del IPC y reforzando así el poder adquisitivo de los pensionistas, con especial atención a las pensiones mínimas y no contributivas.

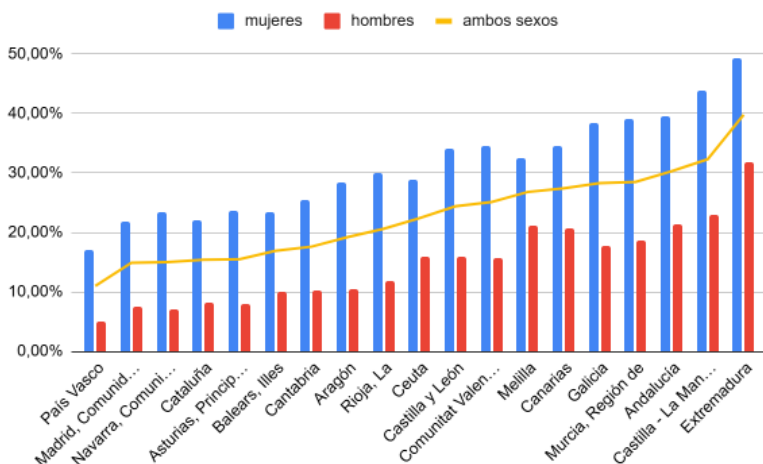
Debemos volver a recordar que en 2023 se incorporó a la Ley General de la Seguridad Social el acuerdo de Diálogo Social por el que se establece una garantía de suficiencia de las pensiones mínimas y pensiones no contributivas, ligándolas de forma automática a los umbrales de riesgo de pobreza. Es precisamente la aplicación de esta garantía de suficiencia la causa que explica el incremento sostenido que estas pensiones vienen registrando en los últimos años, en cuantías muy superiores a la que se aplica al resto de pensiones que se revalorizan con la inflación.

Lejos de suponer un coste para el Estado, es necesario comprender las pensiones desde una óptica macroeconómica donde las pensiones actúan como un instrumento de inversión con efecto multiplicador sobre otros sectores económicos. El incremento de su poder adquisitivo repercute positivamente en sectores claves, como: los

cuidados, la sanidad o el turismo, impulsando la creación de empleo y retroalimentando, en última instancia, en el propio sistema de la seguridad social.

Además, conviene señalar que las pensiones, sobre todo las más altas, tienen un impacto significativo en la recaudación fiscal. Las personas pensionistas contribuyen, a través de impuestos, a financiar el conjunto de servicios propios del estado de bienestar, incluidos servicios públicos que benefician al conjunto de la población.

Gráfico 2.2. Porcentaje de pensionistas que tienen complementos mínimos por sexo y CCAA, % 2026.



Fuente: Seguridad Social

Conviene también llamar la atención respecto de las diferencias que registran las pensiones en función de los diferentes perfiles de cuan-

tía, así como respecto de las diferencias territoriales que a su vez se derivan de las diferencias sociales y productivas que caracterizan cada ámbito geográfico. El gráfico anterior ilustra el porcentaje de personas jubiladas que precisan complemento a mínimos de su pensión y el efecto que despliega sobre las pensiones la disparidad enorme en la calidad del empleo y los elementos de contributividad (salarios, estabilidad en las carreras de cotización, etc.) que se derivan de ello.

Las diferencias por género también son evidentes. En todas las comunidades el porcentaje de mujeres que requieren el complemento es radicalmente mayor al de los hombres, llegando a menudo a duplicar o triplicar su tasa. Esto es el resultado directo de la brecha de género en el empleo, que se traduce en mayores lagunas de cotización, mayor incidencia de las jornadas reducidas y los salarios más bajos que han afectado a las mujeres durante décadas. Incluso en los territorios con mayor cuantía de pensión se advierte también esta brecha de género. Cabría concluir que este dato no solo habla de pensiones, sino que es una radiografía de la desigualdad de género acumulada a lo largo de toda una vida laboral.

En este marco, las pensiones mínimas han logrado funcionar como una herramienta más capaz de tejer una cohesión social. Reduciendo desigualdades, sobre todo de género, entre las distintas personas pensionistas.

3

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Dentro de nuestro sistema de bienestar, la atención a la dependencia debe estar garantizada por los poderes públicos y los agentes sociales. Esto significa no solo invertir en recursos públicos para asegurar cuidados dignos, sino también valorar y mejorar las condiciones laborales de las personas que cuidan, que en su mayoría son mujeres. Además, es fundamental que todas las personas tengan las mismas oportunidades de acceso a este derecho, sin desigualdades.

Durante mucho tiempo, este objetivo parecía difícil de alcanzar. Sin embargo, empezó a hacerse realidad con el Acuerdo de Diálogo Social suscrito por CCOO, UGT, CEOE y CEPYME con el gobierno de la nación en diciembre de 2004 y que posteriormente dio lugar a la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, sobre la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia. En esta ley se plantea un objetivo muy claro: atender a las personas que, por su situación de vulnerabilidad, necesitan ayuda para realizar actividades básicas del día a día, ganar autonomía y ejercer plenamente sus derechos como ciudadanos.

A partir de esta ley se creó el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Se trata de un sistema público desde el que se

reconoce la atención a las situaciones de dependencia como un derecho individual. Cada persona tiene derecho así a recibir una serie de prestaciones, preferentemente en forma de servicios profesionales. Este sistema se articula desde la colaboración entre el Estado y las comunidades autónomas.

La atención a la dependencia se considera uno de los pilares fundamentales del Estado de Bienestar, junto con la sanidad, la educación y las pensiones. Su objetivo principal es ayudar a las personas a ser lo más autónomas posible y garantizar que reciban cuidados adecuados. En este apartado se analiza y se valora el funcionamiento de este sistema.

Para entender mejor cómo funciona, es importante conocer el proceso para solicitar estas ayudas. En primer lugar, se reconoce la situación de dependencia de la persona. Esto incluye una valoración para determinar el grado de dependencia en función de la ayuda que precisa. En segundo lugar, se establece qué prestación se reconoce para atender a esa persona, a través del Programa Individual de Atención (PIA).

La solicitud se presenta en la comunidad autónoma correspondiente. A partir de ahí, se realiza una valoración técnica utilizando un sistema que mide la capacidad de la persona para realizar actividades básicas de la vida diaria, como comer, vestirse o moverse, entre otras. También se tiene en cuenta si necesita ayuda física o supervisión constante.

Después de esta evaluación, se asigna un grado de dependencia. El Grado I corresponde a una dependencia moderada, en la que la persona necesita ayuda de forma puntual. El Grado II indica una dependencia más severa, con necesidad de ayuda frecuente. Por último, el Grado III se refiere a una gran dependencia, en la que la persona necesita apoyo continuo. En 2025 se incorporó un grado adicional, denominado Grado III+, en el que quedan encuadrados las personas reconocidas en situación de dependencia de Grado III cuando además cursan la enfermedad de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y otras similares en un estadio avanzado.

Una vez determinado el grado, se decide la ayuda concreta que recibirá la persona a través del PIA. Para ello, se tienen en cuenta sus preferencias, su situación familiar, los recursos disponibles y su capacidad económica personal. A partir de ese momento, se ponen en marcha los servicios o prestaciones correspondientes.

Sin embargo, uno de los principales problemas del sistema es que muchas solicitudes no se resuelven en el plazo máximo legal establecido de seis meses. En la mayoría de territorios, las resoluciones se retrasan mucho más de lo previsto, e incluso hay situaciones en las que no se da respuesta a tiempo. Esto puede generar situaciones muy difíciles para las personas solicitantes, especialmente cuando necesitan ayuda de forma urgente.

El catálogo de prestaciones al que se puede acceder incluye una amplia batería de servicios profesionales en los que se incluyen ayuda a domicilio, centros de día, atención residencial, teleasistencia y

servicios de prevención. Las personas beneficiarias acceden a estos servicios mediante la provisión pública directa de la administración competente o mediante la provisión concertada por parte de dicha administración.

Adicionalmente a estos servicios, se prevé también la posibilidad de reconocer prestaciones económicas, si bien éstas tienen carácter excepcional en la norma. Dichas prestaciones económicas pueden ser de tres tipos: las destinadas a proteger situaciones de cuidado familiar (PECF), las que se encuentran vinculadas a la contratación de un servicio profesional de provisión estrictamente privada (PEVS), y las destinadas a financiar la contratación de un asistente personal (PEAP). La financiación de estas prestaciones es de carácter público en la que participan tanto el Estado como las comunidades autónomas, aunque también se establece la participación de la financiación de las personas beneficiarias en el coste de las prestaciones a través de un cierto nivel de copago en función de su capacidad económica.

3.1. Logros alcanzados en la implantación del Sistema de Dependencia

Desde que se aprobara la Ley de Dependencia mediante Acuerdo de Diálogo Social, la reivindicación sindical se ha convertido en un derecho subjetivo para toda la ciudadanía. Aunque aún existen déficits en su aplicación, se ha conseguido avanzar hasta conseguir relevantes logros.

Desde su creación, el número total de personas que han sido beneficiarias del Sistema para la Autonomía personal y Atención a la Dependencia (SAAD) supera los 3 millones y, actualmente, el sistema protege a 1,7 millones de personas dependientes con una prestación efectiva, lo que representa el logro más destacado.

También es muy resaltable el hecho de que la protección efectiva se haya procurado mayoritariamente mediante servicios de atención profesional. Durante algunos periodos se ha logrado que hasta el 70% de las personas beneficiarias recibieran atención profesional, aunque se aprecia un progresivo cambio de tendencia a este respecto.

Esta atención preferente mediante servicios profesionales ha posibilitado que el SAAD implique la ocupación efectiva a más de 550.000 personas, con empleos directos dedicados a la atención directa de personas dependientes. Cabe apuntar que el 82% son mujeres y 11% son personas trabajadoras de origen extranjero.

El Plan de Choque (2021-2023), acordado en el marco del Diálogo Social con las organizaciones sindicales y empresariales para impulsar la implantación del SAAD, ha tenido un papel destacado tras la pandemia de la COVID-19.

Dicho Plan partía de un planteamiento que ha demostrado un funcionamiento eficaz para intervenir en la implantación del SAAD: condicionar el incremento de financiación estatal al acuerdo con las comunidades autónomas de cumplimiento de determinados objetivos comunes. El Estado central ha cumplido su compromiso de incre-

mentar la financiación (+8.0000 millones de euros adicionales entre 2021-2025), lo que ha duplicado la participación del Estado central en el coste total del SAAD (ahora en el entorno del 26%)

El principal logro conseguido por el Plan de Choque ha sido la reactivación de la implantación de la cobertura del SAAD. Entre diciembre de 2020 y marzo de 2026 se ha incrementado en el 50% el número de personas con prestación efectiva; se han reconocido prestaciones a 570.000 nuevas personas beneficiarias; se ha reducido la lista de espera a aproximadamente la mitad, aunque aún no se ha logrado su desaparición.

Además, el Plan eliminó los recortes que se hicieron en 2012. Ahora, el sistema vuelve a dar más tiempo de ayuda en casa (hasta 91 o 94 horas al mes para los casos más graves) y más dinero en las ayudas económicas de lo que se daba antes

Entre 2007 y 2026 el SAAD ha creado 400.000 empleos directos, 180.000 de ellos en el marco del Plan de Choque, entre 2021 y 2025. También han surgido centenares de empresas y ha consolidado un sector de actividad económica que ha sido el único que ha crecido durante épocas de crisis como la financiera de 2008.

Por último, hay que destacar que el Gobierno ha cumplido su compromiso de reforzar jurídicamente el derecho a la dependencia, garantizando que los litigios que pueden plantear los ciudadanos deben ser resueltos por la jurisdicción de lo social.

3.2. Principales riesgos detectados

Tras plantear los logros que el sistema ha conseguido en los últimos años, no se pueden obviar todos aquellos objetivos que, pese a estar recogidos en el acuerdo del Plan de Choque, aún no se han cumplido. Se trata de cuestiones que suponen un riesgo palpable para la calidad del derecho de las personas en situación de dependencia y que, en la medida en la que evolucionan, se están convirtiendo en puntos críticos en la implantación del SAAD.

La principal causa que explica que el Plan de choque no haya alcanzado aún la totalidad de sus objetivos radica en que su desarrollo se ha visto interrumpido a partir de 2024, momento a partir del cual el Ministerio de Derechos Sociales y las comunidades autónomas han decidido limitarse a prorrogar las medidas contenidas en el mismo, en lugar de seguir desarrollándolas. De este modo, el incremento de financiación que mantiene el Estado central se reparte entre las CCAA sin atender ya a una evaluación previa de los resultados obtenidos ni a la consecución de los objetivos establecidos en el Plan de Choque.

Cabe destacar como principales riesgos que tiene actualmente el Sistema de Dependencia los siguientes: listas de espera y tiempos de gestión, los tipos de prestaciones que se conceden,

3.2.1. Lista de espera y tiempos de gestión

La causa que explica el fenómeno de la lista de espera no es un problema de organización administrativa, ni tampoco del diseño ju-

rídico de la norma. La lista de espera se produce principalmente por una decisión política de las comunidades autónomas, que la utilizan como instrumento de control del gasto retrasando la concesión de las prestaciones.

Otro mecanismo que utilizan las comunidades autónomas para este mismo objetivo es el tipo de prestaciones que se reconocen: se tiende a conceder las prestaciones que resultan más económicas (singularmente la prestación económica de cuidado familiar (PECF), la Teleasistencia y la prestación económica vinculada a un servicio (PEVS).

El problema de la lista tiene una doble dimensión: primero, el volumen de personas en esta situación; y segundo, el tiempo que se encuentran a la espera de ser atendidos.

Personas en lista de espera

El número de personas en lista de espera se ha reducido de forma significativa desde el Plan de Choque (hoy tenemos aproximadamente la mitad de las personas en lista de espera que en 2020), pero el volumen de personas en esta situación sigue siendo excesivamente alto. En marzo de 2026 más de 232.000 personas seguían la lista de espera.

La reducción de la lista de espera no se produce a un ritmo suficiente como para absorber el crecimiento de las nuevas solicitudes que se producen. El fenómeno de crecimiento de las nuevas solicitudes no

sólo no se reducirá, sino que se intensificará a futuro, como consecuencia de la llegada a las edades de mayor probabilidad de dependencia de las personas con más de 80 años.

Por tanto, es urgente resolver la lista de espera y garantizar una dotación de recursos suficiente para absorber el crecimiento de nuevas personas dependientes que se va a registrar necesariamente en las próximas décadas.

Gráfico 3.1. Evolución de la lista de espera del SAAD.

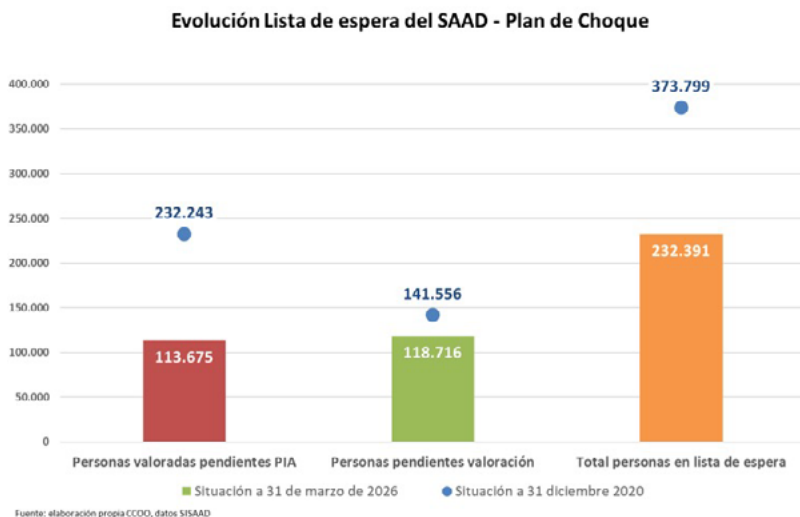
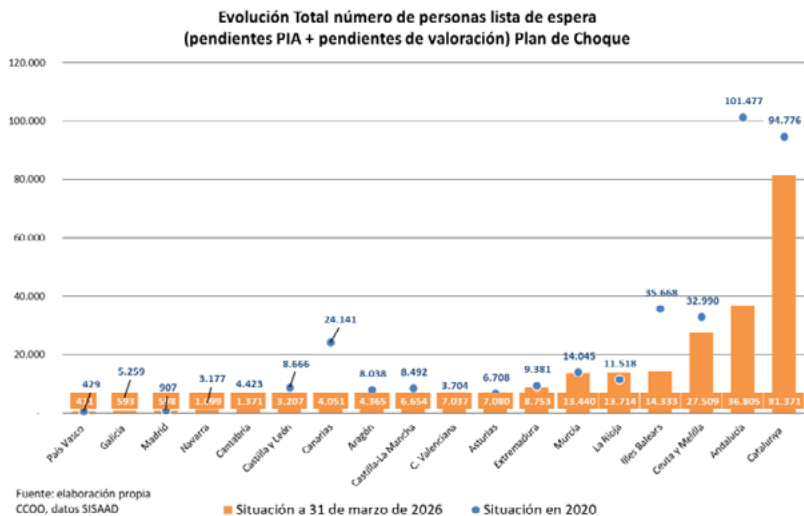
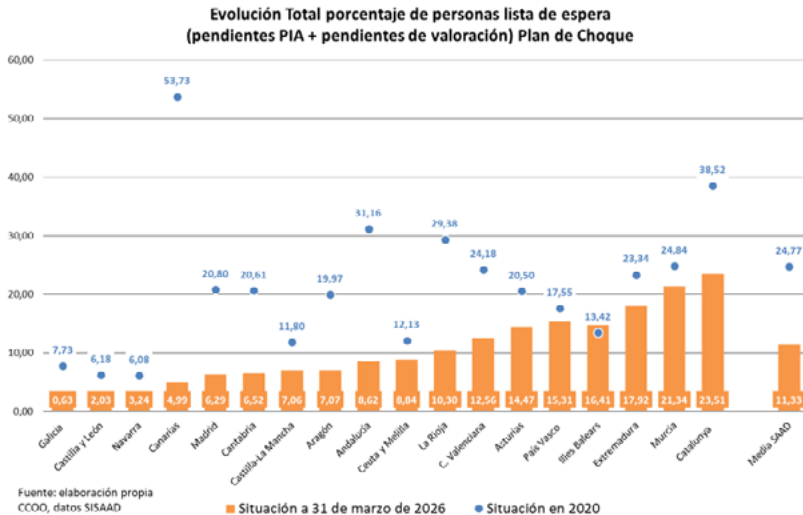


Gráfico 3.2. Evolución del número total de personas en lista de espera.



