



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

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

Madrid, marzo de 2025

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
INTRODUCCIÓN	11
1. LA POBLACIÓN MAYOR EN ESPAÑA.....	15
1.1. La esperanza de vida	15
1.2. La esperanza de vida libre de enfermedad	17
1.3. El peso de la población mayor en España.....	18
2. EL SISTEMA PÚBLICO DE PENSIONES.....	23
2.1. Pensión en vigor.....	24
2.2. Las nuevas altas de jubilación	37
2.3. El impacto de la última reforma de pensiones sobre la revalorización de las pensiones	44
3. SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.....	53
3.1. La cobertura del sistema: la dependencia es un derecho consolidado pero mejorable, que precisa de medidas que reorienten su implantación	55
3.2. Objetivos acordados en el Plan de Choque.....	58

3.3. Resultados obtenidos por el Plan de Choque (2021-2024) ...	60
3.4. Los Servicios de Atención Residencial.....	90
3.5. Propuestas de actuación para garantizar la plena implantación de la Ley de Dependencia	94
4. SANIDAD	99
4.1. El gasto público sanitario	101
4.2. Listas de espera	105
4.3. Propuestas para impulsar la coordinación sociosanitaria....	109
5. CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN MAYOR	119
5.1. Envejecer con salud en entornos saludables.....	120
5.2. Determinaciones sociales de la salud	126
5.3. Los factores relacionados con la salud de las personas adultas de más edad.....	131
5.4. Propuestas de organismos internacionales para avanzar hacia entornos saludables para un envejecimiento activo	140
5.5. Brecha de género en las pensiones	149
6. CONCLUSIONES	149
ANEXOS.....	153

PRESENTACIÓN

La Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO, en colaboración con la Fundación 1º de mayo y la Secretaría Confederal de Protección Social y Políticas Públicas de CCOO hemos preparado el **Observatorio Social de las Personas Mayores 2024** para un envejecimiento activo.

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.

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

Analizamos el Sistema Público de Pensiones que protege a algo más de 9,8 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 además al derecho a la atención sanitaria y a un régimen reducido

de copago farmacéutico que, en algunos casos, puede llegar incluso a la gratuidad.

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 40,5% han sido causadas por mujeres. Y aunque este indicador tiende a mejorar en el tiempo (cada vez son más las mujeres que generan derecho a una pensión propia de jubilación) su evolución es todavía muy lenta.

A pesar de los avances, actualmente, una de cada tres pensiones contributivas tiene 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.

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) desde su creación hace ya 18 años, presenta graves deficiencias que son objeto de análisis en este informe, pero también importantes fortalezas. Sin duda, la fortaleza más relevante es que ha conseguido garantizar una prestación efectiva a más de 1,5 millones de personas en situación de dependencia, un número que ya supera las previsiones iniciales.

Se ha consolidado así como un derecho universal al que acceden con el mismo cuerpo de derechos y obligaciones todas las personas españolas de origen o nacionalizadas, así como extranjeras con permiso de residencia, aunque responde a un modelo de gobernanza plenamente descentralizado ordenado en un marco de cooperación interadministrativa en el que participan el Estado central y las comunidades autónomas.

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

Juan Sepúlveda Muñoz

Secretario general de Pensionistas y Jubilados de CCOO

INTRODUCCIÓN

La gran transformación demográfica es un fenómeno global, aunque con evoluciones dispares en los diferentes continentes y países. En buena parte de Europa y en concreto en España se está traduciendo en un aumento sostenido del peso de la población mayor.

España cuenta ya con cerca de 20.000 personas centenarias, mantiene una esperanza de vida de las más altas del mundo y una tasa de mortalidad infantil que no deja de reducirse. La longevidad es el resultado indudable de la democratización de los conocimientos y recursos médicos y de la mejora generalizada de las condiciones de vida, de alimentación y trabajo. Si bien el número de personas que viven más años no compensa la reducción del número de nacimientos, los flujos migratorios hacen que la población no se reduzca en España.

Los mecanismos de equilibrio intergeneracional para transferir recursos entre unas generaciones y otras se hace cada vez más necesario para cubrir las necesidades de las personas a lo largo de todo el ciclo vital. Desde la infancia hasta la vejez las vidas de las personas pasan por periodos de mayor necesidad de apoyo ante situaciones de dependencia: las familias y las políticas de protección social del estado de bienestar cumplen un papel crucial en España. Los servicios y prestaciones públicas como pensiones, desempleo, educación o sanidad son transferencias de cuidados, de formación o de renta entre distintas generaciones que han de reequilibrarse y adaptarse a la nueva composición demográfica para poder cubrir las necesidades sociales de la población de manera integradora.

La solidaridad debe asumir una perspectiva global que implica atender a las oportunidades que se pueden promover y necesidades que se pueden cubrir desde las políticas públicas para unas generaciones y otras en escenarios cambiantes. Por un lado, las políticas sociales, sanitarias y económicas cumplen un rol clave para seguir avanzando en la provisión de los recursos necesarios para asegurar la progresiva mejora de las condiciones de vida de la población mayor.

Por otro lado, las generaciones más jóvenes precisan un refuerzo de los recursos y prestaciones educativas públicos, un impulso a las medidas de conciliación entre la vida familiar, personal y laboral, un fomento de distintos recursos de apoyo a las familias y las personas jóvenes, pero también políticas reales que aseguren acceso a la vivienda o desarrollo de políticas de empleo que aseguren cada vez mejores condiciones de trabajo ante las transformaciones digital y ecológica.

Ante la longevidad, gana protagonismo el reto de que los años vividos sean de mejor calidad, libres de enfermedad, de discapacidad y manteniendo el mayor nivel de autonomía posible. Para ello, los avances en la prevención de la enfermedad, las mejoras en las condiciones de vida y trabajo a lo largo de la vida son cruciales, pero también la generación de entornos físicos y sociales que permitan y promuevan vidas activas en la vejez acompañando la pérdida progresiva de facultades.

Es por ello que, desde distintos ámbitos, como por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (OMS), se está poniendo un mayor énfasis en analizar las condiciones de los entornos donde viven las personas mayores. Esto es debido a que con la edad aumentan en ocasiones las necesidades de las personas. Las ciudades y comunidades deben estar diseñadas para anticipar y responder con flexibilidad para satisfacer estas demandas y preferencias.

Con el objetivo de fomentar un envejecimiento saludable, la planificación de los entornos urbanos debe tener presente cuestiones como la existencia de redes de transporte adaptado, espacios al aire libre, atención de la salud, la asistencia social y otros aspectos de la comunidad. Estas cuestiones permiten fomentar la salud, la inclusión y la contribución de la ciudadanía en general y, de las personas mayores, en particular.

La OMS señala igualmente que la prolongación de la vida y de los años vividos con buena salud ofrece nuevas oportunidades tanto para las personas como para las sociedades en las que viven, ya que se produce un envejecimiento saludable en donde las personas mayores pueden tener, en la medida de sus posibilidades, un papel activo en el apoyo a las familias y las comunidades.

En ocasiones, se señalan los desafíos que supone esta prolongación de la vida para la inversión pública en servicios y prestaciones sociales a medio y largo plazo. Sin embargo, cada vez son más los estudios que reflejan las oportunidades de esta longevidad y el papel que pueden tener estas generaciones en el desarrollo de nuevos segmentos de productos y servicios adaptados a sus necesidades en sectores relacionados con la sanidad, la banca, la automoción, la vivienda, la energía, las telecomunicaciones, el ocio o el turismo. De igual modo, se espera que estas actividades relacionadas con autonomía, atención y cuidado de la población de mayor edad supongan un impulso de nuevos puestos de trabajo en estas áreas.

En definitiva, la dinámica de prolongación de la vida y de aumento de la calidad de ésta hacen que la sociedad tenga que afrontar nuevos retos a la vez que surgen nuevas oportunidades en donde las políticas públicas equilibradas del estado de bienestar se vuelven cruciales para garantizar sociedades más inclusivas e integradoras.

Es en este contexto donde se sitúa este Observatorio Social de las Personas Mayores en España, que muestra un año más la situación de las políticas públicas relacionadas con la población de mayor edad, así como las condiciones de vida de este grupo de población.

El Observatorio 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 analizan los condicionantes sociales para la salud de la población y, en concreto, de la población de mayor edad.

1

LA POBLACIÓN MAYOR EN ESPAÑA

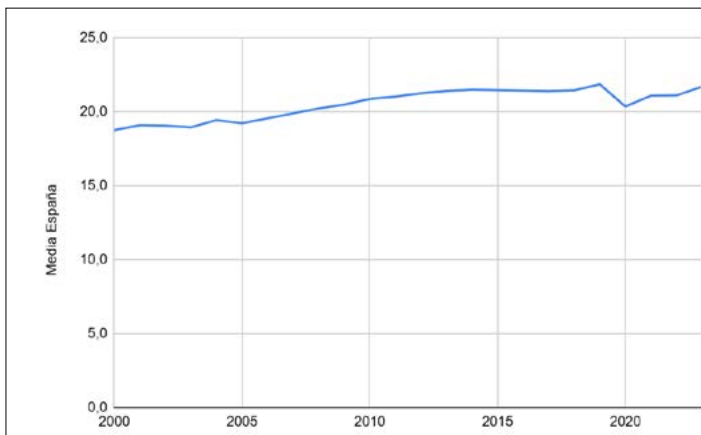
En España, la mortalidad en el primer año de vida se encuentra en apenas 2,6 por mil nacimientos, la esperanza de vida al nacer ya se encuentra en los 83 años y a los 65 años se estima una esperanza de vida saludable de 18,7 años (Indicadores de Mortalidad, INE, 2024).

