



**OBSERVATORIO SOCIAL
DE LAS PERSONAS MAYORES**

PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO



**OBSERVATORIO SOCIAL
DE LAS PERSONAS MAYORES**

PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO



Edita:

Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO

C/. Albasanz,3 planta baja. 28037 Madrid.

Teléfono: 91 757 26 22

E-mail: pensionistas@fpj.ccoo.es

Edición: Madrid, noviembre de 2023

Dirección y coordinación:

Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO

Análisis y elaboración de contenidos:

Fundación 1º de Mayo

Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO

Secretaría Confederal de Políticas Públicas y Protección Social de CCOO

Producción:

Secretaría Confederal de Comunicación de CCOO

No se permite la reproducción total o parcial de este ejemplar, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión por cualquier forma, sea electrónica, informática, por fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del autor/autora y el editor. La infracción de los mencionados derechos puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal).

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	9
1. LA POBLACIÓN MAYOR EN ESPAÑA	13
1.1. La esperanza de vida	13
1.2. Esperanza de vida libre de enfermedad	15
1.3. El peso de la población mayor en España	17
2. SISTEMA PÚBLICO DE PENSIONES	21
2.1. Pensiones en vigor	23
2.2. Las nuevas altas de jubilación	36
2.3. El impacto de la última reforma de pensiones sobre la revalorización de pensiones	41
3. SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	54
3.1. La cobertura del sistema	47
3.2. Las prestaciones del SAAD	59
3.3. La financiación del SAAD	70

4. SANIDAD	73
4.1. El gasto sanitario público	76
4.2. Listas de espera	79
5. CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN MAYOR	83
5.1. La soledad no deseada	84
5.2. La salud mental en la población mayor.....	102
5.3. El uso de las TIC en la población mayor	106
5.4. El consumo de los hogares de las personas mayores.....	110
5.5. El maltrato a las personas mayores	116
6. CONCLUSIONES	131
ANEXOS	139

PRESENTACIÓN

La Federación de Pensionistas y Jubilados 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 2023* para un envejecimiento activo.

En él analizamos el peso que tiene la población mayor en España. Desde 1975 la población española mayor de 64 años ha crecido hasta prácticamente doblarse y representar, en 2022, el 20% de la población en España.

Las diferencias por razón de género en la esperanza de vida tienen igualmente una traslación al peso que tienen hombres y mujeres mayores en la población en España. De este modo, en el año 2022 las mujeres mayores de 64 años representaban el 22,2% de las mujeres y los hombres de 64 y más años, suponían el 17,7% de los hombres. Esta brecha es mayor cuando se observa el peso de las edades más avanzadas: las mujeres mayores de 79 años representan el 7,5% de las mujeres y los hombres de 80 y más años el 4,5% de los hombres en España.

Analizamos el impacto de la última reforma de pensiones sobre la revalorización de pensiones, también la brecha que hay en las pensiones. La primera brecha viene determinada por la dificultad que tradicionalmente han tenido varias generaciones de mujeres

para reunir carreras de cotización suficientes con las que acceder a pensiones de jubilación propias. Ello implica que su protección social se haya establecido principalmente a través de pensiones derivadas (destaca la de viudedad sobre el resto) que, por su propia definición, sólo garantizan una parte de la protección que ofrecen las pensiones de jubilación.

Hacemos un análisis del Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD) en España, que es el conjunto de servicios y recursos destinados a cuidar y apoyar a las personas que se encuentran en situación de dependencia al presentar dificultades para realizar las actividades que se consideran básicas en la vida diaria de manera autónoma.

Analizamos el Sistema Nacional de Salud (SNS), que es el sistema público de protección a la salud y la necesidad de poner más recursos para que pueda cumplir mejor la función que tiene encomendada. La pandemia de la COVID-19 implicó un gran impacto en el SNS, que ha llevado a cabo una adaptación organizativa y táctica para afrontar tanto el diagnóstico de la enfermedad como la fuerte demanda derivada de la misma. En estos años se han hecho aún más evidentes las debilidades de un sistema sanitario que se enfrenta a los retos actuales

En este observatorio hablamos de la soledad no deseada, es este un sentimiento que la mayor parte de las personas experimentaremos en algún momento de nuestras vidas. En algunas personas este sentimiento ocurre de forma permanente y duradera, se sienten solas la mayor parte del tiempo y esto se da durante años.

La soledad a menudo se estigmatiza, se trivializa o incluso se ignora, pero, especialmente en los países industrializados en los que aumenta rápidamente el número de personas mayores, la soledad se está convirtiendo en un problema de salud pública.

No podemos olvidar la salud mental en la población mayor, que ha cobrado una reciente relevancia, especialmente a raíz de la pandemia de la COVID-19 y sus consecuencias en el aumento de cuadros depresivos y de ansiedad. La OMS acuñó el lema “*No hay salud sin salud mental*” para incidir en la relevancia de reforzar la respuesta por parte de los sistemas de salud.

La salud mental se define como un estado de bienestar mental que permite a las personas enfrentarse a los momentos de estrés de la vida y posibilita el desarrollo de todas las habilidades.

También analizamos la implantación de las tecnologías digitales que implican al mismo tiempo un amplio abanico de oportunidades para las personas mayores, una serie de obstáculos y dificultades por atajar, pero también algunos riesgos.

Uno de los riesgos más relevantes del aumento del uso de las tecnologías es el incremento del aislamiento social ante la falta de interacciones cara a cara. Los riesgos del aislamiento social son múltiples y conllevan a menudo situaciones de soledad no deseada con implicaciones de alto calado en la calidad y esperanza de vida.

En este observatorio hablamos del maltrato, el maltrato psíquico o emocional es la forma más frecuente de maltrato que sufren

las personas mayores y puede ser experimentado igualmente por hombres y mujeres.

Debido a que las personas mayores en este país han recibido y arrastran una educación patriarcal (sobre todo las mujeres) estas están más expuestas a ver el maltrato como algo intrínseco al género. El maltrato psicológico y emocional abarca acciones como la intimidación, la humillación, la culpabilización rutinaria, el maltrato verbal y los insultos, así como la separación de las personas de edad de sus amistades o actividades cotidianas, lo que reduce su sentimiento de identidad, dignidad y autoestima. Y se da más cuando las personas mayores sufren problemas de salud cognitivos.

También analizamos los servicios sociales, que son elementos esenciales para lograr envejecer en condiciones saludables y con autonomía. Además, son instrumentos para luchar contra la desigualdad en todas las etapas de la vida, abordando las diferencias territoriales existentes, así como la cobertura de servicios y recursos destinados para las personas mayores.

Juan Sepúlveda Muñoz

Secretario general de Pensionistas de CCOO

INTRODUCCIÓN

La mejora global de las condiciones de vida y alimentación y los avances médicos han dado lugar, en el último siglo, a una enorme transformación demográfica, de la mano de la contención de la mortalidad infantil y de la prolongación de los años de vida en buena parte de los países del mundo. La población mundial, desde 1950 se ha más que triplicado y la esperanza media de vida al nacer en el mundo ha pasado de 52 años en los años 1960 hasta los 73 años en 2020.

Se trata de una progresión que no es uniforme, dado que la población de Asia, América, pero sobre todo África han crecido muy por encima de la de Europa. Esto conlleva composiciones demográficas dispares que, junto con los efectos del cambio climático, probablemente colocarán a las migraciones en un papel protagonista.

Este gran cambio demográfico global implica que va creciendo el peso de las personas mayores en las poblaciones, especialmente en Europa, donde se está viviendo una caída constante de la fecundidad. Esta nueva composición social precisa un reequilibrio de los mecanismos de solidaridad intergeneracional y la transferencia de recursos entre unas generaciones y otras, para satisfacer así las necesidades de las personas a lo largo de todo su ciclo vital. Tanto la infancia como la vejez son momentos vitales en las que las necesidades de recursos son superiores a lo que se produce, por

lo que todas las sociedades necesitan organizar las transferencias de recursos intergeneracionales, a través de las familias y de la protección pública.

Los estados de bienestar se dotan de mecanismos de solidaridad intergeneracional mediante servicios y prestaciones públicos, como pensiones, desempleo, educación o sanidad, y se enfrentan al reto de reequilibrarlos: las transferencias de cuidados, de educación o de renta entre las generaciones más jóvenes y las mayores deben responder a las necesidades sociales cambiantes, especialmente en las situaciones de vulnerabilidad y dependencia.

Este hecho precisa de una visión global donde el refuerzo de las políticas educativas, de conciliación entre la vida personal y laboral, de apoyo a las familias o de apoyo a las personas migrantes se combinan con otras políticas sociales, sanitarias y económicas, con el fin de seguir avanzando en la provisión de los recursos necesarios para asegurar la progresiva mejora de las condiciones de vida de la población mayor.

La otra cara de la prolongación de la vida es el aumento de los años vividos con buena salud. La mejora de la prevención de la enfermedad, las mejoras en las condiciones a lo largo de la vida y de las condiciones de trabajo en los años de actividad laboral están implicando un aumento significativo del envejecimiento saludable.

La Organización Mundial de la Salud subraya las oportunidades que la prolongación de la vida ofrece tanto a las personas y su entorno como a las sociedades en las que viven. Subrayan las nuevas oportunidades personales que se abren para emprender proyectos nuevos, a la vez que resalta el papel activo que las

personas mayores ya representan en el apoyo a las familias y a las comunidades. “No obstante, el alcance de esas oportunidades y contribuciones depende en gran medida de un factor: la salud”¹.

El envejecimiento saludable precisa de entornos físicos y sociales propicios que permitan el mantenimiento de una vida activa a pesar de la pérdida progresiva de facultades. Es por ello que se precisa un análisis global y comprehensivo, capaz de visibilizar la relevancia que tienen las condiciones de vida desde la niñez en la trayectoria vital y las condiciones de salud, las posibilidades de acceso a recursos y comprender el necesario refuerzo de recursos públicos y comunitarios que aseguren la accesibilidad.

Los nuevos roles sociales que están representando las personas mayores, de la mano del envejecimiento saludable, ya están ganando protagonismo con la llamada “economía plateada”. Con este término se hace referencia a la suma de las actividades económicas que atienden a las necesidades de personas de 50 años o más, incluidos los productos y servicios que compran directamente y la actividad económica adicional que generan los servicios y prestaciones con las que se les provee. El concepto engloba, por tanto, un amplio abanico de conceptos y áreas de interés relacionadas tanto con los retos como las oportunidades del envejecimiento en Europa, interrelacionados entre ellos. Junto con el desafío de asegurar la inversión pública en servicios y prestaciones sociales para las personas mayores en el medio y largo plazo, se añade la pertinencia de comprender las oportunidades que ofrece la incorporación de soluciones para general salud y bienestar en las

1. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

personas mayores. Cada vez existe un mayor reconocimiento del papel que representan las generaciones mayores en el consumo público y privado y las oportunidades que ofrecen sus efectos indirectos y derivados.

Desde el punto de vista del mercado, las personas mayores son nuevas destinatarias de productos y servicios de sanidad, banca, automoción, energía, vivienda, telecomunicaciones u ocio y turismo. La población mayor se convierte en un nuevo segmento de mercado. Tanto en el sector público como privado se espera que aparezcan nuevos productos y servicios adaptados a las personas mayores, en los que la digitalización irá ganando protagonismo (gerontotecnología). También cabe esperar un impulso a nuevos puestos de trabajo y especialidades relacionadas con la población mayor, con su cuidado, su atención sanitaria y su autonomía.

El envejecimiento de la población es, por ello, un proceso que genera nuevos retos y oportunidades para los Estados de bienestar, que han de afrontar el cambio desde una perspectiva de solidaridad intergeneracional, en la que las políticas públicas representan un papel crucial para atender a las necesidades de las personas con un enfoque integrador.

En este contexto, la presente edición del *Observatorio Social de las Personas Mayores en España* se estructura en los siguientes apartados: la situación de la población mayor, el sistema público de pensiones, el sistema de atención a la dependencia, el sistema nacional de salud, así como las condiciones de vida de la población mayor. En este último apartado se abordan cuestiones de diverso tipo, como la soledad no deseada, la salud mental, el uso de las TIC, el consumo o el maltrato de las personas mayores.

1

LA POBLACIÓN MAYOR EN ESPAÑA

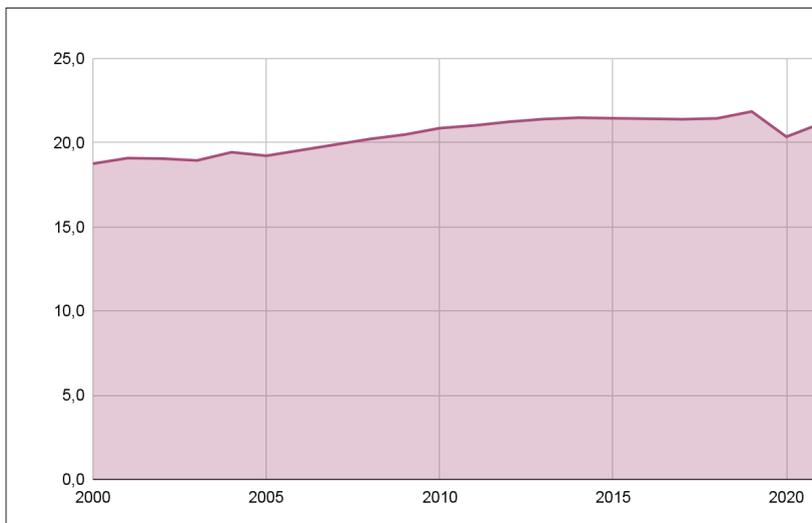
En España, entre 1975 y 2021 se han ganado cerca de 10 años en la esperanza de vida al nacer, con una abrupta caída de la mortalidad infantil, que pasó de una tasa de 18,9 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos en 1975 a los 2,5 por mil en 2021, y un aumento de la esperanza de vida a los 65 en 6 años, en ese periodo (Indicadores de Mortalidad, INE, 2023).

1.1. La esperanza de vida

El gráfico 1.1 muestra la evolución de la esperanza de vida a los 65 años en España desde el año 2000. El progresivo aumento se ha visto truncado en 2020, como consecuencia de la pandemia de la COVID-19, pero ha vuelto a retomar la progresión.

Las estimaciones de la esperanza de vida no son, sin embargo, homogéneas. Existen diferencias marcadas por género. En 2021, la esperanza de vida a los 65 años de las mujeres era 4 años superior a la de los hombres, una brecha que ha aumentado desde 1975, cuando era de 2,9 años.

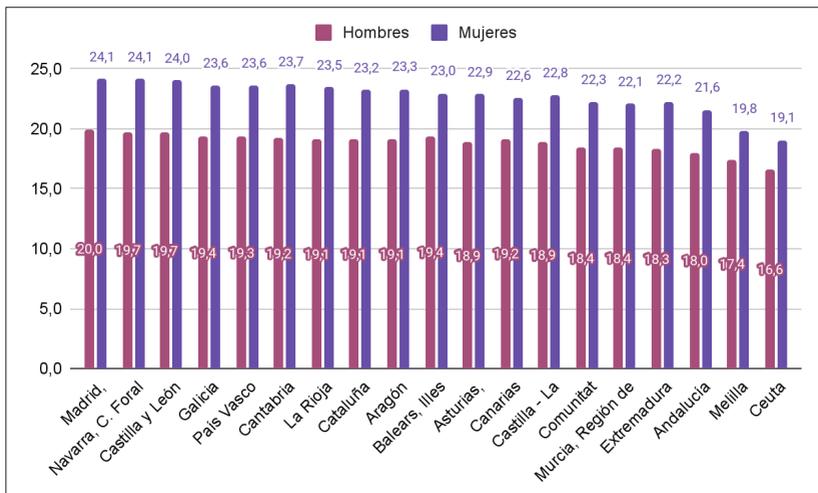
Gráfico 1.1. Evolución de la esperanza de vida a los 65 años en España. 2000-2021



Fuente: Indicadores demográficos básicos, INE, 2023

Igualmente, cabe remarcar que existen diferencias entre las distintas comunidades autónomas. En el gráfico 1.2 se presentan las diferencias en esperanza de vida de hombres y mujeres en las distintas autonomías, en las que Madrid y Navarra destacan por la mayor expectativa, mientras que Ceuta y Melilla se encuentran a la cola. Se trata de unas diferencias que se explican en buena medida por diversos factores interrelacionados entre sí, como el nivel de estudios alcanzados (a mayor nivel de estudios, mayor esperanza de vida), condiciones de trabajo, nivel y condiciones de vida, entre otros.

Gráfico 1.2. Esperanza de vida a los 65 años, CCAA y género. 2021



Fuente: Indicadores demográficos básicos, INE, 2023

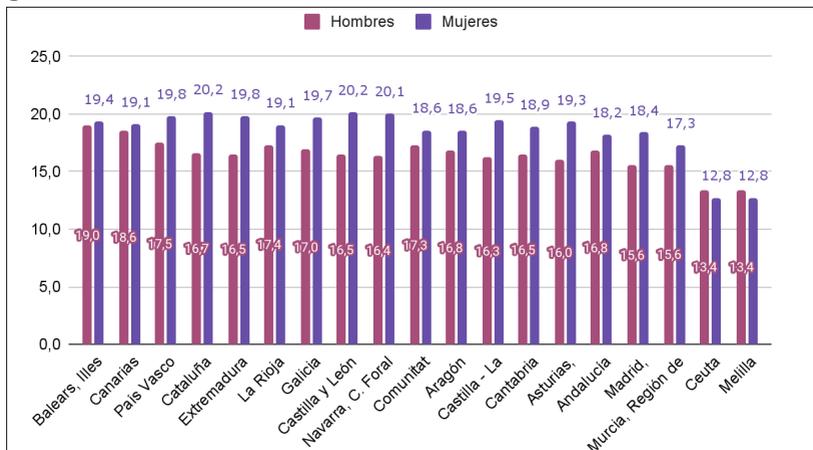
1.2. Esperanza de vida libre de enfermedad

Con el aumento de los años de vida, asegurar que se vayan reduciendo los años en que las personas mayores sufren enfermedades y discapacidades es un objetivo de primer orden, tanto desde el punto de vista de la calidad de vida de las personas como desde la gestión de los recursos sociosanitarios. La medición de la esperanza de vida saludable permite observar los avances en este camino. En España, entre 2008 y 2019 la esperanza de

vida saludable a los 65 años aumentó 1,7 años. Los últimos datos disponibles, correspondientes a 2020 empeoran la progresión, pero cabe pensar que se deba al bache provocado por la irrupción de la pandemia de la COVID-19 y los datos vayan mejorando.

También en este indicador se observan diferencias entre hombres y mujeres, aunque menos pronunciadas. En el gráfico 1.3 se observan las diferencias entre la esperanza de vida saludable a los 65 de hombres y mujeres en las distintas comunidades autónomas en el año 2020. Entre las que mayor número de años presentan son las islas, Baleares y Canarias, las que menor número de años, Ceuta y Melilla. Cabe mencionar el caso de Madrid, que, destacando en esperanza de vida, se encuentra entre las 4 autonomías con menor esperanza de vida saludable. Esto probablemente se deba al fortísimo impacto que la pandemia tuvo en esta comunidad.

Gráfico 1.3. Esperanza de vida saludable a los 65, CCAA y género. 2020



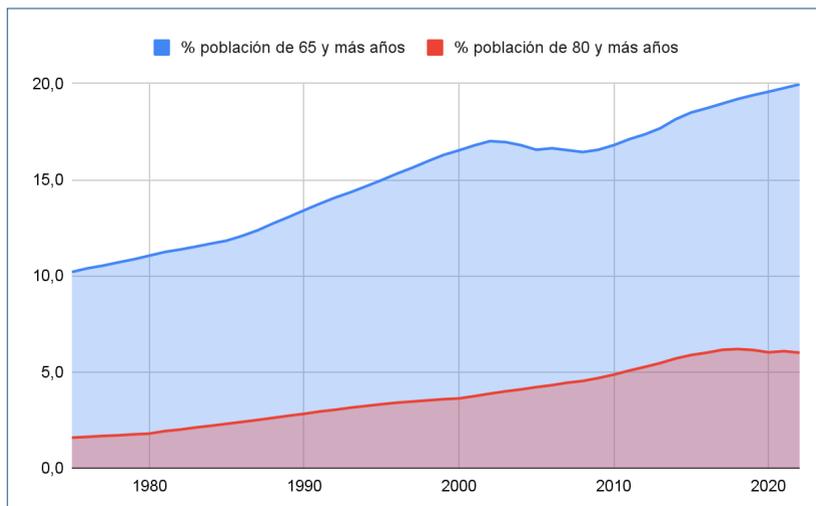
Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud, 2023

1.3. El peso de la población mayor en España

Estas expectativas de vida se ven representadas en la composición de la población en España. Así, desde 1975 ha crecido acusadamente la población mayor de 64 años hasta prácticamente doblarse y representar, en 2022, el 20% de la población en España.

El gráfico 1.4. ilustra la evolución del peso de la población de 65 y más años a lo largo de estas décadas. En los años 2000 se percibe un leve descenso, debido principalmente a la llegada de migración joven con tasas de natalidad (nacimientos por habitante) y fecundidad (nº de hijos/as por mujer) superiores a la población de nacionalidad española.

Gráfico 1.4. Porcentaje de población mayor en España

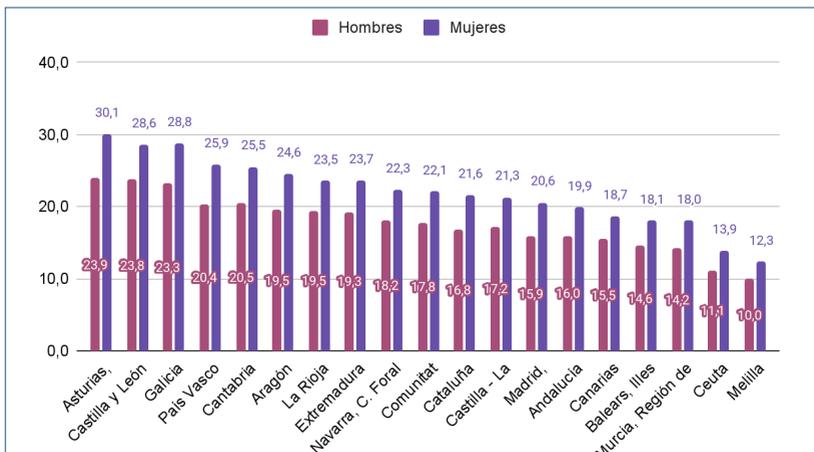


Fuente: Indicadores de Estructura de la Población

Una evolución similar se observa en la población de 80 y más años, que ha pasado de suponer el 1,6% de los habitantes en 1975 a un 6% en 2022, una tendencia que se ha estancado en los últimos años, desde 2018.

Las diferencias por razón de género en la esperanza de vida tienen igualmente una traslación al peso que tienen hombres y mujeres mayores en la población en España. De este modo, en el año 2022, las mujeres mayores de 64 años representaban el 22,2% de las mujeres y los hombres de 64 y más años, suponían el 17,7%. Esta brecha es mayor cuando se observa el peso de las edades más avanzadas: las mujeres mayores de 79 años representan el 7,5% de las mujeres y los hombres de 80 y más años, el 4,5% de los hombres en España.

Gráfico 1.5. Porcentaje de población de 65 y más, CCAA y género. 2022



Fuente: Indicadores de Estructura de la Población

El peso de la población mayor está, sin embargo, desigualmente distribuida en el territorio español, de manera que hay comunidades autónomas con mayor porcentaje de población de 65 y más años.

El gráfico 1.5. ilustra la diversidad en el peso de la población mayor entre sus habitantes, destacando Asturias, Castilla y León y Galicia por su mayor peso y, por el contrario, Melilla, Ceuta y Murcia por su menor presencia relativa. En todas las autonomías se observa que el porcentaje de mujeres mayores es superior al de los hombres.

2

EL SISTEMA PÚBLICO DE PENSIONES

El sistema público de pensiones es uno de los pilares fundamentales del estado de bienestar en España, asegurando ingresos a algo más de 9,5 millones de personas pensionistas y sus familias.

La inversión social que el sistema público realiza para proteger la vejez y la supervivencia reúnen así una de las principales líneas de protección social, que en 2023 ha representado el 12,7% del PIB.

El derecho a las pensiones se adquiere principalmente como consecuencia de haber contribuido previamente al sistema mediante las correspondientes cotizaciones sociales asociadas a los periodos de trabajo y actividad económica (caso de las pensiones de jubilación e invalidez). Adicionalmente, el sistema público también reconoce pensiones a las personas que dependían económicamente de estas personas trabajadoras cuando fallecen (pensiones de orfandad, viudedad y a favor de familiares), e incluso a quienes no han podido contribuir con una carrera de cotización propia suficiente (mediante pensiones no contributivas).

La financiación del conjunto de estas prestaciones tiene un origen prioritariamente contributivo a través de un modelo de reparto solidario, esto es, las pensiones en vigor se financian con las aportaciones que las personas trabajadoras en activo realizan en el momento presente y con las que se garantiza el 80% del gasto total del sistema.

Adicionalmente, el Estado actúa como garante público del sistema de pensiones y transfiere el resto de recursos necesarios tanto para financiar las prestaciones asistenciales (pensiones no contributivas, complementos a mínimos, etc.), como para garantizar la totalidad de las prestaciones contributivas en la medida en la que sea necesario complementar las cotizaciones.

Este modelo de financiación está inspirado por el conocido como “principio de separación de fuentes”, enunciado a su vez en el marco del Pacto de Toledo en el que se construyen los acuerdos sociales y políticos sobre los que se asienta tanto la evaluación de la situación del sistema como las posibles reformas que se consideran necesario para preservar el sistema público de pensiones.

Para establecer el mapa de protección social que garantiza el sistema público de pensiones cabe distinguir aquellas prestaciones actualmente en vigor de aquellas otras que son nuevas altas de pensión. Las pensiones en vigor corresponden así al conjunto de personas pensionistas y, por tanto, incorporan las prestaciones de las personas pensionistas más “veteranas”.

Las nuevas altas de pensión, sin embargo, dan cuenta de las prestaciones a las que acceden quienes se han incorporado en el último año a la protección del sistema de pensiones. La distinción

entre ambas categorías nos ayudará a comprobar en qué medida están actuando las sucesivas reformas de pensiones que se han producido en las últimas décadas y el reflejo que sobre las prestaciones han desplegado las condiciones de empleo.

2.1. Pensiones en vigor

El sistema público de pensiones protege a algo más de 9,5 millones de personas pensionistas mediante prestaciones de diferente clase que protege situaciones como la jubilación, incapacidad permanente e invalidez, viudedad, orfandad y las situaciones de necesidad en favor de familiares.

Estas personas, además de percibir mensualmente una prestación económica (con dos pagas extraordinarias adicionales), acceden al derecho a la atención sanitaria y a un régimen reducido de copago farmacéutico que, en algunos casos, puede llegar incluso a la gratuidad¹.

1. En el caso de personas pensionistas, la gratuidad de los medicamentos prescritos por el Sistema Nacional de Salud se prevé para los casos de personas afectadas por el síndrome tóxico y otras discapacidades y quienes perciben pensiones no contributivas; el resto de pensionistas tienen establecido un copago del 10% siempre que tengan ingresos inferiores a 100.000 €/año, con un límite máximo de copago de 8,23 euros/mes en el caso de pensionistas con ingresos inferiores a 18.000 €/año y 18,52 €/mes en pensionistas con ingresos inferiores a 100.000 €/año. En el caso de las personas pensionistas con ingresos superiores a los 100.000 €/año se establece un copago del 60% del precio de los medicamentos con un límite de 61,75 €/mes.

Tablas 2.1. Pensionistas contributivos en alta 2023

Pensionistas contributivos en alta 2023 (agosto)				
	Número	Porcentaje sobre el total	Importe medio mensual	Edad media
Ambos sexos	9.117.724	100,0%	1.320,41 €	71,7
Mujeres	4.502.580	49,4%	1.142,33 €	72,9
Hombres	4.615.108	50,6%	1.494,15 €	70,5

Fuente: Seguridad Social

Pensionistas no contributivos en alta 2023 (julio)			
	Número	Porcentaje sobre el total	Importe medio mensual
Ambos sexos	447.899	100,0%	509,17 €
Mujeres	283.307	63,3%	-
Hombres	164.592	36,7%	-

Fuente: Seguridad Social

Las pensiones del ámbito contributivo son muy mayoritarias y con ellas se protege a más de 9,1 millones de personas. En este nivel de protección se dan casos en los que una misma persona es titular de más de una pensión (en total hay algo más de 900.000 personas en esta situación, que mayoritariamente compatibilizan pensiones de jubilación y viudedad).

Así, el número total de pensiones contributivas supera ligeramente los 10 millones, que cuentan con una cuantía media de 1.195 €/mes². En este ámbito de protección las mujeres que son titulares de pensión (49%) son casi las mismas que los hombres, si bien las cuantías de las primeras son más bajas, como veremos más adelante.

2. Puede consultarse un análisis pormenorizado de las pensiones contributivas en vigor en las distintas comunidades autónomas y provincias en el Anexo 3 de este estudio.

La principal prestación con la que el sistema protege a las personas pensionistas es la jubilación, que suponen el 63% del total de pensiones reconocidas, seguida por la pensión de viudedad (23%) y en menor medida por la de incapacidad permanente (9%), orfandad (3%) y la casi residual pensión a favor de familiares (0,4%)

Por tratarse de las prestaciones definidas con una relación de contributividad más directa, las pensiones que mayor cuantía económica garantizan son las de jubilación (1.375 €/mes) y las de incapacidad permanente (1.118 €/mes), y a una evidente distancia de ellas se sitúan las pensiones de viudedad (852 €/mes), en favor de familiares (702 €/mes) y orfandad (478 €/mes).

Tabla 2.2. Pensiones, contributivas y no contributivas en vigor

Pensiones contributivas en vigor por clases total sistema (agosto 2023)												
Total Estado	TOTAL PENSIONES		INCAPACIDAD PERMANENTE		JUBILACIÓN		VIUEDAD		ORFANDAD		FAVOR DE FAMILIARES	
	Número	P.media (€/mes)	Número	P. media (€/mes)	Número	P.media (€/mes)	Número	P.media (€/mes)	Número	P.media (€/mes)	Número	P. media (€/mes)
Número total pensiones	10.069.148	1.195,65	946.903	1.118,40	6.380.917	1.375,68	2.353.584	852,44	342.480	478,65	45.264	702,63
Porcentaje sobre total pensiones	100,00		9,40		63,37		23,37		3,40		0,45	

Fuente: Seguridad Social

Pensiones no contributivas en vigor por clases (julio 2023)						
Total Estado	TOTAL PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS		PNC-INVALIDEZ		PNC- JUBILACIÓN	
	Número	P.media (€/mes)	Número	P.media (€/mes)	Número	P.media (€/mes)
Número total pensiones	449.515	509,17	176.166	534,76	273.349	492,68
Porcentaje sobre total pensiones	100,00		39,19		60,81	

Fuente: Seguridad Social

Para completar el mapa de pensiones del segmento contributivo debemos destacar que, a pesar de estas cuantías medias, 2,1 millones de pensiones (el 21,4% del total) necesitan de complemento a mínimos. Una situación que es muy superior en el caso de las pensiones de orfandad (42,9%) y de en favor de familiares (50,4%). De la misma forma, las pensiones causadas por mujeres tienen una mayor necesidad de complemento a mínimos (27,3%) que las de los hombres (14,9%)³.

Por su parte, el ámbito de protección asistencial que reconoce el sistema público de pensiones protege a casi 0,5 millones de personas mediante pensiones no contributivas. La cuantía general establecida para la pensión no contributiva de jubilación se ha situado en 2023 en 484,61 €/mes, si bien se prevén complementos adicionales en el caso de las pensiones de invalidez; de modo que la cuantía media del conjunto de pensiones no contributivas se sitúa en 509 €/mes. En este nivel de protección sí se aprecia una evidente feminización de las prestaciones, ya que el 63% de las personas titulares de una pensión no contributiva es una mujer.

Existen dos clases de pensiones no contributivas, las de jubilación resultan las más numerosas (suponen el 60% del total) y su cuantía media se sitúa en 492 €/mes⁴, mientras que las pensiones de invalidez (39%) presentan una cuantía algo

3. Puede consultarse un análisis pormenorizado las pensiones con complemento a mínimos en las distintas comunidades autónomas y provincias en el Anexo 3 de este estudio.

4. La cuantía media de las pensiones no contributivas de jubilación incluye los casos de pensiones de invalidez que, como ocurre en el ámbito contributivo, cambian de denominación a partir de los 65 años y pasan a registrarse como pensión de jubilación.

superior alcanzando los 534 €/mes de media⁵.

En los Anexos 3 a 5 de este observatorio puede observarse el detalle territorializado por comunidades autónomas y provincias del número de pensiones, clases, cuantía media y necesidad de complemento a mínimos, tanto del conjunto de pensiones contributivas como de las pensiones no contributivas.

La lucha sindical contra la brecha de género en las pensiones

A pesar de que las mujeres constituyen la mitad (49%) de las más de 9 millones de personas jubiladas, su participación en las distintas clases de pensión se realiza en un plano de clara desigualdad con respecto a los hombres.

Las prestaciones de Seguridad Social son, principalmente, un reflejo de las carreras profesionales de las personas trabajadoras, de manera que la brecha de género que se registra en el acceso y mantenimiento en el empleo es causa principal de la diferencia en las prestaciones sociales a las que posteriormente acceden.