Lo anterior, no obsta para señalar que el problema del volumen de personas en lista de espera debe también tener en cuenta el peso relativo que presenta en cada territorio. Ya que, con independencia del peso que tenga el número de personas en lista de espera en territorios medianos o pequeños respecto del total, sigue siendo un problema relevante para las personas que residen en dichos territorios (por ejemplo, Murcia y Extremadura, Illes Balears, P. Vasco...).

Gráfico 3.3. Evolución del porcentaje de personas en lista de espera.



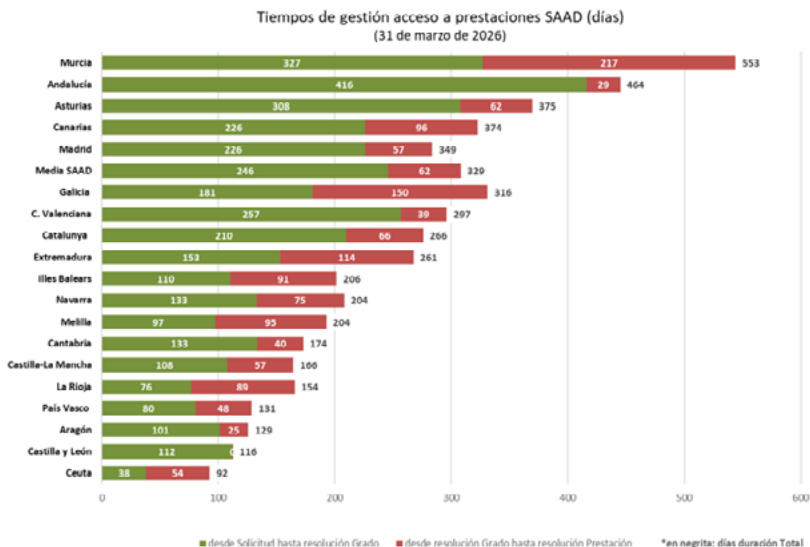
Tiempos de gestión

El segundo fenómeno asociado a la lista de espera son los elevados tiempos de gestión que registran las CCAA. Sólo un puñado de CCAA cumplen con el mandato de la Ley de resolver las prestaciones en un plazo máximo de 180 días desde la solicitud (Ceuta, Castilla y León, Aragón, País Vasco, Rioja, Castilla-La Mancha y Cantabria), pero la media del SAAD está en 329 días (casi 11 meses).

Especialmente grave es la situación de Murcia (553 días), Andalucía (464 días), Asturias (375 días), Canarias (374 días) y Madrid (349 días) que se sitúan por encima de la media superando también el año en la mayoría de casos.

Cabe además llamar la atención sobre los escasos avances que se han producido en este indicador. Valga como muestra la evolución que registra en el último año, periodo en el que sólo ha mejorado en 9 días.

Gráfico 3.4. Tiempo en días de gestión en el acceso a prestaciones del SAAD).



Fuente: elaboración propia CCOD a partir de datos SISAAD

Cuadro 3.1. Evolución de los tiempos de gestión en los últimos 12 meses.

Evolución de los tiempos de gestión en los últimos 12 meses (días)				
situación a fecha 31 de marzo de 2026				
	desde Solicitud hasta Resolución Grado	desde Resolución Grado hasta Resolución prestación	desde Solicitud hasta Resolución prestación	Total días de espera a fecha actual
Andalucía	-47	-137	-122	464
Aragón	-37	-11	-50	129
Asturias	-3	53	33	375
Illes Balears	-16	-33	-41	206
Canarias	-159	-61	-175	374
Cantabria	-29	-10	-33	174
Castilla y León	1	0	1	116
Castilla-La Mancha	-8	-6	-15	166
Catalunya	23	-22	2	266
C. Valenciana	2	-27	-15	297
Extremadura	24	-28	-12	261
Galicia	-68	13	-77	316
Madrid	21	-10	29	349
Murcia	0	-31	10	553
Navarra	-3	6	0	204
País Vasco	9	-7	3	131
La Rioja	18	-88	-71	154
Ceuta	10	27	38	92
Melilla	-35	-26	-48	204
Media SAAD	22	-31	-9	329

Fuente: elaboración propia CCOO, datos IMSERSO

3.2.2. Tipo de prestaciones

Las CCAA fomentan las prestaciones económicas porque son más baratas, aunque cuidan peor. El crecimiento de la cobertura que se ha registrado en el SAAD desde la puesta en marcha del Plan de choque se está produciendo principalmente mediante la Prestación Económica de Cuidado Familiar (PECF) y la Prestación Económica Vinculada a un Servicio (PEVS). Ambas prestaciones están previstas en la Ley como “excepcionales” porque la norma es consciente de que no garantizan la calidad de la atención al mismo nivel que el resto de los servicios profesionales.

En el caso de la PECF la norma prevé (art. 18.1) expresamente que esta prestación es “excepcional”, en el caso de la PEVS la norma regula (art. 17.1) que “se reconocerá (...) únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado”. El menor coste que este tipo de prestación implica para las administraciones es el principal motivo por el que se impulsa desde las CCAA.

Cuadro 3.2.

Comparativa de costes de las prestaciones SAAD (2026)

Prestación económica cuidado familiar	Prestación económica vinculada servicio	Precio público SAD Grado III (91 horas/mes)	Precio concierto plaza psicogeriátrica España
455 €/mes	747 €/mes	1.575 €/mes	1.967 €/mes

Fuente: elaboración propia, datos IMSERSO (cuantía máxima prestaciones 2026, precios servicios 2025)

Cuando las CCAA reconocen estas prestaciones están condenando a sus ciudadanías en situación de dependencia y sus familias a que sean ellas quienes asuman el coste real de la atención. Esto tiene un

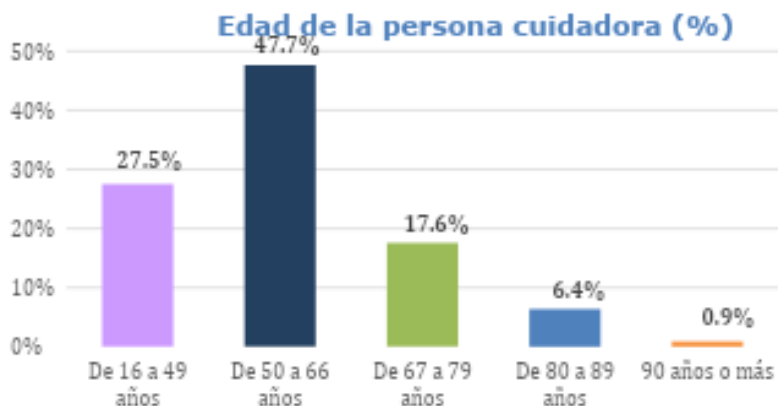
impacto directo en el aumento de la brecha de clase en el derecho al cuidado de calidad. Mientras que las familias con rentas más altas asumen un “doble copago” que conlleva la PEVS, las familias de rentas medias y bajas no pueden acceder a servicios profesionales de calidad dado que no pueden permitírselo. Por ello, estas familias de menos recursos sólo acceden a la ayuda económica del PECF, una asignación de baja cuantía que apenas compensa una parte de la atención que precisan sus personas dependientes.

Los riesgos del crecimiento de la Prestación Económica de Cuidado Familiar

La PECF debe ser “excepcional”, tal como se recoge en la Ley de Dependencia (art. 18.1) porque implica graves riesgos para la calidad de la atención que ofrece el SAAD. Las CCAA que no respetan esta “excepcionalidad” contribuyen a incrementar los riesgos sociales y económicos que puede desplegar la PECF y “condenan” a sus ciudadanos a una atención de menos calidad.

Hemos de tener claro que la PECF no garantiza la calidad de la atención como lo hace un servicio profesional (el cariño y los cuidados que sólo pueden ofrecer las familias es mucho más eficaz cuando se complementa con un servicio profesional; no se trata de sustituir cariño familiar por servicios profesionales, sino que el cariño se vea apoyado y reforzado por dichos servicios). No es anecdótico el dato de que el 7,5% de las personas cuidadoras familiares tengan más de 80 años.

Gráfico 3.5. Distribución porcentual las personas cuidadora por edad.



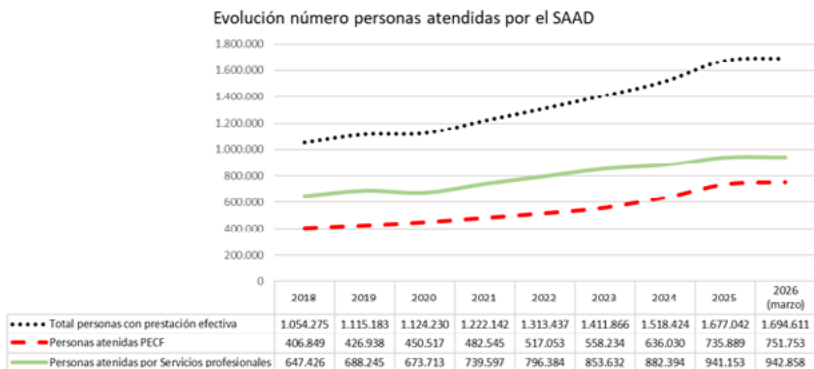
Cabe señalar que la priorización de la prestación económica por cuidados en el entorno familiar (PECF) contribuye a perpetuar la división sexual del trabajo, ya que el 72% de las personas cuidadoras en España siguen siendo mujeres. Al incentivar económicamente el cuidado doméstico en lugar de proveer servicios profesionales, se consolida un modelo de atención informal y no reglado que, lejos de generar empleo o actividad económica productiva, fomenta el subempleo precario.

Esta dinámica desplaza la atención hacia la economía sumergida, dado que las cuantías son insuficientes para costear una contratación profesional en el mercado regulado. Como resultado, el sistema condena a las personas dependientes a una atención de menor calidad y a las cuidadoras a la invisibilidad, privándolas del reconocimiento de sus derechos laborales y de una protección social efectiva.

La PECF vuelve a crecer más que el resto. En el último año 2 de cada 3 nuevas personas protegidas por el SAAD lo han sido con esta prestación.

Este fenómeno se mantiene de forma persistente desde 2024. Durante la vigencia original del Plan de Choque (en la que operó la interlocución del Diálogo Social en los criterios de reparto de financiación adicional), entre los años 2021 y 2023 fueron mayoritarios las nuevas personas atendidas con prestaciones de servicio profesional. Pero una vez finalizada la vigencia original del Plan de choque en la que el MDS y las CCAA se han limitado a “prorrogar” los criterios sin ajustarlos a la situación actual, el incremento de la PECF crece cada vez con más intensidad.

Gráfico 3.6. Evolución del número de personas atendidas por el SAAD.



Fuente: elaboración propia CCOO, datos IMSERSO

Gráfico 3.7. Evolución del porcentaje de personas atendidas con PECF.

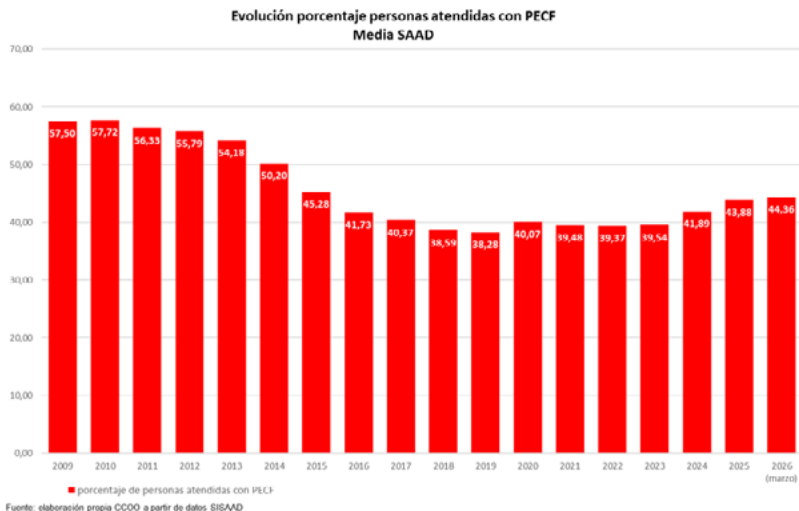
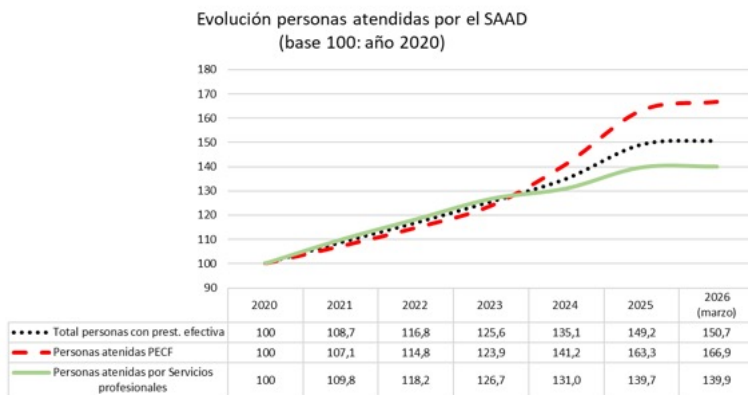


Gráfico 3.8. Evolución del número de personas atendidas por el SAAD desde el 2020.



Fuente: elaboración propia CCOO, datos IMSERSO

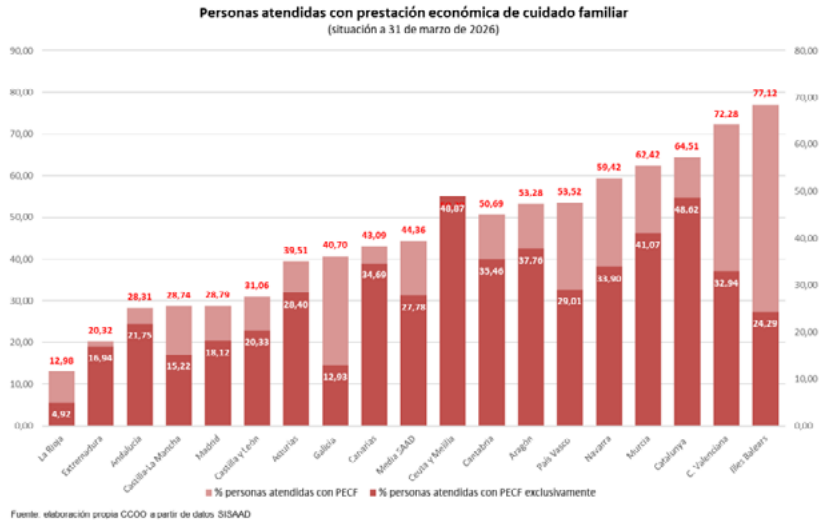
Las CCAA que peor atienden a sus ciudadanos son las que tienen más PECF. Por todos los argumentos planteados antes, las CCAA que en mayor medida apuestan por impulsar la atención de sus ciudadanos con PECF son las que peor calidad de la atención ofrecen.

En el conjunto del SAAD, el número de personas que es atendida con una PECF ya supera el 44% del total. Esta cifra supera el 70% en varias provincias, como Baleares y C. Valenciana, seguidos de Catalunya y Murcia en el que se registra el 60%.

Algunas de estas personas compatibilizan esta prestación con otra, principalmente la de Teleasistencia (que tampoco es un servicio de alta calidad en la atención).

Más grave aún es el hecho de que el 27,7% del total de personas atendidas por el SAAD sólo tienen reconocida una PECF. Esta cifra alcanza casi el 50% en varios territorios, como Cataluña o Ceuta y Melilla.

Gráfico 3.9. Personas atendidas con prestación económica de cuidado familiar por CCAA.



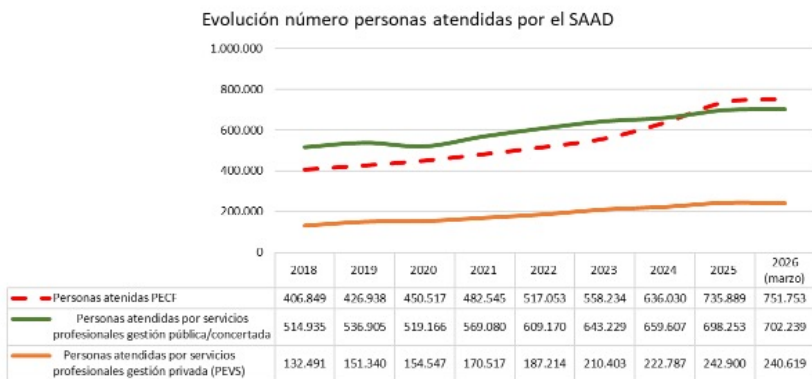
Crece la Prestación económica vinculada a un servicio, que implica “doble copago”

En los últimos años, el sistema de dependencia ha priorizado la entrega de un “cheque” económico (la PEVS) para que las familias contraten servicios privados por su cuenta. Esta modalidad impone un doble copago que actúa como una barrera económica. El primero ocurre cuando la Administración reduce la cuantía de la ayuda en función de la renta del dependiente; el segundo aparece cuando la familia debe cubrir, con sus propios ahorros, la amplia diferencia entre esa ayuda pública y el precio real de mercado de una residencia o servicio profesional.

Este mecanismo genera una grave brecha de desigualdad, ya que convierte la atención profesional en un derecho condicionado por el nivel adquisitivo. Mientras que las rentas altas pueden costear ese diferencial para acceder a cuidados de calidad, las rentas medias y bajas se ven excluidas al no poder asumir el gasto que la prestación no cubre. El sistema, por tanto, deja de garantizar la igualdad de oportunidades y segmenta la calidad de la atención según la capacidad económica de cada hogar.