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 gráfico ilustra la progresión ascendente y el impacto de la pandemia de la COVID-19 en 2020. Desde entonces, la expectativa de años de vida de la población mayor ha vuelto a aumentar, aunque aún en 2023 no se habían recuperado los niveles de 2019 quedando a una distancia de 0,2 años.

Cabe esperar que el gran aumento en los años de expectativa de vida producido en el último siglo, vaya frenándose. Esto se debe a que la esperanza de vida no sólo refleja el aumento de porcentaje de población que llega a edades cada vez más avanzadas, sino también en la contención de la mortalidad infantil y en la contención de la muerte prematura, con el control de determinadas afecciones que han pasado de ser mortales a crónicas. Las mejoras en este campo tienen cada vez menos margen de mejora, lo que contendrá los avances estadísticos en la prolongación de la esperanza de vida.

Gráfico 1.1. Evolución de la esperanza de vida a los 65 años en España. 2000-2023

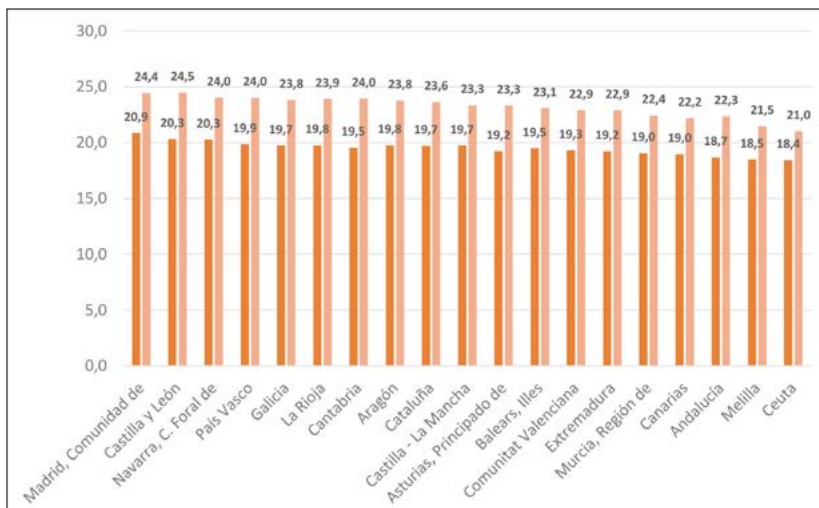


Fuente: Indicadores demográficos básicos, INE, 2025.

Las expectativas de vida están, sin embargo, marcadas por condicionantes demográficos y socioeconómicos. Las mujeres tienen una expectativa de vida a los 65 años 3,8 años mayor que los hombres (2023).

Los datos en las comunidades autónomas reflejan diferencias en la esperanza de vida a los 65 años. En el gráfico 1.2. se ilustran estas disparidades, de hombres y mujeres en las distintas comunidades autónomas. Madrid y Castilla y León destacan por la mayor expectativa mientras que Ceuta y Melilla se encuentran a la cola. La diferencia es significativa, ya que las mujeres de Ceuta tienen una esperanza de vida de 3,4 años menos que las mujeres de la Comunidad de Madrid. La interrelación de factores como el nivel de estudios alcanzados (a mayor nivel de estudios, mayor esperanza de vida), las condiciones de trabajo, nivel o condiciones de vida -entre otros- explica en buena medida esta brecha.

Gráfico 1.2. Esperanza de vida a los 65 años, CCAA y género, 2023



Fuente: Indicadores demográficos básicos. INE, 2025

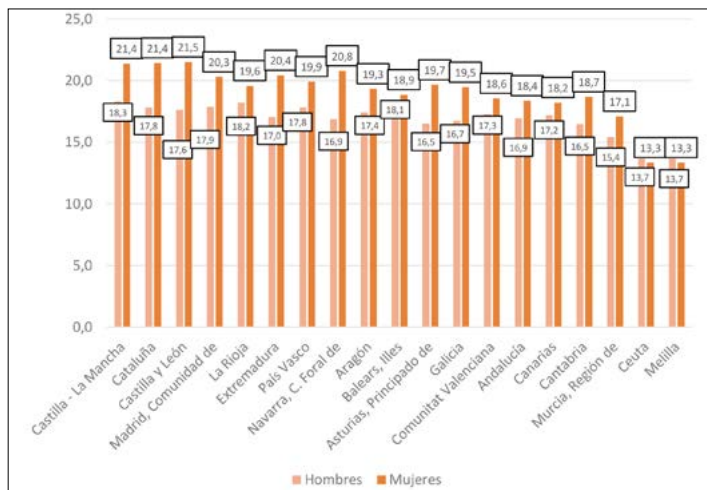
1.2. Esperanza de vida libre de enfermedad

Según aumenta el número de años de vida, va ganando más relevancia la calidad de los años que se viven. La esperanza de vida libre de enfermedad, los años de vida saludable, es un indicador que permite examinar los avances en esta materia.

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 2022, reflejan un dato de una esperanza de vida saludable de 18,56 años a los 65 años. Esta cifra empeora la situación respecto al año 2021 y se mantiene por debajo de los niveles de 2019. Esta evolución de los últimos años refleja la interrupción que supuso la pandemia de la COVID-19 en la tendencia creciente mostrada en la última década.

El número de años con salud que se esperan en la población adulta mayor muestra diferencias reseñables entre las cifras mostradas por mujeres y hombres. El gráfico 1.3. refleja estas diferencias por género en las distintas comunidades autónomas. Así, comunidades como Castilla-La Mancha, Cataluña o Castilla León, reflejan unas tasas superiores de esperanza de vida saludable a los 65 años, mientras que en el lado opuesto se sitúan otras como Melilla, Ceuta o Murcia.

Gráfico 1.3. Esperanza de vida saludable a los 65, CCAA y género. 2022



Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud, 2025

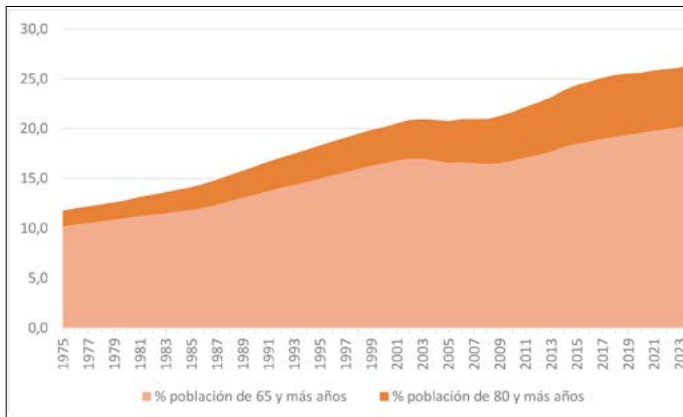
1.3. El peso de la población mayor en España

La mayor longevidad de la población en España va configurando una composición demográfica cambiante. Así, desde el año 1975, se muestra un incremento en la proporción de población mayor, de 65 y más años, hasta el punto que prácticamente duplica su peso en el

total de la población, llegando a representar el 20,4% de la población en España en el año 2024.

El gráfico 1.4. muestra la evolución de la proporción de la población de 65 y más años sobre el total de la población en las últimas décadas; un gráfico que muestra el gran cambio demográfico que se está viviendo. Si bien, la progresión no ha sido lineal, dado que responde a elementos demográficos como los incrementos de población joven, natalidad y fecundidad como los producidos en los años 2000 con la llegada a territorio estatal de población migrante en edad laboral.

Gráfico 1.4. Porcentaje de población mayor en España (1975-2023)

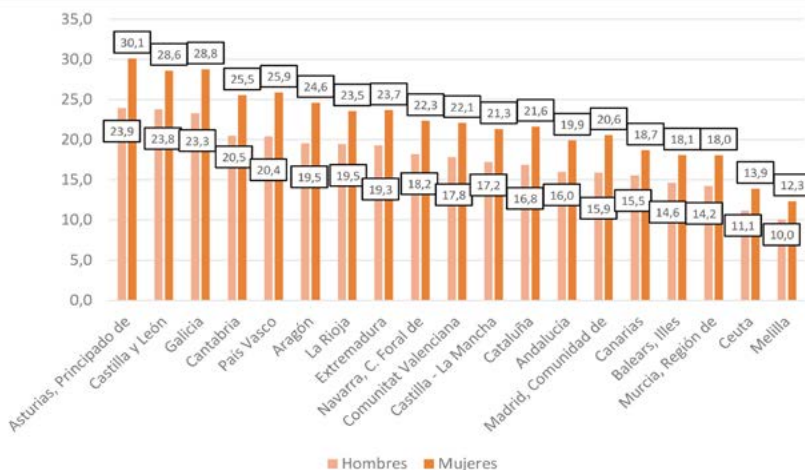


Fuente: Indicadores de Estructura de la Población. INE, 2025.

Una tendencia similar, aunque más pausada, es la mostrada en la proporción de la población de 80 y más años. Este grupo de edad ha pasado de suponer el 1,6% del total de población en el año 1975 a representar un 6,1% en 2024. Si bien, se puede destacar que, desde la pandemia originada por la COVID-19, se ha estancado el volumen de personas de este grupo de edad.