Fenómenos como la tradicional división sexual del trabajo (mayor informalidad, participación en sectores de actividad peor considerados y retribuidos, ...), la atribución tradicional de los cuidados, las condiciones de empleo (tiempo parcial no deseado, temporalidad, exclusión de complementos salariales, ...) contribuyen

5. Puede consultarse un análisis pormenorizado las pensiones no contributivas reconocidas en las diferentes comunidades autónomas y provincias en el Anexo 5 de este estudio.

a originar las principales brechas en el empleo que después se trasladan a las prestaciones sociales. La propia legislación de Seguridad Social, en ocasiones, ha podido contribuir a ellas en la medida en la que no ha sido capaz de reducir su impacto.

Fruto de todo lo anterior, las prestaciones de Seguridad Social presentan una brecha de género que cabe establecer, principalmente, en una doble dimensión: respecto del acceso a prestaciones contributivas propias (singularmente la jubilación) y respecto a la cuantía media de las mismas.

Primera brecha: pensión propia

La primera brecha viene determinada por la dificultad que tradicionalmente han tenido varias generaciones de mujeres para reunir carreras de cotización suficientes con las que acceder a pensiones de jubilación propias. Ello implica que su protección social se haya establecido principalmente a través de pensiones derivadas (destaca la de viudedad sobre el resto) que, por su propia definición, sólo garantizan una parte de la protección que ofrecen las pensiones de jubilación.

Precisamente, al comparar las cuantías medias de las prestaciones a las que acceden mayoritariamente cada uno de los sexos la brecha alcanza el 49%. Si bien, su causa última no es tanto la diferencia de cuantías, ya que comparamos prestaciones no homogéneas, sino el acceso a prestaciones contributivas propias.

Cabría establecer que la brecha de género en relación al acceso a la pensión de jubilación puede cuantificarse en el hecho de que,

del total de pensiones de jubilación en vigor, sólo el 40% han sido causadas por mujeres.

Las generaciones progresivamente más jóvenes de mujeres pensionistas, sin embargo, ya registran un volumen significativo de pensiones de jubilación propias, aunque todavía inferior al de los hombres. Existe así, todavía, un volumen relevante de mujeres con edades superiores a los 65 años que no cuentan con pensión propia y que dependen de la pensión de viudedad y la no contributiva como fuente principal de renta.

Segunda brecha: pensión más baja

En relación a la dimensión propiamente económica de la brecha de género en las pensiones, y tomando como referencia la pensión de jubilación por ser la que tiene una relación más directa de contributividad, también debemos señalar que las mismas causas laborales son las que despliegan efectos también sobre las cuantías de pensión. Conviene aquí distinguir dos variables temporales básicas:

- 1 La que presentan las pensiones en vigor, aquellas prestaciones que han sido causadas por las pensionistas de más edad.
- 2 La que presentan las nuevas altas de pensión, que se corresponden con las causadas por las trabajadoras que están alcanzando ahora la edad de jubilación.

Del mismo modo, para determinar el alcance exacto que despliega la brecha de género es recomendable utilizar como principal referencia la pensión de jubilación por ser esta la prestación que de manera más directa establece una relación de contributividad.

Cabe así establecer la brecha de género en la cuantía de las pensiones de jubilación actualmente en vigor en el 32% y en las nuevas altas en el 21%.

Tabla 2.3. Brecha de género pensiones de jubilación 2022

	Hombres (€/mes)	Mujeres (€/mes)	Diferencia (€/mes)	Brecha de género (%)
Pensiones en vigor	1.447,16	982,32	464,85	32,12
Nuevas altas	1.574,35	1.232,55	341,80	21,71

Fuente: Seguridad Social (año 2022).

La respuesta sindical de CCOO para luchar contra la brecha de género ha consistido en actuar sobre el origen y las consecuencias de las brechas en una doble dirección:

- 1 De un lado, combatiendo las causas originales de la brecha de género en el mercado de trabajo, tanto las de carácter propiamente laboral (desde la legislación laboral, convenios colectivos, planes de igualdad, ...) como las de origen socio-cultural (corresponsabilidad, políticas de igualdad, ...).

- 2 En paralelo, utilizando nuestra capacidad de intervención (desde el diálogo social) en la legislación de Seguridad Social para reducir el impacto que las brechas de empleo despliegan sobre las prestaciones sociales.

Precisamente utilizando esta segunda línea de acción, desde el año 2021 se viene reconociendo un complemento para la reducción de la brecha de género para todas las pensiones causadas por mujeres. Se trata de un complemento en cuyo diseño han participado las organizaciones sindicales y empresariales en el marco del diálogo social.

Este nuevo complemento ha venido a corregir el antiguo complemento por maternidad puesto en marcha por el gobierno del Partido Popular entre 2016 y febrero de 2021 y que fue duramente criticado por el Tribunal de Justicia de la Unión Europea, al considerar que su deficiente diseño jurídico era contrario a la Directiva de Igualdad.

El principal problema de fondo del complemento de maternidad es que nunca fue definido jurídicamente como un verdadero instrumento de lucha contra la “brecha de género”, sino como un mero “premio de natalidad” con el que se compensaba la “aportación demográfica” realizada por las mujeres trabajadoras. Ello ha provocado que los hombres puedan también solicitarlo y, en la práctica, en lugar de ayudar a reducir la brecha de género está contribuyendo a aumentarla.

El Tribunal de Justicia de la Unión Europea⁶ en sucesivas sentencias ha establecido que, puesto que su objetivo es el de compensar la “aportación demográfica” realizada por cada persona medida por el número de hijos, los hombres que son padres también tienen derecho a recibir el complemento; y aunque por ahora sólo el 9% de los complementos se han reconocido a hombres es más que probable que este volumen crezca con rapidez, conforme las personas afectadas terminen conociendo la jurisprudencia europea (de hecho, actualmente ya hay provincias en las que el número de hombres supera el 23%).

El segundo elemento es que, puesto que el complemento está definido en un porcentaje de la pensión inicial, habida cuenta de que los hombres tienen pensiones más altas generan también complementos de mayor cuantía. Todo ello hace que el efecto que se derivará del complemento de maternidad con toda probabilidad terminará operando en un aumento de la brecha de género en estos pensionistas.

A mediados de 2023 el complemento de maternidad se había reconocido a algo más de 871.000 pensiones de personas que han tenido 2 o más hijos, y la cuantía media de dicho complemento asciende a 72,71 €/mes. Sin embargo, el complemento reconocido a las mujeres es de 69,47 €/mes, mientras que el de los hombres es de 105,20 €/mes. Las mujeres perciben así un complemento de maternidad que es un 35% inferior al de los hombres.

6. Cabe destacar hasta el momento dos de ellas: STJUE de 12 de diciembre de 2019 (C-450/18) por la que se establece el derecho incondicionado de los hombres a disfrutar de este complemento en los mismos términos que las mujeres, y STJUE de 15 de septiembre de 2023 por la que se reconoce el derecho a recibir indemnización a los padres que han litigado por el complemento de maternidad en la pensión.

Además del cuadro siguiente, puede consultarse el detalle territorializado de este complemento en el Anexo 7 de este observatorio.

Tabla 2.4. Pensiones en vigor con complemento por Maternidad. Septiembre 2023

	NÚMERO	IMPORTE MEDIO (€/MES)	DESGLOSE DEL NÚMERO DE PENSIONES POR IMPORTE DEL COMPLEMENTO		
			2 hijos (5%)	3 hijos (10%)	4 ó más hijos (15%)
Mujeres	792.805	69,47	444.266	215.518	133.021
Hombres	79.132	105,20	54.810	18.652	5.660
Ambos sexos	871.937	72,71	499.076	234.170	138.681

Fuente: Seguridad Social

Las deficiencias jurídicas del complemento diseño por el gobierno del Partido Popular fueron corregidas en el marco del diálogo social dando lugar al nuevo complemento de brecha de género, puesto en marcha a partir del 4 de febrero de 2021 mediante el Decreto-ley 3/2021.

Este nuevo complemento ya está definido expresamente con el objetivo de “reducir la brecha de género en las pensiones públicas” y, por tanto, resuelve el problema jurídico que plantaba el anterior complemento. El complemento de brecha de género se ha visto, sin embargo, obligado a cumplir el mandato jurisprudencial del Tribunal de Justicia de la UE y ha establecido un mecanismo de

acceso a los hombres, sin bien con unas reglas muy restrictivas: sólo podrán acceder aquellos que acrediten que se han visto perjudicados en su carrera de cotización como consecuencia del cuidado de menores e hijos/as, mientras que a las mujeres se les reconoce el complemento sin dicho requisito. En la actualidad, el 9% de los complementos de brecha de género se reconocen a hombres, pero en este caso es más improbable que el volumen crezca en la misma medida en que lo hará el complemento de maternidad, siempre que se mantenga inalterado su actual diseño jurídico⁷.

Por su parte, el complemento de brecha de género también ha intentado garantizar su objetivo último estableciendo una cuantía lineal y desde el primer hijo (en el anterior complemento se requerían 2 hijos/as). El resultado en este caso es que el complemento de brecha de género reconocido a las mujeres asciende en media a

7. Hemos de llamar la atención sobre este inciso habida cuenta de que en el momento de cerrar este observatorio (octubre de 2023) la ola de reclamaciones y demandas que se han producido a raíz de la Sentencia del TJUE sobre el complemento de maternidad ha provocado que también se estén registrando un volumen relevante de reclamaciones respecto del complemento de brecha de género, reclamando que también se reconozca a los hombres sin ningún requisito.

En este sentido, se ha registrado una cuestión prejudicial ante el TJUE por parte de un juzgado de primera instancia de Madrid, en orden a determinar si la doctrina establecida en relación al complemento de maternidad debe también alcanzar al nuevo complemento de brecha de género. A nuestro entender la naturaleza jurídica del complemento de brecha de género es claramente diferente de la utilizada en el complemento de maternidad, por lo que no cabría la interpretación reclamada. Sin embargo, debemos esperar el fallo de la cuestión prejudicial y, en su caso, actuar en consecuencia con el objetivo de garantizar la pervivencia de instrumentos que garanticen de forma indiscutible la reducción de la brecha de género en las pensiones.

65,56 €/mes, un 43% superior al que se reconoce a los hombres en esta prestación (situado en 45,70 €/mes) y muy próximo al que se reconoce a las mujeres que disfrutaban del complemento de maternidad.

El número total de pensiones que tiene reconocido este complemento de brecha de género ya asciende a más de 524.000, y presenta un ritmo de crecimiento muy intenso que aventura un rápido acercamiento al nivel de cobertura del complemento de maternidad.

Además del cuadro siguiente, puede consultarse el detalle territorializado de este complemento en el Anexo 8 de este observatorio.

Tabla 2.5. Pensiones en vigor con complemento por brecha de género. Septiembre 2023

COMUNIDAD AUTÓNOMA Y PROVINCIA	Número	Importe medio (€/mes)	Desglose del número de pensiones por importe del complemento			
			1 hijo (28€)	2 hijos (56€)	3 hijos (84€)	4 ó más hijos (112€)
Mujeres	524.630	67,53	27.768	255.499	107.952	59.709
Hombres	52.101	45,70	5.642	15.930	3.815	1.207
Ambos sexos	576.731	65,56	33.410	271.429	111.767	60.916

Para finalizar, debemos destacar que actualmente nuestro sistema público de pensiones reconoce alguno de estos complementos de maternidad o para la reducción de la brecha de género a más de 1,3 millones de mujeres pensionistas.

2.2. Las nuevas altas de jubilación

Las sucesivas reformas que se han venido produciendo desde 1995 en el marco del Pacto de Toledo, sobre la base de amplios acuerdos políticos y sociales con las organizaciones sindicales y empresariales más representativas, han posibilitado que el sistema público de pensiones sea capaz de garantizar el doble objetivo de reconocer pensiones dignas, suficientes y adecuadas, y hacerlo en un marco en el que su sostenibilidad está igualmente garantizada.

En concreto, el actual modelo de jubilación flexible a diferentes edades que caracteriza nuestro sistema de Seguridad Social tiene su origen en la reforma pactada en el marco del diálogo social de 2001 (que dio origen a la Ley 35/2002). En dicha reforma se reconoció el derecho a la jubilación anticipada para las personas que han sido expulsadas del mercado de trabajo al final de su vida laboral (antes sólo tenían este derecho quienes habían sido “mutualistas” y habían cotizado previamente al año 1967) y se reformuló la jubilación parcial con el objetivo de convertirla en un instrumento orientado a la salida progresiva del mercado de trabajo para las personas más veteranas y al mantenimiento del empleo en las empresas que ocupa a los más jóvenes.

Este modelo de jubilación flexible se articula así desde la voluntariedad de las personas trabajadoras mediante tres actuaciones principales: 1) se incentiva a la prolongación de la vida laboral (incrementando la pensión final) en aquellas profesiones o situaciones en las que voluntariamente la persona

trabajadora así lo decide; 2) al mismo tiempo se garantiza la posibilidad de jubilación anticipada sin penalización económica para las profesiones que son especialmente penosas, tóxicas, insalubres o peligrosas, y también para las personas trabajadoras con discapacidad; y 3) se garantiza también el derecho a la jubilación anticipada ya sea de forma voluntaria o involuntaria (por ejemplo porque la persona trabajadora haya sido despedida) para quienes tienen carreras de cotización suficientes, mediante una minoración de la cuantía de su pensión proporcional al tiempo de anticipo de la edad ordinaria de jubilación y a la carrera de cotización que haya tenido.

De esta forma, nuestro modelo de jubilación es capaz de garantizar al mismo tiempo un retraso progresivo de la edad efectiva de jubilación (actualmente es de 64,8 años)⁸ al mismo tiempo que garantiza que una parte muy significativa de quienes se jubilan lo hacen mediante alguna modalidad de jubilación anticipada. En el primer semestre de 2023, en el Régimen General, donde cotizan la mayoría de las y los trabajadores por cuenta ajena, algo más del 40% de las nuevas altas fueron mediante jubilación anticipada; también se jubilaron anticipadamente el 36,9% de las nuevas altas del conjunto del sistema y el 18% en el caso del Régimen Especial de Autónomos (que, si bien viene registrando un incremento en su carrera de cotización, aún muestra diferencias evidentes con los trabajadores por cuenta ajena).

En este apartado hemos de llamar la atención sobre la existencia de dos modalidades principales de jubilación anticipada: la de

8. El dato es el último publicado por la Seguridad Social en el proyecto de ley de Presupuestos Generales del Estado para 2023 y corresponde al mes de mayo de 2022.

carácter involuntario, para aquellas personas que son despedidas en la última etapa de la vida laboral (creada en el acuerdo de pensiones de 2001) y la de carácter voluntario (creada en el acuerdo de pensiones de 2011). Ambas modalidades actúan en mayor o menor medida atendiendo a la evolución del ciclo económico. Así, durante la crisis financiera de 2008 fue mayoritaria la utilización de la jubilación anticipada involuntaria, mientras que en ciclos económicos de crecimiento como el actual la jubilación anticipada descansa fundamentalmente sobre la modalidad voluntaria. En la primera mitad del 2023 han utilizado la modalidad voluntaria el 21% de los nuevos pensionistas, y la involuntaria algo menos del 5%.

Por su parte, el grado de utilización de la modalidad de jubilación anticipada por trabajos especialmente penosos, tóxicos, insalubres o peligrosos presenta un grado de utilización tradicionalmente bajo, que actualmente supone algo menos del 3% del total de nuevas altas, lo que muestra el amplio recorrido de futuro que aún puede y debe tener esta modalidad de jubilación en un modelo productivo como el nuestro, en el que aún tiene un peso muy relevante las actividades profesionales que requieren un alto esfuerzo.

Por último, hemos de señalar la jubilación demorada, que da derecho a un incremento en la cuantía de la pensión. En el primer semestre de 2023 su utilización ha sido muy superior en el caso del Régimen Especial de Autónomos, donde la han utilizado el 24% de las personas que se han jubilado en el primer semestre de 2023, mientras que en el Régimen General lo han hecho en el 4,8% de los casos. La utilización de esta modalidad de jubilación en el conjunto del sistema se ha situado así en el 8,1% de las nuevas altas de jubilación durante el periodo señalado,

contribuyendo así al equilibrio que muestra la edad media de jubilación en nuestro modelo de jubilación flexible.

Tabla 2.6. Altas iniciales de jubilación (julio 2023)

MODALIDAD DE JUBILACIÓN	TOTAL SISTEMA			RÉGIMEN GENERAL			RETA (AUTÓNOMOS)		
	Número	% s/total altas NO SOVI	P.media (€/mes)	Número	% s/total altas NO SOVI	P.media (€/mes)	Número	% s/total altas NO SOVI	P.media (€/mes)
JUBILACIÓN ANTICIPADA	60.011	36,90	1.744,91	53.630	40,24	1.793,04	5.055	18,11	1.160,88
• Con Coeficiente reductor	42.542	26,16	1.746,53	37.626	28,23	1.821,88	4.883	17,49	1.162,31
Voluntaria	34.451	21,18	1.735,16	29.546	22,17	1.829,39	4.883	17,49	1.162,31
No voluntaria	8.091	4,98	1.794,95	8.080	6,06	1.794,42	0	0,00	--
• Con Bonificación	4.561	2,80	2.191,69	3.133	2,35	2.310,47	141	0,51	1.105,99
• Especial a los 64 años	134	0,08	1.835,08	134	0,10	1.835,08	0	0,00	--
• Parcial	12.774	7,85	1.579,05	12.737	9,56	1.580,12	31	0,11	1.184,48
JUBILACIÓN CON EDAD ORDINARIA	102.612	63,10	1.297,01	79.646	59,76	1.411,81	22.861	81,89	897,15
• Parcial (sin relevista)	120	0,07	926,41	114	0,09	947,97	6	0,02	516,78
• Demorada	13.223	8,13	1.328,23	6.441	4,83	1.767,87	6.758	24,21	908,42
• Resto	89.269	54,89	1.292,88	73.091	54,84	1.381,16	16.097	57,66	892,57
TOTAL ALTAS NO SOVI	162.623	100,00	1.462,30	133.276	100,00	1.565,22	27.916	100,00	944,91
TOTAL ALTAS SOVI	57		461,56						
TOTAL ALTAS	162.680		1.461,95						

Fuente: Seguridad Social

También cabe destacar que el actual modelo de jubilación flexible garantiza en las nuevas pensiones de jubilación unas cuantías bastante superiores a las que registran la media de las pensiones en vigor. Este hecho se explica principalmente por la mejora progresiva de las carreras de cotización (especialmente intensa en el caso de las mujeres), así como también ha contribuido a ello otras medidas puestas en marcha en sucesivas reformas pactadas de pensiones tales como los complementos de brecha de género, periodos reconocidos como cotizados por cuidados de hijos y familiares, etc.

Cabe en todo caso señalar que la cuantía media de las nuevas altas de jubilación se ha situado en el primer semestre de 2023 en una cuantía media de 1.462 €/mes, registrándose una diferencia muy relevante entre las pensiones causadas en el Régimen General (1.565 €/mes) y las del Régimen Especial de Autónomos (944 €/mes), como consecuencia de las diferencias de carreras de cotización que aún registran ambos colectivos profesionales.

De igual modo, destaca el hecho de que las modalidades de jubilación anticipada, aunque en la mayoría de modalidades asumen coeficientes reductores en la cuantía de la pensión, sin embargo, aún después de su aplicación son capaces de garantizar pensiones incluso superiores a las que se obtiene en la jubilación a la edad ordinaria.

Así, en la media del sistema la cuantía media de jubilación anticipada se ha situado en 1.744 €/mes, una cifra que en el Régimen General alcanza los 1.793 €/mes y en el caso del Régimen Especial de Autónomos se sitúa en 1.160 €/mes.

La mejora progresiva de las cuantías de las nuevas altas de jubilación anticipada, sin duda, se ha visto facilitada por la reducción generalizada de coeficientes reductores acordada en la primera fase de la última reforma de pensiones (2021), aunque también debemos señalar que se trata de un fenómeno directamente relacionado con el carácter contributivo de esta prestación que garantiza mejores cuantías cuanto mejor (en duración y salario) es la carrera de cotización de la persona trabajadora.

Aun a pesar del incremento de las cuantías medias que presentan las nuevas altas de jubilación, persiste un grupo significativo de personas trabajadoras con carreras profesionales precarias. Y aunque esta situación tiende a reducirse de forma lenta pero progresiva en las últimas décadas, todavía en 2022 el 12,7% de las nuevas altas de jubilación necesitaron complementos a mínimos, por lo que también la mejora de las pensiones mínimas sigue siendo una necesidad de primer orden en nuestro sistema de pensiones.

2.3. El impacto de la última reforma de pensiones sobre la revalorización de pensiones

La última reforma de pensiones se ha producido en dos fases (2021 y 2023), y en ella se ha derogado la reforma impuesta en el año 2013 que condenaba tanto a los actuales como a los futuros pensionistas a una reducción progresiva de sus pensiones. Se ha derogado así tanto la fórmula de revalorización que suponía la práctica congelación de las pensiones con una revalorización de tan sólo el 0,25% que afectaba a los actuales pensionistas, y el conocido como factor de sostenibilidad que suponía una reducción de la cuantía de la pensión inicial en función de lo que crezca la esperanza de vida.

La solidaridad intergeneracional también debe operar a favor de las personas jóvenes, garantizando un sistema de pensiones equiparable al que están ayudando a financiar

Desde CCOO se apuesta por el refuerzo del principio de solidaridad en su integridad, solidaridad intergeneracional, intrageneracional, interterritorial ..., como uno de los valores distintivos del sistema público de Seguridad Social. Es precisamente por ello por lo que la propia Federación de Pensionista de CCOO ha reivindicado la derogación del conocido como factor de sostenibilidad, como una medida imprescindible para garantizar también a las generaciones más jóvenes un sistema de pensiones equiparable al que ellas y ellos están ayudando a financiar en este momento.

De haberse aplicado como estaba previsto habría significado una reducción generalizada de la pensión inicial de todas las futuras generaciones de pensionistas. Puede consultarse el impacto que hubiese tenido la aplicación de dicho factor sobre la cuantía inicial de las pensiones de los futuros pensionistas de las próximas décadas en el Anexo 8 de este observatorio.

Sólo a modo de ejemplo, cabe destacar el hecho de que una persona joven que acabe de terminar sus estudios y se incorpore ahora al mercado de trabajo, en el momento de su jubilación habría tenido como resultado de este factor una reducción superior al 20% en la cuantía inicial de su pensión; este efecto es el mismo que si a la hora de calcular la prestación se hubiesen “eliminado” de su vida laboral 10 años completos de cotización.

La revalorización de pensiones beneficia tanto a las personas pensionistas como al conjunto de la sociedad

La revalorización de las pensiones públicas es, ante todo, una cuestión de justicia social definida como un derecho por el artículo 50 de la Constitución Española. Pero, además, también despliega un efecto macroeconómico muy relevante para el conjunto de la sociedad.

Las consecuencias que hubiese tenido la reforma impuesta en 2012 para la casi-congelación de las pensiones en el 0,25% habrían afectado no sólo a la pérdida de poder de compra de las personas pensionistas, sino que también habría sido negativo para al conjunto de la sociedad ya que estas prestaciones se destinan casi en su totalidad al consumo directo de bienes y servicios, por lo que tienen un papel directo sobre la actividad económica y la generación de empleo en la que se ocupan las generaciones de trabajadores más jóvenes.

Cabría, además, añadir el efecto que sobre la recaudación fiscal también despliegan las pensiones públicas, especialmente las más altas.

Las personas pensionistas contribuyen mediante el pago de impuestos a financiar el conjunto del estado de bienestar (en el que se incluyen servicios públicos para el conjunto de la sociedad: sanidad pública, educación, etc.).

Con el objetivo de alcanzar todos estos objetivos se alcanzó el acuerdo de diálogo social de 2021 (trasladado a la Ley 21/2021), suscrito tanto por las organizaciones sindicales CCOO y UGT, las empresariales CEOE y CEPYME, y el Gobierno de la nación.

Mediante esta reforma de pensiones se recupera la fórmula de revalorización anual de las pensiones ligándola a la inflación media registrada en el año previo. La utilización de esta referencia de inflación permite garantizar el mantenimiento del poder de compra de las pensiones.

La puesta en marcha de esta nueva fórmula de revalorización ha coincidido con un año de inflación extraordinariamente elevada, como consecuencia de los efectos económicos derivados de la invasión rusa de Ucrania y la consiguiente crisis de precios que se ha producido a partir de ella.

En 2022 se ha registrado una inflación media de 8,5% con la que se han revalorizado las pensiones públicas; si bien, en el ejercicio posterior ya se aprecia una muy relevante mejora en el indicador que tiende a reducirse de forma muy importante.

Ante la escalada de precios registrada en 2022, la nueva fórmula de revalorización de pensiones ha servido como garantía para el mantenimiento del poder adquisitivo de más de 10 millones de pensiones, en las que se incluye el conjunto de clases de estas prestaciones con las que se protege al conjunto de la población (jubilación, viudedad, incapacidad permanente, orfandad, favor de familiares, ...).

En términos agregados, cabría destacar que la nueva garantía de revalorización ha protegido a casi 10 millones de pensiones contributivas, que han recibido un incremento total de sus cuantías por un importe total de 12.900 millones de euros; lo que equivale a algo más de 1 paga extraordinaria adicional para cada pensión.

Se trata, sin duda, de una línea de inversión pública muy exigente, pero que está acotada en un margen presupuestario plenamente manejable (algo más de 1 paga extra) y queda plenamente legitimada por su importante función social al garantizar el mantenimiento del poder de compra de las personas pensionistas, precisamente en un escenario de altísima inflación.

En la tabla 2.7 puede observarse el detalle del impacto que ha desplegado esta medida tanto sobre el conjunto de las personas pensionistas, como sobre la economía de las comunidades autónomas y provincias en las que residen.

Así, cabe destacar que si se hubiese mantenido en vigor la fórmula de revalorización de 2013 (0,25%) cada persona pensionista habría “perdido” 1.264 €/año y el conjunto de la economía habría dejado de recibir 12.639 millones de euros, que han sido destinados mayoritariamente al consumo de bienes y servicios de los que depende la actividad económica y el mantenimiento y creación de empleo.

Tabla 2.7 Efecto de la reforma de pensiones pactada en el diálogo social sobre la mejora del TOTAL PENSIONES

		Pensión revalorizada en 2023 por el acuerdo de diálogo social	Revalorización prevista IRP	Cuantía que cada pensionista habría perdido de no haberse producido el acuerdo de reforma de pensiones del diálogo social		Cuantía que hubiese perdido cada territorio/colectivo en transferencias en forma de pensión	
TOTAL PENSIONES DICIEMBRE 2022		IPC: 8,5%	IRP: 0,25%				
Provincia / CCAA	Número pensiones	Pensión media (€/mes)	(€/mes)	(€/mes)	(€/mes)	(€/año)	(millones €/año)
Almería	111.373	890,21	965,88	892,44	73,44	1.028,19	114,51
Cádiz	227.358	1.084,77	1.176,98	1.087,48	89,49	1.252,91	284,86
Córdoba	175.484	909,23	986,51	911,50	75,01	1.050,16	184,29
Granada	193.368	929,99	1.009,04	932,31	76,72	1.074,14	207,70
Huelva	101.195	992,89	1.077,29	995,37	81,91	1.146,79	116,05
Jaén	145.406	899,73	976,21	901,98	74,23	1.039,19	151,10
Málaga	279.523	995,10	1.079,68	997,59	82,10	1.149,34	321,27
Sevilla	390.904	1.011,11	1.097,05	1.013,64	83,42	1.167,83	456,51
ANDALUCÍA	1.624.611	978,61	1.061,79	981,06	80,74	1.130,29	1.836,29
Huesca	53.895	1.048,50	1.137,62	1.051,12	86,50	1.211,02	65,27
Teruel	35.839	1.056,12	1.145,89	1.058,76	87,13	1.219,82	43,72
Zaragoza	218.432	1.202,08	1.304,26	1.205,09	99,17	1.388,40	303,27
ARAGÓN	308.166	1.158,25	1.256,70	1.161,15	95,56	1.337,78	412,26
ASTURIAS	299.791	1.283,32	1.392,40	1.286,53	105,87	1.482,23	444,36
ILLES BALEARS	202.830	1.020,92	1.107,70	1.023,47	84,23	1.179,16	239,17
Las Palmas	183.577	1.013,20	1.099,32	1.015,73	83,59	1.170,25	214,83
S.C. Tenerife	166.100	980,36	1.063,69	982,81	80,88	1.132,32	188,08
CANARIAS	349.677	997,60	1.082,40	1.000,09	82,30	1.152,23	402,91
CANTABRIA	144.089	1.156,98	1.255,32	1.159,87	95,45	1.336,31	192,55
Ávila	38.955	954,72	1.035,87	957,11	78,76	1.102,70	42,96
Burgos	91.633	1.173,60	1.273,36	1.176,53	96,82	1.355,51	124,21
León	139.862	1.087,86	1.180,33	1.090,58	89,75	1.256,48	175,73
Palencia	42.895	1.119,46	1.214,61	1.122,26	92,36	1.292,98	55,46
Salamanca	81.135	1.015,56	1.101,88	1.018,10	83,78	1.172,97	95,17
Segovia	34.388	1.040,83	1.129,30	1.043,43	85,87	1.202,16	41,34
Soria	22.439	1.043,28	1.131,96	1.045,89	86,07	1.204,99	27,04
Valladolid	118.682	1.209,28	1.312,07	1.212,30	99,77	1.396,72	165,77
Zamora	47.800	924,80	1.003,41	927,11	76,30	1.068,14	51,06
CASTILLA Y LEÓN	617.789	1.091,35	1.184,11	1.094,08	90,04	1.260,51	778,73
Albacete	73.528	978,18	1.061,33	980,63	80,70	1.129,80	83,07
Ciudad Real	100.804	1.017,47	1.103,95	1.020,01	83,94	1.175,18	118,46
Cuenca	44.654	929,12	1.008,10	931,44	76,65	1.073,13	47,92
Guadalajara	43.818	1.160,26	1.258,88	1.163,16	95,72	1.340,10	58,72
Toledo	120.411	1.008,94	1.094,70	1.011,46	83,24	1.165,33	140,32
CASTILLA-LA MANCHA	383.215	1.013,28	1.099,41	1.015,81	83,60	1.170,34	448,49

(Continúa en página siguiente)

Tabla 2.7 Efecto de la reforma de pensiones pactada en el diálogo social sobre la mejora del TOTAL PENSIONES

			Pensión revalorizada en 2023 por el acuerdo de diálogo social	Revalorización prevista IRP	Cuantía que cada pensionista habría perdido de no haberse producido el acuerdo de reforma de pensiones del diálogo social		Cuantía que hubiese perdido cada territorio/colectivo en transferencias en forma de pensión
TOTAL PENSIONES EN VIGOR DICIEMBRE 2022			IPC: 8,5%	IRP: 0,25%			
Provincia / CCAA	Número pensiones	Pensión media (€/mes)	(€/mes)	(€/mes)	(€/mes)	(€/año)	(millones €/año)
Barcelona	1.322.921	1.174,77	1.274,63	1.177,71	96,92	1.356,86	1.795,02
Girona	163.316	1.020,33	1.107,06	1.022,88	84,18	1.178,48	192,46
Lleida	101.063	977,42	1.060,50	979,86	80,64	1.128,92	114,09
Tarragona	176.278	1.067,13	1.157,84	1.069,80	88,04	1.232,54	217,27
CATALUNYA	1.763.578	1.138,40	1.235,16	1.141,25	93,92	1.314,85	2.318,84
Alicante	331.938	947,46	1.027,99	949,83	78,17	1.094,32	363,25
Castellón	135.497	980,46	1.063,80	982,91	80,89	1.132,43	153,44
Valencia	556.137	1.053,19	1.142,71	1.055,82	86,89	1.216,43	676,50
C.VALENCIANA	1.023.572	1.009,28	1.095,07	1.011,80	83,27	1.165,72	1.193,20
Badajoz	137.124	919,28	997,42	921,58	75,84	1.061,77	145,59
Cáceres	96.600	905,37	982,33	907,63	74,69	1.045,70	101,01
EXTREMADURA	233.724	913,53	991,18	915,81	75,37	1.055,13	246,61
Coruña (A)	302.987	981,59	1.065,03	984,04	80,98	1.133,74	343,51
Lugo	113.851	841,80	913,35	843,90	69,45	972,28	110,69
Ourense	106.725	812,36	881,41	814,39	67,02	938,28	100,14
Pontevedra	246.275	975,70	1.058,63	978,14	80,50	1.126,93	277,54
GALICIA	769.838	935,57	1.015,09	937,91	77,18	1.080,58	831,87
MADRID	1.216.964	1.278,38	1.387,04	1.281,58	105,47	1.476,53	1.796,88
MURCIA	255.588	968,13	1.050,42	970,55	79,87	1.118,19	285,80
NAVARRA	141.757	1.256,77	1.363,60	1.259,91	103,68	1.451,57	205,77
Araba/Álava	80.721	1.379,30	1.496,54	1.382,75	113,79	1.593,09	128,60
Gipuzkoa	193.137	1.330,05	1.443,10	1.333,38	109,73	1.536,21	296,70
Bizkaia	296.465	1.369,10	1.485,47	1.372,52	112,95	1.581,31	468,80
PAÍS VASCO	570.323	1.357,32	1.472,69	1.360,71	111,98	1.567,70	894,10
LA RIOJA	71.926	1.078,26	1.169,91	1.080,96	88,96	1.245,39	89,58
CEUTA	8.931	1.105,19	1.199,13	1.107,95	91,18	1.276,49	11,40
MELILLA	8.467	1.060,09	1.150,20	1.062,74	87,46	1.224,40	10,37
TOTAL ESTADO	9.994.836	1.094,87	1.187,93	1.097,61	90,33	1.264,57	12.639,22

Fuente: elaboración propia CCOO, datos Seguridad Social

Concentrando nuestra atención sobre las dos clases de pensión más importantes en términos cuantitativos (jubilación y viudedad) por concentrar a la mayoría de personas pensionistas, cabría establecer este mismo efecto de la siguiente forma:

De no haberse producido el acuerdo de reforma de pensiones de 2021 cada una de las más de 6,3 millones de personas titulares de una pensión de jubilación habría “perdido” 1.455 €/año, y el colectivo total de pensionistas de jubilación habría “perdido” un total de 9.170 millones de euros/año; una inyección de recursos de la que tampoco se podrían haber beneficiado la economía de los lugares de residencia de estas personas jubiladas.