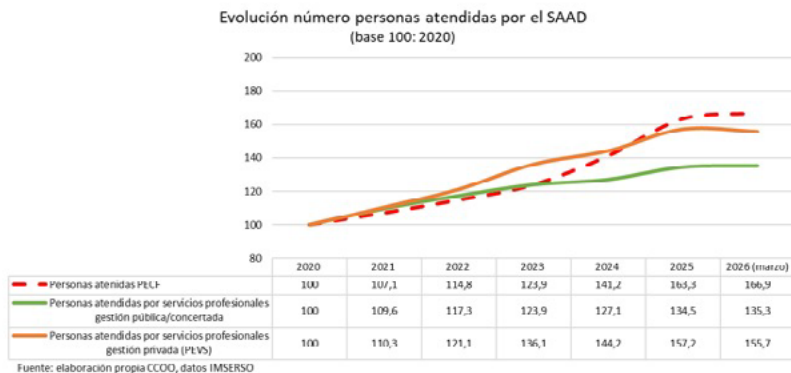
Como consecuencia, las familias con menos recursos se ven empujadas a renunciar a los servicios profesionales y a optar por la ayuda de cuidados familiares en el hogar. Esto no solo sobrecarga a las familias -especialmente a las mujeres, perpetuando roles de género-, sino que consolida un modelo de cuidados de segunda categoría.

Gráfico 3.10. Evolución del número de personas atendidas por el SAAD.



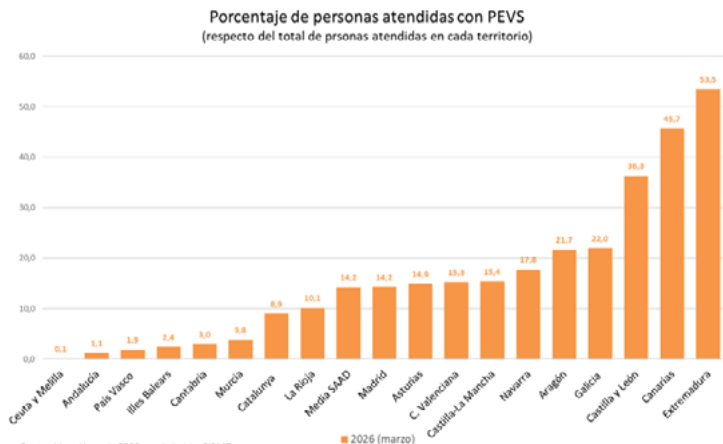
Fuente: elaboración propia CCOO, datos IMSERSO

Gráfico 3.11. Evolución del número de personas atendidas por el SAAD desde 2020.



Algunas CCAA concentran el mayor riesgo de sobreutilización de PEVS. Destacan los casos de Extremadura, donde el 53,5% del total de personas atendidas lo están mediante una PEVS, Canarias (45,7%) y Castilla y León (36,3%), seguidos de Galicia y Aragón con más del 20% cada una de ellas.

Gráfico 3.12. Porcentaje de personas atendidas con PEVS, 2026.



3.2.3. La infraprotección del SAAD: 48% de las personas beneficiarias no tienen prestaciones que garanticen calidad

El principal riesgo que presenta el sistema de Dependencia radica en el elevado volumen de personas atendidas con prestaciones que no garantizan la calidad de la atención que define la Ley de Dependencia: en concreto PECF y Teleasistencia cuando se reconoce como única prestación.

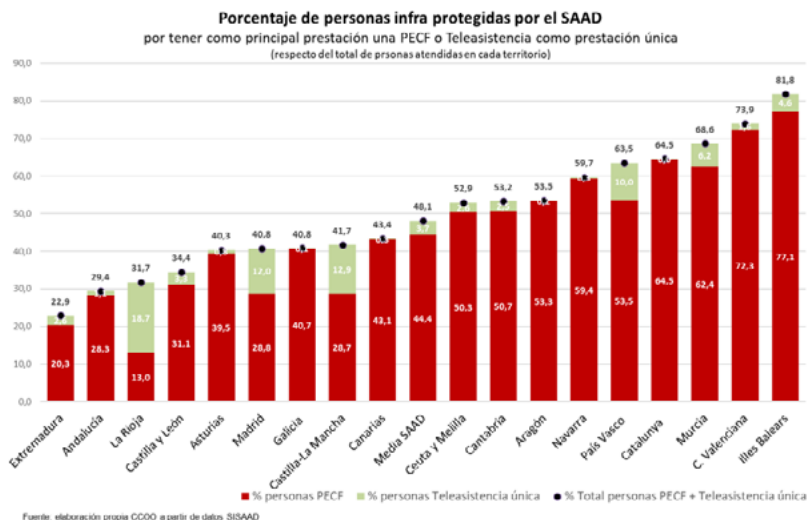
La propia LAPAD advierte que la PECF debe considerarse una prestación “excepcional” (art. 18.1) y la Teleasistencia se considera un servicio complementario de otros, pero cuando se prescribe como prestación única no conlleva financiación del nivel mínimo (las CCAA no reciben ninguna transferencia desde el Estado central por esta prestación porque no se considera de suficiente intensidad de atención).

El 48% del total de personas atendidas por el SAAD sufren esta infraprotección. La mayoría de las personas lo hacen como consecuencia de tener como principal prestación una PECF (44,4%). Por su parte, quienes tienen reconocida exclusivamente una prestación de teleasistencia, si bien tienen un peso muy inferior (3,7%), son más de 63.000 personas.

El volumen de personas beneficiarias infra protegidas por estas prestaciones de baja intensidad de atención tendía a reducirse progresivamente, pero desde el año 2024 ha vuelto a registrar una nueva etapa de incremento estrechamente ligada a la evolución creciente de la PECF.

El registro medio del SAAD es aún más grave en CCAA como Baleares (81,8%) y C. Valenciana (73,9%), así como en las de Murcia, Catalunya, País Vasco y Navarra (que se sitúan en el entorno del 60%), o en Aragón, Cantabria y Ceuta y Melilla (donde superan el 50% del total de personas beneficiarias).

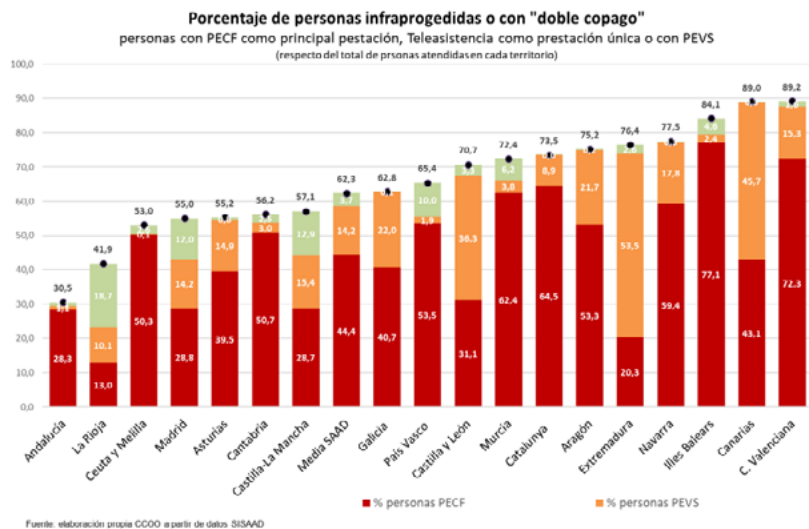
Gráfico 3.13. Porcentaje de personas infra protegidas por el SAAD por CCAA.



Cabe, además, completar este escenario de infra protección incluyendo también el peso relativo de las personas beneficiarias que han podido asumir el “doble copago” que exige la PEVS para poder optar así a servicios profesionales y evitar la infra protección de la PECF o la Teleasistencia como única prestación.

Al incluir esta variable, el conjunto del SAAD sitúa al 62,3% de las personas atendidas en una situación de infra protección o de “doble copago”. Una situación que alcanza el 89% de las personas protegidas en C. Valenciana y Canarias, el 84% en Illes Balears, más del 70% en los casos de Navarra, Extremadura, Aragón, Cataluña, Murcia y Castilla y León.

Gráfico 3.14. Porcentaje de personas infra protegidas por el SAAD o con “doble copago” por CCAA.



3.2.4. El copago y la falta de transparencia

Entre 2021 y 2025 el Estado central ha incrementado su financiación en 8.195 millones de euros adicionales a los que transfería en 2020, del que se han beneficiado todas las CCAA. Esta transferencia adi-

cional de financiación estatal ha mejorado notablemente el nivel de participación del Estado central en el coste total del sistema.

Cuadro 3.2.

Porcentaje del gasto certificado por las CCAA asumido por el Estado central a través de sus transferencias

	2020	2023	2024	evolución pp 2020-2024
Andalucía	19,69	37,74	34,90	15,20
Aragón	16,51	33,68	34,49	17,98
Asturias	14,87	25,29	25,84	10,97
Balears (Illes)	12,18	25,99	19,35	7,17
Canarias	14,86	28,50	24,95	10,09
Cantabria	14,72	32,56	24,94	10,22
Castilla y León	20,12	36,81	36,75	16,63
Castilla-La Mancha	16,19	29,91	29,93	13,74
Catalunya	14,03	23,45	22,59	8,56
C. Valenciana	11,52	22,29	20,45	8,92
Extremadura	13,08	21,84	25,41	12,33
Galicia	23,33	40,69	34,89	11,56
Madrid	16,76	29,30	27,23	10,46
Murcia	15,08	24,13	26,81	11,73
Navarra	10,96	19,24	12,51	1,55
País Vasco	8,62	16,05	9,86	1,24
Rioja (La)	15,69	40,98	38,65	22,95
Ceuta y Melilla				
Total SAAD	15,54	28,58	26,44	10,91

Fuente: elaboración propia CCOO, datos IMSERSO

El Estado central ha pasado de financiar el 15% del gasto total certificado por las CCAA en 2020 a asumir el 28% en 2023 y el 26% en 2024 (último dato disponible), de manera que ha incrementado su participación en unos 11 puntos porcentuales. Cabe apuntar que en

algunas CCAA la aportación del Estado central se sitúa en el entorno del 35%, caso de Andalucía, Aragón, Castilla y León, Galicia y La Rioja.

La LAPAD establece expresamente que la financiación pública del SAAD ha de ser suficiente por sí misma para garantizar las prestaciones del conjunto del sistema (art. 32.1). El espíritu de la LAPAD establece también una participación de las AAPP que aspira a ser igualitaria entre el Estado central y las CCAA; es un hecho el que el Estado central, pese a haber avanzado enormemente gracias al Plan de Choque está aún lejos de la aportación que exige la calidad de la atención que necesita el SAAD.

La LAPAD recoge la participación de las personas beneficiarias en el coste de las prestaciones (copago) (art. 33) pero no como una fuente principal de financiación del sistema, sino adicional o complementario. En ningún caso, el copago puede entenderse como una fuente de financiación principal equiparable a la de las AAPP.

El copago concentra tres elementos de preocupación:

- Se mantiene el incremento del límite máximo hasta el 90% del coste de los servicios.
- Se carece de reglas comunes de progresividad.
- Falta de transparencia generalizada.

El copago es el único elemento de la LAPAD que fue recortado en 2012 y que no ha sido revertido aún. En aquel momento, el Gobierno central impuso un incremento de los umbrales máximos de copago del 65% original hasta el 90% del coste de todos los servicios y prestaciones, en un intento de transferir a las personas beneficiarias la responsabilidad de asumir el recorte de financiación estatal al que sometió al sistema.

El incremento del umbral máximo de copago impuesto en 2012 continúa en vigor actualmente, aunque la financiación del Estado central sí ha vuelto a incrementarse.

A lo anterior hemos de añadir el hecho de que el SAAD carece de reglas comunes de progresividad para todos los territorios. Actualmente cada CCAA puede imponer la progresividad del copago que considere oportuna, con el único límite de garantizar la gratuidad a las personas con ingresos iguales o inferiores a 1 vez el IPREM (art. 33.4)

A todo lo anterior, hemos de sumar una falta de transparencia en la gestión de las CCAA, que se niegan a publicar los datos de copago que asumen las personas beneficiarias en cada territorio. Cada mes, tenemos cumplida información de la financiación que asume el Estado central y del cumplimiento efectivo que ha hecho del acuerdo comprometido en el Plan de Choque.

Conocemos cuál es la participación del Estado central en el mantenimiento del coste del SAAD, pero no sabemos qué parte asume las

CCAA ya que en la certificación de gasto que publican anualmente no desagrega su aportación de la que hacen las personas beneficiarias en forma de copago.

El IMSERSO no publica los datos de copago alegando que las CCAA no lo informan. Tan solo se cuenta con estimaciones que tradicionalmente situaban el volumen de copago en el 20%, pero algunos otros estudios más actuales publicados por IMSERSO sitúan esta referencia en cuantías superiores. Se trata, en todo caso, de estudios que han realizado una evaluación sólo parcial (no incluyen la totalidad de prestaciones ni de CCAA), pero que sitúan la participación del copago en el entorno del 30% y el 35% en ciertos servicios y grados.

Cabe también señalar otros estudios del IMSERSO¹ que sitúan un nivel participación de los usuarios de determinados servicios sociales en cuantías igualmente cercanas al 38%, como la que se refiere al caso de los centros residenciales para personas mayores.

Cabe así la duda de si realmente las CCAA están soportando realmente la financiación del grueso del coste que tiene el SAAD. Para aclarar esto es indispensable la publicación inmediata del importe del copago en cada una de las prestaciones y territorios.

En todo caso, el debate sobre la transparencia en el copago no resuelve la necesidad de reforzar la financiación pública del SAAD has-

1 IMSERSO. SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA, Informe a 31 de diciembre de 2024. Puede consultarse en: <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/servicios-sociales-dirigidos-a-personas-mayores-en-espana-diciembre-2024>

ta situarla en el 1,5% - 2% del PIB en la próxima década para garantizar la suficiencia y la calidad de las prestaciones que se requieren.

3.2.5. Los servicios de prevención

Los servicios de prevención siguen recortados. Los servicios de prevención no sufrieron directamente el recorte en 2012 porque en aquel momento todavía no habían entrado en vigor su cobertura. Pero fue en el contexto de las políticas de austeridad cuando en 2013 se definieron originalmente la intensidad de estos servicios. Actualmente tienen establecida un número de horas que va desde 6 horas/mes en el caso de servicios de prevención de atención temprana, 15 horas/mes en el de autonomía personal y entre 12 y 30 horas/mes en el de promoción de la autonomía personal.

Los servicios de prevención son claramente insuficientes y deben incrementarse hasta garantizar un nivel mínimo de suficiencia adaptados a cada grado de dependencia.

3.3. Propuestas de actuación

La Ley de Dependencia ha establecido un modelo de gobernanza del SAAD complejo pero que se ha demostrado eficaz. Es complejo porque tiene que garantizar el cumplimiento efectivo de los objetivos de calidad en la atención a los que tienen derecho todas las personas en situación de dependencia con independencia de donde residan, al mismo tiempo que lo hace respetando un nivel de descentralización

administrativa muy amplio en el que participan el Estado central, las comunidades autónomas y hasta los ayuntamientos.

Este modelo de gobernanza habilita dos herramientas estratégicas que puede utilizar el Estado central para incidir por acuerdo con las CCAA en la implantación del SAAD y garantizar así que el Sistema de Dependencia cumple en todos los territorios con los objetivos de calidad en la atención marcados en la Ley.

- 1) El Estado central, a través del Ministerio responsable de esta materia, puede y debe ejercer un rol de liderazgo político en el SAAD, proponiendo medidas de actuación concretas.

Este liderazgo político se concreta en actuaciones tales como realizar evaluaciones permanentes del grado de cumplimiento de los objetivos de la Ley; consultando con las organizaciones sindicales y empresariales en el marco del Diálogo Social posibles acciones; pidiendo opinión también a otras organizaciones sociales en los respectivos espacios institucionales; y, a partir de todo lo anterior, proponiendo actuaciones concretas que deben acordarse con las CCAA en el Consejo Territorial del SAAD, que es el principal órgano de gobernanza del Sistema de Dependencia.

- 2) Para garantizar que las propuestas de actuación que el Ministerio impulsa se aplican de forma efectiva en todas las CCAA, el Estado central dispone del instrumento que es la financiación pública estatal. Resulta estratégico el nivel de financiación acordado previsto en el art. 10 de la Ley. Este nivel acordado permite

establecer criterios de reparto entre las CCAA que cumplan determinados objetivos que han sido previamente acordados en el Consejo Territorial del SAAD.

Este modelo de gobernanza se ha demostrado eficaz a lo largo de los 20 años que lleva implantándose el Sistema de Dependencia cuando el Estado central ha sabido o querido ejercer su liderazgo político vinculándolo al refuerzo de la financiación estatal, caso, por ejemplo, de la etapa de puesta en marcha de la Ley en el periodo 2007-2011 o en la implantación del Plan de Choque 2021-2023.

De la misma forma, este modelo muestra sus limitaciones cuando el Ministerio de turno renuncia a ejercer su papel de liderazgo o éste no se puede complementar con un nivel de financiación estatal adecuado.

En opinión de CCOO debemos superar la etapa iniciada en 2024 en la que el Estado central y las CCAA se limitan a una prórroga indefinida de los criterios de reparto de la financiación estatal, sin establecer objetivos concretos que garanticen la calidad de la atención.

La primera medida que en nuestra opinión debe adoptarse es establecer un marco renovado de financiación pública suficiente. El Sistema de Dependencia debe situarse en un horizonte de inversión pública que pase del 0,8% PIB actual al 1,5% -2% PIB en la próxima década.

El incremento de financiación estatal debe, además, estar condicionado al cumplimiento de los siguientes objetivos:

- **Fin de la lista de espera.**
- Atención preferente con **servicios profesionales** presentemente de gestión pública directa o concertados con la administración.
- **Creación de empleo de calidad**, principalmente mediante la revisión al alza de las ratios de plantilla establecidas en el Acuerdo de acreditación de centros y servicios de 2023. Estas nuevas ratios de plantilla deben estar vinculadas a la mejora de los precios de concierto que ya se ha comenzado a producir en los últimos años en algunas CCAA.
- **Reversión de los recortes que subsisten** en los servicios de cuidado garantizando el incremento de horas de atención en servicios prevención, ayuda a domicilio, centros de día...
- **Coordinación socio-sanitaria** en los centros residenciales, centros de día y en servicios de atención domiciliaria.
- **Garantía de profesionalización** de todos los servicios, por la vía del reconocimiento profesional y acceso a la cualificación de las personas trabajadoras que los prestan.
- **Mejora estabilidad laboral** mediante el establecimiento en los pliegos de contratación pública de un porcentaje mínimo de jornada para las personas con contrato a tiempo parcial que trabajan en todos los servicios sociales sin alojamiento (ayuda a domicilio, centro de día, servicios de prevención y teleasistencia).