Diferenciando por género, y tomando los datos de 2022, la proporción que mujeres y hombres de 65 y más años representan sobre el total de personas de su respectivo género, se puede destacar que existe una mayor proporción de mujeres de 65 y más años (22%), que hombres de ese grupo de edad (17,7%). Esta brecha es mayor en el grupo de edad de 80 y más años, en la medida que la proporción de mujeres mayores (7,5%) casi duplica la proporción de hombres mayores (4,5%) respecto al total de personas de su género.

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



Fuente: Estadística del padrón continuo. INE, 2025.

Existe una distribución desigual de la población mayor en España y su peso en la población de los territorios es diversa. Detrás de esta diversidad hay un conjunto de factores relacionados con los procesos de movilidad demográfica dentro de España que han ido generando,

a lo largo de la historia reciente más intensamente, una despoblación de zonas rurales y la atracción de las grandes ciudades y las islas.

Estas transformaciones están asociadas también a procesos productivos diversos que van generando configuraciones socioeconómicas acordes a ellas. Con explicaciones multidimensionales, la realidad es que la despoblación de determinadas áreas se ha ido agudizando y configura un mapa estatal con comunidades autónomas en las que el peso de la población adulta mayor es muy superior a la media.

Esta diversidad se muestra en el gráfico 1.5. Algunas regiones como Asturias, Castilla y León y Galicia reflejan una mayor proporción de población de 65 y más años, mientras que, por el contrario, otras como Melilla y Ceuta, Murcia, Islas Baleares e Islas Canarias muestran una menor proporción. Por otra parte, en todas las comunidades y ciudades autónomas se muestra una pauta común en donde la proporción de mujeres mayores es superior al de los hombres de mayor edad.

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 casi de 9,8 millones de personas pensionistas y sus familias (9,3 millones de personas con pensiones contributivas de Seguridad Social y cerca de 0,5 millones con pensiones no contributivas).

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 9,8 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 además al derecho a la atención sanitaria y a un régimen reducido de copago farmacéutico que, en algunos casos, puede llegar incluso a la gratuidad¹.

Cuadro 1

Pensionistas contributivos en alta 2024 (diciembre)				
	Número	Porcentaje sobre el total	Importe medio mensual	Edad media
Ambos sexos	9.304.060	100,0%	1.394,47 €	1.394,5
Mujeres	4.611.945	49,6%	1.215,00 €	1.215,0
Hombres	4.692.073	50,4%	1.569,88 €	1.569,9

Fuente: Seguridad Social

Cuadro 2

Pensionistas no contributivos en alta 2024 (diciembre)			
	Número	Porcentaje sobre el total	Importe medio mensual
Ambos sexos	460.817	100,0%	547,25 €
Mujeres	292.800	63,5%	-
Hombres	168.017	36,5%	-

Fuente: IMSERSO

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.

Las pensiones del ámbito contributivo son muy mayoritarias y con ellas se protege a más de 9,3 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 casi 972.000 personas en esta situación, que mayoritariamente compatibilizan pensiones de jubilación y viudedad, de modo que el 82,5% de las personas que compatibilizan más de una pensión son mujeres).

El número total de pensiones contributivas en vigor supera ligeramente los 10 millones, que cuentan con una cuantía media de 1.394,47 €/mes². En este ámbito de protección las mujeres que son titulares de pensión (49,6%) son casi las mismas que los hombres, si bien las cuantías de las primeras son más bajas, como veremos más adelante.

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 (10%), orfandad (3%) y la casi residual pensión a favor de familiares (0,4%).

Por tratarse de prestaciones de las prestaciones definidas con una relación de contributividad más directa, las pensiones que mayor cuantía económica garantizan son las de jubilación (1.449 €/mes) y las de incapacidad permanente (1.166 €/mes), y a una evidente distancia de ellas se sitúan las pensiones de viudedad (899 €/mes), en favor de familiares (745 €/mes) y orfandad (503 €/mes).

2. Puede consultarse un análisis pormenorizado de las pensiones contributivas en vigor en las distintas comunidades autónomas y provincias en el Anexo 1 de este estudio.

Cuadro 3

Pensiones contributivas en vigor por clases Total sistema (diciembre 2024)

Total Estado	TOTAL PENSIONES		INCAPACIDAD PERMANENTE		JUBILACIÓN		VIUDEDAD		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	10.281.477	1.261,90	995.503	1.166,00	6.546.721	1.449,86	2.353.104	899,25	339.837	503,32	46.312	745,92
Porcentaje sobre el total pensiones	100,00	-	9,68	-	63,67	-	22,89	-	3,31	-	0,45	-

Fuente: Seguridad Social

Pensiones no contributivas en vigor por clases (diciembre 2024)

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	457.400	547,25	169.775	579,38	287.625	528,29
Porcentaje sobre el total pensiones	100,00	-	37,12	-	62,88	-

Fuente: INSERSO

Para completar el mapa de pensiones del segmento contributivo debemos destacar que, a pesar de estas cuantías medias, 2,1 millones de pensiones (el 20,8% del total) necesitan de complemento a mínimos. Una situación que es muy superior en el caso de las pensiones de orfandad (42,5%) y de en favor de familiares (49,1%).

De la misma forma, las pensiones causadas por mujeres tienen una mayor necesidad de complemento a mínimos (31,3%) que las de los hombres (14,8%)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 2024 en 528 €/mes, si bien se prevén complementos adicionales en el caso de las pensiones de invalidez; de modo que la cuantía media

3. Puede consultarse un análisis pormenorizado las pensiones con complemento a mínimos en las distintas comunidades autónomas y provincias en el Anexo 2 de este estudio.

del conjunto de pensiones no contributivas se sitúa en 547 €/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 528 €/mes⁴, mientras que las pensiones de invalidez (39%) presentan una cuantía algo superior alcanzando los 579 €/mes de media⁵.

En los Anexos 5 al 7 de este Observatorio puede observarse el detalle territorializada 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 9,3 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.

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.

5. Puede consultarse un análisis pormenorizado las pensiones no contributivas reconocidas en las diferentes comunidades autónomas y provincias en el Anexo 3 de este estudio.

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 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, cuanto 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 40,5% han sido causadas por mujeres. Y aunque este indicador tiende a mejorar en el tiempo (cada vez son más las mujeres que generan derecho a una pensión propia de jubilación) su evolución es todavía muy lenta.

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 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 cabe hacerlo en base a dos referencias principales.

De un lado, la cuantía media del total de pensiones. Y, adicionalmente, respecto de la referencia la pensión de jubilación por ser esta la prestación que de manera más directa establece una relación de contributividad.

Cabe así señalar que cuando consideramos el total de pensiones reconocidas, la brecha de género que presentan las pensiones en vigor (22,61%) es superior a las que registran las nuevas altas de pensión (21,21%).

Cuadro 4

Brecha de género en pensiones 2024 - Total pensiones				
	Hombres (€/mes)	Mujeres (€/mes)	Diferencia (€/mes)	Brecha de género (%)
Pensiones en vigor	1.569,88	1.215,00	354,88	22,61
Nuevas altas (nov)	1.474,00	1.161,32	312,69	21,21

Fuente: Seguridad Social

Esta misma situación se produce en el caso de la pensión de jubilación, donde el efecto de la brecha de género en el empleo que ha venido produciéndose durante décadas es la causa de que las

pensiones de jubilación en vigor (30,9%) sea diez puntos superior a la que registran las nuevas altas (20,52%).

Cuadro 5

Brecha de género en pensiones 2024 (noviembre) - Jubilación				
	Hombres (€/mes)	Mujeres (€/mes)	Diferencia (€/mes)	Brecha de género (%)
Pensiones en vigor	1.660,57	1.147,53	513,04	30,90
Nuevas altas	1.702,22	1.352,93	349,29	20,52

Fuente: Seguridad Social

Dado el carácter eminentemente contributivo de la pensión de jubilación es en esta prestación donde mejor se aprecia el importante efecto que ha comenzado ya a desplegar las medidas impulsadas desde las organizaciones sindicales para reducir los efectos de la brecha de género y propiciar un marco de relaciones laborales y sociales igualitario entre hombres y mujeres.

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”. 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 efecto de aumento de la brecha de género que se deriva del complemento de maternidad establecido por el Partido Popular está provocado por dos circunstancias. La primera de ellas es que el Tribunal de Justicia de la Unión Europea⁶ en sucesivas sentencias ha establecido que, puesto que su objetivo es el de compensar 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

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.

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.

En 2024, el complemento de maternidad se había reconocido a algo más de 992.000 pensiones de personas que han tenido 2 o más hijos, y la cuantía media de dicho complemento asciende a 70,07 €/mes.

Sin embargo, el complemento reconocido a las mujeres es de 72 €/mes mientras que el de los **hombres** es de 103 €/mes. Los hombres perciben así un complemento de maternidad que un 42% superior al de las mujeres, operando en sentido contrario al de la reducción de la brecha de género.

Además del cuadro siguiente, puede consultarse el detalle territorializado de este complemento en Anexo 4 de este Observatorio.