Por su parte, los 2,3 millones de personas titulares de una pensión de viudedad (mayoritariamente mujeres), de no haberse producido la revalorización de las pensiones con la nueva fórmula ligada a la inflación y tener que utilizar la regla del 0,25%, habrían visto reducidas sus pensiones en más de 900 euros al año y el conjunto del colectivo habría “perdido” un nivel de protección equivalente a 2.127 millones de euros anuales.

Nueva garantía de suficiencia para las pensiones mínimas y las pensiones no contributivas: ninguna pensión por debajo del umbral de riesgo de pobreza

El acuerdo de diálogo social que ha dado lugar a la segunda fase de la reforma de pensiones (2023), suscrito por CCOO, UGT y el Gobierno de la nación (trasladado al Real Decreto-ley 2/2023),

ha incluido una nueva garantía de suficiencia para las pensiones mínimas y las pensiones no contributivas.

La nueva garantía de suficiencia ligará las cuantías de estas pensiones al umbral de riesgo de pobreza, ha comenzado a implantarse en el año 2023 y desplegará progresivamente sus efectos hasta su plena implementación en el año 2027.

Se trata de una medida con fuerte impacto en la reducción de la brecha de género, ya que 2/3 de las pensiones mínimas y las pensiones no contributivas están reconocidas a mujeres.

Adicionalmente se han incorporado al acuerdo algunas medidas que mejoran las pensiones mínimas que operarán desde el año 2024:

- Equiparación de las cuantías de jubilación anticipada e incapacidad permanente con cónyuge a cargo de titulares de entre 60 a 64 años, con las correspondientes a mayores de 65 años. Se garantiza así la equiparación de la protección social en estas modalidades de pensión que sufrían las jubilaciones anticipadas involuntarias y las incapacidades permanentes sobrevenidas.
- Equiparación de la cuantía de la pensión de viudedad con cargas familiares a la de jubilación con cónyuge a cargo de mayores de 65 años, garantizándose así alcanzar el umbral de riesgo de pobreza más elevado que establece la nueva garantía.

- Incremento de todas las pensiones mínimas y pensiones no contributivas por encima de la inflación en los próximos 4 años, para acompañarlas a la implantación de la nueva garantía de suficiencia.

La cuantía de las pensiones mínimas contributivas tendrá como garantía mínima el umbral de riesgo de pobreza relativa (60% de la mediana de ingresos para un hogar compuesto por dos adultos) y las pensiones no contributivas se situarán en la práctica en una garantía superior al riesgo de pobreza severa (en este caso, en el 75% del umbral de riesgo de pobreza relativa para un hogar unipersonal). Como hemos comentado, esta nueva garantía de suficiencia entrará en vigor de manera progresiva entre 2024 y 2027.

Actualmente, 1 de cada 3 pensiones contributivas tienen necesidad de acudir al complemento de pensiones mínimas (2,1 millones de pensiones), y hay cerca de 0,5 millones de pensiones no contributivas reconocidas. Para visualizar el efecto de esta nueva garantía de suficiencia, de haber existido, por ejemplo, en el año 2019, su aplicación hubiese supuesto en el caso de las pensiones mínimas que habrían incrementado su cuantía hasta el valor aproximado de 2 pagas extraordinarias adicionales. Y en el caso de las pensiones no contributivas su implantación completa hubiese incrementado las cuantías en un importe equivalente a 4 pagas extraordinarias adicionales

3

SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

El sistema de atención a la dependencia (SAAD) en España es el conjunto de servicios y recursos destinados a cuidar y apoyar a las personas que se encuentran en situación de dependencia, al presentar dificultades para realizar las actividades que se consideran básicas en la vida diaria de manera autónoma.

El diseño de este sistema de protección social nació de un acuerdo de diálogo social (2005) y posteriormente se concretó en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia, aprobada en 2006, en la que se recogen el derecho subjetivo a tal atención y las prestaciones. El reconocimiento al derecho se realiza mediante una valoración de las solicitudes, que resuelve el grado de dependencia de la persona solicitante. De acuerdo al grado se determinan las prestaciones y servicios que han de percibir.

Hay tres grados de dependencia en función del nivel de dependencia. **El grado I** implica una **dependencia moderada**, con dificultades para realizar algunas actividades básicas de la vida

diaria, pero con cierto grado de autonomía, por lo que se precisa de asistencia ocasional o regular para algunas tareas. **El grado II, dependencia severa.** Estas personas necesitan asistencia frecuente o continua en varias áreas de la vida diaria. **El grado III, gran dependencia,** las personas precisan asistencia constante para la mayoría o todas las actividades de la vida diaria. Las valoraciones pueden tener como resolución negativa, “sin grado”.

Las personas a las que se asigna un grado se consideran personas beneficiarias con derecho. Estas personas quedan a la espera de la elaboración de un Programa Individual de Atención (PIA), que detalla los servicios y recursos que se proporcionarán a la persona dependiente con el objetivo de satisfacer sus necesidades específicas. Una vez tienen dicho programa, las personas esperan a que la prestación se haga efectiva.

Los servicios incluyen ayuda a domicilio, centros de día, atención residencial, teleasistencia y las prestaciones incluyen las destinadas a financiar la adquisición de servicios profesionales en el sector privado (prestaciones vinculadas a un servicio) y las prestaciones económicas destinadas a cuidadores familiares de las personas dependientes.

Se trata de un sistema descentralizado, de manera que las comunidades autónomas comparten con el Estado central competencias de regulación normativa y tienen además atribuida las de gestionar y organizar los servicios y prestaciones de dependencia dentro de su territorio. Esto permite adaptar los servicios a las necesidades específicas de cada región, aunque a la vez dibuja un mapa competencial que exige un alto grado de cooperación entre Administraciones.

Tras los efectos derivados de los recortes sociales impuestos en 2012, el sistema de dependencia presentaba aún un grave retraso en su implantación. En 2021 se acordó la puesta en marcha del Plan de Choque en Dependencia 2021-2023 orientado a garantizar la plena implantación del Sistema, un acuerdo impulsado desde la Secretaría de Estado de Derechos Sociales y que partía de un debate con las comunidades autónomas y los interlocutores sociales. Dicho acuerdo contemplaba:

Un aumento de la financiación del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) por parte de la Administración General del Estado, que se ha concretado en la subida de las cuantías del nivel mínimo y la recuperación del nivel acordado de financiación. El Ministerio se comprometía así a proponer un aumento presupuestario acumulado de 3.600 millones de euros adicionales entre los ejercicios 2021 y 2023.

El incremento de financiación debía revertir en la adopción de medidas concretas de mejora del SAAD orientadas a **tres objetivos principales**: reducir sustancialmente la lista de espera y los tiempos de tramitación de las solicitudes; asegurar que las condiciones laborales y profesionales de las personas que trabajan en el SAAD son adecuadas, como garantía de la calidad de la atención que reciben las personas beneficiarias del sistema; e Introducir mejoras en los servicios y prestaciones para garantizar la atención adecuada de las personas dependientes, preferiblemente mediante servicios profesionales de calidad.

Se establece para ello un calendario para la introducción progresiva de estas medidas **a lo largo de los tres años** que durará el Plan

de Choque entre 2021 y 2023, que priorizaría aquellas que fuesen más urgentes y que podían aplicarse de forma más inmediata, y que contaría con una estimación adecuada de su coste.

La combinación de estas actuaciones más inmediatas con una **visión estratégica** de las reformas a medio plazo que necesita el SAAD y de los cambios que es necesario impulsar en el modelo de cuidados de larga duración. La evaluación completa del sistema y la financiación para impulsar este modelo están recogidas en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia del Gobierno de España. La mayoría de estas inversiones deberían ser ejecutadas por las propias comunidades autónomas.

3.1. La cobertura del sistema

La implantación del sistema ha pasado por varias fases, identificadas en el gráfico siguiente. Los primeros años de puesta en marcha del sistema, desde otoño de 2009 hasta el verano de 2012, creció velozmente el número de personas valoradas y el de beneficiarias de prestación efectiva, aún registrando cierto retraso respecto del calendario inicialmente previsto.

En 2012 comienza la etapa de los recortes sociales, que profundiza en los efectos de la crisis, reduciendo el número de valoraciones de manera significativa mientras que también se observa una reducción del 6,6% de las personas con prestación efectiva. Para valorar el impacto de estos recortes baste con señalar que la reducción de personas atendidas fue más del doble que la que se derivó años después por efecto de la pandemia por la COVID-19.

La movilización social de denuncia de los recortes que sufría el sistema de dependencia propició que en las elecciones autonómicas de 2015 esta cuestión volviese a situarse como una prioridad en la agenda política. Tras las elecciones autonómicas de 2015 todas las CCAA sin excepción impulsaron una nueva etapa de recuperación, momento en que aumentan las resoluciones con grado asignado y las personas perceptoras de prestación y se genera una numerosa lista de espera que se va paulatinamente reduciendo. Sin embargo, esta recuperación se produjo mediante el esfuerzo exclusivamente de las CCAA, ya que el Estado central mantuvo inalterados todos los recortes impuestos en 2012, tanto en financiación estatal como en la intensidad de las prestaciones.

Gráfico 3.1. Nivel de cobertura del SAAD



Fuente: Elaborado por Secretaría Confederal de Políticas Públicas y Protección Social de CCOO, a partir de datos SAAD, 2023.

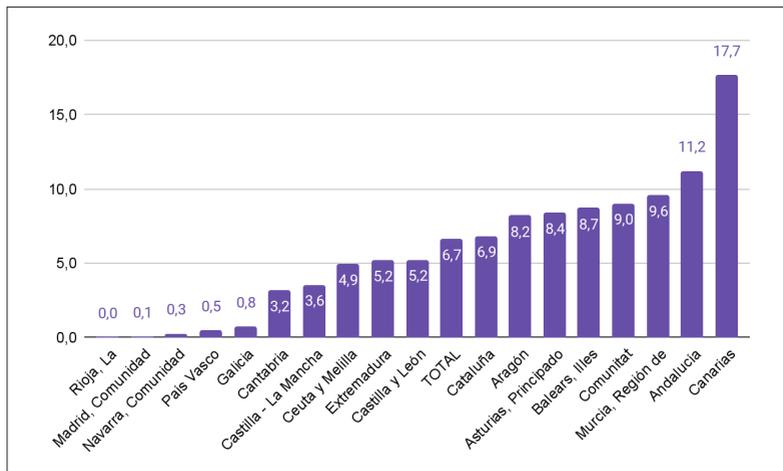
Esta etapa de implantación con cargo exclusivo a la capacidad de las CCAA comenzó a registrar una lógica desaceleración antes incluso de la llegada de la pandemia de la COVID-19, que no hizo sino acentuarla. El Plan de Choque (2021-2023) tuvo así el objetivo de relanzar de forma global la implantación del sistema de dependencia.

A la hora de establecer cómo han evolucionado y la situación actual en la que se encuentran los principales indicadores del sistema de dependencia, hemos de tener en cuenta que presenta un diseño competencial descentralizado en el que las comunidades autónomas tienen un amplio margen de autonomía. Esta característica explica buena parte de las diferencias territoriales que se pueden advertir en relación a dichos indicadores.

Podemos así destacar, en primer lugar, la agilidad con la que responde el sistema a las solicitudes de atención que realizan las y los ciudadanos. Cabe utilizar así dos indicadores: el porcentaje de solicitudes pendientes de una resolución de un grado de dependencia, y el porcentaje de personas con derecho reconocido a la espera del Plan Individual de Atención Individual de Atención (PIA) en el que se concreta la prestación que ha de recibir cada persona beneficiaria.

Los anexos 9 y 10 recogen la evolución de estos indicadores en los últimos años. En el gráfico 3.2 se aprecia que al cierre del ejercicio 2022 Canarias acumulaba un 17,7% de solicitudes aún sin resolver, seguida de Andalucía con un 11,2% y Murcia con un 9,6% de solicitudes pendientes de resolución. Por el contrario, La Rioja, Madrid o Navarra se muestran muy ágiles resolviendo las solicitudes.

Gráfico 3.2. Porcentaje de solicitudes pendientes de resolución, CCAA. 2022



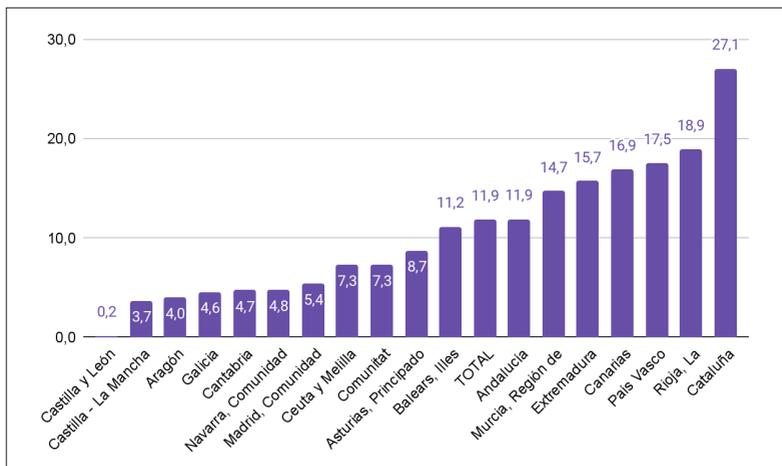
*Fuente: elaboración propia a partir de datos del SISAAD. *Datos a 31 de diciembre de 2022*

Una vez resuelto el grado y con ello el derecho a ser persona perceptora, las solicitantes entran a espera de PIA para poder acceder a las prestaciones. La media estatal de esta espera se sitúa en el 11,9% de personas con derecho a la espera de PIA.

La espera en este punto llegaba a representar el 27,1% de las personas con derecho en Cataluña, el 18,9 en La Rioja y el 17,5 en País Vasco.

En Castilla y León, sin embargo, el sistema demostraba ser muy ágil, seguida de Castilla la Mancha y Aragón con porcentajes de personas pendientes de PIA que no superaban el 4%.

Gráfico 3.3. Porcentaje de personas a espera de PIA que tienen derecho a prestación, CCAA. 2022



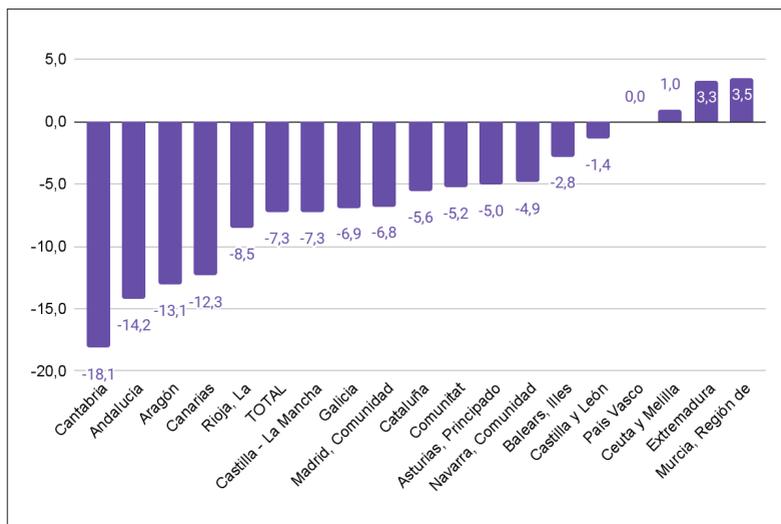
Fuente: elaboración propia a partir de datos del SISAAD

*Datos a 31 de diciembre de 2022

Desde 2019 esta espera se había reducido 7,3 puntos en España, aunque hay algunas comunidades autónomas que demostraban haber hecho un esfuerzo muy notable, como son Cantabria, que han reducido 18,1 puntos el porcentaje de personas en espera de PIA, Andalucía (14,2 puntos) o Aragón (13,1).

En situación contraria estaban Murcia cuya espera aumentó 3,5 puntos, y Extremadura donde lo hizo 3,3 puntos.

Gráfico 3.4. Evolución de la espera PIA de personas con derecho a prestación 2018-2022.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del SISAAD
*Datos a 31 de diciembre de 2022

3.2. LAS PRESTACIONES DEL SAAD

Las prestaciones contempladas en el sistema incluyen servicios y prestaciones económicas. La prestación con más peso es la prestación económica por cuidados personales, que supone el 30% de las prestaciones del sistema. La segunda es la teleasistencia, una prestación cuyo peso ha ido aumentando en los últimos años. En menor medida también lo ha hecho la ayuda a domicilio, que supone la tercera con más peso dentro de las prestaciones del sistema.

Tabla 3.1. Peso de los distintos tipos de prestaciones. En porcentaje. 2018 y 2022

PRESTACIONES	2018	2022
Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal	4,0	3,8
Teleasistencia	17,0	20,4
Ayuda a domicilio	17,9	18,7
Centros día/noche	7,2	5,7
Atención residencial	12,6	10,2
PE vinculada al servicio	10,0	10,8
PE cuidados familiares	30,8	29,9
PE asistencia personal	0,5	0,5

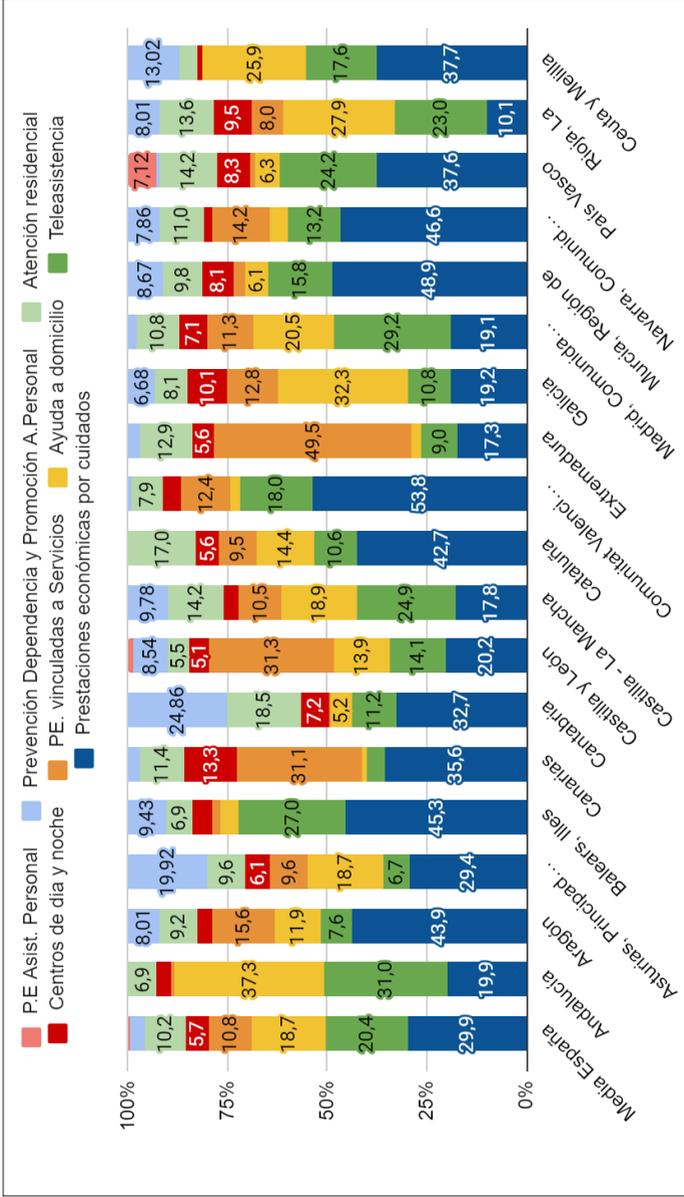
*Fuente: Elaboración propia a partir de SISAAD. *Datos a 31 de diciembre de 2022. En los anexos 11, 12, 13, 14, 15 y 16 se recoge la evolución del peso de cada prestación en las distintas CCAA.*

El peso de cada prestación es diferente en cada comunidad autónoma. La prestación económica por cuidados familiares, por ejemplo, era especialmente relevante en Valencia (53,8%), en Murcia (48,9%) o Navarra (46,6%).

La teleasistencia tiene un peso mayor en Andalucía (31%), Madrid (29,2%) y Baleares (27%). La ayuda a domicilio es la prestación que más destaca en Andalucía (37,3%), Galicia (32,2%) y La Rioja (27,9%).

Entre los recursos de Servicios Sociales destacan los Servicios de Atención Residencial. Se trata de alojamiento y manutención a las personas mayores de manera permanente o temporal.

Gráfico 3.5. Prestaciones del sistema de atención a la dependencia. 2022



Fuente: Elaboración propia a partir de SISAAD. *Datos a 31 de diciembre de 2022

A 31 de diciembre de 2021, en España hay una oferta de 6.045 centros con un total de 407.085 plazas, lo que representa un índice de cobertura de 4,30 (número de plazas para población de 65 y más años). Estas plazas comprenden principalmente los centros residenciales y muy minoritariamente las viviendas de mayores, que apenas representan el 2,3% de las plazas.

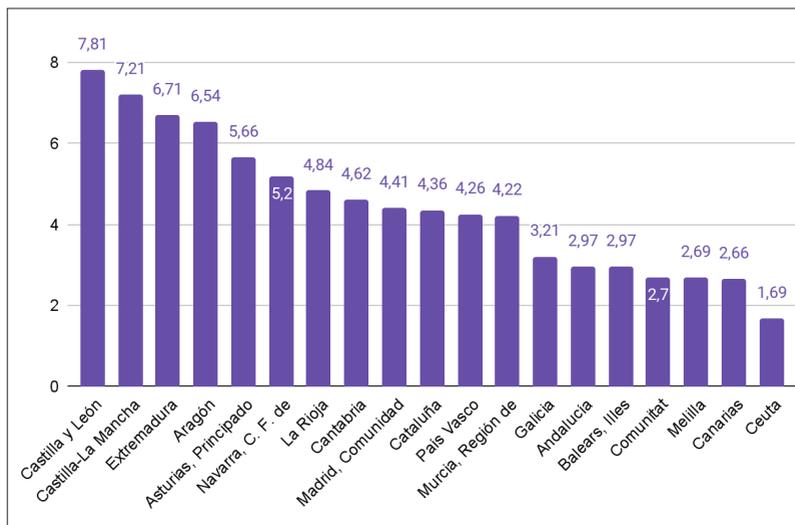
Las mujeres son las principales usuarias (69,7% en 2021), y en mayor proporción las mayores de 80 años (74,1%).

Las diferencias de oferta entre comunidades es muy marcada. Castilla y León y Castilla-La Mancha encabezaban la lista con coberturas por encima del 7% de plazas para la población de 65 y más años. En Ceuta, por el contrario, no se alcanzaba el 1,7%. Canarias, Melilla, Comunidad Valenciana, Baleares y Andalucía también presentaban tasas de cobertura menores, con datos que no alcanzaban al 3%.

Las plazas residenciales, sin embargo, no son en su totalidad públicas. De hecho, la media de plazas con financiación pública en España se situaba en el 62,5%, variando entre unas autonomías y otras.

Es importante mencionar que el IMSERSO recoge la desagregación entre plazas según cuenten con financiación pública (es decir, públicas y concertadas) o con financiación privada. Esto hace complicado analizar la cobertura realmente pública existente en España.

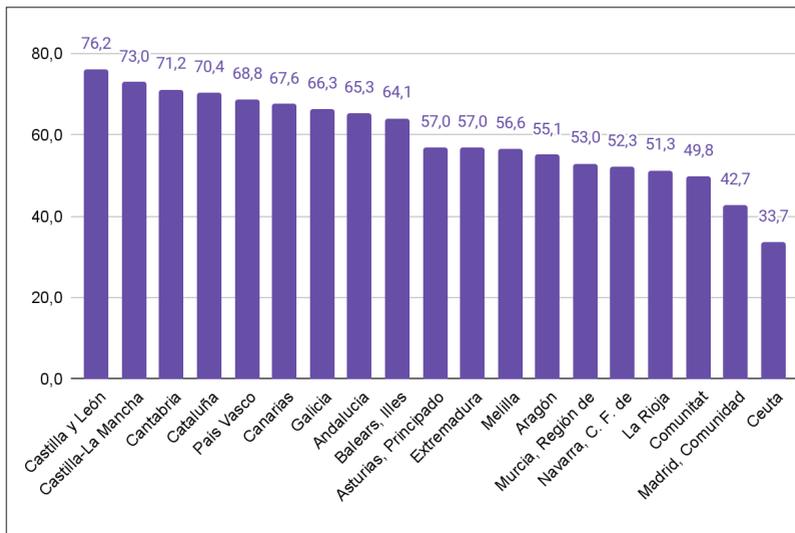
Gráfico 3.6. Tasa de cobertura de las plazas residenciales, CCAA. 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO, 2023.
*Datos a 31 de diciembre de 2021

Con los datos disponibles, Castilla y León y Castilla-La Mancha ,además de presentar una mayor tasa de cobertura, también eran las comunidades autónomas con mayor porcentaje de plazas residenciales con financiación pública, con porcentajes del 76,2% y 73% respectivamente. Ceuta también destacaba por, además de tener menor tasa de cobertura, contar con tan solo el 33,7% de las plazas residenciales con financiación pública. Cabe destacar igualmente los casos de la Comunidad de Madrid, donde apenas el 42,7% eran de financiación pública, y la Comunidad Valenciana donde tampoco alcanzaban a representar la mitad.

Gráfico 3.7. Porcentaje de plazas residenciales con financiación pública. CCAA. 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO, 2023.
*Datos a 31 de diciembre de 2021

3.3. La evaluación del SAAD

El funcionamiento del sistema de atención a la dependencia ha sido recientemente evaluado, dando lugar a un informe que permite identificar una serie de elementos de interés sobre el funcionamiento del sistema. Se trata del informe de evaluación del sistema de 2022, elaborado por el propio Ministerio de Derechos Sociales en el que se apuntan una serie de elementos que precisan

ser abordados⁹. Entre otros elementos de análisis se recogen propuestas en materia de mejora de la normativa, sostenibilidad, empleo en el sector o listas de espera. A continuación se rescatan algunas de las cuestiones que aborda.

En relación a la normativa desarrollada para el funcionamiento del SAAD, el informe reconoce la relevancia de mejorar y reforzar el sistema de Gobernanza del SAAD mediante innovaciones institucionales basadas en principios e indicadores comunes; la mejora de aspectos normativos relacionados con la organización y la gestión del SAAD, para reducir la carga burocrática, los tiempos de tramitación y espera de acceso a los servicios y prestaciones económicas; la revisión de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia para ajustarla jurídicamente a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad; identificar las desigualdades territoriales y tomar medidas urgentes para evitarlas; avanzar en la integración de las prestaciones SAAD en el Sistema de Servicios Sociales, mejorar la integración y la coordinación sociosanitarias; o mejorar el actual Catálogo de Servicios de la LAPAD priorizando los servicios de promoción de la autonomía personal y singularmente la asistencia personal.

En materia de empleo se apunta que el sector de la economía de los cuidados profesionales ha mostrado un crecimiento relevante. Se estima un crecimiento del mismo del 65,49% entre 2008 (273.000 empleos) y 2021 (452.000 empleos), registrando un mayor dinamismo en la generación de empleo que la economía

9. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/resumen-ejecutivo-estudio-evaluacion-saad.pdf>

española en su conjunto. El incremento anual medio del empleo durante el período 2008-2021 se sitúa en el 4,06% para la atención a la dependencia y en el -0,36% para la economía en su conjunto. Esta diferencia de 4,42 puntos porcentuales sugiere un gran dinamismo del sector.

En lo que respecta a las características del **empleo en el sector**, las mujeres representan el colectivo más relevante en términos relativos, pasando del 77,35% en 2009 al 77,44% en 2021. En relación con el tipo de contrato se observa que los contratos indefinidos superaban a los eventuales y los contratos a tiempo completo a los de tiempo parcial, si bien entre 2009 y 2021 se registra un ligero aumento de los contratos eventuales y a tiempo parcial. En 2021 los contratos indefinidos representaban el 58,86% y los contratos a tiempo completo el 58,98%. No obstante, se comienza a apreciar durante todo el año 2022 y 2023 los efectos de la reforma laboral, en relación al reforzamiento de la estabilidad en el empleo mediante un incremento notable de la contratación indefinida.

En este sentido, el análisis del empleo en el sector permite señalar varios elementos de especial interés:

- El sostenido crecimiento del empleo de los cuidados profesionales en el sector de la dependencia necesita de la **mejora de su estabilidad, calidad y remuneración salarial**. En comparación con la persona trabajadora tipo de la economía española, en la atención a la dependencia, se constata una mayor presencia relativa de los contratos eventuales a tiempo parcial.

- La mejora de los salarios y reducir las **diferencias salariales por género**, dada la mayor precariedad y discriminación salarial existente en el sector de la dependencia que en el sector servicios y en la economía en España. El informe de evaluación del SAAD indica que para el periodo 2009-2020 los hombres ganarían en el sector de la atención a la dependencia un 38,98% más que las mujeres, frente al 9,44% en los servicios y 28,35% en la economía en su conjunto
- El necesario **refuerzo del empleo** en el sector a largo plazo. Los autores del informe estiman que las necesidades de profesionales de los cuidados se incrementarán desde 452.000 en 2022 a 648.000 en 2040, ascendiendo a 212.000 los puestos de trabajo acumulados creados entre 2022 y 2040.

Del análisis sobre la agilidad del sistema para dar respuesta a las necesidades de las personas, el informe apunta varios elementos que son mejorables en el **acceso a los distintas fases y las listas de espera**. Por un lado, la falta de agilidad: se detectan rigideces en el propio procedimiento, la participación en muchos casos de demasiados actores mal coordinados, y por la insuficiencia de medios humanos y materiales. Además, la falta de oferta suficiente de servicios hace que la asignación de estos se retrase y por el recurso a las prestaciones por cuidados en el entorno familiar como alternativa.

Por otro, la inflexibilidad, sobre todo en la segunda fase de “personalización” o elaboración del PIA. El PIA tiende a convertirse

en una simple forma de “elegir” de una lista cerrada de servicios y con numerosas incompatibilidades. Las posibilidades de combinar servicios o de justificar gastos asociados al uso de estos son bastante limitadas. Además, los cambios en el tipo de servicios suelen requerir una nueva resolución para un PIA nuevo, lo cual hace más lento de lo deseable el proceso de adaptación a los cambios en la situación de las personas.

Además, se apunta a que la complejidad institucional del SAAD es fuente de ineficacias y que la insuficiencia de recursos profesionales en diversos ámbitos contribuye a la lentitud de los procesos, bien al hacer más lenta la valoración, reconocimiento y personalización (por falta de valoradores o gestores de la atención), bien al retrasar la personalización efectiva por falta de servicios disponibles.

En cuanto al análisis de la **suficiencia, adecuación y calidad de las prestaciones y servicios** del sistema en dicho informe se identifica que éstos no se ajustan suficientemente a las necesidades de las personas en situación de dependencia, debido tanto a la escasa intensidad de la mayoría de ellas, como a sus limitaciones en términos de calidad, además de la propia limitación del catálogo de prestaciones y servicios.

- No se han desarrollado suficientemente en España los **mecanismos de regulación, acreditación, inspección, certificación, estandarización y evaluación** de la atención que permiten avanzar hacia una atención de calidad. Se trata de una limitación que pretende atajarse mediante el reciente acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD establece la creación

de una ponencia técnica de evaluación y calidad del SAAD para elaborar un sistema común de evaluación de la calidad de los servicios y prestaciones del SAAD en términos de su impacto en la dignidad de las personas y en su calidad de vida. **La cartera de servicios** actual no es suficiente para atender a la demanda y necesidades reales de las personas en situación de dependencia. Es necesario introducir nuevos servicios y prestaciones y fomentar fórmulas más flexibles para la provisión de apoyos diversos en la comunidad.

- Es necesario aumentar la **cuantía e intensidad protectora** de algunas prestaciones del SAAD, ya que resultan insuficientes para dar una respuesta eficaz a las personas que las reciben.
- La **calidad de los servicios** de atención directa, tanto en el domicilio como en el entorno residencial, es mejorable y se precisa ofrecer una atención suficientemente intensa y personalizada.
- El desarrollo de las herramientas comunes de **acreditación de la calidad** en el ámbito del SAAD, ya que las que se establecieron con la ley se consideran insuficientes.
- Es necesario reorientar y reforzar la **inspección de servicios** y su potestad sancionadora.
- Se precisa un desarrollo en España de las herramientas de certificación, normalización y publicación de estándares y guías de buenas: **un marco de directrices comunes de calidad** para el conjunto de los centros del SAAD.