- **Transparencia en el copago.** Todas las CCAA deben publicar cuál es el nivel de copago que aportan las personas beneficiarias en cada modalidad de prestación y por grados de dependencia.
- **Reducción del copago máximo** para devolverlo a los umbrales previos a los recortes de 2012 y establecimiento de reglas comunes progresividad en todos los territorios para garantizar un trato igualitario para todas las personas beneficiarias con independencia de dónde residan.

4

EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

La sanidad pública en España se estructura a través del Sistema Nacional de Salud (SNS), cuya configuración actual se consolida con la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986 (Ley 14/1986), aunque su desarrollo institucional tiene antecedentes previos. Este sistema se define como el conjunto de los servicios de salud de las comunidades autónomas coordinados entre sí, lo que implica una organización basada en la distribución territorial de competencias, consolidándose como el sistema integrador de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas y la Administración del Estado.

De esta forma, el SNS se articula en dos niveles principales de gestión: el estatal y el autonómico, en coherencia con el proceso de descentralización política y administrativa existente en España. Las 17 comunidades autónomas cuentan con amplias competencias en materia sanitaria, especialmente en la gestión y prestación de los servicios de salud, mientras que el nivel estatal mantiene responsabilidades en ámbitos estratégicos y de coordinación general. La cooperación entre ambos niveles se canaliza fundamentalmente a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órgano encargado de garantizar la coordinación y cohesión del sistema sanitario en todo el territorio.

El modelo sanitario público español se fundamenta en una serie de principios básicos, entre los que destacan la universalidad en el acceso a la asistencia sanitaria, la equidad en la prestación de los servicios, el libre acceso de la ciudadanía y la solidaridad en la financiación, a través del conglomerado de impuestos. En cuanto a su sostenimiento económico, el sistema se financia principalmente mediante recursos procedentes de los impuestos, lo que refleja su carácter público y redistributivo.

En el ámbito estatal, el Ministerio de Sanidad desempeña funciones de planificación, regulación normativa y coordinación general, siendo responsable de la elaboración de estrategias, leyes y planes sanitarios de alcance nacional. Entre las competencias exclusivas del Estado en materia sanitaria se incluyen, entre otras, la sanidad exterior, la fijación de las bases y la coordinación general del sistema sanitario, así como la legislación relativa a los productos farmacéuticos.

Por su parte, los servicios de salud de las comunidades autónomas son los encargados de aplicar y desarrollar la normativa estatal dentro de sus respectivos territorios, gestionando directamente la organización y prestación de los servicios sanitarios. Finalmente, en el nivel local, las administraciones municipales también participan en la implementación y apoyo de determinadas políticas sanitarias, contribuyendo a la aplicación práctica y proximidad de estas actuaciones en el ámbito comunitario.

En el año 2021 el Gobierno aprobó la Estrategia de Salud Digital, estructurada en torno a tres grandes líneas de actuación: el desarrollo

de servicios sanitarios digitales, la extensión de la interoperabilidad de la información sanitaria y el impulso del análisis de datos vinculados con la salud, sus determinantes y el propio sistema sanitario.

Esta estrategia se articula en cuatro componentes principales. En primer lugar, la formación y capacitación de la ciudadanía, fomentando además su participación activa en el cuidado de su propia salud. En segundo lugar, el rediseño de los procesos de intercambio de información entre profesionales sanitarios y pacientes mediante el uso de nuevas tecnologías. En tercer lugar, la mejora de la toma de decisiones dentro del SNS, aprovechando de forma más eficiente los datos disponibles y favoreciendo la interoperabilidad de la información entre los distintos actores del sistema. Finalmente, se impulsa la innovación tecnológica aplicada a las ciencias de la salud.

Asimismo se identifican nuevos desafíos vinculados al cambio climático y a sus repercusiones sobre la salud de la población. Esta situación obliga al sistema sanitario a afrontar crecientes necesidades de financiación, así como a revisar y valorar las políticas y actuaciones sociosanitarias que se han implementado, teniendo presente la importancia de prevenir enfermedades y promover un envejecimiento en condiciones saludables.

Al mismo tiempo, las sociedades están experimentando un proceso progresivo de digitalización, lo cual también se refleja en la incorporación de tecnologías digitales en el Sistema Nacional de Salud (SNS). En consecuencia, se ha extendido el uso de herramientas digitales para solicitar y gestionar citas médicas, así como para prescribir y

dispensar medicamentos mediante receta electrónica. Asimismo, se ha ampliado el uso de la historia clínica digital y de la emisión electrónica de informes médicos.

De acuerdo con los datos publicados en 2024, en adelante, por el Ministerio de Sanidad, prácticamente todas las comunidades autónomas emiten de forma digital la historia clínica resumida, con la excepción de Asturias. Del mismo modo, la mayoría de los territorios generan digitalmente los informes clínicos de alta hospitalaria, salvo Castilla-La Mancha y Cataluña. También se emiten en formato digital los informes clínicos de urgencias, aunque en este caso no lo hacen Andalucía, Castilla-La Mancha y Cataluña, y los informes de consultas externas de urgencias, que aún no se digitalizan en Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña y el País Vasco.

4.1. Gasto sanitario público

El gasto sanitario público se refiere al conjunto de recursos económicos que las administraciones públicas destinan a la protección, promoción y recuperación de la salud de la población. según la Estadística de Gasto Sanitario Público del Ministerio de Sanidad, el gasto sanitario en 2024 alcanzó los 101.738 millones de euros. En términos estructurales, cerca del 94% del gasto sanitario público lo gestionan las comunidades autónomas, ya que tienen transferidas las competencias sanitarias. El 6,4% restante, es gasto público de las Mutualidades de Funcionarios (2,42%), Administración Central (1,12%), el Sistema de Seguridad Social (1,97%) y las Corporaciones Locales (0,87%).

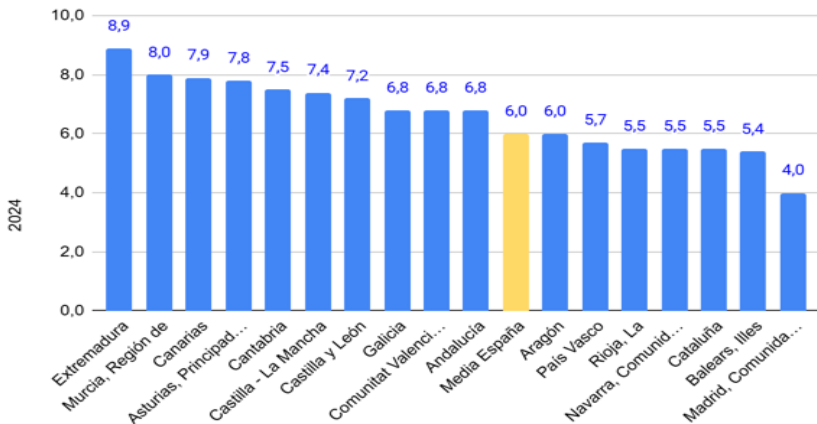
Desde un punto de vista funcional, el gasto público sanitario se destina principalmente a tres grandes ámbitos: a los servicios hospitalarios y especializados, que incluyen hospitales, tecnologías médicas avanzadas y atención especializada, a los servicios primarios de salud, que constituye el primer nivel asistencial y se centra en la atención general, prevención y seguimiento de la salud; y a Farmacia. Las comunidades autónomas destinan a los servicios hospitalarios y especializados el 63,1% del total de gasto, a los servicios primarios de salud, el 13,9% y a farmacia, el 14,8%.

El principal sector de gasto se corresponde con la remuneración del personal. Del total de gasto de las comunidades autónomas, este sector de gasto constituye el 45,6%, seguido del consumo intermedio (26,6%), es decir los bienes y servicios que se gastan para poder cubrir la asistencia sanitaria. Es relevante hacer mención al gasto de las comunidades autónomas destinado a conciertos con entidades privadas, que representa el 8,7%, tras aumentar un 48,1% en los últimos 10 años.

A continuación, se van a detallar los datos para poder realizar una comparativa entre los diferentes patrones de inversión de las comunidades autónomas en función de los datos de gasto sanitario de la estadística de 2024. Las comunidades autónomas destinan en global un 6% del PIB a sanidad. Sin embargo, existen diferencias entre unas y otras. Mientras que Extremadura se encuentra a la cabeza con cerca del 9% de su PIB destinado a sanidad, la Comunidad de Madrid se encuentra muy por detrás, con un 4%, lejos de la media estatal y 1,4 puntos por detrás de Illes Balears, la penúltima en porcentaje de

gasto sanitario. Si bien este indicador toma como referencia la riqueza regional, hay que incidir en que la Comunidad de Madrid presenta un gasto en euros por habitante también muy bajo (1.779€), solo por delante de la Comunidad de Andalucía (1.658€ por habitante), cuando la media estatal se encuentra en 1.958€ por habitante.

Gráfico 4.1. Gasto sanitario público consolidado en porcentaje sobre PIB de las CCAA. 2024.

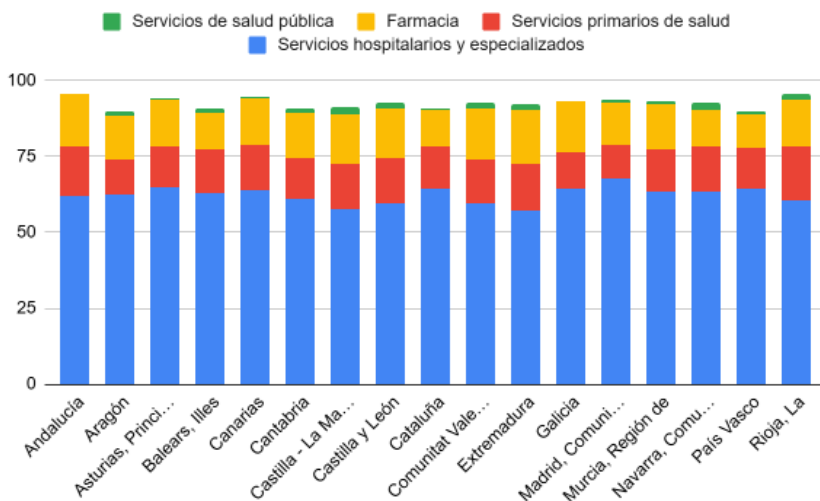


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad de España, 2026.

La distribución de gasto sanitario por comunidades autónomas atendiendo a la clasificación funcional permite observar que todas las comunidades autónomas destinan más del 57% del presupuesto sanitario a Servicios hospitalarios y especializados.

La Comunidad de Madrid es la comunidad que mayor porcentaje destina a los servicios hospitalarios (67,9%) y especializados mientras que es la que menor porcentaje destina a los servicios primarios de salud (10,9%).

Gráfico 4.2. Porcentaje de gasto sanitario dedicado a Atención Primaria, Servicios hospitalarios y especializados, Farmacia y Salud Pública, 2024.

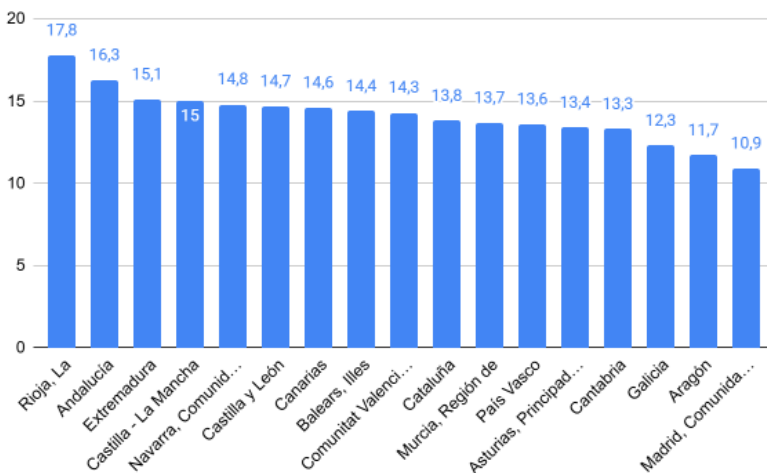


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad de España, 2026.

4.1.1. Gasto sanitario en Atención primaria

La atención primaria constituye el primer nivel de contacto entre la población y el sistema sanitario. Su función principal es ofrecer una atención integral, continua y accesible, actuando como puerta de entrada al sistema. Este servicio se caracteriza por costes relativamente bajos por paciente en comparación con la atención hospitalaria y una alta capacidad preventiva, al detectar enfermedades tempranas, como se ha mencionado con anterioridad, así como un gran impacto en la equidad, al estar distribuida territorialmente mediante centros de salud.

Gráfico 4.3. Porcentaje de gasto sanitario público en atención primaria CCAA (Sobre total de gasto sanitario), 2024.



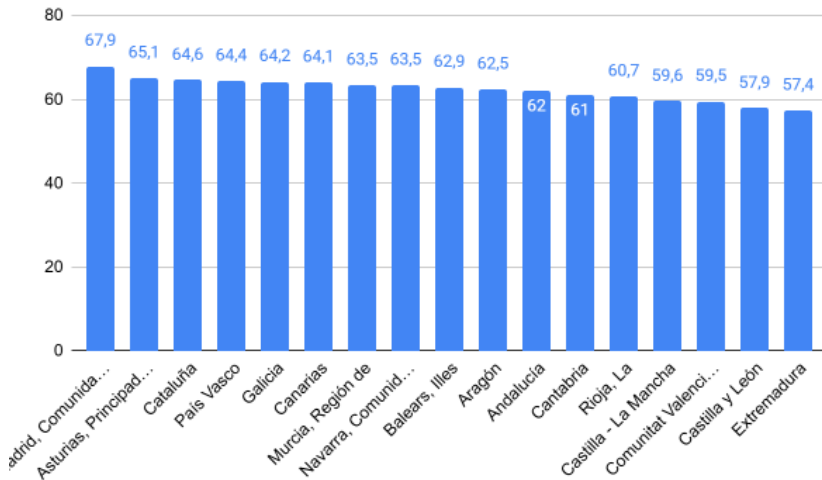
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad de España, 2026.

Al observar las diferencias en lo que se refiere a porcentaje de gasto destinado a Servicios Primarios de Salud, destacan La Rioja, Andalucía y Extremadura, que destinan por encima del 15%, mientras que Aragón y la Comunidad de Madrid destinan por debajo de 12%.

4.1.2. Gasto en Servicios hospitalarios y especializados

Los servicios hospitalarios y especializados representan el nivel asistencial dedicado al diagnóstico avanzado, tratamientos complejos y atención a patologías que requieren tecnología o intervención especializada. Este ámbito suele concentrar la mayor parte del gasto sanitario público, debido a varios factores como un elevado coste de la tecnología médica, infraestructuras hospitalarias complejas, alta especialización del personal sanitario o tratamientos intensivos y prolongados.

Gráfico 4.4. Porcentaje de gasto sanitario público en servicios hospitalarios y especializados (sobre total de gasto sanitario), 2024.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad de España, 2026.

Con el menor porcentaje de gasto público hospitalario y especializado destaca Extremadura (57,4%), seguida de Castilla y León (57,9%) y Comunidad Valenciana (59,5%). Con el mayor porcentaje de gasto, destacan Madrid (67,9%) y Asturias (65,1%).

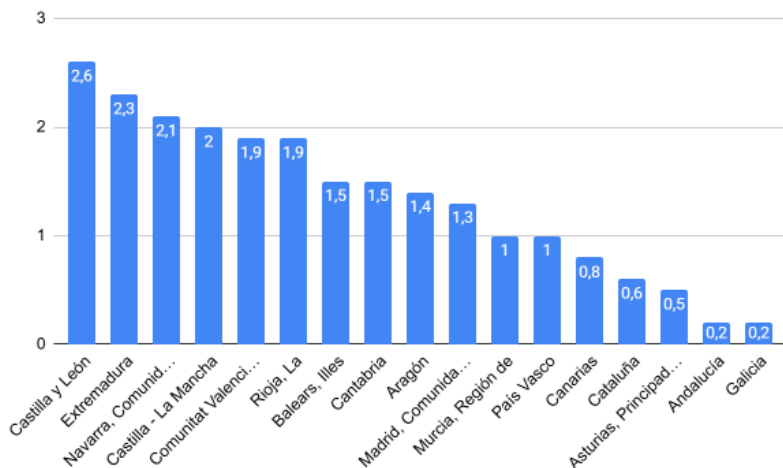
4.1.3. Gasto en Salud pública

El indicador de salud pública, aunque en términos de gasto es pequeño, engloba el conjunto de políticas, programas y actuaciones orientadas a proteger y mejorar la salud de la población en su con-

junto, más allá de la atención individual. A pesar de su importancia, la salud pública suele representar una proporción relativamente pequeña del gasto sanitario. No obstante, su relevancia política y social ha aumentado especialmente tras crisis sanitarias como la pandemia de COVID19, que evidenció la necesidad de reforzar las capacidades de prevención, vigilancia y respuesta del sistema sanitario.

La situación global mundial con los cambios sociales, demográficos, de medio ambiente, contaminación, zoonosis, nos hacen prever situaciones nuevas, con alertas inmediatas (como en la pandemia), y de nuevas enfermedades o cambios en patologías endémicas a otras regiones. Por todo ello, se requiere una mayor inversión en Salud Pública, no menos del doble del gasto actual, desarrollo de la Agencia Estatal de Salud Pública, ya aprobada, pero que aún no se ha puesto en marcha. Inversión en la Estrategia Estatal de Salud pública y, también, en la Vigilancia Epidemiológica estatal, todas ellas ya aprobadas.

Gráfico 4.5. Porcentaje de gasto sanitario público en servicios de salud pública (Sobre Total de gasto) por CCAA, 2024.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad de España, 2026.

Castilla y León es la comunidad que mayor porcentaje de su gasto sanitario destina a salud pública (2,6%), seguido de Extremadura y Navarra, todas por encima del 2%. En la franja de menor peso de la inversión en salud pública tenemos a Galicia y Andalucía con un 0,2% destinado a este apartado del gasto sanitario. Estas partidas incluyen programas o planes de salud pública, de vacunación, de prevención del tabaquismo, de enfermedades crónicas o programas de vigilancia epidemiológica.