Cuadro 6

Pensiones con complemento de maternidad 2024

	Hombres	Mujeres	% mujeres titulares del complemento	Diferencia mayor en hombres (€/mes)	% cuantía del importe medio reconocido a los hombres superior al de mujeres
	(€/mes)	(€/mes)			
Número de pensiones con complemento	229.506	762.516	76,86	-	-
Cuantía media del complemento (euros)	103,29	72,43	-	30,86	42,61

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 también 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.

7. Hemos de llamar la atención sobre este inciso habida cuenta de que en el momento de cerrar este observatorio 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.

Por su parte, el complemento de brecha de género también ha intentado también garantizar su objetivo último estableciendo una cuantía lineal, y desde el primer hijo (en el anterior complemento de maternidad se requería tener 2 hijos/as o más).

La cuantía del complemento para la reducción de la brecha de género en el año 2025 se incrementado en un 7,8% como consecuencia de los acuerdos de diálogo social de la reforma de pensiones de 2023. El incremento se deriva de la revalorización general de las pensiones (2,8%) correspondiente a la evolución de la inflación media del año 2024 y un 5% adicional comprometido en el acuerdo de reforma suscrito por **CCOO**.

El importe del complemento se sitúa así en 2025 en 35,90 € acumulativo por cada hijo hasta un máximo de 4 (lo que supone un complemento máximo de 164,60 €/mes)

El resultado en este caso es que el complemento de brecha de género reconocido a las mujeres ha registrado durante el año 2024 una cuantía media de 72 €/mes, casi un 48% superior al que se reconoce a los hombres en esta prestación (situado en 49 €/mes) y muy próximo al que se reconoce a las mujeres que disfrutan del complemento de maternidad.

El número total de pensiones que tiene reconocido este complemento de brecha de género ya asciende a más de 913.000, de modo que casi a igualado a la cobertura que registra el complemento de maternidad. En el caso del complemento de brecha de género en pensiones, las mujeres que son titulares de este suponen el 72,6% del total.

Cuadro 7

Pensiones con complemento de de brecha de género

	Hombres (€/mes)	Mujeres (€/mes)	% mujeres titulares del complemento	Diferencia mayor en mujeres (€/mes)	% de la cuantía del importe medio reconocido a las mujeres superior al de hombres
Número de pensiones con complemento	101.078	812.130	88,93	-	-
Cuantía media del complemento (euros)	49,17	72,67	-	23,50	47,79

Fuente Seguridad Social

Además del cuadro anterior, puede consultarse el detalle territorializado de este complemento en Anexo 5 de este Observatorio.

Para finalizar, debemos destacar que actualmente nuestro sistema público de pensiones reconoce alguno de estos complementos para la reducción de la brecha de género a más de 1,8 de pensiones, de las que las titulares son mujeres en el 83% de los casos (1,5 millones de pensiones).

2.2 Las nuevas altas de jubilación

Las sucesivas reformas que se han venido produciendo desde 1995 en el marco del conocido como 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.

A esta modalidad se añadió a través del acuerdo de reforma de pensiones de 2011 (que dio lugar a la Ley 27/2011) la modalidad de jubilación anticipada voluntaria, que permite anticipar la jubilación desde el empleo, por la simple voluntad de la persona trabajadora, y sin que tenga que mediar el despido o la extinción previa del contrato de trabajo.

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. 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 65,18 años)⁸ al mismo tiempo que garantiza que una parte muy significativa de quienes se jubilan lo hacen mediante alguna modalidad de jubilación anticipada. Más aún, ya puede observarse con claridad cómo se ha consolidado el nuevo modelo de jubilación en el que tiene una importancia mucho mayor la jubilación anticipada voluntaria que utilizan el 16% de los nuevos jubilados, frente a la jubilación anticipada involuntaria que registra su mínimo histórico en el 3,5% de las nuevas altas de jubilación. La causa que explica esta situación radica en el efecto del escudo social diseñado desde el diálogo social para enfrentar los efectos del Covid en 2020. La utilización de medidas asociadas a los ERTE⁹ y las prestaciones excepcionales de cese de actividad para trabajadores autónomos evitaron los despidos masivos que sí se dieron en el marco de los recortes sociales de la crisis financiera de 2008, y que a la larga son los que provocan la necesidad de que las personas afectadas se vean obligadas a acudir a la jubilación anticipada involuntaria.

Durante el año 2024¹⁰, considerando la totalidad de pensiones de jubilación registradas en el total del sistema de Seguridad Social, la jubilación anticipada ha supuesto el 29% del total de las nuevas

8. El dato es el último publicado por la Seguridad Social en la estadística correspondiente al mes de noviembre de 2024.

9. Los Expedientes de Regulación Temporal de Empleo (ERTE) sirvieron para proteger el empleo de 3,5 millones de personas trabajadoras que accedieron a prestaciones temporales de desempleo, así como también a decenas de miles de empresas que se beneficiaron.

10. Se ofrece el dato acumulado hasta noviembre de 2024.

altas, el 61% han sido pensiones de jubilación ordinaria y el 9,4% jubilaciones demoradas voluntarias.

En lo que respecta al Régimen General, donde cotizan la mayoría de las y los trabajadores por cuenta ajena, algo más del 31% de las nuevas altas fueron mediante jubilación anticipada, mayoritariamente concentradas en la modalidad de jubilación anticipada voluntaria (16%), seguida de la jubilación parcial (8%) y en su mínimo histórico la jubilación anticipada involuntaria (4,5%); La jubilación anticipada por trabajos penosos¹¹ se mantuvo en el 2%. Por su parte, el 62% de las jubilaciones se produjeron en la modalidad ordinaria y el 6% mediante la jubilación demorada voluntaria.

En el caso de las nuevas altas producidas en el Régimen Especial de Autónomos el 14% de los nuevos jubilados lo hizo con una modalidad de jubilación anticipada, en este caso casi todas se registran en la modalidad voluntaria (13,6%), una cifra muy similar a la del Régimen General, el 59% lo hizo mediante la jubilación ordinaria y la modalidad de jubilación demorada voluntaria concentró 26,4% del total, un registro que triplica el de los trabajadores por cuenta ajena.

Cabe así concluir que se ha consolidado el modelo flexible de jubilación a diferentes edades diseñado en el marco del diálogo social, mediante el que se hace compatible la existencia de un amplio abanico de modalidades de jubilación anticipada al tiempo que se permite también un alargamiento voluntario de la carrera profesional. Las claves del modelo son precisamente el refuerzo de la voluntariedad en la elección de la edad de jubilación y fórmulas de equilibrio entre el reconocimiento al esfuerzo contributivo y la garantía de solidaridad y protección social ante situaciones de necesidad.

11. En la estadística oficial se presenta como jubilación anticipada “con bonificación” en la edad de jubilación.

En lo que respecta a las modalidades de jubilación anticipada, hemos de insistir en la fortaleza que supone para nuestro modelo de jubilación la existencia de dos modalidades: la de 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. La utilización de ambas modalidades en el año 2024 es un claro ejemplo de ello ya que la modalidad voluntaria ha servido para garantizar el acceso a la jubilación al 16% de los nuevos pensionistas, mientras que la voluntaria solo ha sido necesaria para el 3,5% de los casos.

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 el 2,5% 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.

En este sentido, hemos de destacar que el 31 de julio de 2024 se alcanzó en el marco del diálogo social un acuerdo para la modificación del procedimiento que sirve para acceder, en su caso, a los coeficientes reductores de la edad de jubilación por trabajos penosos. El nuevo procedimiento acordado, además de los informes de morbilidad y siniestralidad habituales en este tipo de actividades, incluye también la posibilidad de utilizar informes epidemiológicos

que ayuden a hacer emerger situaciones de penosidad habitualmente ocultas que están directamente relacionadas con la edad y el género.

Por último, hemos de señalar la jubilación demorada, que da derecho a un incremento en la cuantía de la pensión. En 2024 su utilización ha sido muy superior en el caso del Régimen Especial de Autónomos, donde la han utilizado el 26% de las personas que se han jubilado, mientras que en el Régimen General lo han hecho en el 6% de los casos. En ambos casos, el crecimiento registrado en la utilización de esta modalidad de jubilación ha sido extraordinario, de modo que en el conjunto del sistema se ha situado así en el 8,1% de las nuevas altas de jubilación durante el periodo señalado, contribuyendo al equilibrio que muestra la edad media de jubilación en nuestro modelo de jubilación flexible.

Cuadro 8

Altas iniciales de jubilación (noviembre 2024)

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	98.204	29,0	1.771,84	88.013	31,39	1.814,84	7.917	14,20	1.183,91
Con Coeficiente reductor	66.131	19,5	1.740,53	58.455	20,85	1.812,72	7.618	13,66	1.183,73
Voluntaria	54.205	16,0	1.699,76	46.550	16,60	1.783,99	7.618	13,66	1.183,73
No voluntaria	11.926	3,5	1.925,84	11.905	4,25	1.925,06	--	--	--
Con Bonificación	8.619	2,5	2.315,64	6.156	2,20	2.418,59	253	0,45	1.194,93
Especial a los 64 años	259	0,1	1.889,87	259	0,09	1.889,87	--	--	--
Parcial	23.195	6,8	1.657,74	23.143	8,25	1.658,76	46	0,08	1.153,27
JUBILACIÓN CON EDAD ORDINARIA	240.493	71,0	1.480,99	192.364	68,61	1.601,83	47.840	85,80	996,26
Parcial (sin relevista)	214	0,1	973,75	204	0,07	979,95	8	0,01	540,93
Demorada	31.876	9,4	1.402,99	17.045	6,08	1.747,92	14.736	26,43	1.004,30
Resto	208.403	61,5	1.493,45	175.115	62,46	1.588,34	33.096	59,36	992,80
TOTAL ALTAS NO SOVI	338.697	100,0	1.565,33	280.377	100,00	1.668,70	55.757	100,00	1.022,91
TOTAL ALTAS SOVI	74		473,22						
TOTAL ALTAS	338.771		1.565,09						

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 2024 en una cuantía media de 1.480 €/mes, registrándose una diferencia muy relevante entre las pensiones causadas en el Régimen General (1.601 €/mes) y las del Régimen Especial de Autónomos (996 €/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 las 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 1.771 €/mes, una cifra que en el Régimen General alcanza los 1.814 €/mes y en el caso del Régimen Especial de Autónomos se sitúa en 1.183 €/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.