- Es necesario desplegar la **institucionalización de la evaluación** en materia de cuidados de larga duración.

3.4. La financiación del SAAD

En lo que respecta a la financiación del SAAD hemos de destacar que en el año 2022 el gasto total certificado por el conjunto de comunidades autónomas ascendió a 10.253 millones de euros (que equivalen al 0,77% PIB), con el que se ha atendido a un total de 1,26 millones de personas beneficiarias de media durante todo el año. El gasto medio por persona beneficiaria atendida ha sido de 8.129 euros anuales.

La aportación que ha realizado el Estado central a este gasto ha ascendido a 2.661 millones de euros, lo que equivale al 20,38% del total de gasto certificado por las comunidades autónomas. Sin embargo, el SAAD no publica el dato de la parte de gasto que asumen directamente las personas beneficiarias a través del copago, si bien según nuestros cálculos éste no debe ser inferior al 20% del total del gasto. Así, la aportación que hacen las CCAA es la cuantía restante entre la aportación del Estado central más el copago de las personas dependientes.

La aportación realizada por la Administración General del Estado se ha incrementado notablemente a raíz de la puesta en marcha del Plan de Choque, de modo que mientras que en el año 2020 la aportación estatal se limitaba al 15,61% del gasto certificado, en el año 2022 ha ascendido al 20,38%, como ya se había señalado.

Tabla 3.2. Financiación del sistema de dependencia, CCAA. 2022

	Gasto medio por beneficiario 2022	Gasto certificado por CCAA 2022	Financiación AGE 2022	Porcentaje del gasto certificado asumido por el Estado central 2020	Porcentaje del gasto certificado asumido por el Estado central 2022
	(euros/año)	(millones euros)	(millones euros)	(porcentaje)	(porcentaje)
Andalucía	6.546,95	1.719,66	569,70	19,82	24,21
Aragón	7.365,45	267,39	77,49	16,68	22,30
Asturias	9.239,54	261,61	67,65	14,77	18,32
Illes Balears	9.261,86	232,70	39,36	12,24	16,27
Canarias	8.323,40	252,89	55,17	14,96	20,13
Cantabria	8.833,91	153,39	46,26	15,26	19,66
Castilla y León	6.715,68	747,05	244,63	20,12	27,16
Castilla-La Mancha	7.736,43	499,86	130,41	16,35	21,28
Catalunya	8.814,77	1.565,92	384,34	14,20	18,44
C. Valenciana	8.327,44	1.043,26	220,26	11,55	14,75
Extremadura	11.264,24	351,10	79,03	13,03	17,95
Galicia	6.953,29	461,01	162,26	24,04	32,19
Madrid	8.478,25	1.326,73	349,47	16,48	21,81
Murcia	6.983,78	259,85	63,74	15,13	20,36
Navarra	11.173,91	161,99	29,87	10,99	15,95
País Vasco	13.390,03	874,34	122,45	8,66	11,87
La Rioja	9.060,17	75,09	19,17	15,81	22,85
Ceuta y Melilla					
Media SAAD	8.129,95	10.253,83	2.661,25	15,61	20,38

Fuente: elaboración propia Secretaría confederal de políticas públicas y protección social CCOO, datos IMSERSO

Tanto el gasto final que registra cada territorio como el gasto medio que genera la atención de las personas beneficiarias dependen, principalmente, del grado de dependencia que tienen reconocido las personas atendidas y del tipo de prestaciones que se les reconoce en cada caso.

Recordemos que las personas con Grado I (dependencia moderada) acceden a prestaciones de menor intensidad que las personas de Grado III (Gran dependencia); de la misma forma que el coste asociado a una plaza residencial (1.600 €/mes en media) o al servicio de ayuda a domicilio en su máxima intensidad de atención (1.500 €/mes en media) está muy lejos del que genera una prestación económica de cuidado familiar (455 €/mes) o el servicio de teleasistencia (180 €/mes en media).

Así, el gasto medio por beneficiario registrado en 2022 (8.129 €/año) oscila en la práctica entre los 6.546 €/año en Andalucía y los 13.390 €/año del País Vasco.

De la misma forma que la participación media de Estado central en la financiación total del sistema (20,38%) presenta una horquilla que se sitúa entre el 32,19% del gasto certificado por Galicia y el 11,87% del de País Vasco.

4

SANIDAD

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el sistema público de protección a la salud, que se basa en los principios de universalidad, libre acceso, equidad y solidaridad financiera, y es financiado principalmente mediante impuestos. Se organiza en dos niveles –nacional y regional–, con competencias transferidas a las 17 comunidades autónomas y quedando la escala nacional a cargo de determinados ámbitos estratégicos, bajo la dirección del Consejo Interterritorial del SNS, como la coordinación general del sistema de salud y de la supervisión nacional del desempeño del sistema sanitario.

Las responsabilidades en materia de planificación y regulación recaen fundamentalmente en el Ministerio de Sanidad en lo que se refiere a las leyes y los planes de ámbito nacional, y en los departamentos de salud de las comunidades autónomas en lo referido a la ejecución local de la normativa nacional, y al desarrollo de la normativa y las políticas regionales.

La pandemia COVID-19 implicó un gran impacto en el Sistema Nacional de Salud (SNS), que ha llevado a cabo una adaptación organizativa y táctica para afrontar tanto el diagnóstico de la

enfermedad como la fuerte demanda derivada de la misma. En estos años se han hecho aún más evidentes las debilidades de un sistema sanitario que se enfrenta a los retos actuales. Con la prolongación de la esperanza de vida se abren nuevos retos para el sistema sanitario, que se unen a la necesidad de hacer frente a los efectos del cambio climático sobre la salud.

Teniendo como objetivo el envejecimiento saludable y la prevención de la enfermedad para asegurar el mayor número de años vividos con calidad, el sistema se enfrenta a una necesidad de financiación y a una evaluación rigurosa de las medidas sociosanitarias que mayor impacto tienen en la consecución de este objetivo.

En los últimos años el SNS está viviendo un proceso acelerado de incorporación de nuevas tecnologías digitales. Se ha generalizado el sistema digital de solicitud y gestión de citas médicas, mientras se extiende la historia clínica digital del sistema nacional de salud. La práctica totalidad de los sistemas regionales de salud emiten y reciben informes digitales. Los informes digitales que se emiten digitalmente son diversos, y existen diferencias regionales. Pese a ello, según los datos de 2022 del Ministerio de Sanidad, prácticamente todos los territorios emiten digitalmente la historia clínica resumida (94%) y también los informes clínicos de alta (72%) o los de Informes clínicos de urgencias y los de consultas externas (62%)¹⁰.

10. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/hcdsns/contenidoDoc/Inf_Sit_HCDSNS_junio2022.pdf

Con la pandemia se han extendido las alternativas de interacción ágil entre pacientes, profesionales y sus agendas. Otra de las herramientas generalizadas es la receta electrónica, que permite al facultativo emitir y transmitir prescripciones por medios electrónicos basados en las tecnologías de la información y comunicaciones, que posteriormente pueden ser objeto de dispensación.

El Gobierno aprobó a finales de 2021 la Estrategia de Salud Digital¹¹, constituyendo un marco de referencia para promover la transformación digital del SNS de manera “armónica y coordinada”.

La estrategia se organiza en torno a tres líneas de actuación: el desarrollo de servicios sanitarios digitales, la generalización de la interoperabilidad de la información sanitaria y el impulso de la analítica de datos relacionados con la salud, sus determinantes y el sistema sanitario.

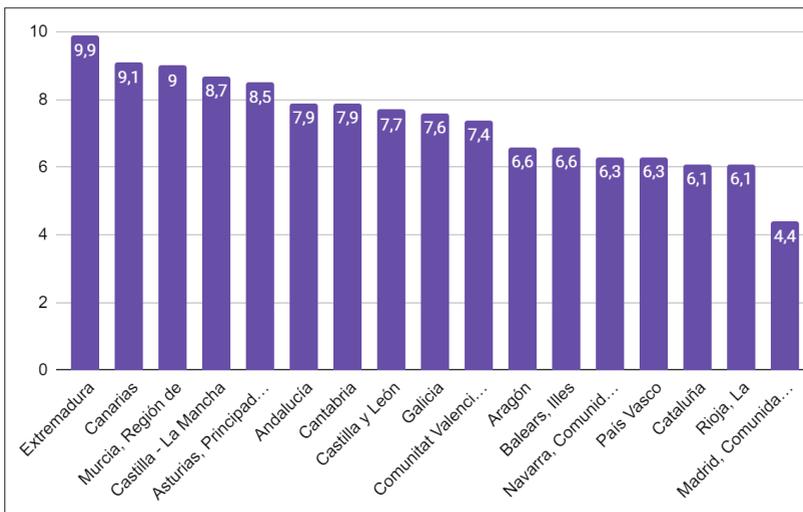
En este apartado se va a analizar de forma comparada entre comunidades el gasto público sanitario, atendiendo a algunas partidas de gasto y el estado de las listas de espera en el sistema sanitario.

12. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf

4.1. El gasto sanitario público

La inversión pública en sanidad alcanzaba en 2021 el 6,7%, lo que implica 1,2 puntos más de la inversión porcentual que en 2018. Sin embargo, hay que tener en cuenta dos cuestiones, primero, que se trata aún de datos provisionales y, segundo, que el porcentaje aumenta en parte debido a la caída del PIB consecuencia de la crisis provocada por la pandemia de la COVID-19. Teniendo en cuenta esto, es importante apuntar que existen considerables diferencias entre el gasto público sanitario en las distintas comunidades autónomas.

Gráfico 4.1. Gasto sanitario público en porcentaje del PIB, CCAA. 2021*



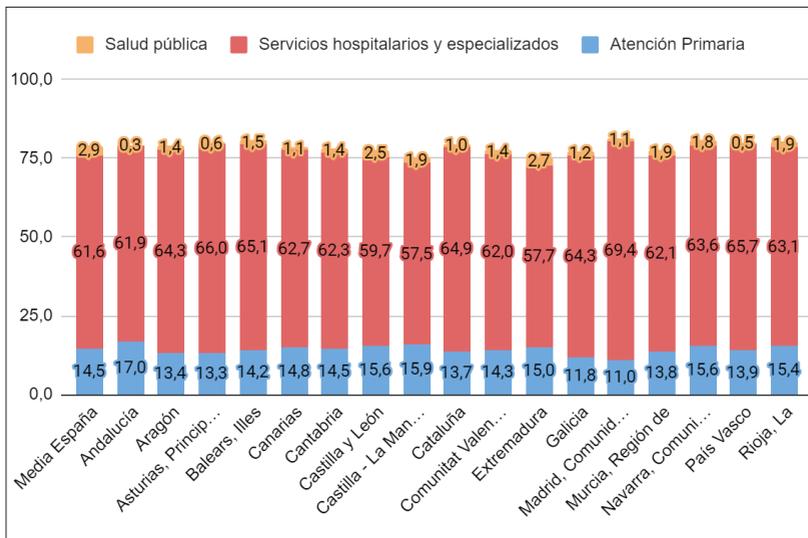
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad de España, 2023* Datos provisionales

Como se ilustra en el gráfico 4.1, las comunidades autónomas que presentaban mayor gasto porcentual del PIB en sanidad son Extremadura (9,9%), Canarias (9,1%) y la Región de Murcia (9%). Madrid era la comunidad autónoma con menor inversión pública en sanidad (4,4%), con una notable distancia del resto. La Rioja y Cataluña apenas alcanzaban una inversión del 6,1%.

La atención médica se estructura en dos niveles: primaria y especializada. La atención primaria “es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social” (Ministerio de Sanidad).

Este primer nivel de atención médica representaba en 2021 el 14,5% del gasto sanitario de media en España. La comunidad autónoma que mayor porcentaje de gasto dedicaba a la atención primaria era, con diferencia, Andalucía que utilizaba un 17%. Madrid, por el contrario, dedicaba un 11% a este nivel de atención, seguida de Galicia (11,8%).

Gráfico 4.2. Porcentaje de gasto sanitario dedicado a Atención Primaria, Servicios hospitalarios y especializados y Salud pública, 2021*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad de España, 2023. * Datos provisionales

El segundo nivel, la atención especializada “comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel.” (Ministerio de Sanidad).

El porcentaje medio de gastos dedicado a este nivel sanitario era en 2021 del 61,6%. La Comunidad de Madrid sobresale por el

elevado porcentaje de gasto dedicado a este nivel (69,4%), al tiempo que Castilla-La Mancha y Extremadura quedan alejados de la media con menor porcentaje de gasto dedicado a la atención especializada, con un 57,5% y un 57,7% respectivamente.

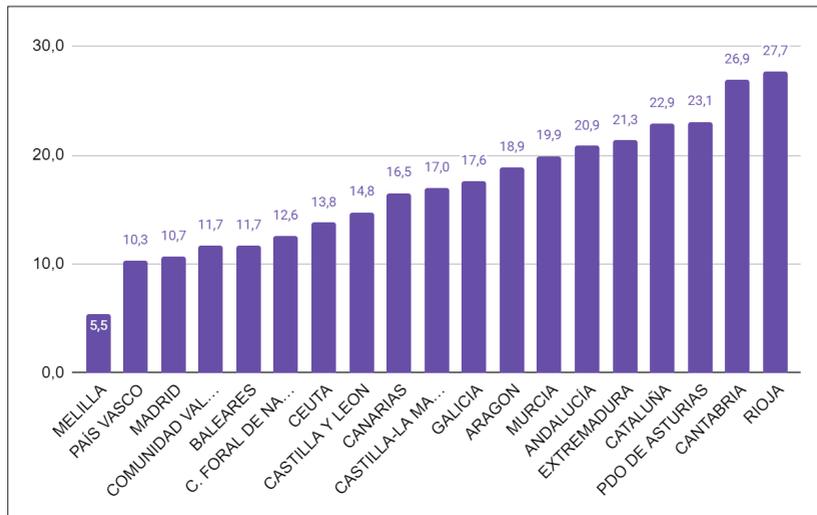
4.2. Las listas de espera

Los desajustes entre los recursos sanitarios existentes y la demanda de servicios sanitarios provocan listas de espera. Estas esperas, tanto de cara a acceder a consultas médicas como a intervenciones quirúrgicas han llegado a representar una de las razones de mayor tensión por parte de los y las pacientes que ven dilatados los tiempos de detección, diagnóstico y tratamiento de sus afecciones.

La lista de espera quirúrgica ha aumentado en los últimos años en la media estatal. Ha pasado de una tasa del 13,7 por mil habitantes en 2016 a una de 20,8% en 2022, con una espera media de 120 días.

Cabe decir que la evolución ha sido dispar entre comunidades autónomas, siendo muy llamativa la evolución de Andalucía, donde la lista de espera quirúrgica se había multiplicado por 2,6 en esos 6 años. También aumentaron llamativamente en Ceuta, Cantabria y la Rioja. Por el contrario, se redujeron en Navarra, en Castilla-La Mancha y Canarias (ver tabla en anexo 19).

Gráfico 4.3. Lista de espera quirúrgica del SNS. Tasa por 1.000 habitantes, 2022*



Fuente: Datos del SNS. Ministerio de Sanidad, 2023

*Datos a 31 de diciembre de 2022

Como se puede observar en el gráfico (4.3) hay diferencias considerables entre las distintas comunidades autónomas. La lista de espera quirúrgica por 1.000 habitantes es 27,7% en La Rioja, 26,9% en Cantabria y 23,1% en Asturias.

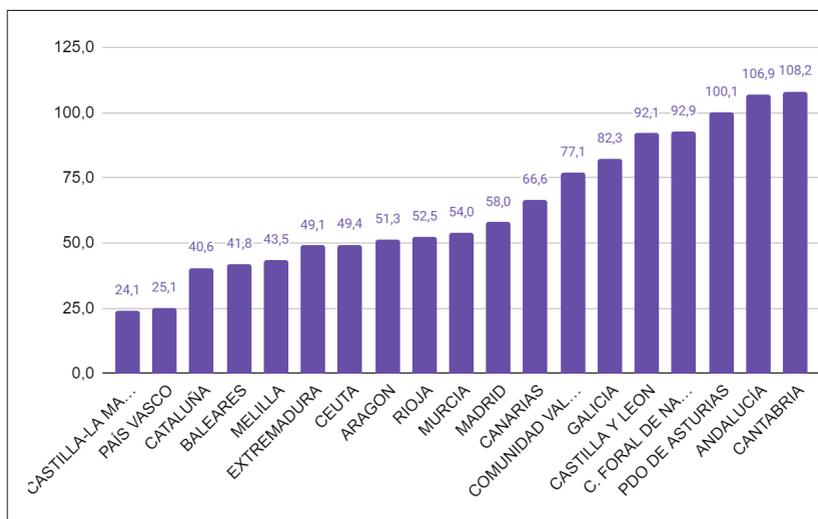
Por el contrario, es más reducida en Melilla (5,5%), País Vasco (10,3%) o Madrid (10,7%).

La lista de espera para consultas también ha ido empeorando en los últimos años. La media estatal ha pasado de 45,7 pacientes en espera por 1.000 habitantes en 2016 a 85,4 por 1.000 en 2022.

La evolución de la lista de espera entre 2016 y 2022 ha sido de nuevo especialmente negativa en Andalucía, especialmente a partir de 2018, pasando de 27,49% en lista de espera en 2017 a 106,87% en esta situación en 2022. Castilla y León, País Vasco y Comunidad Valenciana también han tenido una progresión marcadamente negativa.

Mientras tanto, Aragón o Castilla-La Mancha han reducido significativamente el número de personas en espera (ver anexo 18).

Gráfico 4.4. Lista de espera para consultas del SNS. Tasa por 1.000 habitantes, 2022*



Fuente: Datos del SNS. Ministerio de Sanidad, 2023

*Datos a 30 de junio de 2022

Las listas de espera para consultas más contenidas son las de Castilla-La Mancha, con 24,1 personas por cada mil habitantes y País Vasco (25 %).

Por el contrario, Cantabria tiene 108,2 personas en lista de espera por cada 1.000 habitantes, Andalucía 106,9%y Asturias 100,1%.

5

CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN MAYOR

Las condiciones de vida de la población mayor están sujetas a los recursos y posibilidades de tener un envejecimiento saludable, es decir, el fomentar y mantener la capacidad funcional para el bienestar en la vejez. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera capacidad funcional a mantener los atributos que permiten a todas las personas “ser y hacer lo que para ellas es importante”. Se identifican cinco esferas clave en este sentido: aprender, crecer y tomar decisiones; tener movilidad; establecer y mantener relaciones; y contribuir a la sociedad (OMS).

Son, por lo tanto, múltiples factores sobre los que las instituciones pueden incidir para contribuir colectiva e individualmente a que las personas mayores tengan no sólo más años de vida, sino que la prolongación de la vida sea digna, saludable y estimulante.

Recientemente han cobrado creciente importancia temas como la soledad no deseada o la salud mental, que resultan cruciales cuando hablamos de envejecimiento saludable. Estas situaciones hacen, además, a las personas mayores más vulnerables al maltrato.

También ha ganado protagonismo el uso y acceso de las personas mayores a las nuevas tecnologías de la información y comunicación, cada vez más necesario ante el proceso de digitalización y frente al cuál muchas personas mayores encuentran dificultades. Además, es interesante detenerse a analizar el consumo de los hogares de las personas mayores y valorar las consecuencias que en estos hogares tienen el aumento de los precios, especialmente los precios de la energía.

5.1. La soledad no deseada

La soledad es un sentimiento que la mayor parte de las personas experimentaremos en algún momento de nuestras vidas. En algunas personas este sentimiento ocurre de forma permanente y duradera, se sienten solas la mayor parte del tiempo y esto se da durante años. En este caso es cuando la soledad puede tener efectos negativos sobre la salud física y psicológica de las personas que la padecen, y se conoce como soledad no deseada.

La soledad no deseada en España ha sido un fenómeno apenas estudiado hasta los últimos años, pese a que estudios elaborados en el extranjero han concluido que esta soledad es mayor aquí que en otros países cercanos.

La soledad sería una experiencia subjetiva y negativa, resultado de una evaluación cognitiva en la que existen discrepancias entre las relaciones sociales que desean las personas y las

que poseen realmente¹². Es decir, se trata de una percepción y experimentación negativa que tiene una persona cuyas relaciones personales no cumplen con sus expectativas. Otros autores¹³, identifican la soledad con la sensación de vacío, inutilidad, falta de control y amenaza corporal. Todo esto implica una sensación de incapacidad de manejar nuestras vidas.

Por ello, el sentimiento de soledad no es equivalente al aislamiento social, aunque estén interrelacionados. Mientras que el aislamiento social es un hecho objetivo de escasez o carencia de relaciones personales, la soledad es un sentimiento que, si bien lo más común es que sea experimentado por personas con cierta escasez de relaciones personales, puede ser sentido por una persona que no viva sola. En el caso opuesto, vivir sola, no tiene por qué implicar sentir soledad.

La soledad no deseada es un efecto muchas veces asociado a dos fenómenos sociales: el envejecimiento progresivo de la población mundial y el crecimiento del número de hogares unipersonales, sobre todo de personas mayores, junto con una mayor dispersión y despoblación territorial.

No hay una definición única de la soledad y, sobre todo, no existe una única fórmula de medición de la soledad no deseada. Hasta el momento se han desarrollado a nivel académico dos escalas de medición que se han constituido como referentes: la escala UCLA

12. Perlman, D. y L. A. Peplau., 1981, en Doblas JL, Del Pilar Díaz Conde M. El sentimiento de la soledad en la vejez. Rev Int Sociol. 2018;76:1-13.

13. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. Ann Behav Med. 2010. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3874845/>

y la escala De Jong. Este tipo de escalas suelen medir de manera indirecta el bienestar a través de variables que valoran el número y la frecuencia de las interacciones sociales con amistades y familiares.

El Centro de Estudios Conjuntos (Joint Research Centre)¹⁴, en colaboración con el Parlamento Europeo y la Comisión Europea, está analizando el fenómeno de la soledad no deseada dentro del proyecto piloto *Vigilando la soledad en Europa*. Ya en el año 2018 el estudio publicado estimaba a partir de 14.000 entrevistas, que más de 75 millones de personas adultas en Europa se reúnen con amistades o familiares menos de una vez al mes, y más de 30 millones de personas en Europa se sienten solas, cifras que empeoraron durante y tras la pandemia de la COVID-19.

En el año 2016, aproximadamente un 12% de los ciudadanos de la UE declaran sentirse solos más de la mitad del tiempo (11,6% en España), mientras que, en 2020, durante los primeros meses de la pandemia este porcentaje aumentó a un 25% (18,8% en España).

Actualmente, se ha realizado un nuevo estudio, a partir de una encuesta ampliada a 22.000 entrevistas, donde se ha intentado medir de nuevo la soledad a través de una pregunta directa y dos escalas.

En la pregunta directa se pedía a la persona entrevistada informar sobre la frecuencia con la que se había sentido sola en las 4 semanas anteriores. Las respuestas se agruparon en dos

14. https://joint-research-centre.ec.europa.eu/scientific-activities-z/loneliness_en

opciones: “muy sola” (12%-13%) o “ligeramente sola” (36%-40% de prevalencia). Los resultados se centraron en ese 12%-13% que declaran haberse sentido muy solos/as en las 4 semanas anteriores.

Los resultados evidencian la influencia de diversas variables socio demográficas como la (edad, género, estado civil, acontecimientos importantes que disparan la soledad). La publicación disponible en la web incide sobre la soledad no deseada entre la juventud, en especial entre aquellas personas que están estudiando o en desempleo¹⁵.

Otro aspecto destacable de la encuesta fue la relevancia política del estigma social¹⁶, que la encuesta lo definió como personas que estigmatizan a aquellas que consideran que “las personas que se sienten solas son en su mayoría culpables de su soledad”. El estigma social que rodea a la soledad puede ser un impedimento en el compromiso de la sociedad hacia las políticas. Al considerarlo un problema individual, las personas que estigmatizan la soledad son menos partidarias de las actuaciones de diferentes instituciones (administraciones públicas, empresas, centros educativos o tercer sector).

Entre las personas más afectadas por la soledad no deseada, el estigma social puede obstaculizar la búsqueda de ayuda. Las

15. Loneliness and social connectedness: insights from a new EU-wide survey. Junio 2023.

https://joint-research-centre.ec.europa.eu/loneliness/loneliness-publications_en

17. Policy considerations for loneliness interventions. Junio 2023.

https://joint-research-centre.ec.europa.eu/loneliness/loneliness-publications_en

personas que se sienten muy solas ponen mayor énfasis en las actuaciones de las distintas instituciones frente al papel de la familia o las redes privadas de apoyo. Al percibir la soledad más como un problema de la sociedad que como algo privado, las personas más afectadas muestran un mayor apoyo a las políticas públicas en esta materia.

En cuanto a qué hacen las personas que se sienten muy solas, los resultados muestran que aquellas con más necesidad de apoyo carecen de la motivación o la fortaleza para buscar soluciones. Por ello, es importante diseñar estrategias específicas para llegar a estos colectivos.

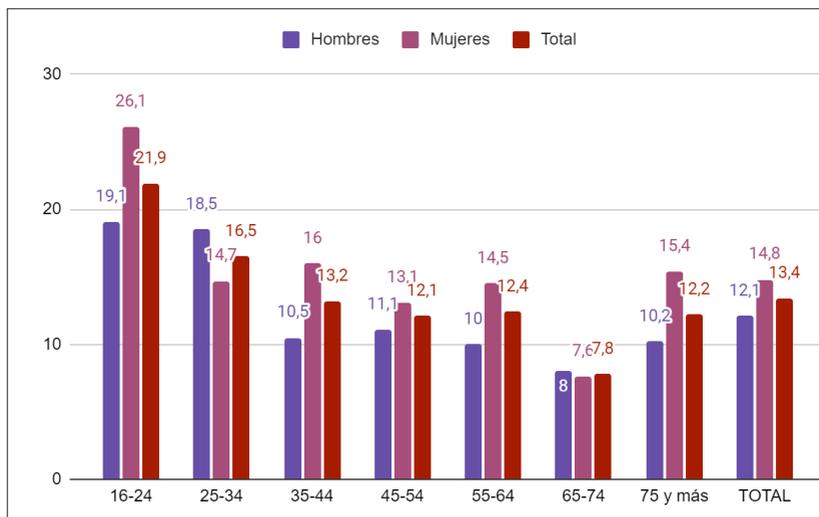
En España no existe ninguna estadística oficial que mida la soledad no deseada y las variables demográficas, sociales y económicas que pudieran entrar en juego. Sin embargo, sí se están llevando a cabo estudios que dibujan un primer panorama. La encuesta realizada en el Informe *El coste de la Soledad No Deseada (2023)*; un estudio que se realiza en el marco de una iniciativa privada, sobre el asunto de la soledad no deseada: el Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada¹⁷, impulsado por la Fundación de Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE) que ha elaborado diversos estudios y celebrado múltiples jornadas.

La encuesta fue elaborada con una muestra de 4.004 personas representativas de la sociedad española por sexo, edad y tamaño de hábitat. De ella se extrae una estimación de la prevalencia de la soledad no deseada que afectaría al 13,4% de la población española, siendo mayor en las mujeres (14,8%) que en los hombres (12,1%).

17. <https://www.soledades.es/>

La población joven entre 16 y 24 años es la que autopercebe en mayor grado la soledad no deseada y especialmente las mujeres jóvenes. Un 26% de las chicas jóvenes afirma sufrir soledad no deseada, una percepción que se reduce significativamente entre las mujeres entre 25 y 34 años. Por el contrario, en la población mayor entre los 56 y los 74 años se observan las percepciones de soledad no deseada más bajas: se estima una prevalencia de un 7,8% en la población de estas edades. En la población de 75 y más años aumenta especialmente entre las mujeres, pero en global se mantiene por debajo de la media de la población española.

Gráfico 5.1. Prevalencia de la soledad no deseada en España por género y edad



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta realizada en el Informe El coste de la Soledad No Deseada, Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (2023).

Con posterioridad se entrevistó a 548 personas que han manifestado experimentar este problema y se les ha preguntado por aspectos relacionados con su salud y calidad de vida, su situación de soledad, su consumo de medicamentos y la frecuentación que hacen de los servicios sanitarios.

Dicho estudio extrae una serie de resultados:

- Las personas en soledad llevan aproximadamente 6 años en esta situación.
- Las causas principales de su soledad son la lejanía de sus seres queridos, la ruptura familiar y la dificultad para relacionarse con los demás (factor intrínseco).
- En comparación con la población que no se encuentra sola, las personas solas presentan unas mayores prevalencias en determinadas enfermedades. Destaca la depresión, la ansiedad crónica y las enfermedades del corazón.
- La percepción de su estado de salud y de su calidad de vida es peor entre las personas en soledad, que entre la población que no declara encontrarse en dicha situación.
- Las personas solas realizan mayor frecuentación de los servicios de salud y un mayor consumo de medicamentos prescritos para enfermedades relacionadas con su situación de soledad. Destacan los consumos de «tranquilizantes, relajantes» y los de «antidepresivos, estimulantes».

En relación a dichos resultados es importante considerar la dificultad de aproximarse a la complejidad del problema y a las peculiaridades de cada grupo de edad. Hay grupos, como la juventud de 18 a 24 años o los más mayores (75 y más), en los que el número de entrevistas finalmente realizadas son demasiado bajas como para extraer conclusiones extrapolables. Los propios autores consideran el estudio como una “primera aproximación al coste de la soledad no deseada en España”.

Estos datos están en consonancia con las percepciones sobre la satisfacción de las relaciones sociales y afectivas extraídas por el Centro de Investigaciones Sociológicas, en la tercera *Encuesta sobre relaciones sociales y afectivas pospandemia*, publicada en febrero de 2023.

Entre los resultados que cabe mencionar que son las personas más jóvenes quienes afirman tener una vida familiar menos satisfactoria, mientras que el 80% de los mayores de 64 años y el 85% de las personas mayores de 75 afirman tener vidas y relaciones familiares al menos notablemente satisfactorias (por encima de una puntuación de 8 sobre 10).

También ocurre al preguntar sobre las relaciones amistosas y las relaciones de pareja, donde las personas jóvenes menores de 25 años se muestran menos satisfechos con sus vidas amistosas y de pareja que las personas mayores.

Aunque la soledad es una experiencia que pueden percibir las personas independientemente de la edad, es crucial comprender que, al tratarse de una autopercepción, está condicionada sobre las expectativas que cada persona tiene sobre su vida en relación

a las de las demás. Esto explica que, pese al acuerdo existente en que las personas mayores se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad, las personas jóvenes manifiestan a menudo mayor percepción de soledad no deseada.

En el caso de España, en los últimos años la soledad se ha convertido en objeto de preocupación social, según los resultados del estudio del Observatorio Social de la Fundación “La Caixa”¹⁸, las personas perciben que la soledad es un problema social de gran magnitud, pero poco visible aún en la esfera de las políticas públicas, al no percibirse políticas que aborden el problema. Aunque ya desde diferentes Administraciones Públicas ha pasado a formar parte de la agenda política, elaborando estrategias y planes para su abordaje.

Las personas mayores están expuestas a cambios relevantes que afectan a sus relaciones personales individuales y sociales. El aislamiento social se va instalando progresivamente pero hay ciertas situaciones o eventos que son particularmente susceptibles de provocar la pérdida de relaciones sociales; hitos como perder a la pareja o amistades íntimas, así como ir abandonando actividades laborales, el aislamiento poblacional (y más en entornos rurales), una bajada súbita de ingresos o de condiciones de vida, un cambio de residencia, la degradación de la salud, la pérdida de autonomía sobrevenida, el hecho de no poder conducir o la pérdida de espacios de ocio son eventos clave que condicionan este sentimiento.

18. <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/la-soledad-no-deseada-en-las-personas-mayores>

No parece haber acuerdo en la literatura internacional en la influencia del género o si hay una correlación entre la edad y el sentimiento de soledad, aunque hay condiciones como la mayor longevidad de las mujeres genera con mayor frecuencia situaciones de vulnerabilidad.

De hecho, el estudio de La Caixa apunta que existe más soledad en las mujeres, debido a elementos como la viudedad, su mayor longevidad, su mayor carga en las tareas de cuidado o sus menores relaciones sociales vinculadas con el ámbito laboral. Hay grupos vulnerables que no están “suficientemente recogidos en los diversos estudios existentes como las personas residentes en instituciones de cuidados a largo plazo, cuidadoras familiares o profesionales de los cuidados”.