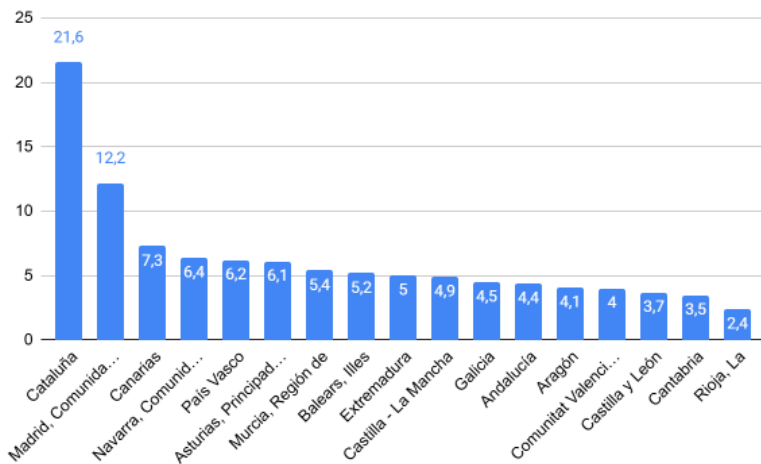
4.1.4 .Gasto en conciertos por CCAA

Un elemento clave para comprender toda la fotografía del gasto público sanitario en las comunidades autónomas es el porcentaje de gasto que se dedica a conciertos con empresas privadas sanitarias. A través de estos conciertos, las administraciones públicas financian con fondos públicos a entidades privadas para que se encarguen de garantizar la cobertura universal sin necesidad de que el Estado se ocupe de la gestión directa.

De media, las comunidades autónomas en España destinan el 8,5% del gasto sanitario público a conciertos privados. Sin embargo, el panorama es muy dispar. Cataluña destaca muy por encima del resto de comunidades autónomas, debido en parte a que su infraestructura está históricamente compuesta por una red de fundaciones y consorcios con entidades privadas.

Cabe destacar que existe una relación entre mayor porcentaje de gasto destinado a la atención especializada con el mayor peso que tienen los conciertos sanitarios con empresas privadas dedicadas a la salud. Por ejemplo, Cataluña que dedica un 64,6% en gasto sanitario en servicios especializados es a su vez la comunidad autónoma que más tiene un porcentaje de gasto en conciertos (21,6%). Le sigue por detrás la Comunidad de Madrid con un 12,2% en gasto sanitario en conciertos a la vez que un 67,9% en sanitario en servicios especializados.

Gráfico 4.6. Porcentaje de gasto en conciertos por CCAA, 2024.



4.2. Recursos sanitarios

La dotación de servicios suficientes para atender a la población es el eje clave para asegurar la calidad del sistema sanitario.

En los últimos 10 años, a pesar del progresivo envejecimiento de la población, que deriva en un aumento de las pluripatologías y de la necesidad de control de las enfermedades crónicas, en mayor número y con mayor demanda de medios y requerimientos asistenciales, el personal de atención primaria apenas se ha incrementado. Existe un claro déficit de profesionales de enfermería y medicina en el ámbito de la Atención Primaria.

Estos datos contrastan con los recursos hospitalarios, que sí han ido incrementándose en los últimos años, tanto en personas, médico y

de enfermería, como de disponibilidad de camas hospitalarias por 1.000 personas asignadas.

Cuadro 4.1. Recursos sanitarios 2014-2023/24.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Personal médico atención primaria por 1000 personas asignadas	0,76	0,76	0,76	0,77	0,77	0,78	0,78	0,77	0,78	0,79	0,79
Personal de enfermería en atención primaria por 1000 personas asignadas	0,65	0,64	0,65	0,65	0,66	0,67	0,66	0,66	0,7	0,74	0,76
Personal médico en atención especializada por 1000 hab.	1,81	1,85	1,9	1,93	1,98	1,97	2,02	2,11	2,14	2,15	
Personal de enfermería en atención especializada por 1000 hab.	3,14	3,19	3,27	3,38	3,45	3,5	3,74	3,9	3,87	3,87	
Camas hospitalarias en funcionamiento por 1000 hab.	2,97	2,97	2,97	2,98	2,98	2,95	2,95	2,97	2,96	2,89	

Fuente: Indicadores clave del SNS, Ministerio de Sanidad. 2026

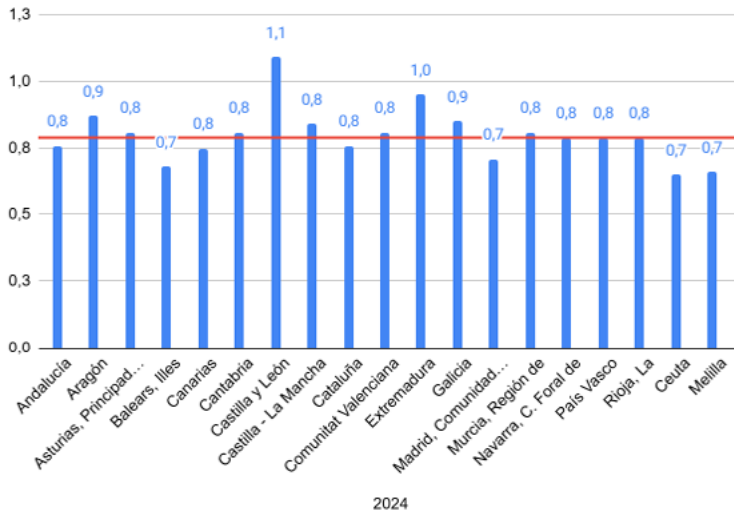
*Ruptura de la serie en 2020

Dada las transferencias en materia sanitaria, merece la pena detenerse a valorar las diferencias regionales en materia de recursos.

4.2.1. Recursos en atención primaria

La gráfica muestra una notable disparidad en la dotación de personal médico de atención primaria entre las distintas comunidades autónomas en 2024, destacando positivamente Castilla y León (1,1) y Extremadura (1,0) como las regiones con mayor ratio por cada 1000 habitantes. Por el contrario, comunidades con alta densidad poblacional o características geográficas específicas, como Madrid, Baleares, Ceuta y Melilla, presentan los índices más bajos (0,7), situándose por debajo de la media nacional (representada por la línea roja). Esta diferencia refleja las distintas realidades demográficas de España, donde las regiones con mayor dispersión geográfica y envejecimiento suelen requerir una mayor concentración de facultativos por habitante para garantizar la cobertura del servicio.

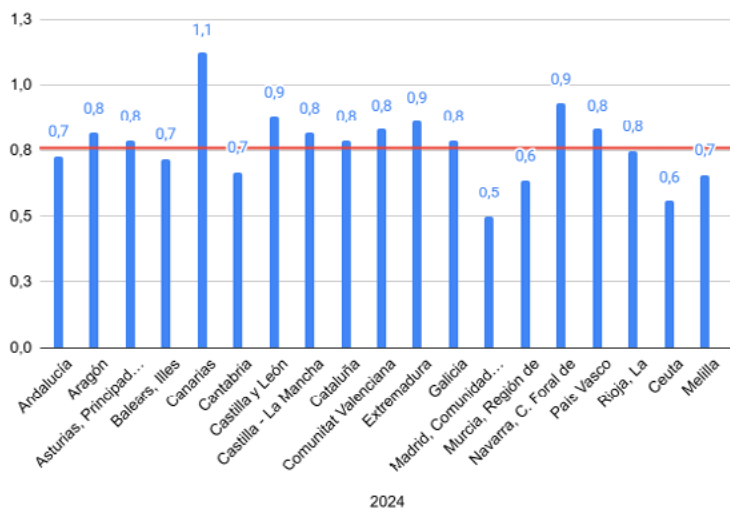
Gráfico 4.7. Personal médico atención primaria por 1.000 personas asignadas, 2024.



Fuente: Indicadores clave del SNS, Ministerio de Sanidad. 2026.

La comparativa regional de personal de enfermería en Atención Primaria revela una brecha aún más profunda que en el caso de los facultativos, evidenciando un déficit crítico en territorios como la Comunidad de Madrid (0,5), Ceuta (0,6) y Murcia (0,6), que se sitúan muy por debajo de la media nacional. En el extremo opuesto, Canarias destaca con una ratio excepcional de 1,1, seguida de cerca por regiones como Navarra (0,9) y Castilla y León (0,9), que logran superar la línea roja de referencia. Esta desigual distribución de profesionales de enfermería sugiere una heterogeneidad preocupante en la capacidad de las comunidades para implementar modelos de cuidados preventivos y seguimiento de pacientes crónicos, pilares fundamentales de la asistencia primaria.

Gráfico 4.8. Personal de enfermería en atención primaria por 1.000 personas asignadas, 2024.

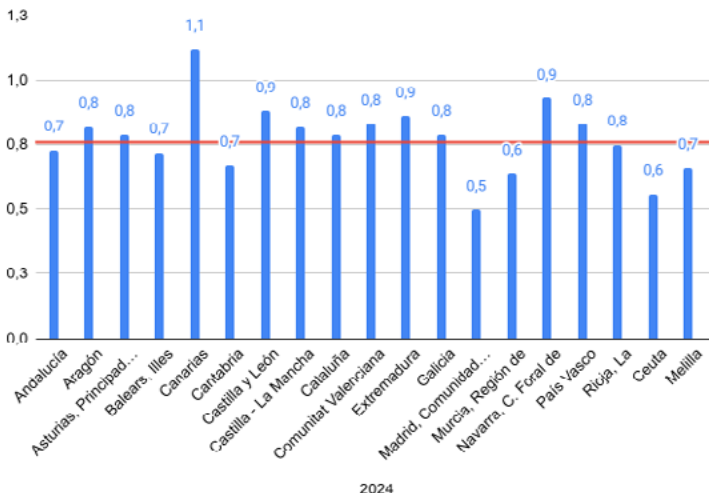


Fuente: Indicadores clave del SNS, Ministerio de Sanidad. 2026.

4.2.2. Recursos en atención hospitalaria y especializada

A diferencia de los datos de Atención Primaria, la gráfica de Atención Especializada (2023) muestra una concentración de recursos mucho más elevada en regiones con grandes centros hospitalarios de referencia, como Asturias (2,8), Navarra (2,7) y el País Vasco (2,5), que lideran la ratio de especialistas por cada 1.000 habitantes. Es significativo observar que comunidades como Madrid (2,4) y Cataluña (2,2), que estaban en la cola en enfermería de primaria, aquí se sitúan por encima o en la media nacional, lo que sugiere un modelo sanitario más volcado hacia la asistencia hospitalaria y de especialidades. En el extremo opuesto, la escasez de especialistas es crítica en las ciudades autónomas de Melilla (1,5) y Ceuta (1,6), así como en Andalucía (1,6), que presentan los niveles más bajos de dotación técnica y médica especializada del país.

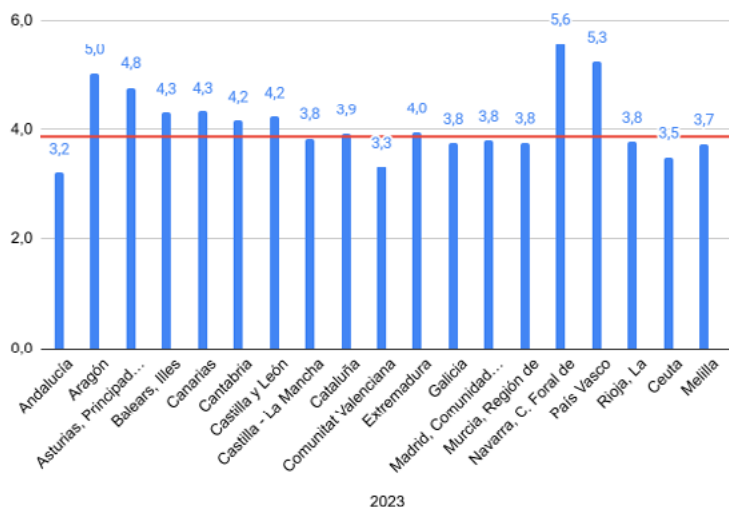
Gráfico 4.9. Personal médico en atención especializada por 1000 habitantes. 2023.



Fuente: Indicadores clave del SNS, Ministerio de Sanidad. 2026.

Esta gráfica sobre el personal de enfermería en atención especializada consolida la tendencia de un sistema volcado en la red hospitalaria pública de ciertas regiones, con Navarra (5,6), País Vasco (5,3) y Aragón (5,0) liderando con claridad las ratios de profesionales por cada 1.000 habitantes. Por último, Andalucía (3,2) y la Comunidad Valenciana (3,3) presentan las dotaciones públicas más bajas, lo que indica una presión asistencial mucho mayor para el personal de enfermería hospitalaria en el entorno estrictamente estatal de estas regiones.

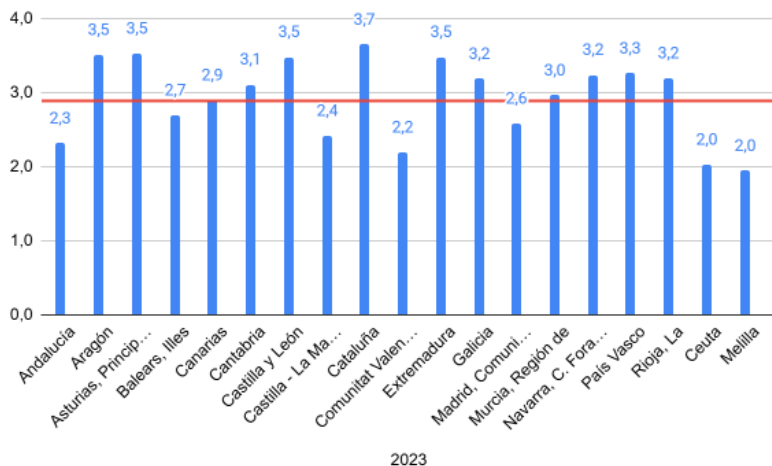
Gráfico 4.10. Personal de enfermería en atención especializada por 1000 habitantes. 2023.



Fuente: Indicadores clave del SNS, Ministerio de Sanidad. 2026.

La gráfica de camas hospitalarias (2023) muestra una clara ventaja en el norte del país, liderada por Cataluña (3,7) y regiones como Aragón, Asturias y Castilla y León (3,5), que superan ampliamente la media nacional. En contraste, Andalucía (2,3) y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (2,0) presentan la menor dotación estructural, mientras que Madrid (2,6) se mantiene por debajo de la media pese a su densidad poblacional. Esta disparidad refleja no solo diferentes niveles de inversión en infraestructura, sino también la particularidad del sistema catalán.

Gráfico 4.11. Camas hospitalarias en funcionamiento por 1000 habitantes, 2023.



Fuente: Indicadores clave del SNS, Ministerio de Sanidad. 2026.

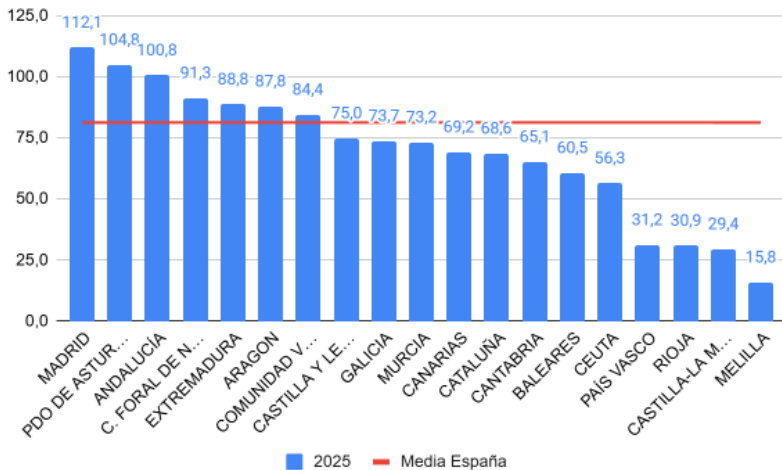
4.3. Las listas de espera

Las listas de espera constituyen uno de los principales desajustes del sistema sanitario, reflejo del desequilibrio entre los recursos disponibles y la demanda sanitaria de la población. Tradicionalmente, se distingue entre listas de espera para consultas externas y listas de espera para intervenciones quirúrgicas. Estas esperas prolongan los tiempos de respuesta del sistema en momentos de detección, diagnóstico y tratamiento de sus afecciones. Esta demora no solo llega a afectar sobre la salud física de las personas, sino que también acaba generando incertidumbre, ansiedad y una percepción negativa del funcionamiento del servicio público de salud.

4.3.1. Listas de espera para consultas

Atendiendo a los datos sobre listas de espera para consultas externas, se observan grandes disparidades entre comunidades autónomas. La media nacional se sitúa en 84,4 pacientes por cada mil habitantes en espera de consulta externa. A la cabeza, con las tasas más elevadas, se encuentran la Comunidad de Madrid (112,1 por mil), seguida de cerca por Asturias (104,8 por mil) y Andalucía (100,8 por mil). En el extremo opuesto, con las tasas más bajas, destacan Melilla (15,8 por mil), Castilla-La Mancha (29,4 por mil) y La Rioja (30,9 por mil).

Gráfico 4.12. Lista de espera de consultas del SNS. Tasa por 1.000 habitantes, 2025*.



Fuente: Datos del SNS. Ministerio de Sanidad, 2025.

Durante el último año se ha logrado revertir, aunque de manera moderada, la tendencia ascendente que venía registrándose en el Sistema Nacional de Salud. Desde 2016 la situación había empeorado progresivamente, y no ha sido hasta el 2023 cuando ha comenzado a descender ligeramente, pasando de 81,5 a los actuales 81,4 paciente por mil. No obstante, en términos generales, en la última década las tasas de espera para consultas han aumentado un 87,1% a nivel estatal.

Esta situación se agrava especialmente en comunidades como Andalucía y Madrid, donde el incremento desde el 2012 al 2025 ha sido de 289,9% y del 166,5%, respectivamente. Por el contrario, otras regiones durante el mismo periodo de tiempo han conseguido reducir sus tasas de forma significativa, como es el caso de Cantabria (-21,1%), Melilla (-46%) y Castilla-La Mancha (-11,3%).