Aún a pesar del incremento de las cuantías medias que presentan las nuevas altas de jubilación, persiste aún 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 son más del 10% de las nuevas altas de jubilación las que necesitan 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 los jóvenes garantizando un sistema de pensiones equiparable al que están ayudando a financiar

La derogación del Factor de Sostenibilidad ha sido una medida destinada a garantizar la solidaridad inter-generacional. **Desde CCOO se apuesta** por el refuerzo del principio de solidaridad en su integridad (solidaridad inter-generacional, intra-generacional, inter-territorial,...) como uno de los valores distintivos del sistema público

de Seguridad Social. Precisamente por ello **desde la Federación de Pensionistas de CCOO se ha reivindicado** que una de las medidas de dicha solidaridad inter-generacional pasa por 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 manera que la derogación del conocido como factor de sostenibilidad resultaba una medida imprescindible para ello, y que, de haberse aplicado, 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 6 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 un despliegue 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 coincidió en su primer año de aplicación con un registro de inflación extraordinariamente elevada (8,5%), 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. Y tras este episodio la inflación volvió posteriormente a una senda mucho más moderada (2,8%).

En ambos casos la nueva fórmula de revalorización de pensiones garantizó el mantenimiento del poder de compra de la totalidad de

pensiones mínimas, más de 10 millones en total, con las que se protege al conjunto de la población (jubilación, viudedad, incapacidad permanente, orfandad, favor de familiares...).

De no existir la nueva fórmula de revalorización pactada en el diálogo social, el impacto sobre las pensiones medias que habría tenido la aplicación del IRP ya derogado habría sido una reducción de 118 €/mes, lo que supone una pérdida de pensión equivalente al 1.655 €/año.

En el cuadro siguiente puede observarse con detalle el efecto que esta situación habría desplegado en cada comunidad autónoma y cada provincia.

Cuadro 9

Efecto de la Reforma de pensiones pactada en el diálogo social sobre la mejora del TOTAL PENSIONES (acumulado 2023 + 2024)

Provincia / CCAA	Número pensiones	Pensión media (€/mes)	Pensión revalorizada en 2023 y 2024 por el Acuerdo de diálogo social		Revalorización prevista IRP		Cuantía de pensión que cada pensionista habría perdido de no haberse producido Acuerdo de Reforma de pensiones del diálogo social	Cuantía que hubiese perdido cada territorio o colectivo en transferencias en forma de pensión
			IPC: 11,3%	IRP: 0,50%	(€/mes)	(€/mes)		
	Total pensiones en vigor - Diciembre 2022							
Almería	111.373	890,21	990,80	894,66	96,14	1.346,00	149,91	
Cádiz	227.358	1.084,77	1.207,35	1.090,19	117,16	1.640,17	372,91	
Córdoba	175.484	909,23	1.011,97	913,78	98,20	1.374,76	241,25	
Granada	193.368	929,99	1.035,08	934,64	100,44	1.406,14	271,90	
Huelva	101.195	992,89	1.105,09	997,85	107,23	1.501,25	151,92	
Jaén	145.406	899,73	1.001,40	904,23	97,17	1.360,39	197,81	
Málaga	279.523	995,10	1.107,55	1.000,08	107,47	1.504,59	420,57	
Sevilla	390.904	1.011,11	1.125,37	1.016,17	109,20	1.528,80	597,61	
ANDALUCÍA	1.624.611	978,61	1.089,19	983,50	105,69	1.479,66	2.403,87	
Huesca	53.895	1.048,50	1.166,98	1.053,74	113,24	1.585,33	85,44	
Teruel	35.839	1.056,12	1.175,46	1.061,40	114,06	1.596,85	57,23	
Zaragoza	218.432	1.202,08	1.337,92	1.208,09	129,82	1.817,54	397,01	
ARAGÓN	308.166	1.158,25	1.289,13	1.164,04	125,09	1.751,27	539,68	
ASTURIAS	299.791	1.283,32	1.428,34	1.289,74	138,60	1.940,38	581,71	
ILLES BALEARS	202.830	1.020,92	1.136,28	1.026,02	110,26	1.543,63	313,09	
Las Palmas	183.577	1.013,20	1.127,69	1.018,27	109,43	1.531,96	281,23	
S.C. Tenerife	166.100	980,36	1.091,14	985,26	105,88	1.482,30	246,21	
CANARIAS	349.677	997,60	1.110,33	1.002,59	107,74	1.508,37	527,44	
CANTABRIA	144.089	1.156,98	1.287,72	1.162,76	124,95	1.749,35	252,06	

Efecto de la Reforma de pensiones pactada en el diálogo social sobre la mejora del TOTAL PENSIONES (acumulado 2023 + 2024)

Cuadro 9. (cont.)

Provincia / CCAA	Número pensiones	Pensión media (€/mes)	Revalorización prevista IRP		Cuantía de pensión que cada pensionista habría perdido de no haberse producido Acuerdo de Reforma de pensiones del diálogo social		Cuantía que hubiese perdido cada territorio o colectivo en transferencias en forma de pensión (millones €/año)
			IPC: 11,3%	IRP: 0,50%	(€/mes)	(€/año)	
Ávila	38.955	954,72	1.062,60	959,49	103,11	1.443,54	56,23
Burgos	91.633	1.173,60	1.306,22	1.179,47	126,75	1.774,48	162,60
León	139.862	1.087,86	1.210,79	1.093,30	117,49	1.644,84	230,05
Palencia	42.895	1.119,46	1.245,96	1.125,06	120,90	1.692,62	72,61
Salamanca	81.135	1.015,56	1.130,32	1.020,64	109,68	1.535,53	124,58
Segovia	34.388	1.040,83	1.158,44	1.046,03	112,41	1.573,73	54,12
Soria	22.439	1.043,28	1.161,17	1.048,50	112,67	1.577,44	35,40
Valladolid	118.682	1.209,28	1.345,93	1.215,33	130,60	1.828,43	217,00
Zamora	47.800	924,80	1.029,30	929,42	99,88	1.398,30	66,84
CASTILLA Y LEÓN	617.789	1.091,35	1.214,67	1.096,81	117,87	1.650,12	1.019,43
Albacete	73.528	978,18	1.088,71	983,07	105,64	1.479,01	108,75
Ciudad Real	100.804	1.017,47	1.132,44	1.022,56	109,89	1.538,41	155,08
Cuenca	44.654	929,12	1.034,11	933,77	100,34	1.404,83	62,73
Guadalajara	43.818	1.160,26	1.291,37	1.166,06	125,31	1.754,31	76,87
Toledo	120.411	1.008,94	1.122,95	1.013,98	108,97	1.525,52	183,69
CASTILLA-LA MANCHA	383.215	1.013,28	1.127,78	1.018,35	109,43	1.532,08	587,12
Barcelona	1.322.921	1.174,77	1.307,52	1.180,64	126,88	1.776,25	2.349,84
Girona	163.316	1.020,33	1.135,63	1.025,43	110,20	1.542,74	251,95
Lleida	101.063	977,42	1.087,87	982,31	105,56	1.477,86	149,36
Tarragona	176.278	1.067,13	1.187,72	1.072,47	115,25	1.613,50	284,42
CATALUÑA	1.763.578	1.138,40	1.267,04	1.144,09	122,95	1.721,26	3.035,58
Alicante	331.938	947,46	1.054,52	952,20	102,33	1.432,56	475,52
Castellón	135.497	980,46	1.091,25	985,36	105,89	1.482,46	200,87
Valencia	556.137	1.053,19	1.172,20	1.058,46	113,74	1.592,42	885,61
C.VALENCIANA	1.023.572	1.009,28	1.123,33	1.014,33	109,00	1.526,03	1.562,00
Badajoz	137.124	919,28	1.023,16	923,88	99,28	1.389,95	190,60
Cáceres	96.600	905,37	1.007,68	909,90	97,78	1.368,92	132,24
EXTREMADURA	233.724	913,53	1.016,76	918,10	98,66	1.381,26	322,83
Coruña (A)	302.987	981,59	1.092,51	986,50	106,01	1.484,16	449,68
Lugo	113.851	841,80	936,92	846,01	90,91	1.272,80	144,91
Ourense	106.725	812,36	904,16	816,42	87,73	1.228,29	131,09
Pontevedra	246.275	975,70	1.085,95	980,58	105,38	1.475,26	363,32
GALICIA	769.838	935,57	1.041,29	940,25	101,04	1.414,58	1.089,00
MADRID	1.216.964	1.278,38	1.422,84	1.284,77	138,07	1.932,91	2.352,28
MURCIA	255.588	968,13	1.077,53	972,97	104,56	1.463,81	374,13
NAVARRA	141.757	1.256,77	1.398,79	1.263,05	135,73	1.900,24	269,37
Araba/Álava	80.721	1.379,30	1.535,16	1.386,20	148,96	2.085,50	168,34
Gipuzkoa	193.137	1.330,05	1.480,35	1.336,70	143,65	2.011,04	388,41
Bizkaia	296.465	1.369,10	1.523,81	1.375,95	147,86	2.070,08	613,71
PAÍS VASCO	570.323	1.357,32	1.510,70	1.364,11	146,59	2.052,27	1.170,46
RIOJA (LA)	71.926	1.078,26	1.200,10	1.083,65	116,45	1.630,33	117,26
CEUTA	8.931	1.105,19	1.230,08	1.110,72	119,36	1.671,05	14,92
MELILLA	8.467	1.060,09	1.179,88	1.065,39	114,49	1.602,86	13,57
TOTAL ESTADO	9.994.836	1.094,87	1.218,59	1.100,34	118,25	1.655,44	16.545,89