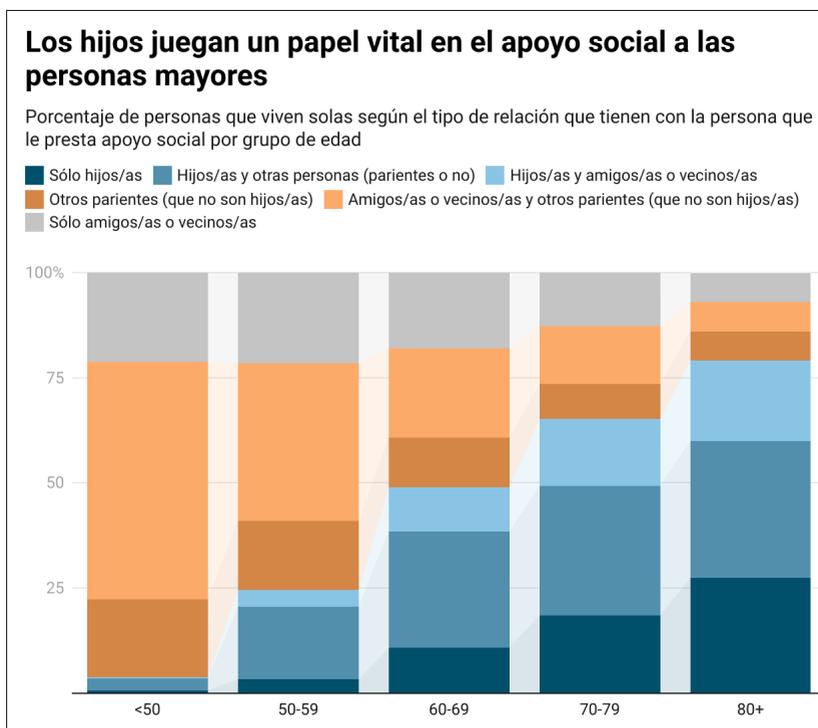
El gráfico 5.2 recoge los datos de *Encuesta de Características Esenciales de la Población y las Viviendas 2021*, que ilustran el tipo de apoyo social que reciben las personas según su edad.

Se puede apreciar cómo el apoyo prestado por los hijos e hijas va ganando peso según se avanza en edad, mientras que los amigos, otros parientes o vecinos y vecinas van perdiendo protagonismo como agentes de apoyo, ante los cambios demográficos y la reducción de la fecundidad y el porcentaje de madres solteras y mujeres que no son madres. Los investigadores Jesús Escudero y Clara Bueno (2023)¹⁹ apuntan que este tipo de apoyo por parte de hijos e hijas en el futuro “podría reducirse en detrimento de otros

20. Jesús Escudero, Clara Bueno. El apoyo social, el antídoto para evitar los males de la soledad (2023). <https://envejecimientoenred.csic.es/soledad-apoyo-social-riesgo-mortalidad/>

tipos de relación”. Incluso, añaden, “podría provocar un aumento de las personas que no tienen con quien hablar de sus problemas cotidianos, incrementándose de esta forma la incidencia de los riesgos asociados a la soledad”.

Gráfico 5.2. Porcentaje de personas que viven solas según el tipo de relación que tienen con la persona que le presta apoyo social por grupo de edad

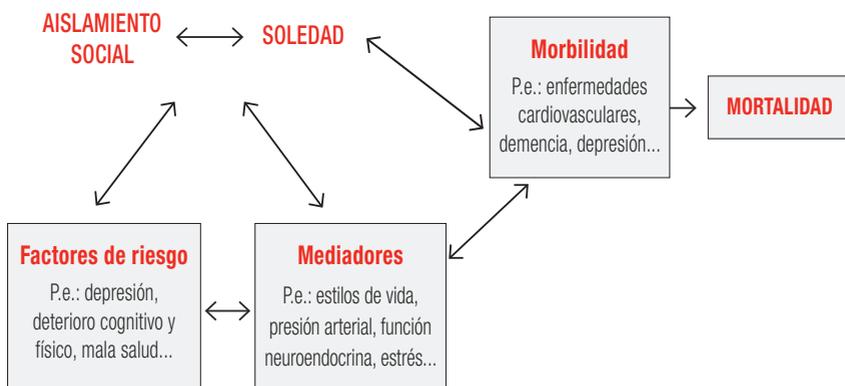


Fuente: Laboratorio de Estadísticas Experimentales (IEGD-CSIC) a partir de Encuesta de Características Esenciales de la Población y las Viviendas 2021, Instituto Nacional de Estadística (INE)

La soledad al final de la vida. Existe evidencia muy limitada y escasas actuaciones para intervenir en situaciones de soledad al final de la vida. Este hecho pone de relieve el “reto de abordar esta etapa del ciclo vital que, con frecuencia, se da en situaciones complejas por enfermedad, demencia, institucionalización u hospitalización”.

Consecuencias sobre la salud. Hay una creciente evidencia sobre las consecuencias de la soledad sobre la salud, la calidad de vida y el bienestar personal. Distintos estudios han encontrado relaciones entre soledad y el riesgo de deterioro cognitivo y la demencia en personas mayores, la aparición de sintomatología depresiva, así como la aparición o consolidación de comportamientos no saludables (ingesta de sustancias, sedentarismo, falta de ejercicio, mala alimentación...), que a su vez son importantes factores de riesgo para diversas patologías.

Gráfico 5.3. Aislamiento social, soledad y efectos sobre la salud



Fuente: Informe El coste de la Soledad No Deseada, Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (2023)

¿Por qué es crucial atajar la soledad no deseada?

La soledad a menudo se estigmatiza, se trivializa o incluso se ignora, pero, especialmente en los países industrializados, en los que aumenta rápidamente el número de personas mayores, la soledad se está convirtiendo en un problema de salud pública.

La soledad no deseada implica un coste individual y social de gran calado. Cada vez hay más estudios que afirman que la soledad no deseada está teniendo un impacto relevante, tanto en la esperanza de vida como en los años con calidad de vida.

El estudio *El coste de la soledad no deseada en España* (Casal Rodríguez, B. et al., 2023)²⁰ realiza una estimación, desde una perspectiva social, de los costes asociados a la soledad no deseada en España. Dicho estudio estima los gastos sanitarios, los gastos asociados a la pérdida de productividad por la reducción del tiempo de trabajo y los costes intangibles por pérdida de años vividos con plena salud (AVAC).

En la estimación monetaria de costes se dice, que la soledad no deseada representa un coste total de 14.141 millones de euros anuales en nuestro país. Esto representa el 1,17% del Producto Interior Bruto (PIB) de España para el año 2021.

20. https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Estudio%20El%20coste%20de%20la%20soledad%20no%20deseada%20en%20Espa%C3%B1a_3.pdf

En los costes se miden e incluyen los costes sanitarios. Los costes por la frecuentación de los servicios sanitarios son 5.600 millones de euros anuales, y los costes por consumo de medicamentos son 495,9 millones de euros. En conjunto, los costes sanitarios equivalen al 0,51% del PIB.

Por otro lado, se miden los costes asociados a las pérdidas de productividad. Se estiman que los costes asociados a pérdidas de productividad relacionadas con la reducción del tiempo de trabajo que la soledad no deseada produce se elevan a más de 8.000 millones de euros anuales, representando aproximadamente un 0,67% del PIB.

Además, se miden los costes intangibles que muestran la reducción de calidad de vida provocada por el sufrimiento físico y emocional. Así, la soledad no deseada hace que cada año se pierdan en nuestro país más de 1 millón de AVAC o años de vida disfrutando de plena salud. Esto representa el 2,79% de los años de vida de plena salud totales de la población española mayor de 15 años.

El estudio del observatorio de la soledad no deseada tiene una serie de limitaciones que se deben considerar y que ya refleja el citado informe. Por un lado, el cálculo de los costes parte de numerosos supuestos que además de ser complicados de entender no se basan en fuentes de datos homogéneas y adecuadas para un objetivo tan ambicioso. Se combinan los resultados obtenidos en las 548 encuestas realizadas para este estudio con dos sub-muestras de otras encuestas que no han analizado este problema, como son las Encuestas Nacionales de Salud de dos períodos diferentes (2011/12 y 2017).

Por otro, no queda claro el método de cálculo de los costes tangibles. En las conclusiones los propios autores asumen las limitaciones de su metodología para medir los costes cuando señalan: “la obtención de las diferentes partidas de coste ha implicado múltiples decisiones acerca de la mejor forma de cuantificar los costes, sobre las cuales no había una única manera de proceder” (Casal Rodríguez, B. et al., 2023).

Las políticas para atajar la soledad no deseada

Tanto es así, que países de nuestro entorno como Reino Unido, Países Bajos y Alemania o Francia han aprobado estrategias nacionales en los últimos años para hacer frente a esta realidad.

Debemos de destacar que en octubre del año 2018 el Gobierno británico publicó la estrategia para abordar la soledad (*A connected society: a strategy for tackling loneliness*), que contiene 58 compromisos que se estructuran en cinco capítulos (mejorar la evidencia, fomentar las relaciones sociales, mejorar las infraestructuras comunitarias, promover comunidades conectadas, desarrollar la coordinación entre las diferentes áreas del gobierno). La estrategia británica contempla partidas presupuestarias específicas y medidas concretas como el fomento de la prescripción social²¹.

Además, el Gobierno británico publica anualmente un informe de progreso y diversa documentación que se puede consultar

21. <https://www.gov.uk/government/publications/a-connected-society-a-strategy-for-tackling-loneliness>

online²². En Francia la estrategia para abordar la soledad no deseada se plantea el reto de permitir a las personas encontrar un entorno relacional de calidad con el objetivo final de asegurar que todas las personas puedan ejercer su ciudadanía.

A raíz de la noticia de la creación de un Ministerio de la Soledad en Gran Bretaña, y dada la frecuencia con la que los diarios se hacen eco de las implicaciones de la soledad en relaciones interpersonales y el problema social y de salud, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 ha incluido la materia en su agenda política. Desde la primavera de 2023 se está trabajado en España en la elaboración de un Marco Estratégico para una acción global frente a la soledad no deseada.

Esta estrategia se diseña con un alcance temporal en el periodo 2023-30, siendo su objetivo principal el reducir los niveles de soledad no deseada actuando desde la prevención hasta la intervención, y tanto individualmente como en los ámbitos social, comunitario, educativo o ambiental. Para ello, presenta una orientación para las actuaciones que se puedan llevar a cabo desde los distintos organismos y entidades.

El marco estratégico no se plantea ni “objetivos específicos ni actividades”, tan solo fija cinco grandes ejes que “deberán tomar forma y compromiso en los documentos de planificación que se elaboren desde los distintas Administraciones u organismos públicos” y tres líneas de actuación. Sin embargo, el diseño de la estrategia no está incorporando mecanismos de financiación.

22. <https://www.gov.uk/guidance/governments-work-on-tackling-loneliness#full-publication-update-history>

Cuadro 5.1. Ejes estratégicos y líneas de actuación del borrador del marco estratégico frente a la soledad no deseada

5 ejes genéricos de actuación:

- Eje 1.** Elevar las oportunidades de participación en la sociedad y de crear relaciones sociales significativas.
- Eje 2.** Prevenir y detectar de forma temprana situaciones de soledad.
- Eje 3.** Contribuir a generar un cambio en la percepción social de la soledad.
- Eje 4.** Generar entornos rurales y urbanos accesibles e inclusivos.
- Eje 5.** Investigar, evaluar y gestionar el conocimiento.

Líneas de actuación:

- La importancia de los actores de proximidad que puedan servir para detectar situaciones de vulnerabilidad como las farmacias, los establecimientos comerciales, los centros de día o los centros de atención primaria.
- Coordinación entre sistemas y recursos públicos en la detección temprana del problema.
- Generar oportunidades de ocio que favorezcan la interacción social, teniendo en cuenta las particularidades culturales de cada pueblo o ciudad y la relevancia de cómo consideran las personas destinatarias que deben abordarse sus problemas.

Fuente: Borrador del marco estratégico frente a la soledad no deseada.

A partir del trabajo para la elaboración del Marco Estratégico del Ministerio, desde el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), se está elaborando el Plan Operativo frente a la soledad no deseada 2023-24. Dicho plan incorpora las acciones que desde el IMSERSO se llevarán a cabo bien en solitario o en colaboración con otras entidades de manera bienal, siendo la primera fase los años 2023 y 2024.

El Plan Operativo establece 15 objetivos y 33 líneas de acción, estructurados en los 5 ejes genéricos del Marco Estratégico, aunque, al igual que el Marco Estratégico, no se establecen plazos ni financiación para su consecución.

Algunas de las actuaciones más concretas que se incluyen en cada uno de los ejes son:

Eje 1. En el área sobre participación en la sociedad se mencionan: los programas existentes de turismo social y termalismo; estudios para evaluar el impacto de estos programas; utilizar las instalaciones de los centros del IMSERSO para realizar actividades o apoyar las actividades de la sociedad civil.

Eje 2. En cuanto a la detección y prevención se hace referencia a los protocolos con el Consejo General de Colegios Farmacéuticos y a acciones formativas. Se destaca el *Proyecto CRECE* de Cruz Roja como instrumento para la prevención y la sensibilización. Se trata de un proyecto subvencionado con fondos Next Generation y desarrollado por el CREDEI de León.

Eje 3. En el área de percepción social de la soledad se habla de la realización de estudios para conocer cómo tratan los medios de comunicación este problema, además de realizar campañas de sensibilización.

Eje 4. En el tema de entornos rurales y urbanos accesibles e inclusivos, se plantean guías de mejora y estudios para ver qué están haciendo los ayuntamientos que forman

parte de la Red de Ciudades y Comunidades Amigables con las personas mayores.

Eje 5. Finalmente, en el área de investigación se propone: crear una unidad específica en el IMSERSO sobre esta materia; establecer un convenio con organismos públicos (NE/CIS/CSIC) para conocer la prevalencia; establecer grupos de trabajo; o celebrar una jornada.

5.2 La salud mental en la población mayor

La salud mental ha cobrado una reciente relevancia, especialmente a raíz de la pandemia de la COVID-19 y sus consecuencias en el aumento de cuadros depresivos y de ansiedad. La OMS acuñó el lema *“No hay salud sin salud mental”* para incidir en la relevancia de reforzar la respuesta por parte de los sistemas de salud.

La salud mental se define como un estado de bienestar mental que permite a las personas enfrentarse a los momentos de estrés de la vida, posibilita el desarrollo de todas las habilidades, permitir el aprendizaje y el trabajo adecuadamente desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad.

El Ministerio de Sanidad impulsó y promovió la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS). Comenzó su desarrollo desde el año 2006 en colaboración con las

comunidades autónomas, que integra las aportaciones de las personas con problemas de salud mental y familiares y de los profesionales sanitarios a través de sus organizaciones. Dicha estrategia pretendía abordar un enfoque integrado “combinando la promoción de la salud mental, la prevención de los problemas de salud mental, el diagnóstico y el tratamiento de las personas con problemas de salud mental, la coordinación intra e interinstitucional, así como la adopción de medidas que fomentaran la integración social de las personas con problemas de salud mental y la lucha contra el estigma”.

En 2017 se llega a un acuerdo para la reorientación de la Estrategia de Salud Mental, que se plantea esta actualización para el periodo 2022-2026. Dicha actualización incorpora una serie de líneas estratégicas que guían los principios básicos de la estrategia. Entre ellas, la atención centrada en la persona, la prevención, la atención a las personas desde una perspectiva comunitaria o la intervención familiar ²³.

Son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Todas las personas se enfrentan a situaciones vitales que provocan estrés, pero las personas mayores, además, han de sumar aquellas derivadas de sus dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad o soledad, que aumentan su situación de vulnerabilidad. Además, según avanza la edad son más frecuentes las experiencias de pérdida de un ser querido, el descenso del poder adquisitivo ante la jubilación o las situaciones de discapacidad y pérdida de autonomía.

23. <https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2022/05/04-Estrategia-Salud-Mental-2022-2026.pdf>

Las enfermedades físicas, además, también están interrelacionadas con la salud mental.

En el cuadro 5.1. se recogen los datos de la *Encuesta Europea de Salud del año 2020* en la que se hace evidente cómo la población mayor presenta una prevalencia mayor que el total de la población de cuadros depresivos y cómo el género tiene un impacto clave en la salud mental. Los cuadros depresivos no sólo aumentan con la edad, sino que la brecha entre hombres y mujeres se multiplica.

Tabla 5.1. Prevalencia de cuadros depresivos activos según sexo y grupo de edad, 2020

	TOTAL		De 65 a 74 años		De 75 a 84 años		85 y más años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Cuadro depresivo mayor	1,4	3,4	1,9	4,3	2,3	6,7	3,5	10,9
Otros cuadros depresivos	2,0	3,7	2,2	4,8	3,8	8,2	5,5	7,6
Sin cuadro depresivo	95,9	92,3	95,0	90,1	92,5	83,6	86,1	76,1

Fuente: Encuesta Europea de Salud, INE, 2023

La prevalencia del cuadro depresivo mayor aumenta sensiblemente entre los 65 y los 74 años, pero entre la población de 75 y 84 años es cerca del doble que en el total de la población y 3,4 veces más en la población de 85 y más años.

Además, el aumento de la brecha entre hombres y mujeres es muy marcada. Las mujeres de 65 a 74 años lo sufren 2,3 veces más que los hombres, una prevalencia que llega a más que triplicar la de los hombres en las edades más avanzadas: casi un 11% de las mujeres de 85 y más años presentan un cuadro depresivo mayor.

La edad y el género también influyen en la severidad de los síntomas depresivos. Aunque la sintomatología leve sigue siendo mayoritaria, no se puede obviar el aumento llamativo de la prevalencia en todos los grados de sintomatología en función de la edad.

Frente al 8,5% de personas de todas las edades con sintomatología depresiva leve, en el grupo de 65 a 74 años esta sintomatología leve aumenta al 10,3%, al 14,42% en el grupo de 75 a 84 años y hasta el 20,3% de las personas de 85 y más años.

Tabla 5.2. Severidad de la sintomatología depresiva según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años

	TOTAL			De 65 a 74 años			De 75 a 84 años			De 85 y más años		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Leve	8,46	6,28	10,52	10,31	7,04	13,05	14,42	9,94	18,2	20,31	14,65	23,37
Moderada	2,51	1,70	3,28	3	2,05	3,78	6,14	4,5	7,51	8,35	6,95	9,1
Moderadamente grave	1,19	0,7	1,64	1,41	0,6	2,09	2,35	1,32	3,22	4,49	2,65	5,48
Grave	0,58	0,26	0,88	0,82	0,48	1,1	1,12	0,28	1,83	2,82	0,29	4,19

Fuente: Encuesta Europea de Salud, INE, 2023

La mayor prevalencia por parte de las mujeres es una constante en todos los grupos de edad y en todos los grados de severidad, pero se hace más llamativa según aumenta la edad y la gravedad.

Especialmente llamativo es el porcentaje de mujeres con sintomatología depresiva grave, que es 14 veces la de los hombres en la población de 85 años y más años.

5.3 El uso de las TIC en la población mayor

Los rápidos avances en la implantación de las tecnologías digitales implican, al mismo tiempo, un amplio abanico de oportunidades para las personas mayores, una serie de obstáculos y dificultades por atajar, pero también algunos riesgos.

La digitalización ofrece a las personas mayores la posibilidad de ampliar la comunicación y conexión con familiares y amistades de manera más constante e inmediata, mediante el uso de dispositivos electrónicos adaptados. Asimismo, facilita el acceso a la información y a servicios relacionados con la salud, con trámites públicos, asistencia social o servicios bancarios. Pero también permite nuevas formas de formación y aprendizaje online, acceso a materiales de entretenimiento, que favorecen el envejecimiento activo.

Sin embargo, estas oportunidades se ven limitadas por una serie de barreras que están en el origen de la brecha digital a la que se enfrentan las personas mayores. La principal dificultad es la falta de conocimientos tecnológicos, algo que afecta en mayor grado a las personas de más edad. Muchas de ellas han carecido de exposición tecnológica necesaria para desarrollar la destreza necesaria.

Además, los términos que se usan en el ámbito de las tecnologías digitales, a menudo en inglés, no resultan familiares a personas mayores que no tienen conocimientos del idioma. Esto genera inseguridad, desconfianza y miedo a la tecnología. A este tipo de limitaciones se unen las limitaciones físicas que algunas personas

mayores sufren como los problemas de visión y audición, que dificultan su interacción con los interfaces digitales que, a menudo, no están diseñados considerando la diversidad funcional de las personas usuarias. Además, algunas dificultades motoras pueden complicar el uso de teclados o pantallas táctiles.

Estas dificultades se encuentran en las causas que determinan la brecha digital, cuyas consecuencias tienen un amplio calado ante la progresiva desaparición de servicios presenciales. La imposibilidad o dificultad de acceso a servicios presenciales de carácter público o tan relevantes como la banca, obligan a revisar la calidad de los servicios que se ofrecen y asegurar el derecho de las personas a ser atendidas.

Uno de los riesgos más relevantes del aumento del uso de las tecnologías es el incremento del aislamiento social ante la falta de interacciones cara a cara. Tal como se ha analizado anteriormente, los riesgos del aislamiento social son múltiples y conllevan a menudo situaciones de soledad no deseada con implicaciones de alto calado en la calidad y esperanza de vida.

Si bien, hay que tener en cuenta que las generaciones que van entrando en la vejez lo hacen con mayores destrezas digitales, algo que se evidencia en las estadísticas sobre los usos de las nuevas tecnologías de la comunicación y la información.

En este sentido, el 74% de las personas de 65 a 74 años realizaron en los 3 meses precedentes alguna actividad relacionada con la comunicación, especialmente programas de mensajería instantánea (71%), pero también videollamadas (48%) o comunicación por correo electrónico (46%). La comunicación digital

es mucho menos utilizada en la franja de edad de 75 a 84 años, con un 42% de usuarias en los 3 meses precedente, y minoritaria en la población de 85 y más años, con un 15,6% de usuarias.

Las nuevas tecnologías digitales también son utilizadas por la población mayor para informarse sobre bienes y servicios u otro tipo de información. El 61,4% de la población de 65 a 74 años las utilizaban para este fin y el 30,5% y el 8,9% en los grupos etarios superiores.

El entretenimiento es otro de los usos comunes: ver y compartir vídeos, acceder a música, o ver películas. El 55% de los mayores entre 65 y 74 años usan las nuevas tecnologías digitales para este fin, porcentajes que se reducen al 28,5% y 9,9 entre los grupos de edad mayores.

Tabla 5.3. Servicios de internet usados en los últimos tres meses por grupo de edad. 2022

Personas que han realizado alguna actividad relacionada con:	De 65 a 74 años	De 75 a 84 años	De 85 y más años
Comunicación	74,3	42,1	15,6
Información	61,4	30,5	8,9
Participación política y social	12,3	6,2	1,8
Entretenimiento	55	28,5	9,9
Salud	52	23,8	7,6
Educación	11,3	4,2	0,5
Personas que han realizado alguna otra actividad	43,4	20,3	5,2
Otras actividades: utilizar banca por internet (incl. banca móvil)	43	19,4	5,2

Fuente: Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares, 2022

Es relevante detenerse en el uso de estas tecnologías con servicios que se consideran clave como la salud o la banca electrónica. En la población de 16 a 74 años, el 55% utilizan los servicios digitales para petición de cita sanitaria. Este porcentaje es del 34% en la población de 64 a 74 años, del 14,5% en la de 75 a 84 años y solamente del 4,1 en la población de 85 y más.

Por último, un 43% de la población de 65 a 74 años hacen uso de la banca online, un porcentaje que se reduce enormemente según avanza la edad. Tan solo un 5,2% de las personas mayores de 85 años hace uso de este tipo de servicio.

En el análisis no de puede pasar por alto que la brecha digital intersecciona con la brecha de género. De hecho, entre las personas de 75 y más años, el 10,7% de las mujeres utilizan los servicios online para solicitar cita médica frente al 13% de hombres, 12,6% de las mujeres hacen uso de banca online frente al 19,8% de hombres.

Tabla 5.4. Uso de comercio electrónico por grupo de edad, 2022

	De 65 a 74 años	De 75 a 84 años	De 85 y más años
Han comprado en los últimos 3 meses	23,7	9,3	2,0

Fuente: Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares, 2022

A este tipo de usos de las nuevas tecnologías se suma el uso de comercio electrónico, en el que igualmente se observan las fuertes diferencias en función de la edad. Mientras que en el grupo más joven (de 65 a 74 años) el 24% hizo uso de la compra digital en los 3 meses precedentes, este porcentaje se reduce a 9,3 entre las personas de 75 a 84 años y al 2% entre mayores de 85 años.

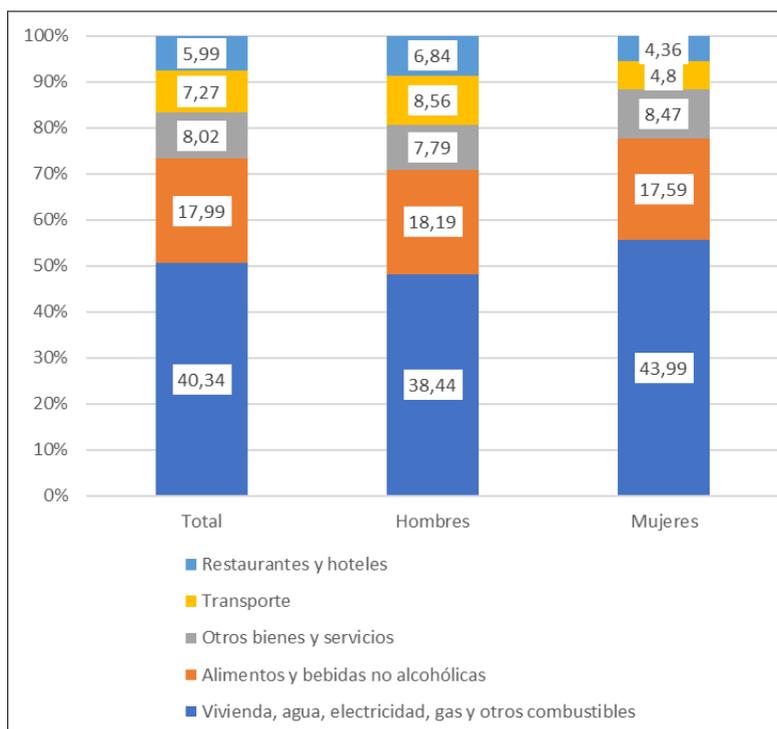
5.4 El consumo de los hogares de las personas mayores

Las personas mayores representan ya un amplio segmento de la población cuya capacidad de consumo va aumentando según se alarga la vida y se mejora la calidad de ésta durante más años. Sin embargo, dada la heterogeneidad dentro del propio colectivo, es necesario analizar de modo comparado las dificultades que deben enfrentar ante el aumento de los precios que, a raíz de la pandemia de la COVID-19 y de la guerra en Ucrania, se han vivido en productos tan claves como la alimentación y la energía.

En 2022 el consumo de las personas mayores se concentra principalmente en la vivienda (40%), la alimentación y bebidas (18%), el transporte (7,3%) y otros bienes y servicios, donde se incluyen luz, agua, etc. (8%), aunque es necesario remarcar que dentro de la vivienda se incluyen el alquiler imputado; esto es, los gastos que se tendrían si las personas tuvieran gastos derivados del alquiler (se trata de una estimación del alquiler que el propietario/a de una casa estaría dispuesto a pagar).

Las diferencias entre hombres y mujeres no apuntan grandes brechas, aunque las mujeres mayores muestran un porcentaje relativo superior de gasto en la vivienda, los bienes y servicios y menor gasto en alimentación y bebidas, así como en restaurantes y bares.

Gráfico 5.3. Principales partidas de gasto de la población de 65 y más años por género. % 2022



Fuente: Encuesta de presupuestos familiares

Comparando el porcentaje de gasto de la población mayor a algunas de las partidas, tal como se recoge en la tabla 5.5, las personas de 65 años y más dedican un mayor porcentaje de su gasto que el resto de edades en alimentos (16,94%) y también en electricidad, gas y otros combustibles (5,22%).

Sin embargo, es crucial apuntar que esta distribución de gasto se ve distorsionada por los alquileres imputados a la vivienda, ya que la población mayor, por el hecho de tener su vivienda en propiedad, contaría con un menor grado de gasto real. Según los datos, el 29% del gasto de las personas mayores se correspondería con el gasto ficticio si se vieran obligados a pagar por un alquiler por la vivienda que tienen en propiedad. De extraer ese porcentaje ficticio aumentaría considerablemente la parte de gasto destinado a otras partidas.

Tabla 5.5. Selección de principales grupos de gasto de la población por grupos de edad 2022 (%)

	De 16 a 29 años	De 30 a 44 años	De 45 a 64 años	65 y más años
Alimentos	11,01	12,99	14,87	16,94
Alquileres reales de vivienda	13,1	6,54	2,92	1,61
Alquileres imputados de vivienda	11,96	15,66	19,36	29,08
Electricidad, gas y otros combustibles	4,22	4,1	4,27	5,22
Restauración y comedores	11,29	9,74	8,66	5,36

Fuente: Encuesta de presupuestos familiares

En relación al gasto energético merece la pena analizar la pobreza energética, valorando el gasto de los hogares de las personas mayores en relación al gasto de los hogares del conjunto de la población. La pobreza energética se define como la situación en la que se encuentra un hogar en el que las necesidades básicas de suministros de energía no pueden ser satisfechas, como consecuencia de un nivel de ingresos insuficiente, y que puede ser posiblemente agravada por disponer de una vivienda ineficiente en energía.

La Estrategia Nacional con la Pobreza Energética recoge una serie de indicadores de interés. El primero es el gasto energético desproporcionado, entendido como el porcentaje de hogares cuya participación del gasto energético en los ingresos es más del doble de la mediana nacional.

En 2022 los hogares de las personas mayores muestran un mayor gasto desproporcionado en el caso de que la persona de referencia sea jubilada (17,7%), siendo mucho mayor en el caso de los hogares con una persona mayor sola (27,8%). Es necesario remarcar que el grupo de personas solas de 65 y más años “representa más de la cuarta parte del conjunto que presenta un gasto energético sobre ingresos mayor que dos veces la mediana nacional (...). Esta situación puede responder a la coexistencia de bajos ingresos con equipamientos y aislamientos deficientes en viviendas de mayor antigüedad”²⁴.

24. https://www.miteco.gob.es/content/dam/miteco/es/ministerio/planes-estrategias/estrategia-pobreza-energetica/actualizaciondelosindicadores-delaestrategianacionalcontralapobrezaenergetica-2022_tcm30-549718.pdf

Estas cifras mejoran los datos registrados en años anteriores, lo cual puede ser explicado por “el efecto positivo de las medidas fiscales y de acción social tomadas por el Gobierno como respuesta a la incidencia de la pandemia provocada por la COVID-19. No obstante, el gasto desproporcionado en 2021 continúa afectando a más del 16% de los hogares, puesto que acontecimientos como la borrasca Filomena que ha tenido lugar en enero de 2021 (con el consecuente incremento de los precios de la electricidad), y la crisis de precios energéticos que comenzó en 2021 han impactado significativamente en la población, incrementando el gasto y agravando la desproporcionalidad del mismo”²⁵.

Tabla 5.6. Gasto energético desproporcionado de los hogares, 2021

	2021
Gasto desproporcionado (2M)	16,4
Gasto desproporcionado en hogares cuya persona de referencia es jubilada	17,7
Gasto desproporcionado de hogares con una persona sola mayor de 65 años	27,8

Fuente: Indicadores de la Estrategia Nacional contra la Pobreza Energética

Por otro lado, también resultan llamativas las mayores dificultades que tienen los hogares de las personas mayores para vivir con una temperatura adecuada. La tabla 5.7 recoge los datos de la población y distinto tipo de viviendas con personas mayores en los años 2018, 2019, 2020 y 2021.

25. Ibid.

Tabla 5.7. Porcentaje de población con una temperatura inadecuada en invierno

	2018	2019	2020	2021
(% sobre el total de población)	9,1	7,6	10,9	14,3
Vivienda cuya persona principal es jubilada	8,2	5,2	10,1	12,3
Hogar con una persona de 65 años o más	12,7	7,4	9,7	18,3

Fuente: Indicadores de la Estrategia Nacional contra la Pobreza Energética

Sin embargo, lo que no puede obviarse es que en los últimos años se percibe una progresión claramente negativa. En 2021 un 14,3% de la población no podría mantener una temperatura adecuada en su hogar, un valor que casi duplica al de 2019. Esta progresión es aún más acentuada en las viviendas de personas jubiladas o con personas de 65 y más años. En el primer caso se habría pasado de un 5,2% de las viviendas que no pueden mantener una temperatura adecuada en 2019 a un 12,3% en 2021.

En 2021 el 18,3% de los hogares con una persona de 65 y más años vivía en hogares con una temperatura inadecuada en invierno, un porcentaje que aumentó casi 11 puntos en los últimos 2 años. La diferencia entre las realidades de viviendas, cuya persona principal está jubilada y los hogares en los que vive una persona con 65 y más años, podría deberse a las características de los hogares que se toman como referencia. La última podría contemplar diversidad de composición de hogares, entre ellos, aquellos con varias generaciones conviviendo en un mismo hogar y cuya persona de referencia no es una persona mayor.

5.5 El maltrato a las personas mayores

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Declaración de Toronto del año 2002 “para la prevención global del maltrato de las personas mayores”, definió el maltrato a una persona mayor “como la acción única o repetida, que causan daño, sufrimiento o angustia, o también la falta de medidas apropiadas para evitar otros daños, y que se produce en cualquier relación donde existe una expectativa de relación de confianza”. Este tipo de violencia constituye una violación de los derechos humanos y puede manifestarse en forma de maltrato físico, sexual, psicológico o emocional; maltrato por razones económicas o materiales; abandono; desatención; y del menoscabo grave de la dignidad y el respeto.

Los estudios sobre la prevalencia del maltrato a mayores son escasos a nivel mundial, y tampoco hay muchos datos rigurosos al respecto; no obstante, en la mayoría de países se reconoce que el abuso de personas mayores debe ser una prioridad de salud pública global, pero la realidad es que en la mayoría de los casos se encuentra desatendida especialmente en comparación con otros tipos de violencias, como las ejercidas hacia las mujeres o los menores.