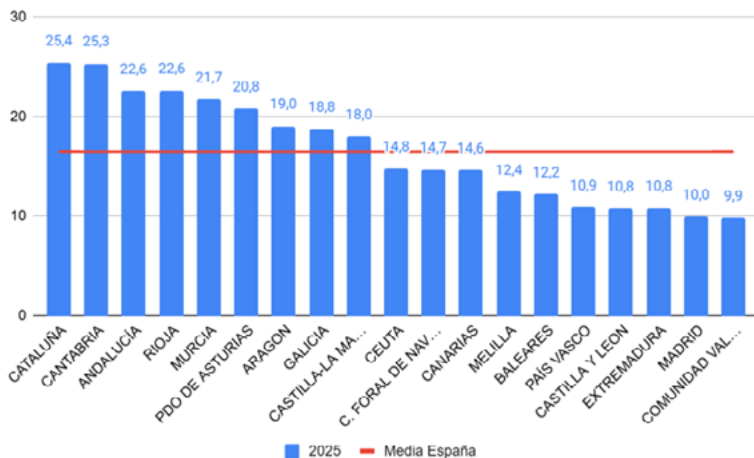
4.3.2 Listas de espera quirúrgicas

En el caso de las listas de espera quirúrgicas se ha logrado revertir la tendencia a la alza del año anterior. La lista se ha situado en 16,5 por cada mil habitantes, un valor significativamente inferior al de 2024, que fue de 20,5 por cada mil habitantes.

Las listas de espera quirúrgicas presentan notables diferencias entre comunidades autónomas. A la cabeza, con las tasas más elevadas, se encuentran Cataluña (25,4 por mil), Cantabria (25,3 por mil) y Andalucía (22,6 por mil). En el extremo opuesto, las comunidades con menores tasas son la Comunidad Valenciana (9,9 por mil), Madrid (10,0 por mil) y Extremadura (10,8 por mil).

Desde el año 2016, la lista de espera quirúrgica ha aumentado un 20,4% a nivel estatal, con evoluciones muy dispares entre comunidades. Destaca especialmente los incrementos de Melilla con un incremento de un 181,8%, seguida por Ceuta (117,3%), Cantabria (71,9%) y Andalucía (65%). Por el contrario, Extremadura (-50,3%), la Comunidad Valenciana (15,2%) y Castilla y León (-9,8%) han logrado reducir la lista de espera en el mismo periodo.

Gráfico 4.13. Lista de espera quirúrgica del SNS. Tasa por 1.000 habitantes, 2025.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad, 2025.

Las listas de espera se deben valorar desde una perspectiva global y continuada. Comienzan en la Atención Primaria, con un aumento llamativo en los últimos años, de días de espera para ser atendidos, en tanto que en años previos la accesibilidad, incluso en el día, era la norma en el territorio español. De aquí pasamos a la lista de espera a primeras consultas de Atención Especializada, si aumentamos las cifras de tiempo de espera en las distintas especialidades, especialmente quirúrgicas, se puede llegar a observar un descenso en las listas de espera de Cirugía, de forma sorprendente.

Esta mala gestión no debería ser la excusa para destinar inversiones económicas, de alto porcentaje del presupuesto de la región en sanidad, a los conciertos con servicios privados.

5

LA MEJORA DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN MAYOR

El éxito de las sociedades contemporáneas no debe medirse únicamente por la capacidad de retrasar el final de la vida, sino por la calidad de los días conquistados al tiempo. Prolongar la existencia solo cobra un sentido pleno cuando esos años adicionales son sinónimo de bienestar, permitiendo que la persona habite su longevidad con una esperanza de vida saludable y una percepción positiva de sus propias capacidades. Sin embargo, este anhelo de “añadir vida a los años” no depende exclusivamente de la biología individual; es un logro colectivo que florece en un entorno estimulante, protector y accesible. Un entorno donde la Red de Ciudades Amigables y la eliminación de las brechas -tanto físicas como digitales- actúan como pilares de inclusión. En el marco de la Década del Envejecimiento Saludable, este capítulo explora cómo la transformación de nuestras estructuras sociales y urbanas es el motor indispensable para que la vejez no sea una etapa de repliegue, sino un periodo de plenitud, autonomía y conexión constante con el mundo que nos rodea.

5.1 Esperanza de vida saludable a los 65 años

La esperanza de vida saludable es una estimación que va más allá de los años que se pueden vivir. Mide cuántos años adicionales se

espera que una persona de 65 años viva en buen estado de salud, es decir, sin limitaciones graves para realizar actividades de la vida diaria o sin enfermedades incapacitantes. Esta variable mide dos dimensiones, la longevidad y la calidad de salud de estos años, lo que la diferencia de la esperanza de vida total porque no solo mide vivir más tiempo, si no vivir más tiempo con salud.

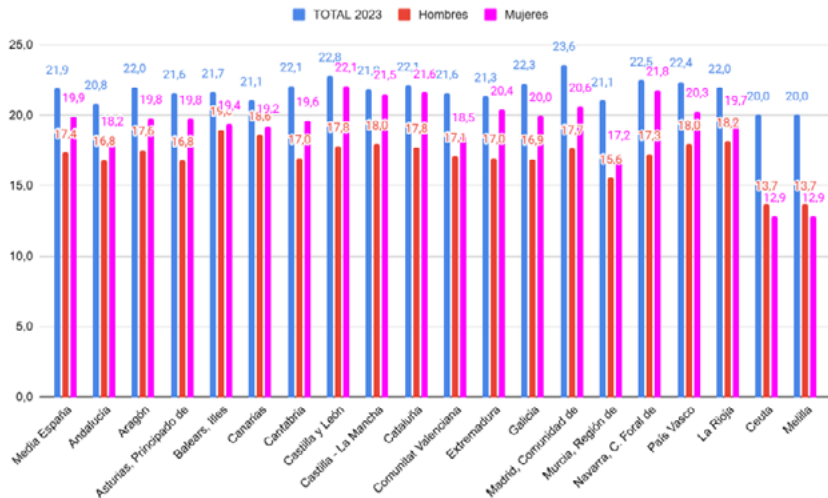
A continuación se presenta un gráfico con los datos de esperanza de vida saludable en personas de 65 años o más, desglosados por comunidad autónoma y división de género. En él se observa que comunidades como Madrid (23,6%), Castilla y León (22,8%) o Navarra (22,5%) encabezan la estadística. Esta posición responde a una combinación de factores entre los que destacan el mayor nivel de renta, una mayor inversión sanitaria, mejor calidad de vida o hábitos sociales más saludables.

En el extremo opuesto, comunidades como Andalucía (20,8%), Ceuta (20,0%) o Melilla (20,0%) se sitúan a la cola en esperanza de vida saludable a los 65 años. Esta situación se explica por razones igualmente diversas, entre las que sobresalen una realidad socioeconómica más desfavorable y una notable brecha en el acceso y la calidad de los recursos sociosanitarios. Entre la primera comunidad autónoma, que es Madrid y la última, que es Melilla, existe una diferencia de 3,6 puntos porcentuales.

En cuanto a la distribución por división de género, se observa que, con la única excepción de Ceuta y Melilla, las mujeres presentan una mayor esperanza de vida saludable a los 65 años en todas las co-

munidades autónomas. En términos generales, la media femenina (19,9%) supera a los hombres (17,4%) en 2,5 puntos porcentuales.

Gráfico 5.1. Esperanza de vida saludable a los 65, CCAA y género. 2023.



Fuente: Ministerio de Sanidad.

5.2. Estado de salud autopercibida

El estado de salud autopercibida es un indicador clave en la salud pública que permite aproximarse a la percepción subjetiva que una persona tiene sobre su propio estado de salud. Es decir, se encarga de medir cómo los individuos valoran su salud en función de su experiencia personal, más allá de indicadores objetivos clínicos.

Una valoración positiva de la salud autopercebida refleja un estado de bienestar integral. Lo que no implica únicamente la ausencia de enfermedad, sino un estado completo con dimensiones físicas, mentales y sociales del bienestar. Funciona como un potente indicador de calidad de vida y longevidad, ya que se observa una correlación entre la autopercepción positiva de la salud y la salud objetiva de las personas.

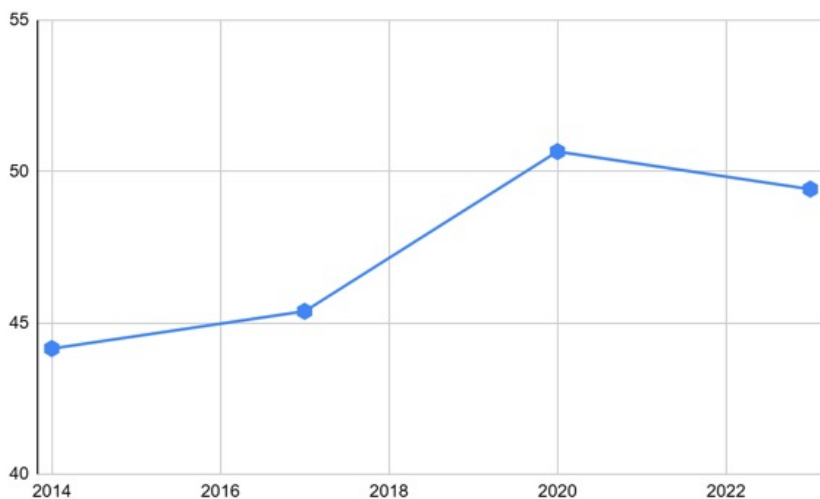
El estado de salud autopercebida opera como un resumen integrador de bienestar que permite configurar una fotografía fiable del estado físico, mental y social de la población, sobre todo en el caso de las personas de 65 años o más, con el fin de crear un marco en el que basar los diferentes cuadros de actuación para con las necesidades reales de dicha población. En otras palabras, la salud autopercebida es la realidad física, mental y social de los diferentes rangos de población con el fin de determinar unas características generales y formar líneas de actuación.

Cómo puede observarse en el gráfico 5.2, la valoración positiva del estado de salud de la población de 65 años y más muestra una tendencia progresivamente ascendente durante los años previos a 2020. Sin embargo, la irrupción de la pandemia de COVID-19 ha supuesto un punto de inflexión en esta trayectoria. A partir de ese año se registra un descenso significativo en la autopercepción positiva de la salud de las personas de 65 años o más, una caída que, según los datos, persiste en 2023 a pesar de la superación de la pandemia.

El hecho es revelador, pues evidencia que, aunque la emergencia sanitaria haya quedado atrás, subsiste una rémora negativa en la per-

cepción subjetiva del estado de salud de las personas de 65 años o mayores. En cualquier caso, pese al impacto de la pandemia de COVID-19, los niveles de autopercepción positiva de la salud se han mantenido por encima de los registrados en los años previos a la crisis sanitaria. Cierto es que esta variable no ha llegado a ser definida en los años venideros al que nos encontramos, 2026, y el estudio más cercano de esta es el expuesto a posteriori. Es muy probable, pero inconcluso, que esta variable muestre otro tipo de inclinación, pudiendo llegar a ser negativa, pero en el caso de estudio se analizará la incrementación de dicha variable.

Gráfico 5.2. Evolución de población de 65 años y más años con valoración positiva de su estado de salud, 2023.



Fuente: Ministerio de Sanidad.

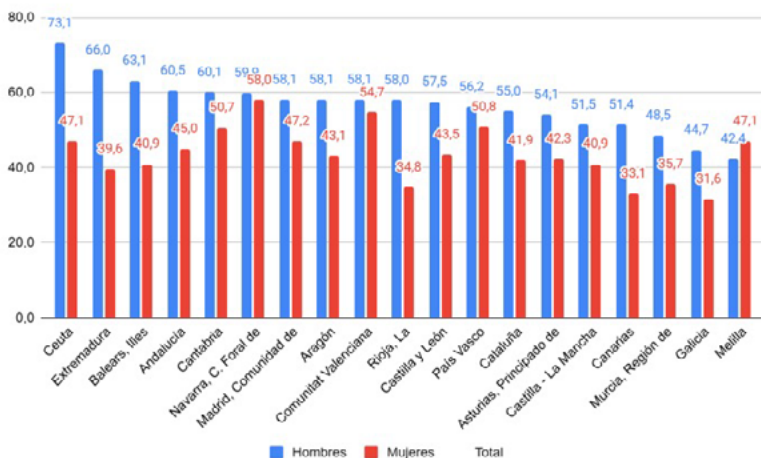
A nivel territorial como se puede observar en el gráfico 4.1.3 que, en todas las comunidades autónomas, a excepción de Melilla, existe un porcentaje mayor de hombres con una valoración positiva mayor que el porcentaje de mujeres, a pesar que las mujeres tienen una esperanza de vida saludable más longeva que los hombres. Esta diferencia puede deberse a una compleja interacción de factores psicológicos, sociales y de comportamiento. Por ejemplo, es posible que los hombres tiendan a declarar menos que las mujeres malestares psicológicos. O también, que durante la jubilación las mujeres mayores continúan encargándose de trabajos de cuidados en el hogar, cosa que los hombres no hacen. Lo que puede derivar, como ya se ha tratado en apartados del análisis completo como en la parte de 'Dependencia', en una determinación de la población dependiente son cada vez más mujeres y más mayores dada la sobrecarga por la división sexual del trabajo.

Yendo a nivel territorial más en específico se observa que aquellas comunidades con mayor porcentaje de valoración positiva son donde existe una mayor semejanza entre hombres y mujeres, como es el caso de Navarra (58,83%) o la Comunidad Valenciana (56,20%), en ambos casos la diferencia entre hombres y mujeres es tan solo de 2,5 puntos porcentuales de media. El único caso excepcional sería el de Ceuta que a pesar de existir una diferencia de 26 puntos porcentuales tiene un porcentaje de 58,94 puntos porcentuales.

El mayor porcentaje de personas de 65 años o más que valoran positivamente su estado de salud en determinadas comunidades autónomas responde a una combinación de factores culturales, económicos y sociales. En el caso de Navarra y el País Vasco, este fenómeno se

asocia principalmente a su mayor nivel de renta, lo que se traduce en un mayor gasto en sanidad, cuidados y servicios sociosanitarios para las personas mayores. En cambio, en Ceuta las razones pueden ser de naturaleza muy distinta, vinculadas probablemente a la existencia de redes familiares de apoyo más sólidas, lo que acaba generando una percepción positiva del bienestar de la vejez.

Gráfico 5.3. Porcentaje de población de 65 años y más años con valoración positiva de su estado de salud, por sexo y CCAA, 2023.



Fuente: Ministerio de Sanidad.

5.3. Entornos para añadir vida a los años

La calidad de vida de las personas mayores no depende únicamente de su salud personal, sino de cómo el entorno facilita o frena sus ac-

tividades diarias. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su estrategia para la Década del Envejecimiento Saludable, el bienestar está ligado a la “capacidad funcional”, es decir, a la posibilidad de seguir siendo y haciendo lo que cada persona valora.

Este desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional está condicionado por la interacción entre la capacidad intrínseca del individuo y el entorno en el que vive. Se trata de un proceso que abarca toda la vida y que implica a todas las personas, marcado profundamente por los determinantes sociales de buena salud, donde el entorno social y económico deja huella y cicatrices desde las etapas más tempranas de la vida. Promover la salud en la vejez debe comenzar con la eliminación de la pobreza infantil y con políticas de bienestar sólidas y equitativas, que trasciendan la mera ausencia de enfermedad y que permitan a las personas mayores llevar una vida que sea percibida con valor.

Por ello, las sociedades deben ofrecer los recursos para, por un lado, fomentar comportamientos saludables y, por otro, eliminar barreras ambientales: son estrategias clave para evitar que los años adicionales de vida estén marcados por la mala salud, el aislamiento o la dependencia.

Un enfoque integral y centrado en la persona debe incorporar servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección temprana y manejo de afecciones crónicas, además de asegurar el acceso a vacunas y tecnologías de asistencia que optimicen la capacidad física y mental.

Finalmente, la promoción de la salud debe abordar de manera transversal los determinantes sociales, combatiendo el edadismo y las desigualdades que afectan desproporcionadamente a grupos vulnerables, especialmente a las mujeres mayores. Es fundamental crear entornos adaptados a las personas mayores, tanto en zonas rurales como urbanas, que eliminen obstáculos físicos y sociales y faciliten su participación activa en la comunidad. Solo mediante la superación de la inequidad en el acceso a recursos básicos, aprendizaje a lo largo de la vida y protección social, se podrá garantizar que el envejecimiento saludable sea una realidad inclusiva que no deje a nadie atrás.

5.3.1. Las ciudades amigables

La Organización Mundial de la Salud impulsa la Red de Ciudades Amigables bajo la premisa de que las políticas públicas que inciden en el entorno cotidiano poseen una capacidad extraordinaria para influir en la velocidad del deterioro asociado a la edad, permitiendo incluso revertir ciertos procesos. Dado que la ciudad y el municipio son espacios habitados por personas de todas las edades y considerando que la calidad del envejecimiento se fragua a lo largo de toda la vida, estas iniciativas se consolidan como políticas transversales que fomentan la cohesión social. En este sentido, una localidad amigable con las personas mayores es aquella donde las estructuras, los servicios y el entorno físico proveen un sostén real que facilita el envejecimiento activo. Esto se logra mediante el reconocimiento de la diversidad de capacidades de los mayores, la previsión de respues-

tas flexibles a sus preferencias, el respeto por su autonomía y estilos de vida, la protección de los sectores más vulnerables y la promoción de su inclusión en todas las áreas de la vida comunitaria.

Para que una localidad sea considerada amigable, debe integrar de manera armónica diversos elementos que condicionan la vida urbana y que la OMS representa en un gráfico circular de ocho dominios. Estos aspectos incluyen:

- **Vivienda:** Accesibilidad y adecuación del hogar. (datos de ascensores)
- **Transporte:** Disponibilidad y facilidad de uso del transporte público. (comunicación zonas rurales)
- **Participación social:** Oferta de actividades que eviten el aislamiento.
- **Espacios al aire libre y edificios:** Entornos urbanos seguros y sin barreras.
- **Servicios comunitarios y de salud:** Proximidad y calidad de la atención.
- **Respeto e inclusión social:** Trato digno y combate al edadismo.
- **Comunicación e información:** Acceso a la información en formatos comprensibles.
- **Participación cívica y empleo:** Oportunidades para seguir contribuyendo laboral o socialmente.