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 las 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” 1.904 €/año, y el colectivo total de pensionistas de jubilación habría “perdido” un total de 12.004 millones de euros/año, en el periodo acumulado de 2023 y 2024; una inyección de recursos de la que tampoco se podrían haber beneficiado la economía de los lugares de residencia de estas personas jubiladas.

En el Anexo 7 de este Observatorio puede consultarse con detalle el efecto que esta situación habría desplegado en cada comunidad autónoma y cada provincia.

En el mismo periodo acumulado de 2023 y 2024, 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 1.181 euros al año y el conjunto del colectivo habría “perdido” un nivel de protección equivalente a 2.785 millones de euros anuales.

En el Anexo 8 de este Observatorio puede consultarse con detalle el efecto que esta situación habría desplegado en cada comunidad autónoma y cada provincia.

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 han operado 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.

En base a lo acordado en la reforma de pensiones de 2023, 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.

De este modo, las pensiones mínimas y las no contributivas se revalorizarán en lo que lo hagan el conjunto de pensiones de acuerdo a la inflación media y, adicionalmente, la garantía de suficiencia ligada al umbral de pobreza que corresponda en cada caso servirá como cuantía suelo.

- Dicha garantía de suficiencia se implementará de forma progresiva de acuerdo al siguiente esquema:
- En el año 2024 se integrará el 20% de la diferencia entre la cuantía revalorizada de la pensión mínima y el umbral de riesgo de pobreza que corresponda.
- En el año 2025 se integrará el 30% de la diferencia entre la cuantía revalorizada de la pensión mínima y el umbral de riesgo de pobreza que corresponda.
- En el año 2026 se integrará el 50% de la diferencia entre la cuantía revalorizada de la pensión mínima y el umbral de riesgo de pobreza que corresponda.

- En el año 2027 se integrará el 100% de la diferencia entre la cuantía revalorizada de la pensión mínima y el umbral de riesgo de pobreza que corresponda.

El incremento de las pensiones mínimas y PNC en 2024 se ha situado entre el 6% y el 9%

La aplicación práctica de esta nueva garantía de suficiencia para las pensiones en vigor en 2024 ha supuesto un incremento de las pensiones mínimas y las pensiones no contributivas que se ha situado entre el 6% y el 9%, según las modalidades de pensión.

Pueden consultarse las cuantías de pensión mínima en vigor durante 2025 en el Anexo 9, así como las cuantías de las pensiones no contributivas y las principales prestaciones asistenciales del sistema de Seguridad Social en el Anexo 10.

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 en el caso de las pensiones mínimas habría 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

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

El sistema público de cuidados constituye el cuarto pilar del estado de bienestar, un pilar que se articuló en España mediante la ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, aprobada en 2006. Fruto de un acuerdo de diálogo social, la ley recoge tanto el derecho subjetivo de la ciudadanía a la atención en situaciones de necesidad como la cartera de prestaciones.

Dicho acuerdo de diálogo social sentó las bases del proyecto de ley remitido al Congreso de los diputados que finalmente concluyó en la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. La Ley de dependencia se aprobó así por el conjunto de grupos parlamentarios sin ningún voto en contra; es, con toda probabilidad, uno de los ámbitos de protección social fruto del acuerdo social y político más amplio posible y debe ser considerado como un éxito de país en su conjunto.

La atención a la dependencia se ha consolidado como un derecho universal al que acceden con el mismo cuerpo de derechos y obligaciones todas las personas con ciudadanía española, aunque responde a un modelo de gobernanza plenamente descentralizado ordenado en un marco de cooperación interadministrativa en el que participan el Estado central y las comunidades autónomas. Se

trata de un modelo de cooperación entre Administraciones inédito en el marco del Estado autonómico y que, lógicamente, precisa de tiempo para consolidarse, pero que ya ofrece como primer resultado la consolidación de un mismo cuerpo de prestaciones común en todo el Estado y en el que participan de forma normalizada todas las comunidades autónomas.

De esta manera se configura el sistema de atención a la dependencia, en torno a un 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.

Se trata de un derecho fundamental que se enfrenta a los retos que plantea la longevidad y los cambios sociales- laborales, culturales, familiares- que implican la necesidad de revisar el modelo tradicional de atención y cuidado a las personas dependientes. De un buen diseño del sistema dependen muchos elementos que inciden en el empleo y su calidad, la igualdad de género y la calidad de vida de las personas dependientes y sus familias.

El acceso al sistema se inicia mediante una solicitud que da lugar a una valoración. Dicha valoración genera una resolución con el grado de dependencia de la persona solicitante en función de sus necesidades. De acuerdo al grado resuelto, se establecen 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 beneficiarias con derecho son aquellas a las que se asigna un grado y quedan a la espera de que les sea elaborado un Programa Individual de Atención (PIA). Dicho PIA detalla los servicios y recursos que se proporcionarán a la persona dependiente con el objetivo de satisfacer sus necesidades específicas. Una vez generado su programa, las personas quedan de nuevo a la espera de que la prestación determinada se haga efectiva.

Los servicios del SAAD 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.

3.1. La cobertura del sistema: la dependencia es un derecho consolidado pero mejorable, que precisa de medidas que reorienten su implantación

Desde su creación, hace ya 18 años, el Sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD) presenta graves deficiencias que son objeto de análisis en este informe, pero también importantes fortalezas.

Sin duda, la fortaleza más relevante es que ha conseguido garantizar una prestación efectiva a más de 1,5 millones de personas en situación de dependencia, un número que ya supera las previsiones iniciales.

Cabe también destacar que casi el 60% de las personas atendidas lo están mediante un servicio profesional que en la práctica totalidad de casos son de alta calidad, aunque la intensidad que ofrece algunos de ellos es manifiestamente insuficiente.

La puesta en marcha de un sistema de protección basado de forma preferente en servicios profesionales ha posibilitado la consolidación de un sólido sector de actividad en el que actualmente trabajan 525.000 profesionales, mayoritariamente mujeres.

No es tampoco menor el hecho de que el SAAD registra un gasto corriente de más de 11.500 millones de euros (0,77% PIB) dedicados a financiar la totalidad de prestaciones que se reconocen. Se trata de un volumen de recursos que queda lejos aún del objetivo que se precisa para garantizar la suficiencia del sistema pero que, no obstante, es muy relevante.

Supone, por ejemplo, una vez y media los recursos que se destinan a financiar los complementos a mínimos de las pensiones contributivas, dos veces y media la financiación del Ingreso Mínimo Vital y casi cuadruplica la inversión con la que se financian las pensiones no contributivas.

El sistema de dependencia protege así a 1,5 millones de personas a través de 2 millones de prestaciones, de acuerdo con el detalle que se presenta en el cuadro siguiente, y cuyo contenido será analizado a lo largo de este informe.

Cabe también señalar que el SAAD, pese a sus fortalezas, presenta también elementos de riesgo que precisan de una actuación conjunta del Estado y las comunidades autónomas para su corrección de modo que se evite con ello que terminen consolidándose como puntos críticos que pongan en riesgo el derecho.