La violencia contra las personas mayores se sigue ignorando, y no es una prioridad a nivel nacional, regional o mundial. Esto es consecuencia de la falta de datos y de investigaciones al respecto.

El informe presentado por la experta independiente de la ONU, Claudia Mahler, sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas mayores²⁶ dice: “La exclusión de las personas mayores de las encuestas y los censos nacionales afecta la capacidad de comprender en qué medida pueden participar en la sociedad y disfrutar de sus derechos humanos en igualdad de condiciones con los demás”, por tanto, la falta de datos impacta directamente en los derechos humanos de las personas mayores.

Otro factor determinante es la visión que hay sobre el maltrato a los mayores en la mayoría de sociedades; un asunto tabú que provoca que en muchas ocasiones las víctimas no denuncien convirtiendo un problema de primera magnitud en un asunto invisible.

Los cálculos de la OMS estiman que solo se denuncian entre el 4 y 10% de los casos en función de los países. El miedo y la vergüenza son los dos sentimientos que explican por qué una persona que sufre maltrato físico o psicológico no le denuncia, según las conclusiones del estudio²⁷. Además, a menudo las personas de mayor edad no disponen de información dónde hacer la denuncia, tienen limitada la capacidad de comunicarse, piensan que no se les creerán o desconfían de la justicia.

26. <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/ie-older-persons/about-human-rights-older-persons>

27. “Percepción que la población tiene de los malos tratos a las personas mayores”, elaborado por el Asociación para la Investigación del Maltrato a las Personas Mayores (EIMA) y el Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Barcelona (UB).

El maltrato al mayor se puede dar en dos ámbitos en su entorno más cercano como pueden ser las familias, personas de su confianza, o en el de las instituciones como las residencias, hospitales, centros de día etc. En los estudios al respecto el 64,2% del personal de estas instituciones reconoció alguna forma de maltrato durante el ejercicio de su profesión

Tipologías del maltrato

Existen distintos tipos de maltrato. A continuación, se recogen las definiciones de las principales modalidades de maltrato.

El maltrato físico se refiere a actos violentos como los golpes, los empujones, el uso de medidas de contención (incluidas las farmacológicas) y el confinamiento, así como el hecho de provocar intencionadamente dolor físico y lesiones. Durante la pandemia de la COVID-19 hubo un incremento de las lesiones corporales infligidas a los mayores.

El **maltrato físico** puede producirse en todas las situaciones habitacionales las personas de edad: en la familia y en entornos privados, públicos e institucionales. Aunque el riesgo de ser víctima de la violencia física parece ser más elevado en entornos institucionales, posiblemente al ser más visibles que en el ámbito familiar. Son las mujeres mayores quienes más sufren este tipo de maltrato, que en muchas ocasiones viene arrastrado de situaciones de violencia de género, por parte de sus parejas.

El **maltrato psíquico o emocional** es la forma más frecuente de maltrato que sufren las personas mayores y puede ser

experimentado igualmente por hombres y mujeres. El maltrato psicológico y emocional abarca acciones como la intimidación, la humillación, la culpabilización rutinaria, el maltrato verbal y los insultos, así como la separación de las personas de edad de sus amigos o actividades, lo cual reduce su sentimiento de identidad, dignidad y autoestima. Y se da más cuando las personas mayores sufren problemas de salud cognitivos.

El **maltrato sexual** se da cuando la persona que cuida al mayor, una persona de su confianza o una persona desconocida le fuerza a presenciar o participar en cualquier tipo de actos sexuales, lo que incluye gestos, insinuaciones, exhibicionismo, contacto sexual de cualquier tipo (violación, tocamiento, acoso sexual, hacer fotografías) consumado o no, no consentido o con personas incapaces de dar su consentimiento.

La violencia sexual contra las personas mayores es más frecuente entre las que viven en entornos institucionales, ya sea por trabajadores del centro o por otros residentes.

La proporción de mujeres víctimas de violencia sexual es mucho más elevada que la de los hombres. Es la forma de maltrato a las personas mayores que menos se denuncia. La falta de datos desglosados impide conocer a fondo la magnitud del problema. La escasez de datos puede explicarse por los estereotipos negativos y las actitudes sociales que ignoran la sexualidad de las personas de edad. Ello impide que las personas de edad denuncien agresiones sexuales, en particular en entornos residenciales.

Otra forma de maltrato es el las necesidades de una persona **abandono**, que puede definirse mayor, y puede manifestarse por como el hecho de no atender la denegación intencionada o no,

de alimentos, agua, alojamiento, familiares, amigos o vecinos. vestido o asistencia con las Por sus características y tareas de la vida cotidiana o dificultad para obtener pruebas los cuidados. Ya sea por parte se denuncia poco y, por tanto, de cuidadores formales o no, se enjuicia menos.

El abandono se puede dar en todo tipo de entornos, tanto en el familiar como en el institucional. Durante la pandemia de la COVID-19, el abandono fue más frecuente, tanto en familias, pero también en instituciones, como ejemplo puede señalarse el caso de las residencias de personas mayores de la Comunidad de Madrid, dando como resultado más de 7.300 muertes de personas mayores por abandono²⁸.

El **maltrato económico/financiero** supone la utilización no autorizada e ilícita de los fondos, los activos o los bienes de una persona mayor. Es una de las formas más frecuente de maltrato de las personas mayores. Se manifiesta de formas diversas, como el hurto, robo, estafas, falsificación, uso indebido de bienes, abuso de poderes otorgados, denegación de acceso a los fondos propios, cambio de datos en los testamentos, pólizas de seguro de vida o en escrituras públicas.

Uno de los casos más evidentes fue la venta de participaciones “preferentes” que impulsaron las entidades financieras españolas, sobre todo a personas mayores, que no tenían los conocimientos suficientes en materia financiera.

28. <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf>

En muchas ocasiones son las propias familias las que obligan a las personas mayores, a transferir sus bienes económicos o patrimoniales, contra su voluntad o sin su conocimiento. La utilización de nuevas tecnologías como la banca “on line” o los móviles puede hacer que las personas de edad sean más vulnerables a los abusos.

En general el maltrato económico es invisible al no denunciarse, en muchas ocasiones, por vergüenza por parte de la víctima, por inconsciencia de la persona mayor, ya sea por falta de conocimientos o deterioro cognitivo o por dependencia de la persona autora del maltrato.

El **maltrato social o edadismo** es la discriminación de cualquier tipo hacia un grupo de población que reúne características comunes, en este caso el de la edad.

El edadismo es un factor de riesgo importante en el maltrato de las personas mayores. Se asocia a estereotipos negativos y prejuicios hacia las personas de mayor edad, con conceptos como personas viejas o ancianas, que pueden ser percibidos como cargas para la sociedad y como consecuencias incentivadoras de cualquier tipo de maltrato a los mayores. En este aspecto, podemos incluir la infantilización de las personas mayores, que puede ser un maltrato psicológico, consiste en tratar a las personas mayores como si fueran menores. En muchos casos, la persona cuidadora o el entorno de la persona mayor infravaloran sus capacidades físicas y mentales, usando un vocabulario limitado o reducido, con repeticiones y adoptando un tono de voz exagerado e infantil, porque asumen que las frases complejas no serán entendidas por el mayor. También les limitan su autonomía e

independencia porque creen que no son capaces de hacerlos por ellos mismos, favoreciendo así la disminución de sus facultades físicas, cognitivas, funcionales y emocionales, aunque a veces se entienda como una muestra de cariño o afecto.

Por otra parte, los mensajes de rechazo contra las personas mayores tienen en muchas ocasiones su origen en el edadismo, que en muchos casos tienen como consecuencia su discriminación. El uso de expresiones despectivas e injuriosas, perpetuando estereotipos negativos, en medios de comunicación o redes sociales afectan negativamente a la salud mental de las personas mayores. Ello se evidenció durante la pandemia de la COVID-19 donde se produjo una ofensiva mediática y social frente a las personas mayores, responsabilizándolas de las medidas restrictivas de movilidad y sus efectos socioeconómicos.

Últimos datos y cifras

Como hemos indicado inicialmente existen pocos estudios y datos estadísticos sobre el maltrato a las personas mayores, más allá de los que existen en alguna Administración Pública, pero solo de su entorno o de organismos y dentro de otros estudios más amplios.

En este aspecto, los más destacados son los publicados por la OMS, en junio del año 2022, en base a 52 estudios realizados en 28 países entre los años 2017 y 2018. Una de cada seis personas de 60 años o más (el 15,7% de este grupo de edad) sufrieron alguna forma de maltrato, lo que equivale aproximadamente a 141 millones de personas en el mundo.

En el ámbito más cercano al mayor, el maltrato principal habría sido el psicológico con un 11,6%, seguido del económico con un 6,8%, la desatención el 4,2%, el físico el 2,6% y el sexual el 0,9%.

En el ámbito institucional, el orden varía y las tasas de este tipo de maltrato en las instituciones son elevadas: el principal maltrato fue el psicológico con un 33,4%, seguido del físico con un 14%, el económico un 13,8%, la desatención un 11,5% y el sexual un 1,9%.

Como hemos indicado anteriormente, el 64,2% del personal de estas instituciones reconocen haber ejercido maltrato hacia los mayores en su actividad profesional, sobre todo el psicológico y la desatención. Aunque los estudios existentes reconocen que existen pocos datos sobre este asunto, el estudio “*Alta prevalencia de abuso a personas mayores durante la pandemia COVID-19: Factores de Riesgo y Resiliencia*”²⁹ publicado por The American Journal of Geriatric Psychiatry en 2021, tiene como resultado que tras la COVID-19 el maltrato institucional a los mayores se ha incrementado un 83,6% con respecto a las estimaciones de prevalencia antes de la pandemia.

A causa del rápido envejecimiento de la población mundial, sobre todo en occidente, la OMS estima que la población mundial de personas mayores de 60 años se duplicará con creces en los próximos años, de los 900 millones que había en el año 2015 hasta los 1.800 millones estimados para el año 2050.

Como consecuencia de esta tendencia, el número de víctimas en potencia podría aumentar rápidamente en el futuro si no se adoptan medidas para afrontar con eficacia el problema.

29. [https://www.ajgp-online.org/article/S1064-7481\(21\)00018-X/fulltext](https://www.ajgp-online.org/article/S1064-7481(21)00018-X/fulltext)

Magnitud del problema en España

En España hay pocos estudios que traten de manera precisa y con rigor el asunto. En primer lugar, las víctimas no denuncian en muchas ocasiones, y a veces ni el propio entorno, según el estudio *“Percepción de la población sobre los maltratos a las personas mayores”*, presentado por el Grupo Memora en el año 2015. El 26,2 % de las personas encuestadas afirmaba conocer en primera persona casos de maltrato hacia las personas mayores. De estas personas un 72% conocía un caso, un 20% dos casos y un 7,5% hasta tres casos.

Como ya se ha indicado, casi no existen datos concretos oficiales sobre el maltrato que sufren las personas mayores. Las encuestas existentes sobre violencia no desglosan por edad o por tipología del delito. Como consecuencia, se produce una insuficiencia de indicadores para detectar la realidad que experimentan nuestros mayores, permaneciendo invisible este tipo de maltrato.

Debido a esas dificultades se supone que el número real de personas mayores que son víctimas de maltrato o de violencia es significativamente superior al que muestran los datos existentes.

Para realizar una aproximación estadística al número de personas mayores que sufren algún tipo de maltrato, se ha recurrido a la estadística el Ministerio del Interior sobre el número de victimizaciones en función de la edad, en este caso mayores de 65 años, del último año disponible, el año 2021.

El concepto de victimización viene referido al número de hechos denunciados por personas en los cuales manifiestan ser víctimas o

perjudicados por alguna infracción penal. Se diferencia del concepto de «víctima», ya que éste se refiere a personas individuales.

En una denuncia pueden darse varios hechos conjuntamente, e incluso pueden existir varias víctimas o perjudicados, siendo las victimizaciones el término que engloba a los diferentes hechos que afectan a una determinada víctima.

Las diferencias entre victimización y víctima se pueden ejemplificar con el siguiente supuesto:

Una persona presenta una denuncia y manifiesta que, en un determinado período de tiempo, ha sido objeto de tres hechos de malos tratos en el ámbito familiar y un delito de amenazas.

Además, en esta misma denuncia manifiesta que su hijo de tres años también ha sido objeto de malos tratos en una ocasión.

- **Total denuncias: 1.**
- **Total víctimas: 2.**
- **Total victimizaciones: 5 (3 hechos de malos tratos a la mujer + 1 delito de amenazas hacia la mujer + 1 hecho de malos tratos al niño).**

Nota: Los datos se han obtenidos del Sistema Estadístico de Criminalidad (SEC). Para su cómputo se tienen en cuenta los hechos de los que han tenido conocimiento Guardia Civil, Cuerpo Nacional de Policía, policías dependientes de las diferentes comunidades autónomas (Ertzaintza, Mossos d'Esquadra y Policía Foral de Navarra) y las policías locales que facilitan datos al SEC.

Si observamos el anexo 20, durante el año 2021 se produjeron en España 152.681 victimizaciones de infracciones penales a mayores de 65 años, de las cuales el 55% las sufrieron hombres (84.087) y el 45% mujeres (68.208).

En función de la tipología del delito, los más frecuentes serían, en primer lugar, contra el patrimonio el 83%, destacando dentro de este los hurtos (32,98%) y las estafas (20,5%); de ellas el 11% son estafas informática y robos en viviendas con fuerza (7,5%). En segundo lugar, contra las personas con un 6,6% y dentro de estos destaca las lesiones (3,5%) y maltratos en el ámbito familiar (3%) con 4.317 casos. En tercer lugar contra la libertad con un 6,25%, destacando con un 5,6% otros delitos contra la libertad que incluyen, el acoso, vejación, omisión del deber, allanamiento, etc.

Aunque son mayoría los delitos contra los hombres, en función de la tipología del delito, se puede observar que los delitos más relacionados con los maltratos personales son las mujeres quienes los sufren mayoritariamente. Como son los delitos contra las personas, por ejemplo, los malos tratos en el ámbito familiar.

Del total de 3.023 casos contra las personas, el 70% de las personas que los sufrieron son mujeres. También son principalmente mujeres las que sufren los delitos contra la libertad sexual. Ellas los sufrieron en un 85% de los casos, y dentro de esta tipología destaca que en el caso de las agresiones sexuales las víctimas fueron mujeres en el 97% de los casos (34 casos).

En el caso de los delitos contra la libertad y específicamente en los maltratos habituales en el ámbito familiar, en el 73% de los casos los habrían sufrido las mujeres (736 casos) o el 71% de cualquier

delito en el ámbito familiar (47 casos). Estos datos evidencian que, si bien estadísticamente con los datos disponibles las personas mayores sufren sobre todo (hurtos, robos, estafas), hay un porcentaje elevado de delitos de ámbito personal relacionado con el maltrato físico y psicológico que sufren las mujeres en mayoría; es la conjunción de persona mayor de 65 años y mujer la que tiene mayor predisposición a sufrir maltratos. Sin olvidar que estos son los delitos denunciados y que representan una mínima parte de la realidad.

A pesar de la escasez de estadísticas oficiales, existen Administraciones Públicas que de manera individual recogen y elaboran estadísticas donde recogen los casos detectados, como es el caso del Ayuntamiento de Madrid.

Cuadro: Estudio Ayuntamiento de Madrid

El Ayuntamiento de Madrid, a través de sus Servicios Sociales, evalúa anualmente el maltrato que sufren las personas mayores, a las que atienden por sus diversas circunstancias de vulnerabilidad.

En el último informe publicado en el mes de julio de 2023 se dice que en la ciudad de Madrid, en el periodo junio del 2022 a junio del 2023, los Servicios Sociales del Ayuntamiento atendieron a 700 personas mayores, sobre las más de 600.000 personas mayores de 65 años (el 20%) que residen en la ciudad; por tanto, un colectivo muy minoritario y caracterizado por algún tipo de vulnerabilidad.

(continúa en pág. siguiente)

(...Cuadro: Estudio Ayuntamiento de Madrid)

Aun así, el informe del Ayuntamiento de Madrid dice en sus conclusiones:

- 1 Se detectaron 322 casos de malos tratos (el 46%), de los cuales se llegaron a confirmar con denuncia 102 (el 31%), siendo las tipologías más frecuentes de los maltratos las siguientes: 35 casos por maltrato psicológico, 26 casos por negligencia, 24 casos por abuso económico y 17 casos por maltrato físico.
- 2 El perfil más común de las víctimas es el siguiente: en el 58% eran mujeres, en el 57% eran mayores de 80 años, en el 66% no sufrían deterioro cognitivo y en el 44% de los casos el causante del maltrato era un familiar o una persona de confianza.
- 3 Hay un aumento constante de los casos. En el año 2013, es decir hace una década, los casos fueron 63. Por otra parte, se ha apreciado también un aumento significativo de los casos de agresiones de hijos hacia sus progenitores. "El caso más común es el de una madre que convive con su hijo y que este tiene problemas de adicción o/y mentales que le llevan a maltratar psicológicamente a su progenitora y a abusar económicamente de ella". En estos casos, normalmente, la madre es reacia a denunciar a su hijo y la solución, en caso de peligrar la integridad de la mujer, es su ingreso involuntario en una residencia.

Este estudio de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid también evidencia algo recogido en otros estudios del mismo tipo, que, a mayor vulnerabilidad, mayor es la posibilidad de las personas mayores de sufrir maltratos. El no disponer de ingresos suficientes, no disponer de condiciones materiales de vida, o sufrir alguna discapacidad o ser mujer son factores determinantes para aumentar las posibilidades de ser víctima de algún tipo de maltrato.

Específicamente el factor del género es determinante. Diferentes estudios a nivel mundial revelan que el 60% o 75%, según los países, de las víctimas de maltrato sobre las personas mayores son mujeres. Siendo otros factores determinantes la edad (a mayor edad más posibilidades de ser maltratados) o el nivel de discapacidad o dependencia (a mayor nivel, más probabilidad de sufrir algún tipo de maltrato). La mayor esperanza de vida, sobre todo en las mujeres, viene acompañada de un mayor incremento de personas mayores con enfermedades degenerativas y dependientes y, en consecuencia, podría aumentar el número de personas mayores maltratadas.

El último informe de carácter institucional sobre el maltrato a las personas mayores publicado en España fue el elaborado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), en agosto del año 2005³⁰. En el mismo se decía que los datos estadísticos eran pocos e imprecisos, produciéndose una disparidad de resultados, aunque parece que había un consenso en situar el número de personas mayores maltratadas entorno al 5 y 8% en

30. MARTÍNEZ MAROTO, Antonio (2005). "El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 40[Fecha de publicación: 30/08/2005].

aquel momento. Aunque el informe también dice que, por los factores antes mencionados, el porcentaje real podría multiplicarse por 3 o 4. Por tanto, es una realidad difícilmente cuantificable pese a su relevancia.

A su vez, el informe ya estimaba que en los próximos años el fenómeno se incrementaría, como así ha sido. Otras conclusiones del informe eran que la mayor parte de las acciones u omisiones de maltrato son constitutivas de delito o falta y, por tanto, en muchas de ellas llevan unida la responsabilidad civil, por parte de las instituciones

Otro de los estudios de relevancia se titula "*Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España*" financiado por el IMSERSO y elaborado por el Departamento de Psicología Biológica de la Universidad Autónoma de Madrid, en diciembre del año 2013³¹. En el estudio participaron 338 personas mayores que acudían a centros de Servicios Sociales o de Atención Primaria (134 hombres (39,6%) y 204 mujeres (60,4%), con una edad media de 74,5 años.

Entre las conclusiones se señala que se ha encontrado una prevalencia de malos tratos del 12,1%, siendo el tipo más frecuente el psicológico y siendo frecuente la presencia simultánea de diferentes tipos (maltrato psicológico y físico y sexual).

Por último, el estudio refleja que los malos tratos son más frecuentes en las mujeres y los responsables son cada vez con mayor frecuencia los propios cónyuges, es decir vinculados a la violencia de género.

31. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/667079/prevalencia_perez_mc_2013_ps.pdf?sequence=3&isAllowed=y

6

CONCLUSIONES

El cambio demográfico en España sigue transformado la estructura poblacional, de la mano del aumento de la esperanza de vida no solo de la población al nacer, sino también de la población mayor, cuya esperanza de vida libre de enfermedad sigue en ascenso. Esta progresión, sumada a la reducción de la natalidad y fecundidad, está implicando un aumento del peso de las personas mayores en el conjunto de la sociedad española, lo que representa un reto a abordar desde las políticas públicas. Pero no sólo implica un desafío, sino también un nuevo abanico de oportunidades para reforzar la solidaridad intergeneracional, para impulsar nuevos perfiles de personas mayores con oportunidades para un envejecimiento activo o nuevos nichos de empleo de calidad ligados a las nuevas necesidades.

El presente observatorio realiza una revisión del estado de las principales políticas públicas que son imprescindibles para asegurar la calidad de vida de las personas mayores en España. De este modo, se analiza el estado del sistema de pensiones, el sistema de atención a la dependencia y el sistema sanitario a partir de una serie de indicadores clave.

En materia de **pensiones**, es necesario remarcar los elementos que caracterizan el modelo español, la solidaridad y el carácter intergeneracional, en el que las aportaciones de las personas trabajadoras garantizan el 80% del gasto del sistema. Conviene recordar que en España existen 9,5 millones de personas pensionistas, siendo la mayor parte de las pensiones de carácter contributivo.

La brecha de género es uno de los principales ejes de desigualdad que se trasladan del mercado de trabajo al sistema de pensiones. En el propio sistema de pensiones se identifican dos ámbitos en los que opera la brecha de género: en la pensión propia (menor proporción de pensiones propias en las mujeres) y la pensión más baja (menor cuantía de las pensiones). Desde la perspectiva sindical se ha de trabajar en ambos ámbitos, abordando en las causas laborales y sociales de las brechas, por un lado, y en su impacto sobre las prestaciones, por otro.

El sistema de pensiones se dota de mecanismos de flexibilidad para garantizar la existencia de pensiones a las personas que tengan distintas trayectorias laborales, posibilitando diversas modalidades de jubilación.

La revalorización de las pensiones ligada a la inflación es una cuestión de justicia social que, además, despliega importantes efectos macroeconómicos, ha servido para garantizar el poder adquisitivo de las pensiones de 9,5 millones de personas y se ha destinado, fundamentalmente, a la demandada interna de bienes y servicios de la que depende el mantenimiento y la creación de la actividad económica y el empleo.

Garantizar la suficiencia de las pensiones es un elemento clave para asegurar que el sistema de pensiones cumpla con el objetivo de asegurar condiciones de vida dignas. Por ello, fruto del diálogo social, se ha incluido una nueva garantía de suficiencia de las pensiones mínimas y las no contributivas, para que ninguna pensión esté por debajo del umbral de pobreza.

El sistema de **atención a la dependencia** ha vivido un fuerte impulso en los últimos años, una evolución que se ha materializado en un incremento de la financiación estatal del mismo.

Los objetivos de dicho impulso (el Plan de Choque) han sido, por un lado, reducir las listas de espera y los tiempos de tramitación, y por otro, a la vez que asegurar las condiciones laborales de las personas trabajadoras, como condición para asegurar la calidad de la atención mediante la provisión de servicios profesionales.

El sistema de atención a la dependencia precisa de avanzar en el seguimiento y la coordinación. Por un lado, es necesario realizar un seguimiento del Plan de Choque para conocer la implantación efectiva del incremento de la intensidad de las prestaciones acordadas en el mismo, especialmente de las relacionadas con el servicio de ayuda a domicilio. Por otro, es necesario impulsar un marco de coordinación sociosanitaria que garantice la atención integral de las personas en situación de dependencia.

La prolongación de la vida representa un importante desafío para el **sistema sanitario**. En los próximos años y décadas, la atención primaria y la geriátrica, se van a colocar en un lugar prioritario de atención médica en el seguimiento y tratamiento de la salud de las personas mayores, por lo que las carencias que se

han hecho llamativamente manifiestas en los últimos años deben atajarse y mediante una apuesta firme para dotarla de recursos.

El sistema también ha de afrontar la necesidad de reforzar y potenciar los servicios de cuidado de media y larga duración, para descargar la presión hospitalaria y asegurar las mejores condiciones posibles de recuperación para las personas.

En los últimos años han ido ganando protagonismo una serie de cuestiones relacionadas con las condiciones de vida de las personas mayores que se han ido colocado a la agenda política.

La soledad no deseada se ha relacionado con una reducción de la esperanza de vida y de los años de vida saludable. Por ello, se hace necesario, por un lado, mejorar el conocimiento con definiciones acordadas y datos oficiales para conocer tanto la prevalencia de esta situación como los colectivos de mayor riesgo; y, por otro, plantear estrategias y actuaciones para afrontarla.

Las medidas han de tener una visión de largo recorrido, que vayan más allá de las que por el momento se están impulsando, como teleasistencia, cursos para mayores o programas específicos del IMSERSO. Sería, además, interesante impulsar iniciativas que incorporen de manera transversal una perspectiva que estudie el impacto de las iniciativas, normativas o políticas públicas en la soledad no deseada. En este sentido, cabrían propuestas como la realización de un test de soledad para evaluar dicho impacto.

Las medidas y programas encaminadas a abordar la soledad no deseada deberían contar con financiación específica, algo que también debería de reflejarse en las diversas estrategias, tal como hace la estrategia nacional británica.

Analizar y rescatar las buenas prácticas resulta de interés, pero es preciso generalizar las medidas contra la soledad, adaptarlas a las situaciones específicas y mantenerlas en el tiempo para ampliar su ámbito de acción.

La coordinación entre sistemas, y en especial entre el sanitario y el de servicios sociales es crucial. No solo en la detección de la soledad no deseada sino también en el acceso a los recursos disponibles. Se requieren mecanismos que vinculen la identificación de las situaciones de riesgo con las herramientas que puedan mitigarlas.

Para abordar esta situación, CCOO considera imprescindible diseñar un Plan Nacional contra la soledad no deseada, que incluya medidas específicas y presupuesto suficiente, que garantice la protección de las personas mayores en toda España, y especialmente en la llamada “vaciada”, donde las personas mayores se encuentran mucho más desamparadas.

En un contexto global de cambio tecnológico, la **digitalización** puede ofrecer grandes oportunidades a las personas mayores. Las personas mayores cada vez tienen más recursos para hacer uso de las herramientas digitales, pero estas capacidades no son homogéneas y son muy dispares en las distintas franjas de edad.

Existen dificultades manifiestas por parte de las personas mayores, más acusadas en las de más edad, para hacer uso de manera eficaz de las oportunidades que podría implicar y no pueden obviarse los riesgos que entraña el uso de las nuevas tecnologías, ligados especialmente al aislamiento social.

El maltrato a las personas mayores debe ser una prioridad de salud pública y dejar de ser un asunto ignorado o al menos desatendido. Se trata de una problemática invisibilizada, dado que las personas mayores parecen denunciar en menor medida estas situaciones y una falta de fuentes estadísticas oficiales que permitan un análisis riguroso.

Los pocos estudios que se han llevado a cabo apuntan a que existe una infravaloración de la magnitud del problema, a que un porcentaje significativo se relacionaría con violencia de género y a que cabe esperar un empeoramiento de la situación.

Por ello, se hace imprescindible que desde el Gobierno central y las comunidades autónomas se elabore una estadística actualizada, completa y fiable que ofrezca información acerca de los casos de maltrato a las personas mayores, su alcance y tipos, desglosados por el entorno en que se producen y teniendo en cuenta el enfoque de género y las situaciones de discapacidad o dependencia.

Es necesario acabar con “maltrato institucional” hacia las personas mayores, que sería aquel que ejercen las Administraciones Públicas cuando no aportan los recursos necesarios para que las personas mayores tengan una vida digna. Para ello, es imprescindible disponer de mayores recursos para evitar los casos de maltrato a las personas mayores.

Como se ha indicado el maltrato no suele ser denunciado por parte de las personas mayores; por ello, el papel de los servicios sociosanitarios para la detección de estos malos tratos es fundamental y este personal debe recibir nociones de formación

geronto-geriátrica, además de fomentar una mejor coordinación entre las instituciones y organizaciones implicadas.

La calidad de las condiciones de vida de las personas mayores precisa tanto de los recursos necesarios para asegurar las condiciones materiales y de salud de este grupo de población, cada vez más numeroso, como de rebatir los discursos de confrontación intergeneracional, edadistas y estigmatizadores.

Es necesario un cambio de mentalidad en las sociedades occidentales hacia las personas mayores, en muchas ocasiones, impulsadas por los medios de comunicación, con la exaltación de la juventud y desprecio a la vejez que generan prejuicios sociales.

El avance en las políticas, medidas y protocolos en prevención de la violencia contra las mujeres es crucial y es preciso atender a las realidades de las personas mayores, para abordar las situaciones de vulnerabilidad en las que se encuentran las mujeres víctimas.

Una Ley Integral de los Derechos de las Personas Mayores podría ser un marco que ayude a garantizar un envejecimiento digno, activo y la participación de las personas mayores en todos los ámbitos de la sociedad.

ANEXOS

ANEXO 1.

Esperanza de vida saludable a los 65 años

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		
													Total	Hombres	Mujeres
Media España	17,4	17,0	17,3	18,7	17,7	17,9	18,1	18,0	18,7	18,6	18,7	19,1	17,9	16,6	19,1
Andalucía	15,8	14,8	15,0	17,0	15,6	15,9	16,2	16,4	16,2	16,2	16,1	18,2	17,6	16,8	18,2
Aragón	18,8	19,0	19,3	19,0	19,1	19,3	19,0	19,2	20,4	20,2	20,2	19,4	17,9	16,8	18,6
Asturias	17,5	17,2	17,5	18,0	18,1	18,3	18,5	17,6	17,2	17,3	17,3	18,6	17,7	16,0	19,3
Illes Balears	17,0	17,8	18,1	17,6	18,3	18,3	18,3	18,6	20,1	20,0	20,2	19,4	19,1	19,0	19,4
Canarias	17,6	17,4	18,0	16,6	17,2	17,0	16,3	17,1	18,4	18,5	18,2	18,9	18,8	18,6	19,1
Cantabria	18,7	18,1	18,4	18,3	18,4	18,4	18,1	18,3	18,8	18,9	18,7	18,3	17,8	16,5	18,9
Castilla y León	19,2	19,4	19,6	20,6	19,7	19,5	19,4	19,5	20,3	20,3	20,3	20,1	18,3	16,5	20,2
Castilla - La Mancha	17,3	17,3	17,6	18,4	17,8	18,1	18,3	18,3	19,4	19,0	19,3	20,3	17,9	16,3	19,5
Cataluña	18,1	18,2	18,5	19,0	18,3	18,1	17,9	17,9	18,4	18,3	18,3	20,3	18,5	16,7	20,2
C. Valenciana	16,6	16,4	16,6	18,5	17,4	17,9	18,2	18,3	19,2	19,0	18,9	18,5	18,0	17,3	18,6
Extremadura	16,7	16,2	16,3	17,0	17,5	17,7	18,4	18,0	18,4	18,3	18,4	19,5	18,4	16,5	19,8
Galicia	17,0	16,2	16,4	19,5	17,2	17,5	18,0	18,8	20,1	20,1	20,0	18,6	18,3	17,0	19,7
Madrid	18,5	17,8	18,2	20,4	19,1	19,5	19,9	19,4	20,0	19,9	20,2	19,5	17,1	15,6	18,4
Murcia	15,3	15,0	15,5	18,1	16,0	16,4	16,6	15,8	15,7	15,5	15,6	16,7	16,4	15,6	17,3
Navarra	17,6	18,2	18,6	19,9	18,8	18,9	18,9	19,0	19,4	19,3	19,5	19,6	18,3	16,4	20,1
País Vasco	18,2	17,6	17,9	19,6	19,0	19,6	20,0	20,1	20,8	20,8	20,9	19,5	18,7	17,5	19,8
La Rioja	17,3	17,7	17,7	19,0	18,0	18,4	18,5	18,8	19,8	19,9	19,4	19,6	18,3	17,4	19,1
Ceuta	13,5	13,7	13,8	15,3	15,3	16,4	17,6	17,6	17,7	17,5	17,7	14,5	13,1	13,4	12,8
Melilla	13,5	13,7	13,8	15,3	15,3	16,4	17,6	17,6	17,7	17,5	17,7	14,5	13,1	13,4	12,8

Fuente: Indicadores de Estructura de la Población

ANEXO 2.