Con esta visión, la OMS lanzó en 2010 la Red Global de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, con el objetivo de conectar a ciudades y organizaciones de todo el mundo para transformar el entorno en un lugar mejor donde envejecer con dignidad y calidad.

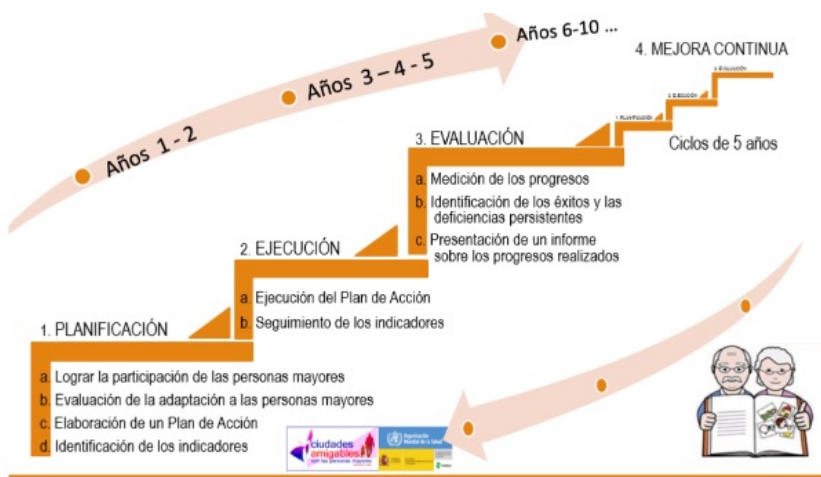
La gestión de esta red a nivel mundial es coordinada por la propia OMS, que se encarga de identificar y difundir buenas prácticas, elaborar metodologías, aprobar adhesiones y realizar el seguimiento de los proyectos. En el contexto español, el organismo encargado de apoyar este proyecto es el IMSERSO, en colaboración con el CEA-PAT (Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas). El IMSERSO promueve la adhesión a la red, ofrece asesoramiento y gestiona una web dedicada a la comunicación del proyecto. Actualmente, existen en España unas 260 localidades integradas, las cuales asumen el compromiso de promover la participación de las personas mayores en todas las etapas, desde la investigación inicial hasta la evaluación de resultados.

Una vez integrados en la red, los ayuntamientos deben iniciar su proyecto siguiendo un ciclo de mejora continua que se desarrolla en las siguientes etapas:

- **Planificación:** Consiste en realizar una investigación inicial para el diagnóstico de la situación, contando con la participación activa de los mayores, identificando indicadores clave y elaborando un plan de acción concreto.

- **Ejecución:** Se centra en llevar a la práctica el plan de acción diseñado, realizando un seguimiento constante a través de los indicadores establecidos.
- **Evaluación:** Fase dedicada a medir los resultados obtenidos y elaborar informes detallados que reflejen el cumplimiento de los objetivos.
- **Mejora continua:** El proceso se reinicia en ciclos de 5 años, utilizando los resultados de la evaluación para perfeccionar las políticas en el siguiente periodo.

Etapas en la implantación



Fuente: IMSERSO.

Cabe destacar que la pertenencia a esta Red no es una acreditación de cumplimiento, sino el inicio de un proceso de mejora. No es una acreditación de amigabilidad, sino el reflejo de un compromiso municipal por escuchar a sus mayores y evaluar de manera continua sus entornos. Este paso conlleva la responsabilidad de aplicar la metodología de la OMS y la vocación de participar en un intercambio global de conocimiento, compartiendo lecciones aprendidas con otras localidades a través de la plataforma Age Friendly World, reforzando así el carácter colaborativo de la iniciativa.

Esta herramienta permite identificar ventajas competitivas que lo convierten en una herramienta de transformación social potente:

- **Identificación de criterios claros:** Permite a los municipios trabajar sobre una base metodológica probada y estandarizada.
- **Procesos participativos:** Sitúa a la persona mayor en el centro, permitiendo que aporten sus necesidades, opiniones y propuestas reales en el diagnóstico.
- **Iniciativas locales cercanas:** Al actuar desde el municipio, las soluciones se adaptan a las necesidades cotidianas y reales de los vecinos.
- **Influencia transversal:** Tiene la capacidad de permear en múltiples políticas públicas simultáneamente (urbanismo, salud, cultura, movilidad).

- **Plataforma internacional:** La red otorga una gran visibilidad a las iniciativas locales y facilita el intercambio de conocimientos a nivel global.

A pesar de sus beneficios, la red enfrenta obstáculos estructurales que pueden limitar su impacto real en el territorio:

- **Carácter voluntario y falta de control:** No se trata de un sistema que controle el cumplimiento de forma vinculante; la adhesión es voluntaria y los proyectos pueden quedarse a mitad de camino por falta de persistencia institucional.
- **Desigualdad de recursos:** Existen grandes diferencias en función de la capacidad económica de cada ayuntamiento, lo que acentúa la brecha entre el entorno rural y el urbano, o entre zonas ricas y empobrecidas.
- **Ausencia de financiación específica:** No existen líneas de subvenciones dedicadas exclusivamente a incentivar la red, lo que dificulta tanto la ejecución de obras como el control del cumplimiento de los planes.
- **Riesgo de alcance limitado:** Sin incentivos ni fiscalización, muchas iniciativas corren el riesgo de quedarse en meras propuestas teóricas con una aplicación práctica muy reducida en el entorno real.

5.3.2. Entornos accesibles

El envejecimiento activo depende intrínsecamente del entorno físico; un entorno que no se adapta a la pérdida gradual de capacidades funcionales acaba confinando a la persona mayor. El Inmerso, a través de su Libro Blanco del Envejecimiento Activo, subraya que la preferencia mayoritaria de las personas mayores es envejecer en casa. La Estrategia Española sobre Discapacidad y los planes de atención a la dependencia refuerzan que la vivienda es el nodo central del cuidado. Por ello, la normativa estatal ha evolucionado para otorgar prioridad a las reformas de accesibilidad, permitiendo que las adaptaciones en zonas comunes se realicen de manera ágil. Esta visión legislativa reconoce que un edificio accesible no solo beneficia a quien ya padece una limitación, sino que previene la institucionalización prematura, permitiendo que la persona mayor mantenga sus vínculos comunitarios.

En este contexto, la accesibilidad universal deja de ser una medida técnica para convertirse en un determinante de salud física y mental. La incapacidad de un edificio para ofrecer un tránsito seguro a través de ascensores o rampas se traduce en el fenómeno del “aislamiento residencial”, donde la vivienda, concebida originalmente como refugio, deviene en una barrera que cercena la autonomía y la participación social del individuo.

La Accesibilidad Universal es la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos, instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles,

utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Presupone la estrategia de «diseño universal o diseño para todas las personas», según se recoge en la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (RDL 1/2013).

El diseño para Todos, también denominado Diseño Universal, se entiende como “el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado”. El Artículo 2 de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada en 2006 y ratificada por España en 2007, incorpora esta definición y añade que esta universalidad requerida en el diseño no debe excluir las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten.

Este mandato internacional se materializa en que el reconocimiento de la accesibilidad universal se convierte en una responsabilidad activa, que combina el diseño global con la respuesta específica a las necesidades de los individuos. En este sentido, la Ley de Propiedad Horizontal española, establece la obligación de llevar a cabo ajustes razonables, que son las modificaciones o adaptaciones necesarias y adecuadas que se realizan cuando el diseño universal no existe o no es posible de entrada. Al establecer que la comunidad de propietarios debe asumir la instalación de ascensores o rampas cuando existan residentes mayores de 70 años, la ley española alinea la propiedad privada con el interés social. Este mecanismo asegura que la

falta de recursos de una comunidad no sea un obstáculo insalvable para la dignidad de la persona, fomentando una corresponsabilidad vecinal que es esencial para la cohesión social en barrios con alta tasa de envejecimiento.

En esta línea se desarrollan las guías técnicas de accesibilidad, no solo para las viviendas, sino también referidas a los espacios públicos:

- La Guía técnica de Accesibilidad - Código Técnico de Edificación, del año 2021, que se enfoca en accesos, recorridos, ascensores y aseos.
- La Guía de Accesibilidad en los Espacios Públicos Urbanizados del Ministerio de Vivienda y Agenda Urbana , que detalla la normativa vigente para calles, parques y entornos urbanos, incluyendo la adaptación de firmes y mobiliario.
- La Guía Técnica de Accesibilidad en Espacios Naturales, que ofrece soluciones para adaptar senderos, miradores y centros de visitantes.

Según los datos de la Encuesta de Características Esenciales de la Población y las Viviendas de 2021, la antigüedad del edificio es el factor determinante que define la brecha de accesibilidad en el parque inmobiliario español. Los datos del INE revelan una realidad dual: mientras que en los bloques de 10 o más viviendas construidos después de 1990 la presencia de ascensor es casi universal (93%), en

los edificios anteriores a 1971 esta cifra cae al 70%. Esta diferencia estadística subraya que el mayor esfuerzo de rehabilitación y la aplicación de los “ajustes razonables” previstos en la ley deben concentrarse en las fincas más antiguas, donde la infraestructura original no contemplaba las necesidades de movilidad que la ley y la sociedad exigen actualmente.

En el caso de los edificios pequeños (de 2 a 9 viviendas), el escenario es más complejo pero muestra una evolución positiva gracias al impulso legislativo. En las fincas de este tamaño construidas antes de 1971, solo el 14% dispone de ascensor; sin embargo, en las edificaciones posteriores a 1990, el porcentaje se eleva hasta el 51%. Este dato demuestra que, aunque el coste económico suele ser un obstáculo mayor en comunidades con pocos vecinos, la obligatoriedad de los ajustes razonables y la disponibilidad de ayudas públicas están logrando que incluso las estructuras pequeñas vayan mejorando su accesibilidad.

Finalmente, la accesibilidad también presenta una marcada desigualdad territorial vinculada al tamaño del municipio. En las ciudades de más de 50.000 habitantes, la tasa de viviendas con ascensor alcanza el 49%, frente a un limitado 26% en los municipios más pequeños. Esta brecha indica que los residentes en zonas rurales o urbanas de baja densidad enfrentan mayores barreras físicas para envejecer en su hogar. Por ello, la normativa no solo debe entenderse como un requisito técnico, sino como una herramienta de cohesión social: un entorno accesible reduce la necesidad de asistencia domiciliaria externa y evita que la falta de infraestructuras básicas obligue a las personas mayores a abandonar su entorno y su vivienda.

Tabla 5.1. Porcentaje de edificios con viviendas principales con ascensor por número de viviendas y CCAA, 2021.

	Ascensor (%)	
	Edificio de 2 a 9 viviendas	Edificio con 10 o más viviendas
Total Nacional	30	83
Andalucía	23	79
Aragón	27	89
Asturias, Principado de	28	90
Baleares, Illes	24	71
Canarias	17	69
Cantabria	23	76
Castilla y León	28	88
Castilla - La Mancha	25	84
Cataluña	38	82
Comunitat Valenciana	30	84
Extremadura	20	83
Galicia	25	88
Madrid, Comunidad de	41	82
Murcia, Región de	32	89
Navarra, Comunidad Foral de	37	92
País Vasco	39	84
Rioja, La	29	90
Ceuta	26	74
Melilla	30	80

Fuente: Encuesta de Características Esenciales de la Población y las Viviendas, INE, 2026.

Un entorno accesible reduce la necesidad de asistencia domiciliaria intensiva y retrasa el ingreso en centros residenciales, promoviendo un modelo de sociedad inclusiva donde la edad no sea una causa de exclusión del espacio público ni de pérdida de la propia identidad dentro del hogar.

La accesibilidad digital

El marco normativo español ha evolucionado desde la eliminación de barreras arquitectónicas hacia una digitalización plenamente inclusiva, consolidando la accesibilidad como un derecho exigible en todos los canales de interacción ciudadana. Aquí tienes un análisis de cada ley:

El **Real Decreto 1112/2018** supuso un hito en la Administración Pública al garantizar que la brecha digital no se convierta en una forma de exclusión institucional. Esta norma obliga a que todos los sitios web y aplicaciones para dispositivos móviles del sector público sean accesibles, asegurando que cualquier ciudadano, independientemente de sus capacidades sensoriales o cognitivas, pueda realizar trámites administrativos, consultar información o ejercer sus derechos de forma autónoma. Al establecer estándares técnicos rigurosos y mecanismos de revisión periódica, esta ley transforma la accesibilidad digital de una recomendación técnica en un requisito legal de obligado cumplimiento para el Estado, las comunidades autónomas y las entidades locales.

Por su parte, la **Ley 11/2023** representa el salto de la accesibilidad al ámbito del mercado privado y los servicios esenciales de consumo. A diferencia de normativas anteriores centradas en lo público, esta ley transpone el Acta Europea de Accesibilidad para obligar a que productos y servicios cotidianos, como los cajeros automáticos, el comercio electrónico, los servicios bancarios y los libros digitales, sean accesibles por diseño a partir de junio de 2025. Su importan-

cia radica en que no solo protege al usuario en su relación con la Administración, sino que garantiza que la vida privada y económica sea plenamente practicable para todos, estableciendo que la accesibilidad es una condición indispensable para la comercialización de bienes y servicios en el mercado único europeo.

Las personas mayores hacen un uso cada vez mayor de los dispositivos digitales. Según los datos de la Fuente: Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en los Hogares de 2025, el 35,4% de las personas de 75 y más años usan internet diariamente, al menos 5 días a la semana. Sin embargo, hay dos brechas marcadas por la edad y por el nivel de estudios alcanzados.

La **brecha digital generacional** existe dentro del propio colectivo de personas mayores, comparando el grupo de 75 a 84 años con el de 85 años en adelante. Los datos muestran un descenso drástico en el uso de Internet al cruzar el umbral de los 85 años: el porcentaje de personas que han usado la red alguna vez cae casi a la mitad, pasando de un 58,2% a un 31,1%. Esta tendencia se mantiene en todas las categorías de frecuencia, lo que sugiere que el envejecimiento avanzado, sumado posiblemente a factores de salud o falta de exposición previa a la tecnología, reduce drásticamente la adopción digital.

En cuanto a la recurrencia del uso, la brecha se vuelve aún más pronunciada en los hábitos diarios. Mientras que casi un 30% de las personas entre 75 y 84 años se conectan varias veces al día, solo el 11% de los mayores de 85 lo hacen. Esto indica que, para el grupo

de mayor edad, Internet es una herramienta mucho más esporádica y menos integrada en su rutina diaria. En conjunto, la tabla subraya que los “más mayores” representan el núcleo más duro de la exclusión digital, requiriendo estrategias de apoyo mucho más específicas que el grupo de los que acaban de entrar en la cuarta edad.

Tabla 5.2. Porcentaje de uso de internet de forma regular por parte de personas mayores (75 y más años) por tramos de edad. 2025.

	Han usado Internet alguna vez	Han usado Internet en los últimos 12 meses	Han usado Internet en los últimos 3 meses	Han usado Internet semanalmente (al menos una vez a la semana)	Han usado Internet diariamente (al menos 5 días a la semana)	Han usado Internet varias veces al día
Total personas (75 y más años)						
Edad: De 75 a 84 años	58,2	54,7	53,0	50,7	42,7	29,8
Edad: De 85 y más años	31,1	26,8	25,0	22,7	17,0	11,0

Fuente: Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en los Hogares. Año 2025.

La tabla 5.3. muestra una clara correlación positiva entre el nivel de estudios y la frecuencia de uso de Internet en personas de 75 años o más. Se observa que, a medida que aumenta la formación académica, crece significativamente el porcentaje de usuarios: mientras

que sólo el 18,4% de quienes tienen menos de educación primaria acceden semanalmente, esta cifra se dispara hasta el 88,9% en personas con un doctorado. Este patrón sugiere que un mayor capital cultural y educativo actúa como un facilitador crítico para reducir la brecha digital en la tercera edad, permitiendo una mayor integración tecnológica.

En cuanto a la intensidad del uso, los datos revelan que la frecuencia diaria y múltiple también está fuertemente vinculada a los estudios superiores. Por ejemplo, el uso “varias veces al día” es siete veces más común entre los doctores (75,1%) que entre quienes no terminaron la primaria (10,6%). Es notable que el grupo con títulos universitarios medios (Diplomatura) presenta cifras de conexión semanal más altas (80,4%) que aquellos con máster o licenciatura (76,7%), aunque estos últimos los superan en intensidad de uso diario, lo que indica que no solo se trata de tener acceso, sino de la profundidad y el hábito con el que se emplea la tecnología.

Tabla 5.3. Porcentaje de uso de internet de forma regular por parte de personas mayores (75 y más años) por nivel de estudios alcanzados, 2025.

	Han usado Internet semanalmente (al menos una vez a la semana)	Han usado Internet diariamente (al menos 5 días a la semana)	Han usado Internet varias veces al día
Total personas (75 y más años)			
Menos que primaria	18,4	14,4	10,6
Educación Primaria	32,0	25,7	16,7
Primera etapa de Educación Secundaria	42,4	34,2	20,8
Segunda etapa de Educación Secundaria	63,6	56,4	39,7
Formación Profesional de Grado Superior	66,1	51,2	37,9
Diplomatura universitaria y equivalentes	80,4	75,1	49,5
Licenciatura universitaria, máster y equivalentes	76,7	64,1	56,1
Doctorado universitario	88,9	85,1	75,1

Fuente: Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en los Hogares. Año 2025.

6

CONCLUSIONES

España ha consolidado una tendencia de envejecimiento demográfico sin precedentes, donde el porcentaje de personas mayores de 65 años ha alcanzado el 20,7% en 2025, frente al 17% de principios de siglo. Este fenómeno implica una transformación demográfica de gran calado, ante un proceso de “envejecimiento del envejecimiento”, con un notable incremento de la población mayor de 80 años, y una tasa de natalidad en mínimos históricos (6,5% en 2024). Aunque la población extranjera ha actuado históricamente como un factor de rejuvenecimiento, tras la pandemia de COVID-19 su crecimiento coexiste con el aumento de la población mayor, perdiendo capacidad compensatoria.