Cuadro 3.1

Personas y prestaciones reconocidas en el SAAD - Todos los Grados

Situación a 30 de noviembre de 2024

ÁMBITO TERRITORIAL	PERSONAS CON RESOLUCIÓN DE PIA		PRESTACIONES												RATIO DE PRESTACIONES POR PERSONA CON RESOLUCIÓN DE PIA							
	Nº	Nº	Previsión Dependencia y Promoción A Personal		Teleasistencia		Ayuda a Domicilio		Centros de Día/Noche		Atención Residencial		P.E Vinculada Servicio		P.E Ciudadanos Familiares		P.E Asist. Personal		TOTAL	Nº	%	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Andalucía	291.702	601	0,14	138.622	32,02	159.122	36,76	14.782	3,41	28.511	6,59	5.044	1,17	86.172	19,91	12	0,00	432.866	100,00	1,48		
Aragón	44.856	4.501	7,57	10.548	17,73	5.589	9,40	1.806	3,04	4.130	6,94	9.727	16,35	23.180	38,97	0	0,00	59.481	100,00	1,33		
Asturias	32.810	7.667	17,11	6.158	13,74	7.666	17,10	2.216	4,94	3.835	8,56	5.012	11,18	12.243	27,32	24	0,05	44.821	100,00	1,37		
Baleares, Illes	31.849	4.277	8,08	16.553	31,28	2.304	4,35	1.764	3,33	3.007	5,68	816	1,54	24.197	45,73	0	0,00	52.918	100,00	1,66		
Canarias	44.273	4.505	7,67	3.948	6,72	2.759	4,69	6.574	11,19	5.979	10,17	15.091	25,68	19.915	33,89	0	0,00	58.771	100,00	1,33		
Cantabria	18.285	6.748	23,39	3.917	13,58	1.447	5,02	2.292	7,95	4.680	16,22	311	1,08	9.451	32,76	0	0,00	28.846	100,00	1,58		
Castilla y León	125.746	14.293	8,26	28.035	16,19	20.640	11,92	8.183	4,73	9.102	5,26	53.696	31,01	36.517	21,09	2.671	1,54	173.137	100,00	1,38		
Castilla - La Mancha	76.774	10.230	9,77	31.237	29,84	15.629	14,93	4.294	4,10	12.537	11,98	11.738	11,21	19.001	18,15	22	0,02	104.688	100,00	1,36		
Cataluña	227.099	17	0,01	35.483	12,68	33.809	12,09	14.153	5,06	38.602	13,80	24.191	8,65	133.389	47,69	85	0,03	279.729	100,00	1,23		
C. Valenciana	163.267	1.630	0,66	82.784	33,45	6.085	2,46	9.420	3,82	13.797	5,57	24.933	10,07	108.076	43,66	747	0,30	247.512	100,00	1,52		
Extremadura	37.195	1.716	3,85	6.924	15,53	941	2,11	2.420	5,43	5.388	12,09	20.227	45,37	6.968	15,63	0	0,00	44.584	100,00	1,20		
Galicia	77.075	6.242	5,97	20.502	19,61	24.768	23,69	9.091	8,70	6.848	6,55	16.295	15,59	20.673	19,77	135	0,13	104.554	100,00	1,36		
Madrid	189.638	5.901	2,24	79.083	30,03	54.744	20,79	18.659	7,08	24.818	9,42	28.978	11,00	51.114	19,41	83	0,03	263.380	100,00	1,39		
Murcia	44.420	3.579	6,23	12.623	21,98	3.892	6,78	4.185	7,29	5.357	9,33	1.397	2,43	26.386	45,95	3	0,01	57.422	100,00	1,29		
Navarra	16.137	2.262	9,99	3.419	15,10	1.118	4,94	803	3,55	2.538	11,21	2.851	12,59	9.604	42,42	43	0,19	22.638	100,00	1,40		
País Vasco	70.589	1.134	1,13	26.126	25,99	6.001	5,97	7.753	7,71	13.443	13,37	1.363	1,36	37.522	37,33	7.171	7,13	100.513	100,00	1,42		
Rioja, La	9.320	1.149	8,08	3.738	26,28	3.695	25,98	1.410	9,91	2.022	14,22	1.026	7,21	1.183	8,32	0	0,00	14.223	100,00	1,53		
Ceuta y Melilla	3.690	692	14,04	791	16,04	1.294	26,25	66	1,34	224	4,54	4	0,08	1.859	37,71	0	0,00	4.930	100,00	1,34		
TOTAL	1.504.725	77.144	3,68	510.491	24,37	351.503	16,78	109.911	5,25	184.818	8,82	221.700	10,63	627.450	29,95	10.996	0,52	2.095.013	100,00	1,39		

Fuente: IMSERSO

Destacan en este sentido elementos tales como lista de espera y los excesivos tiempos de respuesta que ofrecen actualmente las administración para garantizar el acceso al derecho; la elevada utilización de la prestación económica de cuidado familiar y la prestación vinculada a un servicio, pese a que están definidas como “excepcionales”; una intensidad insuficiente en determinados servicios profesionales (teleasistencia y servicios de prevención, principalmente); y la necesidad de reforzar el sistema de financiación vinculándolo a garantizar prestaciones de servicios profesionales de alta calidad.

Precisamente para resolver estos puntos críticos, **CCOO** impulsó la puesta en marcha de un Plan de Choque para garantizar la plena implantación de la Ley de Dependencia. Dicho Plan de Choque fue objeto de un acuerdo de diálogo social suscrito por las organizaciones sindicales y empresariales más representativas a nivel estatal y el Ministerio de Derechos Sociales en diciembre de 2020.

3.2. Objetivos acordados para el Plan de Choque (2021-2023)

El acuerdo de concertación social por el que se establecía un Plan de Choque (2021-2023) para la plena implantación del SAAD supone el aumento de la financiación estatal condicionada a la mejora de cobertura, intensidad y calidad de las prestaciones.

Para conseguir el cumplimiento de estos objetivos el Consejo Territorial del SAAD (compuesto por el Ministerio de Derechos Sociales y las comunidades autónomas) han acordado los criterios de reparto del nivel acordado de financiación que aporta el Estado central.

De este modo, el acuerdo alcanzado en la mesa de diálogo social para la implementación de un Plan de Choque en el SAAD suscrito en enero 2021 incluía, entre otras medidas, el compromiso de que la AGE incrementarse su aportación a la financiación del SAAD vinculándola a la consecución de los siguientes objetivos prioritarios:

- **REDUCIR sustancialmente la lista de espera y los tiempos de tramitación de las solicitudes.**
 - Atención preferente de la lista de espera mediante servicios profesionales.

- **ASEGURAR que las condiciones laborales y profesionales de las personas que trabajan en el SAAD son adecuadas**, lo que además es garantía de la **calidad de la atención** que reciben las personas beneficiarias del sistema.
 - Vincular el incremento de financiación con la mejora de los precios de concierto de los servicios y las condiciones laborales de las personas trabajadoras que los prestan.
 - Regulación profesional de la figura del asistente personal.

- **INTRODUCIR mejoras en los servicios y prestaciones para garantizar la atención adecuada** de las personas dependientes, preferiblemente mediante servicios profesionales de calidad.
 - Incremento de las intensidades de las prestaciones recortadas en 2012 (especialmente la intensidad horaria del servicio de ayuda a domicilio y de prevención y promoción de la autonomía personal, así como de las cuantías de las prestaciones económicas).

- Actualización del acuerdo de acreditación de centros y servicios.
- Establecer un marco de coordinación sociosanitaria.
- Garantizar la atribución a la jurisdicción social de las cuestiones litigiosas relativas a las prestaciones de dependencia.

El compromiso de incremento de financiación de la AGE se concretaba en 600 millones de euros adicionales anuales de forma acumulativa entre 2021 y 2023. De esta manera, la aportación de la AGE a la financiación del SAAD que en 2020 fue de 1.390 millones de euros, debería alcanzar en el año 2023 una cifra en el entorno de los 3.190 millones de euros, una cifra que finalmente ha sido incluso superada, como más adelante se detalla.

3.3. Resultados obtenidos por el Plan de Choque (2021-2024)

Aunque el Plan de Choque originalmente se acordó para el marco temporal 2021-2023, el incremento de financiación estatal se ha prorrogado al año 2024. Y, del mismo modo, los criterios de reparto de esta financiación adicional también se han prorrogado de forma automática, por lo que en la práctica el Plan de Choque se ha extendido también al año 2024.

El Plan de Choque implementado entre 2021 y 2024 ha servido así para reforzar la cobertura que ofrece el SAAD y ha intentado corregir algunos de los elementos de riesgo a los que hacíamos referencia, si bien con resultados desiguales en cada uno de ellos.

Cuadro 3.2 Evolución de personas y prestaciones reconocidas en el SAAD en el marco del Plan de Choque - Todos los Grados