Porcentaje de población mayor de 65 años

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2022		
											TOTAL	Hombres	Mujeres
Media España	10,2	11,1	11,8	13,4	15,0	16,5	16,6	16,8	18,5	19,6	20,0	17,7	22,2
Andalucía	9,2	10,0	10,3	11,4	12,7	14,1	14,5	14,9	16,2	17,4	18,0	16,0	19,9
Aragón	12,8	13,9	15,1	17,3	19,4	21,0	20,5	19,7	20,9	21,7	22,1	19,5	24,6
Asturias	10,9	12,5	13,8	16,2	18,7	21,2	21,9	22,0	24,0	26,1	27,2	23,9	30,1
Illes Balears	11,8	12,5	13,1	14,0	14,3	14,6	13,8	13,7	15,2	16,0	16,3	14,6	18,1
Canarias	7,3	8,1	8,5	9,3	10,2	11,5	12,1	13,2	15,0	16,5	17,1	15,5	18,7
Cantabria	10,7	11,9	12,9	14,9	16,8	18,6	18,7	18,5	20,3	22,3	23,1	20,5	25,5
Castilla y León	12,2	13,7	14,9	17,1	19,5	21,9	22,5	22,6	24,0	25,5	26,2	23,8	28,6
Castilla - La Mancha	12,2	13,6	14,3	16,1	17,8	19,3	18,7	17,6	18,3	19,1	19,3	17,2	21,3
Cataluña	10,2	10,9	12,0	13,8	15,5	16,9	16,4	16,5	18,4	19,2	19,3	16,8	21,6
C. Valenciana	10,7	11,1	11,6	13,2	14,6	16,0	15,9	16,5	18,5	19,7	20,0	17,8	22,1
Extremadura	11,8	13,3	13,6	14,9	16,5	18,3	18,9	19,1	19,8	20,9	21,5	19,3	23,7
Galicia	12,1	13,2	14,4	16,1	17,9	20,2	21,2	22,1	24,0	25,4	26,1	23,3	28,8
Madrid	8,2	9,1	10,0	11,5	12,9	14,2	14,1	14,7	17,0	18,0	18,3	15,9	20,6
Murcia	9,8	10,1	10,3	11,5	12,7	14,0	13,8	13,7	15,2	15,9	16,1	14,2	18,0
Navarra	10,7	11,7	12,8	14,9	16,5	17,7	17,5	17,4	19,1	20,0	20,3	18,2	22,3
País Vasco	8,2	9,0	10,1	12,1	14,6	17,1	18,1	19,1	21,4	22,8	23,2	20,4	25,9
La Rioja	11,9	12,6	13,7	15,9	17,7	19,2	18,4	18,2	20,0	21,3	21,5	19,5	23,5
Ceuta	7,3	8,0	8,5	9,2	9,9	10,6	11,2	11,1	11,1	12,4	12,5	11,1	13,9
Melilla	8,3	8,6	8,8	9,2	9,9	10,3	10,7	10,3	9,9	11,1	11,2	10,0	12,3

Fuente: Indicadores de Estructura de la Población

ANEXO 3.

Pensiones en vigor a 1 de agosto de 2023 según CCAA y provincia por régimen de Seguridad Social y clase de pensión

COMUNIDAD AUTÓNOMA Y PROVINCIA	TOTAL PENSIONES		INCAPACIDAD PERMANENTE	
	Número	P.media (€/mes)	Número	P.media (€/mes)
TOTAL ESTADO	10.069.148	1.195,65	946.903	1.118,40
ANDALUCÍA	1.640.629	1.068,47	203.609	1.029,02
Almería	112.807	974,41	9.970	1.022,24
Cádiz	229.159	1.183,35	35.402	1.114,40
Córdoba	176.874	995,81	15.329	964,14
Granada	195.422	1.016,01	22.021	1.028,10
Huelva	102.268	1.083,08	11.986	976,78
Jaén	146.462	984,46	21.141	957,87
Málaga	282.911	1.085,22	29.475	1.088,25
Sevilla	394.726	1.102,56	58.285	1.002,32
ARAGÓN	309.931	1.266,54	21.364	1.180,26
Huesca	54.175	1.146,29	5.018	1.072,29
Teruel	35.879	1.156,11	3.321	1.072,62
Zaragoza	219.877	1.314,18	13.025	1.249,30
ASTURIAS	299.979	1.400,46	25.996	1.275,55
ILLES BALEARS	204.282	1.116,62	17.368	1.051,22
CANARIAS	354.549	1.087,05	50.511	1.058,06
Las Palmas	186.153	1.104,78	27.708	1.109,03
S.C.Tenerife	168.396	1.067,45	22.803	996,14
CANTABRIA	145.077	1.263,89	12.907	1.167,35
CASTILLA - LA MANCHA	387.139	1.108,02	44.328	1.030,91
Albacete	74.094	1.073,06	6.765	1.045,42
Ciudad Real	101.621	1.111,38	14.758	1.012,26
Cuenca	44.922	1.016,23	6.345	968,60
Guadalajara	44.470	1.265,77	5.665	1.142,13
Toledo	122.032	1.102,75	10.795	1.025,56
CASTILLA Y LEÓN	621.293	1.193,53	45.525	1.116,98
Ávila	39.073	1.044,63	3.028	983,73
Burgos	92.442	1.284,46	4.832	1.241,66
León	139.967	1.190,64	13.243	1.186,29
Palencia	43.264	1.223,26	3.826	1.085,81
Salamanca	81.437	1.109,36	5.200	1.051,97
Segovia	34.817	1.139,93	2.444	1.031,40
Soria	22.607	1.144,62	1.183	1.106,25
Valladolid	119.920	1.318,09	9.598	1.096,09
Zamora	47.766	1.013,86	2.171	1.007,81

JUBILACIÓN		VIUDEDAD		ORFANDAD		FAVOR DE FAMILIARES	
Número	P.media (€/mes)	Número	P.media (€/mes)	Número	P.media (€/mes)	Número	P.media (€/mes)
6.380.917	1.375,68	2.353.584	852,44	342.480	478,65	45.264	702,63
961.871	1.241,24	393.326	788,06	69.917	452	11.906	669
68.273	1.122,32	28.651	718,56	5.408	404,42	505	653,04
123.657	1.412,27	56.774	881,73	10.575	485,12	2.751	689,47
110.277	1.141,82	42.978	730,83	6.929	453,63	1.361	649,00
118.797	1.171,44	45.185	715,47	7.933	434,30	1.486	654,94
60.044	1.269,66	25.075	808,99	4.377	455,42	786	690,42
82.781	1.132,50	36.159	753,60	5.569	439,11	812	604,69
171.995	1.253,22	66.904	786,72	12.901	440,07	1.636	663,14
226.047	1.291,93	91.600	823,24	16.225	467,30	2.569	685,03
204.863	1.445,63	73.376	897,50	9.487	493,81	841	746,14
34.403	1.310,17	13.010	830,65	1.657	470,11	87	689,23
23.141	1.323,44	8.267	812,50	1.048	480,07	102	707,17
147.319	1.496,46	52.099	927,69	6.782	501,72	652	759,83
185.138	1.640,77	78.107	975,91	8.784	580,26	1.954	951,72
135.667	1.271,29	45.122	771,25	6.006	415,13	119	693,17
202.044	1.268,68	82.888	801,65	16.610	450,87	2.496	682,26
104.845	1.287,87	42.679	809,71	9.256	456,75	1.665	671,00
97.199	1.247,99	40.209	793,10	7.354	443,47	831	704,81
91.112	1.462,99	35.115	898,38	4.604	524,06	1.339	776,58
229.877	1.281,14	95.485	838,41	14.823	474,16	2.626	636,71
45.046	1.233,98	18.582	807,29	2.958	473,53	743	602,55
55.269	1.308,56	26.620	865,83	4.102	497,98	872	673,15
25.659	1.160,68	10.983	795,32	1.615	489,43	320	619,02
27.621	1.462,78	9.490	904,43	1.581	474,98	113	718,16
76.282	1.263,87	29.810	828,19	4.567	447,51	578	619,54
402.415	1.368,68	150.217	846,66	19.232	516,21	3.904	714,42
24.774	1.187,16	9.746	781,04	1.289	512,99	236	652,96
63.639	1.458,80	20.779	875,29	2.865	513,00	327	747,01
87.092	1.371,61	34.456	827,11	4.109	522,81	1.067	783,76
27.447	1.413,09	10.328	874,05	1.358	538,29	305	739,55
52.844	1.263,83	20.187	808,62	2.557	522,33	649	659,19
22.626	1.309,59	8.480	813,58	1.133	485,13	134	662,47
15.437	1.298,53	5.200	789,70	705	508,88	82	695,12
77.682	1.523,18	28.349	947,00	3.607	519,23	684	733,22
30.874	1.149,97	12.692	762,81	1.609	497,64	420	604,28

(continúa en pág. siguiente)

ANEXO 3. (continuación)

Pensiones en vigor a 1 de agosto de 2023 según CCAA y provincia por régimen de Seguridad Social y clase de pensión

COMUNIDAD AUTÓNOMA Y PROVINCIA	TOTAL PENSIONES		INCAPACIDAD PERMANENTE	
	Número	P.media (€/mes)	Número	P.media (€/mes)
TOTAL ESTADO	10.069.148	1.195,65	946.903	1.118,40
CATALUNYA	1.771.957	1.243,85	158.306	1.231,15
Barcelona	1.327.495	1.282,87	117.978	1.270,88
Girona	165.030	1.117,69	12.775	1.101,65
Lleida	101.508	1.071,54	10.567	1.090,26
Tarragona	177.924	1.168,06	16.986	1.140,23
C. VALENCIANA	1.031.993	1.102,49	94.073	1.065,78
Alicante	335.562	1.034,90	23.009	1.016,23
Castellón	136.589	1.072,77	13.304	1.078,88
Valencia	559.842	1.150,26	57.760	1.082,50
EXTREMADURA	235.752	999,41	27.539	950,40
Badajoz	138.248	1.005,51	17.458	943,53
Cáceres	97.504	990,77	10.081	962,30
GALICIA	772.975	1.022,36	72.635	1.017,13
A Coruña	304.940	1.071,91	27.608	1.018,56
Lugo	113.290	922,78	10.676	1.000,02
Ourense	107.064	886,62	11.418	1.033,40
Pontevedra	247.681	1.065,59	22.933	1.015,26
MADRID	1.228.941	1.393,99	86.666	1.206,85
MURCIA	258.018	1.058,33	29.468	1.010,36
NAVARRA	142.962	1.372,54	10.182	1.322,36
PAÍS VASCO	573.513	1.481,16	39.642	1.430,44
Araba/Álava	81.524	1.504,45	6.248	1.419,37
Gipuzkoa	193.697	1.452,11	12.236	1.465,39
Bizkaia	298.292	1.493,66	21.158	1.413,50
LA RIOJA	72.627	1.181,46	4.544	1.154,99
Ceuta	8.995	1.211,10	974	1.282,33
Melilla	8.536	1.161,01	1.266	1.233,06

Fuente: Seguridad Social



JUBILACIÓN		VIUDEDAD		ORFANDAD		FAVOR DE FAMILIARES	
Número	P.media (€/mes)	Número	P.media (€/mes)	Número	P.media (€/mes)	Número	P.media (€/mes)
6.380.917	1.375,68	2.353.584	852,44	342.480	478,65	45.264	702,63
1.170.481	1.405,06	391.074	868,02	50.755	473,90	1.341	779,06
880.301	1.445,73	290.727	898,40	37.444	490,58	1.045	794,85
111.462	1.264,15	36.147	762,32	4.588	407,53	58	835,74
63.658	1.225,04	24.015	742,53	3.208	433,80	60	707,69
115.060	1.329,98	40.185	818,35	5.515	439,19	178	692,00
652.714	1.261,02	244.735	799,13	37.803	450,01	2.668	686,70
217.229	1.173,80	81.572	769,69	12.487	422,45	1.265	668,60
88.098	1.208,74	30.382	773,46	4.562	444,42	243	663,05
347.387	1.328,82	132.781	823,09	20.754	467,82	1.160	711,38
137.042	1.149,17	59.592	775,35	9.456	469,29	2.123	618,48
77.717	1.165,69	35.519	793,77	6.077	467,47	1.477	615,41
59.325	1.127,54	24.073	748,17	3.379	472,56	646	625,52
485.623	1.169,59	184.477	721,55	23.399	472,22	6.841	620,36
191.497	1.232,28	74.176	764,44	9.222	488,11	2.437	642,67
71.362	1.048,32	27.183	626,81	3.014	468,16	1.055	574,65
66.913	981,69	24.710	625,98	2.820	450,13	1.203	582,19
155.851	1.228,77	58.408	751,59	8.343	463,58	2.146	638,90
830.787	1.591,07	272.802	974,95	35.952	515,42	2.734	805,22
153.058	1.231,98	62.105	781,61	11.891	437,77	1.496	657,55
98.268	1.548,28	29.860	942,72	4.270	507,27	382	772,11
381.273	1.684,18	134.415	1.037,30	15.937	578,33	2.246	881,36
55.788	1.699,20	17.268	1.027,86	2.063	536,12	157	829,17
132.450	1.630,73	43.614	1.012,04	4.864	563,75	533	876,62
193.035	1.716,52	73.533	1.054,50	9.010	595,87	1.556	888,24
49.914	1.323,45	15.993	841,20	2.001	463,52	175	674,61
4.561	1.507,99	2.652	914,57	761	398,65	47	810,84
4.209	1.457,94	2.243	848,00	792	367,92	26	744,22

ANEXO 4.

Pensiones en vigor a 1 de agosto de 2023 a complementos a mínimos según CCAA y provincia por clase de pensión

AMBOS SEXOS (*)				
COMUNIDAD AUTÓNOMA Y PROVINCIA	TOTAL PENSIONES		INCAPACIDAD PERMANENTE	
	Número	Porcentaje (**)	Número	Porcentaje (**)
TOTAL	2.158.103	21,43%	135.783	14,34%
ANDALUCÍA	479.839	29,25%	42.424	20,84%
Almería	35.126	31,14%	1.594	15,99%
Cádiz	65.436	28,55%	6.854	19,36%
Córdoba	54.804	30,98%	3.561	23,23%
Granada	59.835	30,62%	5.112	23,21%
Huelva	29.401	28,75%	2.572	21,46%
Jaén	51.980	35,49%	5.046	23,87%
Málaga	75.648	26,74%	4.645	15,76%
Sevilla	107.609	27,26%	13.040	22,37%
ARAGÓN	58.947	19,02%	2.444	11,44%
Huesca	12.309	22,72%	649	12,93%
Teruel	8.112	22,61%	405	12,20%
Zaragoza	38.526	17,52%	1.390	10,67%
ASTURIAS	43.854	14,62%	2.793	10,74%
ILLES BALEARS	33.833	16,56%	1.568	9,03%
CANARIAS	97.076	27,38%	8.100	16,04%
Las Palmas	47.505	25,52%	4.376	15,79%
S.C.Tenerife	49.571	29,44%	3.724	16,33%
CANTABRIA	23.765	16,38%	1.284	9,95%
CASTILLA - LA MANCHA	126.394	32,65%	6.448	14,55%
Albacete	26.136	35,27%	1.188	17,56%
Ciudad Real	35.843	35,27%	2.455	16,64%
Cuenca	17.746	39,50%	907	14,29%
Guadalajara	8.613	19,37%	520	9,18%
Toledo	38.056	31,19%	1.378	12,77%
CASTILLA Y LEÓN	149.434	24,05%	6.145	13,50%
Ávila	13.726	35,13%	644	21,27%
Burgos	16.620	17,98%	512	10,60%
León	28.390	20,28%	1.644	12,41%
Palencia	9.994	23,10%	469	12,26%
Salamanca	25.458	31,26%	898	17,27%
Segovia	8.862	25,45%	293	11,99%
Soria	5.067	22,41%	122	10,31%
Valladolid	23.209	19,35%	1.201	12,51%
Zamora	18.108	37,91%	362	16,67%

AMBOS SEXOS (*)

JUBILACIÓN		VIUDEDAD		ORFANDAD		FAVOR DE FAMILIARES	
Número	Porcentaje (**)	Número	Porcentaje (**)	Número	Porcentaje (**)	Número	Porcentaje (**)
1.254.321	19,66%	598.148	25,41%	147.010	42,93%	22.841	50,46%
264.795	27,53%	129.767	32,99%	36.766	52,59%	6.087	51,13%
20.247	29,66%	10.048	35,07%	2.933	54,23%	304	60,20%
30.103	24,34%	21.844	38,48%	5.464	51,67%	1.171	42,57%
34.134	30,95%	12.541	29,18%	3.769	54,39%	799	58,71%
36.338	30,59%	13.130	29,06%	4.362	54,99%	893	60,09%
16.071	26,77%	8.057	32,13%	2.342	53,51%	359	45,67%
28.063	33,90%	15.060	41,65%	3.308	59,40%	503	61,95%
41.762	24,28%	21.975	32,85%	6.465	50,11%	801	48,96%
58.077	25,69%	27.112	29,60%	8.123	50,06%	1.257	48,93%
34.623	16,90%	17.910	24,41%	3.630	38,26%	340	40,43%
6.520	18,95%	4.314	33,16%	786	47,44%	40	45,98%
5.061	21,87%	2.153	26,04%	446	42,56%	47	46,08%
23.042	15,64%	11.443	21,96%	2.398	35,36%	253	38,80%
26.223	14,16%	11.325	14,50%	2.878	32,76%	635	32,50%
21.136	15,58%	8.767	19,43%	2.313	38,51%	49	41,18%
47.513	23,52%	31.429	37,92%	8.796	52,96%	1.238	49,60%
22.765	21,71%	14.985	35,11%	4.592	49,61%	787	47,27%
24.748	25,46%	16.444	40,90%	4.204	57,17%	451	54,27%
13.967	15,33%	6.233	17,75%	1.754	38,10%	527	39,36%
64.544	28,08%	45.962	48,14%	7.846	52,93%	1.594	60,70%
13.754	30,53%	9.089	48,91%	1.622	54,83%	483	65,01%
16.858	30,50%	13.755	51,67%	2.280	55,58%	495	56,77%
9.445	36,81%	6.169	56,17%	1.008	62,41%	217	67,81%
4.632	16,77%	2.818	29,69%	589	37,25%	54	47,79%
19.855	26,03%	14.131	47,40%	2.347	51,39%	345	59,69%
83.578	20,77%	48.292	32,15%	9.380	48,77%	2.039	52,23%
7.266	29,33%	4.916	50,44%	759	58,88%	141	59,75%
10.061	15,81%	4.659	22,42%	1.245	43,46%	143	43,73%
17.205	19,75%	7.210	20,93%	1.802	43,85%	529	49,58%
5.258	19,16%	3.492	33,81%	628	46,24%	147	48,20%
13.973	26,44%	8.711	43,15%	1.499	58,62%	377	58,09%
4.539	20,06%	3.345	39,45%	605	53,40%	80	59,70%
2.867	18,57%	1.701	32,71%	330	46,81%	47	57,32%
12.154	15,65%	8.019	28,29%	1.564	43,36%	271	39,62%
10.255	33,22%	6.239	49,16%	948	58,92%	304	72,38%

(continúa en pág. siguiente)

ANEXO 4. (continuación)

Pensiones en vigor a 1 de agosto de 2023 a complementos a mínimos según CCAA y provincia por clase de pensión

AMBOS SEXOS (*)				
COMUNIDAD AUTÓNOMA Y PROVINCIA	TOTAL PENSIONES		INCAPACIDAD PERMANENTE	
	Número	Porcentaje (**)	Número	Porcentaje (**)
Total	2.158.103	21,43%	135.783	14,34%
CATALUNYA	252.066	14,23%	14.844	9,38%
Barcelona	176.081	13,26%	10.617	9,00%
Girona	25.053	15,18%	1.198	9,38%
Lleida	19.994	19,70%	1.038	9,82%
Tarragona	30.938	17,39%	1.991	11,72%
C. VALENCIANA	247.859	24,02%	15.248	16,21%
Alicante	89.644	26,71%	3.583	15,57%
Castellón	30.333	22,21%	2.302	17,30%
Valencia	127.882	22,84%	9.363	16,21%
EXTREMADURA	93.901	39,83%	6.655	24,17%
Badajoz	57.459	41,56%	4.497	25,76%
Cáceres	36.442	37,37%	2.158	21,41%
GALICIA	208.169	26,93%	11.045	15,21%
A Coruña	78.662	25,80%	3.896	14,11%
Lugo	33.662	29,71%	1.758	16,47%
Ourense	35.494	33,15%	2.205	19,31%
Pontevedra	60.351	24,37%	3.186	13,89%
MADRID	174.372	14,19%	7.743	8,93%
MURCIA	69.611	26,98%	4.594	15,59%
NAVARRA	21.299	14,90%	809	7,95%
PAÍS VASCO	58.743	10,24%	2.918	7,36%
Araba/Álava	8.059	9,89%	413	6,61%
Gipuzkoa	18.124	9,36%	652	5,33%
Bizkaia	32.560	10,92%	1.853	8,76%
La RIOJA	14.648	20,17%	516	11,36%
Ceuta	2.047	22,76%	70	7,19%
Melilla	2.246	26,31%	135	10,66%

Fuente: Seguridad Social

(*) Incluye no consta sexo.

(**) Porcentaje calculado sobre el total pensiones de la misma clase y territorio.

AMBOS SEXOS (*)

JUBILACIÓN		VIUEDAD		ORFANDAD		FAVOR DE FAMILIARES	
Número	Porcentaje (**)	Número	Porcentaje (**)	Número	Porcentaje (**)	Número	Porcentaje (**)
1.254.321	19,66%	598.148	25,41%	147.010	42,93%	22.841	50,46%
167.543	14,31%	53.976	13,80%	15.239	30,02%	464	34,60%
119.879	13,62%	34.897	12,00%	10.360	27,67%	328	31,39%
17.052	15,30%	5.156	14,26%	1.633	35,59%	14	24,14%
11.603	18,23%	6.061	25,24%	1.259	39,25%	33	55,00%
19.009	16,52%	7.862	19,56%	1.987	36,03%	89	50,00%
142.989	21,91%	71.022	29,02%	17.336	45,86%	1.264	47,38%
54.061	24,89%	25.105	30,78%	6.265	50,17%	630	49,80%
19.439	22,07%	6.582	21,66%	1.888	41,39%	122	50,21%
69.489	20,00%	39.335	29,62%	9.183	44,25%	512	44,14%
49.830	36,36%	30.029	50,39%	6.066	64,15%	1.321	62,22%
28.913	37,20%	19.226	54,13%	3.913	64,39%	910	61,61%
20.917	35,26%	10.803	44,88%	2.153	63,72%	411	63,62%
131.694	27,12%	49.175	26,66%	11.406	48,75%	4.849	70,88%
48.186	25,16%	20.690	27,89%	4.276	46,37%	1.614	66,23%
23.743	33,27%	5.684	20,91%	1.642	54,48%	835	79,15%
23.363	34,92%	7.290	29,50%	1.629	57,77%	1.007	83,71%
36.402	23,36%	15.511	26,56%	3.859	46,25%	1.393	64,91%
106.110	12,77%	48.715	17,86%	10.994	30,58%	810	29,63%
38.352	25,06%	19.920	32,07%	5.890	49,53%	855	57,15%
13.413	13,65%	5.564	18,63%	1.350	31,62%	163	42,67%
37.333	9,79%	14.258	10,61%	3.736	23,44%	498	22,17%
5.510	9,88%	1.596	9,24%	488	23,65%	52	33,12%
12.521	9,45%	3.754	8,61%	1.087	22,35%	110	20,64%
19.302	10,00%	8.908	12,11%	2.161	23,98%	336	21,59%
9.074	18,18%	4.162	26,02%	813	40,63%	83	47,43%
756	16,58%	866	32,65%	344	45,20%	11	23,40%
848	20,15%	776	34,60%	473	59,72%	14	53,85%

ANEXO 5.

Pensiones no contributivas en vigor, según CCAA, provincia y clase (julio 2023)

CCAA Y PROVINCIA	PNC JUBILACIÓN		PNC INVALIDEZ		TOTAL PNC	
	Número	P. media (€/mes)	Número	P. media (€/mes)	Número	P.media (€/mes)
Total Estado	273,349	49.268	176,166	53.476	449,515	50.917
ANDALUCÍA	53,955	48.953	38,933	54.170	92,888	51.140
Almería	3.829	493,78	2.559	543,15	6.388	513,55
Cádiz	9.357	494,32	7.175	550,24	16.532	518,59
Córdoba	4.901	483,75	3.563	542,44	8.464	508,45
Granada	4.578	482,97	3.949	544,09	8.527	511,28
Huelva	3.132	479,90	3.322	525,89	6.454	503,57
Jaén	2.756	511,36	2.372	569,51	5.128	538,26
Málaga	13.142	489,34	6.975	519,36	20.117	499,75
Sevilla	12.260	487,09	9.018	548,95	21.278	513,30
ARAGÓN	4,825	48.122	2,347	54.232	7,172	50.121
Huesca	917	481,20	521	545,33	1.438	504,44
Teruel	416	488,75	167	533,68	583	501,62
Zaragoza	3.492	480,32	1.659	542,25	5.151	500,27
ASTURIAS	5,285	49.379	3,389	53.186	8,674	50.867
ILLES BALEARS	5,571	48.866	2,564	53.418	8,135	50.301
CANARIAS	24,899	53.035	17,768	53.395	42,667	53.185
Las Palmas	10.615	552,33	6.895	523,71	17.510	541,06
S.C. Tenerife	14.284	514,02	10.873	540,45	25.157	525,44
CANTABRIA	4,148	47.510	3,117	55.186	7,265	50.803
CASTILLA Y LEÓN	12,885	48.196	8,339	53.411	21,224	50.245
Ávila	1.118	482,66	805	550,36	1.923	511,00
Burgos	1.305	480,48	1.172	518,32	2.477	498,39
León	2.402	482,52	1.643	531,71	4.045	502,50
Palencia	1.036	489,04	656	544,82	1.692	510,67
Salamanca	2.392	475,63	1.436	543,77	3.828	501,20
Segovia	542	484,23	373	520,89	915	499,18
Soria	288	481,90	133	517,84	421	493,26
Valladolid	2.558	482,96	1.376	534,43	3.934	500,96
Zamora	1.244	485,07	745	527,53	1.989	500,98
CASTILLA-LA MANCHA	10,780	48.025	8,477	53.225	19,257	50.314
Albacete	2.094	477,76	2.078	527,85	4.172	502,71
Ciudad Real	2.744	477,78	2.025	546,21	4.769	506,83
Cuenca	1.089	474,38	1.072	525,68	2.161	499,83
Guadalajara	887	507,00	658	554,09	1.545	527,05
Toledo	3.966	478,92	2.644	522,24	6.610	496,24

(continúa en pág. siguiente)

CCAA Y PROVINCIA	PNC JUBILACIÓN		PNC INVALIDEZ		TOTAL PNC	
	Número	P. media (€/mes)	Número	P. media (€/mes)	Número	P. media (€/mes)
Total Estado	273,349	49.268	176,166	53.476	449,515	50.917
CATALUNYA	37,837	49.671	25,744	52.986	63,581	51.013
Barcelona	27.293	496,10	17.873	527,72	45.166	508,61
Girona	3.804	510,60	2.339	548,58	6.143	525,06
Lleida	2.175	480,17	1.459	522,08	3.634	497,00
Tarragona	4.565	496,62	4.073	531,28	8.638	512,96
C. VALENCIANA	32,760	49.632	16,520	52.374	49,280	50.551
Alicante	13.451	509,55	5.440	521,55	18.891	513,01
Castellón	2.501	471,03	1.971	516,25	4.472	490,96
Valencia	16.808	489,49	9.109	526,67	25.917	502,56
EXTREMADURA	7,338	48.111	4,980	52.544	12,318	49.903
Badajoz	4.944	482,55	3.234	520,73	8.178	497,65
Cáceres	2.394	478,12	1.746	534,17	4.140	501,76
GALICIA	24,132	47.811	12,825	52.429	36,957	49.414
A Coruña	9.106	474,28	4.622	521,08	13.728	490,04
Lugo	2.918	500,21	1.381	531,75	4.299	510,34
Ourense	3.454	476,56	1.824	517,59	5.278	490,74
Pontevedra	8.654	475,31	4.998	527,63	13.652	494,47
MADRID	27,910	49.940	13,804	55.500	41,714	51.780
MURCIA	8,270	47.276	7,284	53.094	15,554	50.001
NAVARRA	1,983	47.011	999	52.802	2,982	48.951
PAÍS VASCO	7,249	47.584	5,954	52.714	13,203	49.898
Araba/Álava	1.080	487,44	772	562,05	1.852	518,54
Gipuzkoa	2.031	483,33	1.641	557,86	3.672	516,64
Bizkaia	4.138	469,15	3.541	505,29	7.679	485,81
LA RIOJA	1,337	47.882	728	53.720	2,065	49.940
CEUTA	1,004	47.201	1,141	52.526	2,145	50.033
MELILLA	1,181	48.959	1,253	54.309	2,434	51.713

Fuente: IMSERSO

ANEXO 6.

Pensiones en vigor con complemento por maternidad (Datos de la nómina de septiembre de 2023)

CCAA Y PROVINCIA	AMBOS SEXOS		MUJERES		HOMBRES	
	Número	Importe medio (€/mes)	Número	Importe medio (€/mes)	Número	Importe medio (€/mes)
Total Estado	871.937	72,71	792.805	69,47	79.132	105,20
ANDALUCÍA	154.619	71,15	141.340	67,86	13.279	106,08
Almería	12.092	66,56	10.788	62,82	1.304	97,52
Cádiz	20.187	78,78	18.272	75,82	1.915	106,98
Córdoba	17.795	66,69	16.020	63,30	1.775	97,26
Granada	19.367	71,69	16.998	66,92	2.369	105,91
Huelva	9.452	72,78	8.463	67,99	989	113,79
Jaén	14.972	67,27	13.255	61,95	1.717	108,32
Málaga	24.892	70,17	23.273	67,32	1.619	111,07
Sevilla	35.862	72,18	34.271	70,43	1.591	109,82
ARAGÓN	26.523	71,84	23.034	66,80	3.489	105,06
Huesca	4.418	64,51	4.021	60,61	397	103,99
Teruel	3.180	65,55	2.795	61,05	385	98,26
Zaragoza	18.925	74,60	16.218	69,33	2.707	106,18
ASTURIAS	22.670	80,57	18.530	75,26	4.140	104,35
ILLES BALEARS	16.330	69,78	15.853	68,74	477	104,14
CANARIAS	31.509	72,93	30.470	71,79	1.039	106,52
Las Palmas	16.042	75,81	15.540	74,81	502	107,01
S.C.Tenerife	15.467	69,95	14.930	68,65	537	106,07
CANTABRIA	13.221	81,49	10.587	75,34	2.634	106,23
CASTILLA - LA MANCHA	38.037	70,30	32.261	64,81	5.776	100,94
Albacete	7.406	69,82	6.291	64,04	1.115	102,44
Ciudad Real	10.625	74,84	8.127	67,01	2.498	100,32
Cuenca	4.348	59,27	3.934	55,94	414	90,97
Guadalajara	3.772	73,80	3.571	71,08	201	122,07
Toledo	11.886	69,46	10.338	64,77	1.548	100,78
CASTILLA Y LEÓN	55.189	73,89	46.234	68,52	8.955	101,61
Ávila	3.455	66,29	2.941	61,30	514	94,83
Burgos	8.267	77,66	7.099	72,21	1.168	110,79
León	11.838	73,71	9.705	67,76	2.133	100,74
Palencia	4.173	78,93	3.238	71,16	935	105,84
Salamanca	7.490	70,53	6.146	64,41	1.344	98,49
Segovia	3.511	72,61	2.935	66,99	576	101,26
Soria	2.060	71,36	1.834	68,34	226	95,84
Valladolid	10.230	79,42	8.818	75,45	1.412	104,21
Zamora	4.165	63,02	3.518	58,00	647	90,30

(continúa en pág. siguiente)



CCAA Y PROVINCIA	AMBOS SEXOS		MUJERES		HOMBRES	
	Número	Importe medio (€/mes)	Número	Importe medio (€/mes)	Número	Importe medio (€/mes)
CATALUNYA	138.919	70,49	135.250	69,46	3.669	108,34
Barcelona	103.405	72,13	101.140	71,26	2.265	111,26
Girona	12.646	65,99	12.378	65,23	268	101,21
Lleida	7.901	61,53	7.649	60,45	252	94,24
Tarragona	14.967	67,66	14.083	65,19	884	107,06
C. VALENCIANA	90.167	65,44	83.037	62,22	7.130	102,89
Alicante	29.956	65,02	27.883	62,22	2.073	102,64
Castellón	11.990	62,06	10.939	58,52	1.051	98,83
Valencia	48.221	66,54	44.215	63,14	4.006	104,08
EXTREMADURA	23.852	67,69	20.154	62,00	3.698	98,73
Badajoz	14.252	68,93	11.862	62,78	2.390	99,45
Cáceres	9.600	65,86	8.292	60,88	1.308	97,42
GALICIA	63.391	65,35	55.292	59,97	8.099	102,10
A Coruña	24.162	65,31	22.037	61,00	2.125	109,98
Lugo	8.062	60,10	6.786	53,77	1.276	93,77
Ourense	8.088	54,43	7.210	50,34	878	88,01
Pontevedra	23.079	71,06	19.259	64,58	3.820	103,75
MADRID	105.376	81,09	99.824	79,13	5.552	116,32
MURCIA	25.521	75,04	21.836	68,55	3.685	113,47
NAVARRA	11.999	80,23	10.775	76,42	1.224	113,77
PAÍS VASCO	46.954	84,23	41.516	81,66	5.438	103,91
Araba/Álava	6.900	82,72	5.925	79,42	975	102,73
Gipuzkoa	15.462	83,97	14.033	81,64	1.429	106,91
Bizkaia	24.592	84,83	21.558	82,29	3.034	102,87
LA RIOJA	5.945	68,67	5.413	65,38	532	102,07
Ceuta	811	95,91	672	90,20	139	123,48
Melilla	904	97,34	727	91,21	177	122,53

Fuente: Seguridad Social

ANEXO 7.