Los datos revelan además profundas brechas territoriales y de género. La esperanza de vida a los 65 años se ha recuperado tras la crisis sanitaria, superando niveles prepandemia, pero con diferencias de hasta cuatro años entre comunidades autónomas como Madrid y Ceuta. Asimismo, la distribución de la población mayor no es homogénea: regiones como Asturias y Castilla y León presentan las tasas más altas de envejecimiento, mientras que las ciudades autónomas y Baleares se sitúan en el extremo opuesto, condicionadas por factores como la inmigración y el dinamismo de sus mercados laborales.

Para afrontar estos retos es clave adaptar las estructuras sociales y urbanas a una longevidad creciente, garantizando que el entorno solo no se convierta en una barrera para la autonomía, sino que se reconozca como un factor determinante de longevidad con buena salud.

El sistema público de pensiones se mantiene como pilar fundamental del bienestar en España, protegiendo a casi 10 millones de personas en 2026. Un resultado positivo del diálogo social y las medidas frente a la pandemia, que han permitido que la mayoría de las nuevas altas (72,1%) se produzcan en la edad ordinaria de jubilación, mejorando las cuantías medias gracias a carreras de cotización más estables. Además, las pensiones actúan como un estabilizador económico, representando el 13,7% del PIB en 2025 y generando un efecto multiplicador en el consumo y la actividad productiva.

La brecha de género sigue siendo un desafío crítico, aunque muestra signos de mejora. Mientras que en las pensiones en vigor la brecha es del 30,7%, en las nuevas altas se ha reducido al 20,7%, lo que refleja una progresiva equiparación de las trayectorias laborales femeninas. No obstante, el sistema aún muestra una clara feminización de la pobreza, con un 63% de mujeres entre los perceptores de pensiones no contributivas y una mayor dependencia de los complementos a mínimos en el colectivo femenino (30,5% frente al 14,3% de los hombres).

Es necesario blindar la suficiencia y sostenibilidad del sistema mediante el consenso en el Pacto de Toledo, manteniendo la revaloriza-

ción vinculada al IPC. Se propone continuar reforzando los mecanismos para reducir la brecha de género, como los complementos por cuidados, y asegurar que las pensiones mínimas y no contributivas sigan ligadas a los umbrales de riesgo de pobreza para fortalecer la cohesión social.

El Sistema de Atención a la Dependencia ha experimentado un crecimiento significativo gracias al Plan de Choque 2021-2023, incrementando en un 50% el número de personas con prestación efectiva y duplicando la financiación estatal. Sin embargo, el sistema enfrenta riesgos críticos de “infraprotección”: casi la mitad de los beneficiarios (48%) reciben prestaciones de baja intensidad, como la Teleasistencia como única ayuda o la Prestación Económica de Cuidado Familiar (PECF), lo que no garantiza la calidad de los cuidados profesionales.

Otro resultado alarmante es la persistencia de las listas de espera y los tiempos de gestión, que promedian 329 días a nivel nacional, superando ampliamente el plazo legal de seis meses. Existe además una falta de transparencia generalizada por parte de las comunidades autónomas respecto al copago que asumen los usuarios, el cual se estima que podría alcanzar entre el 30% y el 38% del coste de ciertos servicios, convirtiéndose en una barrera de acceso para las rentas medias y bajas.

Las propuestas de actuación se centran en establecer un nuevo marco de financiación pública que eleve la inversión del 0,8% actual al 1,5%-2% del PIB en la próxima década. Se insta a condicionar la financiación estatal al fin de las listas de espera, la prioridad de los

servicios profesionales sobre los “cheques” económicos, la mejora de las ratios de plantilla y la transparencia inmediata de los datos de copago en todos los territorios.

La sanidad pública presenta una preocupante disparidad territorial en recursos y gasto. Mientras comunidades como Extremadura destinan el 9% de su PIB a sanidad, Madrid apenas alcanza el 4%, situándose también a la cola en gasto por habitante junto a Andalucía. Se observa un déficit crónico de personal en Atención Primaria, especialmente en enfermería. Los conciertos con entidades privadas, que han crecido un 48,1% en la última década.

Las listas de espera para consultas externas han empeorado drásticamente, con un aumento del 87,1% en la última década a nivel estatal, alcanzando tasas especialmente altas en Madrid y Asturias. Este desajuste entre oferta y demanda genera incertidumbre y ansiedad en los pacientes, dilaciones graves en los diagnósticos, y en ocasiones, se utiliza como justificación para derivar fondos públicos hacia la sanidad privada en lugar de reforzar la gestión directa y la capacidad preventiva del sistema.

Es fundamental reforzar los recursos de Atención Primaria para gestionar el aumento de la cronicidad asociado al envejecimiento y establecer mecanismos que limiten el crecimiento de los conciertos privados, y con una firme apuesta por la salud pública, garantizando que el Sistema Nacional de Salud mantenga su carácter universal, equitativo y de gestión pública.

El objetivo fundamental de las sociedades actuales no debe ser solo prolongar la existencia, sino asegurar que los años ganados transcurran con bienestar y plenitud, bajo la premisa de “añadir vida a los años”. Por ello, un indicador clave en este proceso es la esperanza de vida saludable a los 65 años, que estima cuántos años adicionales se espera vivir sin limitaciones graves ni enfermedades incapacitantes. Los datos muestran importantes brechas territoriales, con Madrid y Castilla y León a la cabeza frente a la situación de Andalucía o Melilla, diferencias explicadas por factores socioeconómicos y de inversión sanitaria. Asimismo, existe una dimensión de género, donde las mujeres presentan una media superior de años vividos con salud (19,9%) frente a los hombres (17,4%).

Por otro lado, la salud autopercebida funciona como un termómetro del bienestar integral, integrando dimensiones físicas, mentales y sociales. Aunque la tendencia era ascendente antes de 2020, la pandemia de COVID-19 supuso un punto de inflexión, dejando una rémora negativa en la percepción subjetiva de los mayores que aún persiste. Esta percepción positiva está ligada tanto al nivel de renta y gasto en cuidados como a la solidez de las redes de apoyo familiar.

Por ello es indispensable fomentar entornos favorecedores que mantengan la capacidad funcional de las personas y eliminen barreras ambientales. Iniciativas como la Red de Ciudades Amigables y la mejora de la accesibilidad universal en las viviendas son vitales para evitar el “aislamiento residencial” y la institucionalización prematura. Además, es urgente abordar la brecha digital, especialmente en los mayores de 85 años y personas con menor nivel de estudios, para

garantizar que la tecnología sea una herramienta de inclusión y no un factor de exclusión en la última etapa de la vida.

Es necesario incidir en la relevancia de invertir en la construcción de entornos dotados con recursos públicos y comunitarios, que fomenten la igualdad de acceso a derechos y la redistribución justa de la renta a lo largo de todo el ciclo de la vida. Solo así el proceso de envejecimiento puede fraguarse en términos de justicia social.



Anexos

Anexo 1. Pensionistas en alta a 1 de abril de 2026

Número, importe medio percibido, número de pensiones por pensionista y edad media

COMUNIDAD AUTÓNOMA	AMBOS SEXOS	
	Número	Importe medio mensual
TOTAL	9.476.277	1.512,86 €
ANDALUCÍA	1.567.674	1.357,32 €
ARAGÓN	290.999	1.590,38 €
ASTURIAS (Principado de)	273.997	1.744,90 €
BALEARS (ILLES)	192.235	1.434,13 €
CANARIAS	353.105	1.343,67 €
CANTABRIA	135.443	1.590,81 €
CASTILLA Y LEÓN	585.251	1.495,91 €
CASTILLA-LA MANCHA	385.050	1.363,57 €
CATALUÑA	1.602.554	1.612,87 €
C. VALENCIANA	971.475	1.406,09 €
EXTREMADURA	230.137	1.258,46 €
GALICIA	699.316	1.330,48 €
MADRID (Comunidad de)	1.187.472	1.722,94 €
MURCIA (Región de)	246.602	1.348,63 €
NAVARRA (C. Foral de)	136.368	1.712,05 €
PAÍS VASCO	531.848	1.860,40 €
RIOJA (LA)	68.905	1.499,49 €
CEUTA	9.071	1.486,83 €
MELILLA	8.775	1.410,37 €

MUJERES		HOMBRES	
Número	Importe medio mensual	Número	Importe medio mensual
4.705.734	1.331,02 €	4.770.500	1.692,23 €
772.050	1.208,77 €	795.621	1.501,46 €
142.407	1.360,62 €	148.592	1.810,57 €
131.897	1.415,59 €	142.094	2.050,61 €
98.767	1.298,19 €	93.468	1.577,78 €
171.889	1.229,18 €	181.214	1.452,28 €
65.532	1.367,57 €	69.910	1.800,08 €
274.256	1.295,13 €	310.995	1.672,97 €
170.674	1.197,22 €	214.375	1.496,01 €
834.665	1.420,83 €	767.879	1.821,63 €
482.484	1.241,93 €	488.987	1.568,08 €
106.514	1.159,88 €	123.623	1.343,41 €
354.817	1.172,92 €	344.497	1.492,77 €
610.773	1.516,13 €	576.688	1.941,98 €
119.028	1.192,55 €	127.574	1.494,25 €
65.997	1.445,89 €	70.370	1.961,70 €
261.686	1.595,99 €	270.161	2.116,52 €
33.453	1.310,83 €	35.451	1.677,54 €
4.553	1.291,86 €	4.518	1.683,32 €
4.292	1.273,55 €	4.483	1.541,36 €

Anexo 2. Pensiones en vigor a 1 de abril de 2026

COMUNIDAD AUTÓNOMA Y PROVINCIA	TOTAL PENSIONES		INCAPACIDAD PERMANENTE		JUBILADOS
	Número	P. media (€/mes)	Número	P. media (€/mes)	Número
TOTAL SISTEMA	10.476.332	1.368,44	1.061.553	1.254,41	6.688.655
Andalucía	1.725.288	1.233,27	228.251	1.170,09	1.021.173
Aragón	320.314	1.444,81	23.165	1.307,88	214.873
Asturias (Principado de)	303.263	1.576,35	28.684	1.408,25	188.130
Balears (Illes)	215.899	1.276,88	18.655	1.189,22	145.318
Canarias	379.852	1.249,05	61.767	1.197,91	215.391
Cantabria	149.783	1.438,56	14.273	1.305,24	94.834
Castilla - La Mancha	408.258	1.285,97	49.762	1.161,77	246.362
Castilla y León	638.336	1.371,50	51.605	1.246,60	417.180
Cataluña	1.819.641	1.420,49	169.122	1.371,84	1.210.671
Comunitat Valenciana	1.077.913	1.267,26	104.533	1.198,22	688.502
Extremadura	247.868	1.168,38	31.877	1.084,22	145.923
Galicia	788.852	1.179,46	86.040	1.139,83	490.545
Madrid (Com. de)	1.295.857	1.578,94	99.205	1.356,22	884.730
Murcia (Región de)	271.516	1.224,88	32.881	1.142,14	162.756
Navarra (Com. Foral de)	149.557	1.561,14	10.639	1.489,30	104.168
País Vasco	589.303	1.679,02	43.223	1.587,58	395.791
Rioja (La)	76.051	1.358,59	5.288	1.295,21	52.599
Ceuta	9.560	1.410,44	1.171	1.420,17	4.988
Melilla	9.221	1.342,05	1.412	1.373,06	4.721

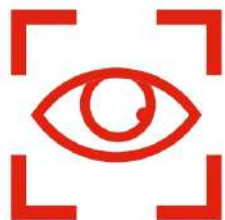
CATEGORÍA	VIUDEDAD		ORFANDAD		FAVOR DE FAMILIARES		
	P. media (€/mes)	Número	P. media (€/mes)	Número	P. media (€/mes)	Número	
	1.569,70	2.343.215	973,85	336.141	550,46	46.768	821,87
	1.427,30	394.705	905,43	68.480	523,42	12.679	782,93
	1.640,86	72.258	1.024,22	9.220	565,31	798	873,50
	1.836,44	75.730	1.111,42	8.658	665,87	2.061	1.083,26
	1.447,78	45.708	878,83	6.100	465,78	118	799,39
	1.452,61	83.772	918,50	16.266	523,43	2.656	800,63
	1.657,44	34.732	1.026,31	4.552	605,49	1.392	904,42
	1.481,49	94.926	971,45	14.562	549,76	2.646	753,18
	1.565,31	146.951	977,61	18.695	597,91	3.905	842,09
	1.603,47	388.493	986,65	49.939	539,08	1.416	892,87
	1.445,43	245.363	914,35	36.942	518,34	2.573	801,10
	1.340,63	58.762	898,54	9.129	550,98	2.177	728,12
	1.351,07	182.173	832,74	23.073	550,94	7.021	737,44
	1.793,01	274.015	1.102,31	35.158	585,88	2.749	931,26
	1.421,96	62.310	904,10	11.888	502,98	1.681	757,90
	1.752,26	30.131	1.072,78	4.251	577,43	368	886,87
	1.904,14	132.256	1.167,92	15.749	657,98	2.284	1.035,70
	1.518,06	16.029	963,02	1.960	533,46	175	815,68
	1.743,39	2.614	1.050,23	741	453,95	46	937,10
	1.663,92	2.287	977,01	778	419,97	23	857,73

Anexo 3. Personas con resolución de PIA y prestaciones. Tod

ÁMBITO TERRITORIAL	PERSONAS CON RESOLUCIÓN DE PIA	PREVENCIÓN DEPENDENCIA Y PROMOCIÓN A.PERSONAL		TELEASISTENCIA		AYUDA A DOMICILIO		CENTROS NOC
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Andalucía	349.554	452	0,08	191.077	34,96	203.403	37,21	17.142
Aragón	50.402	5.156	7,73	11.395	17,07	6.421	9,62	1.844
Asturias, Principado de	34.023	6.735	13,79	9.404	19,25	7.876	16,13	2.225
Balears, Illes	34.288	3.700	6,46	18.966	33,10	2.639	4,61	1.819
Canarias	72.691	2.191	2,39	11.082	12,10	1.379	1,51	5.576
Cantabria	19.075	7.526	24,91	4.344	14,38	1.352	4,48	2.181
Castilla y León	127.660	14.198	7,85	36.370	20,10	23.881	13,20	8.214
Castilla - La Mancha	81.889	17.030	14,14	34.625	28,76	15.226	12,65	4.327
Cataluña	252.843	13	0,00	42.840	13,64	31.942	10,17	14.490
Comunitat Valenciana	181.358	1.755	0,64	81.657	29,83	7.025	2,57	10.084
Extremadura	37.503	1.897	4,27	6.142	13,84	906	2,04	2.492
Galicia	95.567	5.982	3,85	50.936	32,78	22.468	14,46	7.944
Madrid, Comunidad de	215.674	6.943	2,22	104.727	33,48	64.896	20,74	19.079
Murcia, Región de	50.831	2.952	4,35	17.540	25,86	3.908	5,76	4.257
Navarra, Comunidad Foral de	17.309	2.420	9,76	4.169	16,81	1.233	4,97	813
País Vasco	74.473	1.122	1,04	29.395	27,17	7.312	6,76	7.913
Rioja, La	9.622	1.097	7,65	4.184	29,16	3.564	24,84	1.158
Ceuta y Melilla	4.050	806	14,65	933	16,96	1.449	26,34	74
TOTAL	1.708.812	81.975	3,33	659.786	26,78	406.880	16,52	111.632

Los los grados. Prestaciones. Situación a 30 de abril de 2026

DE DÍA/ HE	ATENCIÓN RESIDENCIAL		PE VINCULADA SERVICIO		PE CUIDADOS FAMILIARES		PE ASIST. PERSONAL		TOTAL		RATIO DE PRESTACIONES POR PERSONA CON RESOLUCION DE PIA
	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	Nº
3,14	31.486	5,76	3.938	0,72	99.120	18,13	12	0,00	546.630	100,00	1,56
2,76	4.040	6,05	10.972	16,44	26.914	40,33	0	0,00	66.742	100,00	1,32
4,56	3.988	8,17	5.074	10,39	13.510	27,66	30	0,06	48.842	100,00	1,44
3,17	3.061	5,34	810	1,41	26.298	45,90	0	0,00	57.293	100,00	1,67
6,09	5.903	6,45	33.605	36,71	31.452	34,36	361	0,39	91.549	100,00	1,26
7,22	4.562	15,10	626	2,07	9.619	31,84	0	0,00	30.210	100,00	1,58
4,54	9.029	4,99	46.144	25,50	40.044	22,13	3.075	1,70	180.955	100,00	1,42
3,59	12.924	10,73	12.495	10,38	23.751	19,73	19	0,02	120.397	100,00	1,47
4,61	38.472	12,25	22.332	7,11	163.852	52,18	86	0,03	314.027	100,00	1,24
3,68	13.112	4,79	27.804	10,16	131.130	47,90	1.165	0,43	273.732	100,00	1,51
5,61	5.145	11,59	20.169	45,43	7.640	17,21	0	0,00	44.391	100,00	1,18
5,11	7.346	4,73	20.931	13,47	39.635	25,51	145	0,09	155.387	100,00	1,63
6,10	25.060	8,01	30.053	9,61	61.993	19,82	91	0,03	312.842	100,00	1,45
6,28	5.341	7,88	1.852	2,73	31.959	47,13	5	0,01	67.814	100,00	1,33
3,28	2.770	11,17	3.056	12,32	10.301	41,53	39	0,16	24.801	100,00	1,43
7,31	13.379	12,37	1.359	1,26	39.960	36,93	7.759	7,17	108.199	100,00	1,45
8,07	2.175	15,16	942	6,56	1.229	8,57	0	0,00	14.349	100,00	1,49
1,34	209	3,80	6	0,11	2.025	36,80	0	0,00	5.502	100,00	1,36
4,53	188.002	7,63	242.168	9,83	760.432	30,87	12.787	0,52	2.463.662	100,00	1,44



ESTAMOS A TU DISPOSICIÓN EN NUESTRAS SEDES

Federación Estatal de Pensionistas de CCOO

Calle Albasanz, 3. Planta baja. 28037 Madrid. Teléfono 91 757 26 22

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

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 - 3ª 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 12 58 71

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

Región de Murcia

Corbalán, 4
30002 Murcia
Teléfono 968 35 52 13

País Valencià

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



confederación sindical
de comisiones obreras



F1ºM
FUNDACIÓN
PRIMERO
DE MAYO



pensionistas