Pensiones en vigor con complemento brecha de género (Datos de la nómina de septiembre de 2023)

CCAA Y PROVINCIA	AMBOS SEXOS		MUJERES		HOMBRES	
	Número	Importe medio (€/mes)	Número	Importe medio (€/mes)	Número	Importe medio (€/mes)
Total Estado	576.731	65,56	524.630	67,53	52.101	45,70
ANDALUCÍA	99.780	71,77	86.538	75,32	13.242	48,56
Almería	7.304	73,16	6.498	76,05	806	49,85
Cádiz	12.141	72,97	10.117	77,58	2.024	49,92
Córdoba	11.810	71,88	10.251	75,62	1.559	47,29
Granada	12.303	71,58	10.483	75,61	1.820	48,39
Huelva	6.397	71,56	5.440	75,36	957	49,96
Jaén	9.539	73,47	8.330	77,38	1.209	46,49
Málaga	16.943	69,79	14.667	72,96	2.276	49,39
Sevilla	23.343	71,56	20.752	74,54	2.591	47,69
ARAGÓN	18.029	61,79	17.294	62,57	735	43,26
Huesca	3.186	62,35	3.065	63,12	121	42,85
Teruel	1.986	64,17	1.901	64,98	85	45,96
Zaragoza	12.857	61,28	12.328	62,07	529	42,92
ASTURIAS	15.248	58,64	13.983	60,24	1.265	40,91
ILLES BALEARS	11.388	64,35	10.622	65,60	766	47,10
CANARIAS	20.534	69,56	17.999	72,70	2.535	47,27
Las Palmas	10.351	70,47	9.018	74,00	1.333	46,54
S.C.Tenerife	10.183	68,65	8.981	71,40	1.202	48,07
CANTABRIA	8.046	63,98	7.248	66,42	798	41,78
CASTILLA - LA MANCHA	22.918	70,11	20.089	73,62	2.829	45,14
Albacete	4.776	70,95	4.105	75,32	671	44,23
Ciudad Real	5.787	71,14	4.906	75,64	881	46,08
Cuenca	2.621	69,88	2.400	72,50	221	41,43
Guadalajara	2.542	66,86	2.384	68,23	158	46,27
Toledo	7.192	69,94	6.294	73,41	898	45,62
CASTILLA Y LEÓN	35.206	65,93	32.166	68,09	3.040	43,14
Ávila	2.267	68,31	2.047	71,04	220	42,91
Burgos	5.258	66,80	4.988	68,04	270	43,80
León	7.214	63,32	6.519	65,58	695	42,09
Palencia	2.571	66,64	2.354	68,83	217	42,87
Salamanca	4.820	65,85	4.202	69,15	618	43,35
Segovia	2.210	69,98	2.096	71,40	114	43,87
Soria	1.283	68,14	1.230	69,27	53	41,87
Valladolid	6.814	65,26	6.285	67,13	529	42,99
Zamora	2.769	66,06	2.445	68,85	324	44,99

(continúa en pág. siguiente)

CCAA Y PROVINCIA	AMBOS SEXOS		MUJERES		HOMBRES	
	Número	Importe medio (€/mes)	Número	Importe medio (€/mes)	Número	Importe medio (€/mes)
Total Estado	576.731	65,56	524.630	67,53	52.101	45,70
CATALUNYA	92.947	62,61	88.966	63,35	3.981	46,11
Barcelona	67.631	62,58	64.969	63,28	2.662	45,50
Girona	9.314	61,89	8.792	62,60	522	50,02
Lleida	5.703	62,07	5.501	62,65	202	46,48
Tarragona	10.299	63,79	9.704	64,93	595	45,23
C. VALENCIANA	61.077	64,48	56.011	66,31	5.066	44,23
Alicante	21.058	66,14	18.752	68,64	2.306	45,77
Castellón	7.893	62,61	7.534	63,50	359	43,85
Valencia	32.126	63,84	29.725	65,54	2.401	42,81
EXTREMADURA	14.951	70,34	12.680	74,70	2.271	45,97
Badajoz	8.795	70,95	7.377	75,70	1.418	46,22
Cáceres	6.156	69,47	5.303	73,32	853	45,55
GALICIA	45.570	59,66	39.538	62,16	6.032	43,31
A Coruña	17.814	58,76	15.513	61,26	2.301	41,90
Lugo	6.337	57,15	5.541	59,22	796	42,77
Ourense	6.066	56,15	5.391	57,88	675	42,37
Pontevedra	15.353	63,13	13.093	66,22	2.260	45,22
MADRID	68.766	64,66	64.760	65,85	4.006	45,38
MURCIA	15.992	72,79	13.744	76,71	2.248	48,86
NAVARRA	8.047	64,95	7.529	66,40	518	43,85
PAÍS VASCO	32.778	61,61	30.464	63,22	2.314	40,44
Araba/Álava	4.565	62,15	4.362	63,03	203	43,28
Gipuzkoa	10.554	63,25	9.975	64,49	579	41,76
Bizkaia	17.659	60,49	16.127	62,48	1.532	39,56
LA RIOJA	4.301	62,69	4.104	63,57	197	44,27
Ceuta	674	73,98	540	76,26	134	64,77
Melilla	479	74,42	355	78,21	124	63,58

Fuente: Seguridad Social

ANEXO 8.

Comprueba el efecto que hubiese tenido el Factor de Sostenibilidad-2013 sobre tu pensión inicial, a partir de tu fecha de nacimiento y la edad estimada de jubilación

Año nacimiento trabajador/a	Año jubilación	Reducción % de la cuantía inicial de pensión
1954	2019	-0,56
1955	2020	-1,2
1956	2021	-1,67
1957	2022	-2,22
1958	2023	-2,77
1959	2024	-3,36
1960	2025	-3,95
1961	2026	-4,54
1962	2027	-5,12
1963	2028	-5,70
1964	2029	-6,25
1965	2030	-6,80
1966	2031	-7,34
1967	2032	-7,88
1968	2033	-8,42
1969	2034	-8,94
1970	2035	-9,49
1971	2036	-9,96
1972	2037	-10,47
1973	2038	-10,97
1974	2039	-11,45
1975	2040	-11,93
1976	2041	-12,40
1977	2042	-12,87
1978	2043	-13,34

Año nacimiento trabajador/a	Año jubilación	Reducción % de la cuantía inicial de pensión
1979	2044	-13,79
1980	2045	-14,24
1981	2046	-14,68
1982	2047	-15,12
1983	2048	-15,56
1984	2049	-15,98
1985	2050	-16,39
1986	2051	-16,81
1987	2052	-17,22
1988	2053	-17,63
1989	2054	-18,02
1990	2055	-18,40
1991	2056	-18,79
1992	2057	-19,17
1993	2058	-19,56
1994	2059	-19,92
1995	2060	-20,28
1996	2061	-20,64
1997	2062	-21,00
1998	2063	-21,36
1999	2064	-21,70
2000	2065	-22,03
2001	2066	-22,37
2002	2067	-22,70
2003	2068	-23,04

Se ha considerado en todos los casos la primera fecha posible de jubilación ordinaria a los 65 años.

Fuente: elaboración propia CCOO, a partir datos esperanza de vida INE en el momento de la reforma



ANEXO 9.

Porcentaje de personas solicitantes del SAAD en espera de valoración

	2018	2019	2020	2021	2022
Andalucía	8,8	12,0	11,3	9,9	11,2
Aragón	15,3	6,8	6,7	5,5	8,2
Asturias	13,3	13,5	9,3	6,8	8,4
Illes Balears	9,4	4,8	3,8	6,5	8,7
Canarias	26,6	28,7	29,4	27,1	17,7
Cantabria	2,4	1,9	2,1	2,5	3,2
Castilla y León	7,0	7,9	6,1	5,8	5,2
Castilla - La Mancha	5,6	4,9	4,2	4,6	3,6
Catalunya	8,2	7,9	6,7	6,5	6,9
C. Valenciana	12,6	15,8	12,6	9,0	9,0
Extremadura	14,9	12,7	7,0	6,2	5,2
Galicia	0,6	0,5	0,4	0,3	0,8
Madrid	0,1	0,8	3,2	0,1	0,1
Murcia	1,3	13,6	13,1	12,3	9,6
Navarra	2,3	7,1	0,5	0,4	0,3
País Vasco	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5
La Rioja	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Ceuta y Melilla	3,6	2,8	4,1	3,8	4,9
Total	7,3	8,4	7,6	6,6	6,7

Fuente: SAAD.

Datos a 31 de diciembre de cada año

ANEXO 10.

Porcentaje de personas beneficiarias del SAAD con derecho a prestación a la espera de PIA

	2018	2019	2020	2021	2022
Andalucía	26,1	25,1	19,8	12,1	11,9
Aragón	17,1	15,9	13,2	6,9	4,0
Asturias	13,8	21,6	11,2	6,2	8,7
Illes Balears	14,0	17,3	9,6	7,9	11,2
Canarias	29,3	27,9	24,4	22,4	16,9
Cantabria	22,9	18,8	18,5	7,3	4,7
Castilla y León	1,6	1,5	0,1	0,2	0,2
Castilla - La Mancha	11,0	8,7	7,6	4,1	3,7
Catalunya	32,6	31,8	31,9	29,2	27,1
C. Valenciana	12,6	14,4	11,6	7,6	7,3
Extremadura	12,5	20,3	16,4	13,2	15,7
Galicia	11,5	12,1	7,3	5,4	4,6
Madrid	12,2	16,5	17,6	5,8	5,4
Murcia	11,2	15,1	11,8	11,0	14,7
Navarra	9,7	5,7	5,5	6,3	4,8
País Vasco	17,5	16,9	17,1	16,2	17,5
La Rioja	27,5	27,3	29,3	34,8	18,9
Ceuta y Melilla	6,3	4,8	8,0	5,1	7,3
Total	19,2	19,5	17,1	12,4	11,9

Fuente: SAAD

Datos a 31 de diciembre de cada año

ANEXO 11.

Peso de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar en el total de prestaciones SAAD

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Media España	40,3%	36,1%	33,8%	32,7%	30,8%	30,3%	31,6%	30,8%	29,9%
Andalucía	38,0%	32,9%	29,7%	27,9%	25,4%	24,6%	23,6%	21,8%	19,9%
Aragón	51,6%	53,4%	46,2%	40,8%	38,8%	40,1%	43,2%	44,2%	43,9%
Asturias	44,8%	39,9%	33,2%	31,7%	29,8%	28,9%	30,1%	30,7%	29,4%
Illes Balears	68,4%	68,1%	69,8%	60,3%	53,0%	50,9%	45,6%	45,4%	45,3%
Canarias	23,8%	38,8%	41,1%	38,3%	38,4%	38,9%	36,4%	35,1%	35,6%
Cantabria	52,7%	50,0%	51,4%	49,0%	46,8%	34,2%	35,6%	34,0%	32,7%
Castilla y León	28,3%	22,4%	21,9%	21,0%	19,7%	19,6%	20,3%	20,3%	20,2%
Castilla - La Mancha	40,0%	31,9%	26,5%	21,1%	18,8%	17,8%	18,3%	18,2%	17,8%
Cataluña	54,1%	47,9%	45,9%	45,7%	41,6%	39,2%	41,6%	40,8%	42,7%
C. Valenciana	44,2%	43,4%	49,9%	51,4%	54,3%	56,4%	59,7%	61,9%	53,8%
Extremadura	32,1%	29,9%	26,4%	24,2%	21,3%	21,0%	20,6%	19,3%	17,3%
Galicia	25,9%	24,1%	23,6%	21,0%	18,5%	18,0%	19,3%	19,8%	19,2%
Madrid	25,4%	21,3%	17,3%	17,4%	19,1%	18,4%	21,5%	20,0%	19,1%
Murcia	54,4%	54,0%	53,8%	54,0%	51,8%	50,6%	51,5%	50,8%	48,9%
Navarra	53,2%	53,1%	54,8%	57,9%	55,7%	52,4%	52,3%	47,7%	46,6%
País Vasco	49,6%	46,0%	45,1%	43,5%	40,0%	39,8%	40,2%	38,6%	37,6%
La Rioja	33,0%	27,5%	22,5%	20,9%	15,8%	14,1%	13,8%	11,7%	10,1%
Ceuta y Melilla	50,8%	45,9%	41,2%	40,1%	38,6%	38,5%	40,4%	39,3%	37,7%

Fuente:SAAD

Datos a 31 de diciembre de cada año

ANEXO 12.

Peso de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar en el total de prestaciones SAAD

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Media España	12,43	14,05	15,35	15,81	17,02	17,48	17,84	18,64	20,38
Andalucía	24,14	29,62	31,33	31,70	31,51	30,64	30,11	29,98	30,99
Aragón	0,00	0,11	0,69	2,99	7,37	7,47	7,83	8,24	7,62
Asturias	4,43	4,72	3,49	3,63	4,28	4,54	5,53	6,17	6,69
Illes Balears	0,00	0,00	0,00	6,85	12,40	20,83	23,66	26,45	27,00
Canarias	2,07	2,81	3,09	4,33	4,30	4,22	3,95	3,66	4,70
Cantabria	5,34	7,41	7,58	8,35	10,41	8,41	9,67	10,61	11,18
Castilla y León	4,99	6,03	7,65	7,59	9,28	9,89	10,43	11,52	14,11
Castilla - La Mancha	11,02	10,68	11,54	15,75	16,20	19,30	20,81	23,32	24,85
Catalunyaa	9,04	8,77	10,00	10,03	10,64	10,86	10,87	10,69	10,62
C. Valenciana	16,98	12,15	7,97	5,80	4,11	4,99	4,60	4,89	17,95
Extremadura	5,64	5,27	5,53	6,57	5,85	6,55	5,61	5,06	8,97
Galicia	2,92	3,65	4,66	6,36	7,50	7,80	8,18	8,59	10,76
Madrid	15,34	19,51	23,34	22,59	24,71	26,56	28,76	29,99	29,18
Murcia	13,46	12,82	12,98	13,60	14,01	14,96	14,75	15,17	15,77
Navarra	8,85	9,02	10,42	13,25	13,23	12,96	11,81	12,42	13,16
País Vasco	1,74	2,11	8,11	12,14	18,97	20,93	22,41	23,44	24,21
La Rioja,	11,86	12,69	22,01	20,02	19,78	18,89	20,78	19,77	23,02
Ceuta y Melilla	12,10	13,13	16,61	17,35	16,98	17,53	16,51	17,89	17,61

Fuente:SAAD

Datos a 31 de diciembre de cada año

ANEXO 13.

Peso de las prestaciones vinculadas a servicios sobre el total de prestaciones del SAAD

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Media España	59,8%	63,9%	66,2%	67,3%	69,2%	69,7%	68,4%	69,3%	70,1%
Andalucía	62,0%	67,1%	70,3%	72,1%	74,6%	75,4%	76,4%	78,2%	80,1%
Aragón	48,4%	46,6%	53,8%	59,2%	61,2%	59,9%	56,8%	55,8%	56,2%
Asturias	55,2%	60,1%	66,8%	68,3%	70,2%	71,1%	69,9%	69,3%	70,7%
Illes Balears	31,6%	31,9%	30,2%	39,7%	47,0%	49,1%	54,4%	54,6%	54,7%
Canarias	76,3%	61,2%	58,9%	61,7%	61,6%	61,1%	63,6%	65,0%	64,5%
Cantabria	47,3%	50,0%	48,6%	51,0%	53,2%	65,8%	64,4%	66,0%	67,3%
Castilla y León	71,7%	77,6%	78,1%	79,0%	80,4%	80,4%	79,7%	79,7%	79,8%
Castilla - La Mancha	60,0%	68,2%	73,5%	78,9%	81,2%	82,2%	81,7%	81,8%	82,2%
Catalunya	45,9%	52,2%	54,2%	54,3%	58,4%	60,8%	58,4%	59,2%	57,3%
C. Valenciana	55,8%	56,6%	50,1%	48,6%	45,7%	43,6%	40,3%	38,1%	46,2%
Extremadura	67,9%	70,1%	73,6%	75,8%	78,7%	79,0%	79,4%	80,7%	82,7%
Galicia	74,1%	75,9%	76,4%	79,0%	81,6%	82,0%	80,7%	80,2%	80,8%
Madrid	74,6%	78,7%	82,7%	82,6%	80,9%	81,6%	78,5%	80,0%	80,9%
Murcia	45,6%	46,0%	46,2%	46,0%	48,2%	49,4%	48,5%	49,2%	51,1%
Navarra	46,8%	46,9%	45,2%	42,1%	44,3%	47,6%	47,7%	52,3%	53,4%
País Vasco	50,4%	54,0%	54,9%	56,5%	60,0%	60,3%	59,8%	61,4%	62,5%
La Rioja	67,0%	72,5%	77,5%	79,1%	84,2%	85,9%	86,2%	88,3%	89,9%
Ceuta y Melilla	49,3%	54,1%	58,8%	59,9%	61,4%	61,5%	59,6%	60,7%	62,3%

Fuente:SAAD

Datos a 31 de diciembre de cada año

Las prestaciones por servicio incluyen: prevención dependencia y promoción autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día/noche, atención residencial.

Además, se incluyen las prestaciones mediante servicios a través la prestación económica vinculada al servicio, y la prestación económica de asistencia personal.

ANEXO 14.

Peso de las prestaciones de ayuda a domicilio sobre el total de prestaciones del SAAD

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Media España	14,3	14,8	16,0	16,5	17,9	17,7	17,7	18,6	18,7
Andalucía	20,9	20,8	21,7	23,1	27,1	29,5	32,6	35,9	37,3
Aragón	0,0	0,5	4,4	9,1	10,6	10,8	11,1	12,3	11,9
Asturias	10,9	14,4	12,7	13,9	14,9	14,4	16,8	17,9	18,7
Illes Balears	1,2	0,8	2,6	2,8	3,0	3,3	3,3	3,8	4,7
Canarias	39,7	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,6	1,2
Cantabria	5,9	6,0	6,0	6,1	6,8	5,6	5,1	5,3	5,2
Castilla y León	13,8	19,6	20,7	19,1	18,6	17,6	16,6	14,7	13,9
Castilla-La Mancha	14,4	16,7	19,9	22,5	23,4	21,8	21,8	20,2	18,9
Cataluña	10,6	12,2	13,7	14,4	15,8	16,3	16,3	15,6	14,4
C. Valenciana	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,8	1,7	2,3	2,4
Extremadura	2,4	2,2	2,6	2,7	2,9	3,0	3,0	2,5	2,6
Galicia	26,5	27,0	30,2	32,1	33,2	32,9	31,9	31,9	32,3
Madrid	17,2	18,8	21,9	22,3	22,8	21,3	17,9	18,4	20,5
Murcia	0,2	0,4	0,5	1,3	2,4	2,3	2,4	4,0	6,1
Navarra	5,7	5,3	6,5	6,7	6,2	5,6	4,9	4,7	4,8
País Vasco	9,4	11,3	9,7	8,9	8,4	7,6	7,0	6,7	6,3
La Rioja	20,4	21,5	18,7	20,1	28,0	29,7	28,5	29,7	27,9
Ceuta y Melilla	20,6	20,6	21,7	22,2	23,8	24,7	24,9	24,2	25,9

Fuente:SAAD

Datos a 31 de diciembre de cada año

ANEXO 15.

Peso de las prestaciones de centros día/noche sobre el total de prestaciones del SAAD

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Media España	7,9	8,5	8,0	7,7	7,2	6,9	6,2	5,9	5,7
Andalucía	5,9	5,7	5,6	5,5	5,0	4,7	4,1	3,6	3,6
Aragón	6,7	6,4	6,0	5,3	4,5	4,2	4,2	4,0	3,8
Asturias	10,6	11,7	8,5	8,3	8,3	8,5	7,4	6,3	6,1
Illes Balears	8,2	7,6	7,5	5,7	5,0	5,2	4,2	5,1	4,7
Canarias	14,8	23,4	20,6	20,5	20,9	19,9	17,9	16,0	13,3
Cantabria	8,8	10,2	10,5	10,6	10,8	8,3	7,0	7,3	7,2
Castilla y León	8,0	8,5	7,6	7,3	6,8	6,0	5,5	5,2	5,1
Castilla-La Mancha	4,4	5,2	5,5	5,2	4,9	4,5	3,9	3,8	3,9
Cataluña	5,2	7,3	6,7	6,7	6,7	6,7	6,2	5,6	5,6
C. Valenciana	10,7	12,5	11,4	10,1	8,8	7,4	6,5	5,6	4,7
Extremadura	5,4	5,7	6,3	6,6	6,3	6,7	6,4	5,9	5,6
Galicia	13,7	13,4	12,3	11,1	10,2	10,1	9,7	10,6	10,1
Madrid	11,2	11,1	10,3	10,0	8,4	8,6	7,7	7,4	7,1
Murcia	9,6	9,3	8,8	8,5	8,8	8,7	8,5	8,4	8,1
Navarra	2,7	2,6	2,4	1,7	1,9	2,0	1,1	2,0	2,2
País Vasco	10,8	10,7	9,4	9,4	8,8	8,3	7,6	7,9	8,3
La Rioja	8,2	9,0	7,7	8,5	8,5	8,5	8,6	9,3	9,5
Ceuta y Melilla	2,0	2,4	2,1	2,2	2,4	2,0	1,8	1,6	1,4

Fuente:SAAD

Datos a 31 de diciembre de cada año

ANEXO 16.

Porcentaje de plazas residenciales con financiación pública sobre el total de plazas residenciales

	2017	2018	2019	2020	2021
Media España	56,5%	59,4%	61,9%	63,0%	62,5%
Andalucía	61,4%	61,9%	61,1%	65,1%	65,3%
Aragón	24,0%	30,1%	58,1%	59,2%	55,1%
Asturias	37,5%	52,1%	52,9%	53,9%	57,0%
Illes Balears	51,2%	51,3%	51,3%	65,6%	64,1%
Canarias	39,9%	40,2%	41,5%	41,5%	67,6%
Cantabria	72,7%	69,4%	70,0%	69,5%	71,2%
Castilla y León	68,7%	77,4%	80,4%	75,2%	76,2%
Castilla-La Mancha	67,2%	72,6%	75,0%	72,8%	73,0%
Cataluña	71,1%	70,7%	70,5%	70,5%	70,4%
C. Valenciana	47,8%	47,7%	62,1%	66,7%	49,8%
Extremadura	63,9%	64,2%	56,4%	56,6%	57,0%
Galicia	38,0%	38,3%	38,4%	60,9%	66,3%
Madrid	42,5%	42,7%	44,0%	43,4%	42,7%
Murcia	-	100,0%	73,8%	61,1%	53,0%
Navarra	53,4%	53,3%	54,5%	49,1%	52,3%
País Vasco	72,2%	70,2%	70,4%	69,1%	68,8%
La Rioja	51,3%	53,1%	52,9%	51,3%	51,3%
Ceuta	94,4%	94,4%	94,5%	95,2%	33,7%
Melilla	59,1%	59,1%	56,3%	56,6%	56,6%

Fuente:IMSERSO

ANEXO 17.

Gasto público en sanidad en porcentaje del PIB

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2021*
Media España	4,6	4,8	4,9	4,9	5,0	5,1	5,5	6,1	6,0	5,9	5,7	5,6	5,6	5,7	5,6	5,5	5,5	5,6	6,9	6,7
Andalucía	5,8	5,9	5,9	5,9	6,0	6,0	6,8	7,1	6,9	6,6	6,7	6,5	6,3	6,3	6,3	6,2	6,3	6,5	8,0	7,9
Aragón	4,6	4,9	5,1	5,0	5,1	5,1	5,4	6,1	5,9	6,1	6,4	5,2	5,9	5,9	6,0	5,7	5,7	5,8	6,6	6,6
Asturias	6,0	6,4	6,4	6,3	6,2	6,2	6,5	7,8	7,4	7,7	7,7	7,3	7,3	7,5	7,6	7,4	7,4	7,6	9,0	8,5
Illes Balears	3,7	4,0	4,1	4,7	4,4	4,6	4,8	5,4	6,3	6,0	5,0	4,9	5,0	5,1	4,9	5,0	5,0	5,2	7,3	6,6
Canarias	5,2	5,5	5,5	5,9	5,9	5,9	6,1	6,7	7,4	7,0	6,7	6,4	6,5	6,6	6,8	6,5	6,7	7,0	9,4	9,1
Cantabria	5,7	6,3	6,4	6,4	6,4	6,4	6,4	6,4	6,7	6,1	8,6	6,7	6,6	6,7	6,6	6,4	6,5	6,9	8,2	7,9
Castilla y León	5,1	5,5	5,6	5,7	6,1	5,5	6,4	6,5	6,6	6,1	6,5	6,6	6,1	6,7	6,6	6,6	6,5	6,7	8,1	7,7
Castilla-La Mancha	5,8	5,8	5,5	6,5	6,8	6,7	7,3	8,4	8,4	8,2	7,1	7,0	7,1	7,2	7,0	7,0	7,1	7,3	8,8	8,7
Catalunya	3,9	4,1	4,0	4,1	4,3	4,4	4,8	5,3	5,3	5,1	4,9	4,8	4,7	4,8	4,7	4,7	4,7	4,8	6,3	6,1
C. Valenciana	4,7	5,0	5,1	5,2	5,2	5,4	5,7	6,7	6,9	6,8	6,4	6,0	6,1	6,4	6,3	6,2	6,2	6,4	7,6	7,4
Extremadura	7,7	8,1	8,1	8,0	8,3	8,7	9,1	9,8	9,5	9,5	9,1	9,0	9,3	9,1	9,1	8,7	8,6	8,7	10,0	9,9
Galicia	6,1	6,2	6,4	6,1	6,2	6,2	6,5	7,2	6,9	6,6	6,5	6,6	6,6	6,7	6,6	6,5	6,4	6,6	7,8	7,6
Madrid	3,2	3,2	3,4	3,4	3,4	3,5	3,7	4,1	3,7	4,2	3,9	3,9	3,8	3,9	3,7	3,6	3,6	3,7	4,6	4,4
Murcia	5,4	5,7	5,9	6,0	6,0	6,3	7,3	8,2	8,0	8,3	8,0	7,8	7,8	7,6	7,5	7,4	7,5	7,6	9,0	9,0
Navarra	4,4	4,5	4,6	4,5	4,5	4,7	4,9	5,6	5,6	5,5	5,3	5,2	5,2	5,3	5,2	5,3	5,3	5,3	6,4	6,3
País Vasco	4,4	4,4	4,5	4,5	4,5	4,7	5,0	5,6	5,6	5,6	5,5	5,5	5,5	5,4	5,4	5,3	5,3	5,6	6,5	6,3
La Rioja	4,4	4,5	4,9	5,2	6,2	7,0	5,7	5,9	5,8	5,8	5,5	5,5	5,4	5,4	5,5	5,4	5,4	5,5	6,2	6,1

Fuente: Ministerio de Sanidad

ANEXO 18.

Lista de espera de consultas del SNS. Tasa de pacientes por 1.000 habitantes

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Andalucía	25,85	27,49	85,14	89,75	74,46	106,49	106,87
Aragón	73,81	78,64	65,89	74,9	67,64	76,07	51,31
Asturias	70,42	60,37	57,72	70,46	60,47	89,54	100,06
Illes Balears	28,34	25,06	31,83	36,38	26,21	38,48	41,83
Canarias	70,89	66,52	65,83	69,41	51,04	56,33	66,62
Cantabria	82,54	83,36	75,07	74,64	53,4	81,28	108,22
Castilla y León	52,15	57,01	51,33	52,21	44,21	65,06	92,08
Castilla-La Mancha	33,15	25,85	24,58	26,19	14,63	24,21	24,05
Catalunya	47,23	38,19	47,85	46,77	32,24	36,88	40,58
C. Valenciana	47,68	49,88	50,96	41,86	41,23	61,42	77,1
Extremadura	55,55	53,09	46,17	42,13	41,48	42,97	49,1
Galicia	64,58	66,5	65,87	63,66	47,47	73,91	82,26
Madrid	42,06	39,19	42,63	45,85	34,06	53,34	57,99
Murcia	55,82	50,67	46,38	43,02	22,23	47,13	53,96
Navarra	64,63	55,36	51,86	65,77	71,1	92,11	92,85
País Vasco	15,4	15,84	18,14	16,52	8,82	14,66	25,11
La Rioja	52,25	67,01	55,37	65,72	36,07	42,62	52,5
Ceuta	51,41	49,25	55,7	47,25	12,66	35,14	49,4
Melilla	33,56	24,33	15,31	23,51	18,55	38,39	43,52
Media CCAA	45,7	45,9	62,5	63,7	53,6	77,2	85,4

Fuente: Ministerio de Sanidad

ANEXO 18.

Lista de espera quirúrgica del SNS. Tasa de pacientes por 1.000 habitantes

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Andalucía	7,94	8,35	17,87	18,59	15,51	15	20,85
Aragón	16,15	14,85	14,85	17,86	17,81	19,62	18,9
Asturias	17,8	17,47	17,87	19,17	20,14	20,15	23,08
Illes Balears	12,13	11,56	11,65	10,61	9,97	12,51	11,7
Canarias	17,44	14,42	12,22	12,71	11,95	14,84	16,53
Cantabria	14,72	15,36	15,35	18,7	20,16	23,73	26,91
Castilla y León	11,97	10,46	9,66	12,66	13,18	18,34	14,78
Castilla-La Mancha	18,66	18,74	17,95	18,5	20,15	15,91	16,97
Catalunya	22,09	21,71	22,66	24,01	18,62	20,76	22,91
C. Valenciana	11,67	11,22	11,74	11,51	10,46	10,72	11,69
Extremadura	21,75	20,87	20,53	21,95	24,06	23,7	21,34
Galicia	13,61	13,71	13,44	13,63	13,67	16,49	17,61
Madrid	9,4	8,15	7,87	8,78	9,73	10,74	10,68
Murcia	18,87	18,82	17,09	15,41	14,78	16,63	19,94
Navarra	14,42	12,14	12,75	12,53	10,93	10,11	12,6
País Vasco	7,87	7,79	7,98	7,69	7,25	9,73	10,29
La Rioja	15,66	14,08	14,73	14,99	15,16	22,12	27,7
Ceuta	6,81	10,77	13,28	12,12	11,48	11,48	13,78
Melilla	4,4	3,83	4,14	5,1	2,54	2,54	5,47
Media CCAA	13,7	13,1	14,8	15,5	14,2	15,4	20,8

Fuente: Ministerio de Sanidad

ANEXO 20.
Victimizaciones de infracciones penales 2021, tipología penal, mayores de 65 años y sexo. Tipologías penales (cuadro infracciones penales)*

AÑO 2021	65 y más años		
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL SEXO
TOTAL ESTADO			
1. CONTRA LAS PERSONAS	5.109	4.882	10.051
1.1 Homicidios dolosos/asesinatos	59	48	107
Homicidios dolosos/asesinatos consumados	25	26	51
1.2 Lesiones	3.569	1.638	5.260
1.3 Malos tratos ámbito familiar	1.289	3.023	4.317
1.4 Otros contra las personas	192	173	367
2. CONTRA LAS PERSONAS	5.333	4.162	9.542
2.1 Malos tratos habituales en el ámbito familiar	266	736	1.007
2.2 Otros contra la libertad	5.067	3.426	8.535
3. LIBERTAD SEXUAL	22	132	155
3.1 Agresión sexual	1	34	35
3.2 Agresión sexual con penetración	3	8	12
3.3 Corrupción de menores o incapacitados	0	0	0
3.4 Pornografía de menores	0	0	0
3.5 Otros contra la libertad e indemnidad sexual	18	90	108
4. RELACIONES FAMILIARES	19	47	66
5. PATRIMONIO	69.707	56.824	126.681
5.1 Hurtos	23.294	27.018	50.360
5.2 Robos con fuerza	11.848	5.996	17.866
Robos con fuerza en el interior de vehículos	2.862	668	3.532
Robos con fuerza en el interior de viviendas	6.589	4.710	11.313
Robos con fuerza en establecimiento	747	225	972
5.3 Robos con fuerza e intimidación	2.646	3.349	6.009
Robos con violencia en vía pública	1.631	2.190	3.829
Robos con violencia en viviendas	498	662	1.162
Robos con violencia en establecimientos	171	138	312
5.4 Sustracción de vehículos	1.129	227	1.356
5.5 Estafas	17.952	13.305	31.280
Estafas informáticas	9.253	6.408	15.675
5.6 Daños	10.614	5.274	15.909
5.7 Contra la propiedad intelectual/industrial	7	4	11
5.8 Blanqueo de capitales	0	0	0
5.9 Otros contra el patrimonio	2.217	1.651	3.890
6. SEGURIDAD COLECTIVA	94	44	139
6.1 Tráfico de drogas	10	4	14
6.2 Contra la seguridad vial	31	11	43
6.3 Otros contra la seguridad colectiva	53	20	82
7. FALSEDADES	845	583	1.430
8. ADMÓN PÚBLICAS	4	0	4
9. ADMÓN JUSTICIA	530	1.232	1.777
10. ORDEN PÚBLICO	2.137	98	2.393
11. LEGISLACIÓN ESPECIAL	0	0	0
12. OTRAS INFRACCIONES PENALES	237	204	443
TOTAL INFRACCIONES PENALES	84.037	68.208	152.681

* En esta clasificación se ha tenido en cuenta tanto el actual articulado del Código Penal, como el anterior a la reforma de la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal



ESTAMOS A TU DISPOSICIÓN EN NUESTRAS SEDES

Federación Estatal de Pensionistas y Jubilados 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

Islas Canarias

Primer 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 24 42 22

Madrid

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

Melilla

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

Murcia

Corbalán, 4
30002 Murcia
Teléfono 968 35 52 13

País Valencià

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



confederación sindical
de comisiones obreras



pensionistas