Situación a 30 de noviembre de 2024

ÁMBITO TERRITORIAL	PRESTACIONES												RATÍO DE PASAJE AL MEJOR PERSONA CON RESOLUCIÓN DEPLA																		
	Personas con resolución de PLA			Prevención Dependencia y Promoción A.Persnal			Teleasistencia			Ayuda a Domicilio				Centros de Día/Noche			Atención Residencial			P.E Vinclada a Servicio			P.E Cuidados Familiares			P.E Asist. Personal			TOTAL		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Andalucía	63.147	27,63	-769	-56,13	45.164	48,33	58.073	57,47	2.086	16,43	4.339	17,95	735	17,06	12.815	17,47	-1	-7,69	122.442	39,44	1,94										
Aragón	13.323	42,25	857	23,52	7.626	260,99	1.445	34,87	239	15,25	664	19,16	4.288	78,84	7.049	43,70	0		22.168	59,41	1,66										
Asturias	8.611	35,58	1.085	16,48	4.448	260,12	2.456	47,14	-67	-2,93	718	23,03	2.306	85,22	2.924	31,38	20	500,00	13.880	44,91	1,61										
Baleares, Illes	8.775	38,03	-903	-17,43	7.816	89,46	1.071	86,86	232	15,14	572	23,49	-168	-17,07	7.369	43,79	0		15.989	43,30	1,82										
Canarias	19.203	76,60	4.138	1.127,52	2.897	275,64	2.732	10.118,52	1.813	38,08	2.145	55,95	8.191	118,71	10.231	105,65	0		32.147	120,74	1,67										
Cantabria	1.162	6,79	360	5,64	1.389	54,94	113	8,47	474	26,07	-83	-1,74	311		146	1,57	0		2.710	10,37	2,33										
Castilla y León	20.157	19,09	1.237	9,47	13.291	90,15	-2.868	-12,20	355	4,54	916	11,19	9.812	22,36	7.777	27,05	1.307	95,82	31.827	22,52	1,58										
Castilla - La Mancha	16.925	28,28	2.972	40,95	15.859	103,13	-491	-3,05	1.431	49,98	1.813	16,91	3.740	46,76	5.475	40,48	0	0,00	30.799	41,68	1,82										
Cataluña	70.165	44,71	-515	-96,80	14.449	68,69	2.253	7,14	2.075	17,18	6.731	21,12	8.270	51,94	52.971	63,87	9	11,84	86.243	44,57	1,23										
C. Valenciana	61.163	59,90	738	82,74	77.735	1.539,61	4.171	217,92	2.371	33,45	2.368	20,72	7.050	39,42	42.510	64,84	712	2.034,29	137.655	125,30	2,25										
Extremadura	8.130	27,97	520	43,48	5.146	289,43	-22	-2,28	379	18,57	1.467	37,41	4.930	32,23	447	6,85	0		12.867	40,57	1,58										
Galicia	14.531	23,23	1.244	24,89	14.470	239,89	1.283	5,46	1.922	26,81	-1.059	-13,76	6.513	66,58	6.461	45,46	24	21,62	30.824	41,81	2,12										
Madrid	56.196	42,11	2.513	74,17	30.217	61,84	24.334	80,02	5.626	43,17	4.550	22,45	11.598	66,73	14.637	40,13	-5	-5,68	93.470	55,01	1,66										
Murcia	9.126	25,86	-266	-6,92	6.127	94,32	2.816	261,71	434	11,57	872	19,44	-319	-18,59	3.714	16,38	-1	-25,00	13.377	30,37	1,47										
Navarra	2.476	18,12	1.240	121,33	1.380	67,68	270	31,84	611	316,23	597	30,76	682	31,44	569	6,30	21	95,45	5.370	31,10	2,17										
País Vasco	4.832	7,35	594	110,00	6.241	31,39	-215	-3,46	1.016	15,08	1.278	10,51	92	7,24	1.833	5,14	926	14,83	11.765	13,26	2,43										
Riopa, La	1.682	22,02	389	51,18	1.408	60,43	502	15,72	450	46,88	503	33,11	127	14,13	-369	-23,78	0		3.010	26,84	1,79										
Ceuta y Melilla	891	31,83	299	76,08	184	30,31	378	41,27	-1	-1,49	24	12,00	-5	-55,56	374	25,19	0		1.253	34,08	1,41										
TOTAL	380.495	33,84	15.733	25,62	255.847	100,47	96.301	38,82	21.446	24,24	28.381	18,14	68.153	44,10	176.933	39,27	3.012	37,73	667.806	46,79	1,76										

Fuente: elaboración propia CCOO, datos IMSERSO



Además, de los datos que se derivan del cuadro anterior, cabría resumir los principales resultados obtenidos por el Plan de Choque entre 2021 y 2024 de la siguiente forma:

En relación a la **FINANCIACIÓN DEL SISTEMA**

1. Entre 2021 y 2023, se ha incrementado la financiación estatal en 3.760 millones de euros, y las comunidades autónomas han incrementado su aportación en 997 millones de euros adicionales; de modo que en este periodo el SAAD ha visto aumentada su financiación en 4.757 millones de euros adicionales a los que se destinaron en el año 2020. El detalle de la financiación total que el Estado central ha realizado en ambos conceptos en cada territorio puede consultarse en el cuadro siguiente.

Cuadro 3.3

Total transferencias AGE-Financiación SAAD (nivel mínimo + nivel acordado) (euros)

	2020	2021	2022	2023	total financiación estatal adicional (2021-2023)
Andalucía	274.728.419	386.530.806	569.695.140	729.242.684	861.283.372
Aragón	39.285.318	54.205.382	77.488.234	98.285.128	112.122.791
Asturias	30.022.626	46.055.942	67.645.077	76.816.119	100.449.259
Baleares (Illes)	21.714.370	32.136.969	39.360.369	72.340.652	78.694.880
Canarias	31.198.853	43.468.890	55.168.402	87.196.628	92.237.362
Cantabria	17.312.901	28.398.941	46.264.098	55.171.908	77.896.243
Castilla y León	138.718.684	190.886.141	244.629.185	300.610.373	319.969.648
Castilla-La Mancha	71.687.303	99.664.762	130.412.591	159.700.100	174.715.546
Catalunya	196.534.865	280.743.347	384.341.650	406.665.924	482.146.327
C. Valenciana	106.197.450	149.577.152	220.259.924	264.446.197	315.690.923
Extremadura	43.001.957	62.046.800	79.032.499	87.097.644	99.171.072
Galicia	97.748.048	138.220.329	162.255.002	209.509.867	216.741.055
Madrid	189.264.594	275.471.493	349.469.997	446.013.797	503.161.504
Murcia	35.808.976	50.499.011	63.743.268	70.498.264	77.313.613
Navarra	15.293.410	23.048.898	29.868.255	38.543.861	45.580.784
País Vasco	71.578.823	100.796.687	122.446.721	152.438.530	160.945.469
Rioja (La)	10.015.326	15.581.158	19.169.787	37.445.414	42.150.382
Ceuta y Melilla					
Total SAAD	1.390.111.923	1.977.332.707	2.661.250.198	3.292.389.190	3.760.636.327
financiación adicional (respecto 2020)		587.220.784	1.271.138.276	1.902.277.267	3.760.636.327

Fuente: elaboración propia CCOO, datos IMSERSO

En el periodo 2021-2023 el Estado central ha incrementado su financiación en un importe total de 3.760 millones de euros y con carácter general todos estos recursos se han trasladado a la mejora de la cobertura del sistema.

Más aún, las comunidades autónomas han incrementado por su parte la aportación que venían realizando en un importe de 997 millones de euros adicionales; de modo que en este periodo el SAAD ha visto aumentada su financiación en 4.757 millones de euros adicionales a los que se destinaron en el año 2020, antes de la entrada en vigor del Plan de Choque.

2. La aportación que hace el Estado central supone actualmente (año 2023) 28,58% del total de gasto certificado por las CCAA, lo que implica un incremento de casi 13 puntos porcentuales en el marco del Plan de Choque.

La participación del Estado central en la financiación total del SAAD ha pasado de suponer el 15,61% del total del gasto certificado en 2020 al 28,58% en el año 2023, lo que supone un incremento del peso relativo asumido por el Estado de casi 13 puntos porcentuales.

No obstante, la participación del Estado central en la financiación pública del Sistema aún es claramente inferior al compromiso que el espíritu de la Ley de dependencia situaba como aportación paritaria con respecto al que realizan las comunidades autónomas.

Cuadro 3.4

Porcentaje del gasto certificado por las CCAA asumido por el Estado central a través de sus transferencias			
	2020	2023	evolución pp
Andalucía	19,82	37,74	17,92
Aragón	16,68	33,68	17,01
Asturias	14,77	25,29	10,52
Balears (Illes)	12,24	25,99	13,75
Canarias	14,96	28,50	13,54
Cantabria	15,26	32,56	17,30
Castilla y León	20,12	36,81	16,69
Castilla-La Mancha	16,35	29,91	13,56
Catalunya	14,20	23,45	9,25
C. Valenciana	11,55	22,29	10,75
Extremadura	13,03	21,84	8,81
Galicia	24,04	40,69	16,65
Madrid	16,48	29,30	12,82
Murcia	15,13	24,13	9,00
Navarra	10,99	19,24	8,25
País Vasco	8,66	16,05	7,40
Rioja (La)	15,81	40,98	25,16
Ceuta y Melilla			
Total SAAD	15,61	28,58	12,97

Fuente: elaboración propia CCOO, datos IMSERSO

En cualquier caso, la aportación del Estado central se ha incrementado de forma muy notable en todos los territorios y es singularmente elevada en los casos de La Rioja (donde el Estado soporta el 40,98% del total del gasto certificado) y Galicia (40,69%), seguidos de Andalucía (37,74%), Castilla y León (36,81%), Aragón (33,68%) y Cantabria (32,56%).

Cuadro 3.5

Evolución ACUMULADA Plan de Choque 2021-+2022-+2023: Cobertura/ Gasto CCAA / Financiación AGE (acumulado desde 2020)

Cobertura		Financiación				Evolución Gasto ACUMULADO certificado por CCAA 2021-2022-2023 (millones euros)		Evolución Financiación AGE 2021-2022-2023 (millones euros)		Evolución % promedio anual Financiación AGE 2021-2022-2023 (millones euros)		Saldo del incremento de la Financiación estatal recibida 2021-2022-2023 (en millones euros) * (en negativo) o cuantía amortizada por la CCAA en positivo: aportación adicional realizada por la CCAA		
Personas con prestación eléctrica 2021- media anual- eléctrica 2022- (número)	Evolución personas con prestación eléctrica 2023- media anual- eléctrica 2022- (número)	Gasto medio por beneficiario 2023 (euros/año)	Evolución Gasto medio por beneficiario 2023-2020 (euros/año)	Evolución Gasto medio por beneficiario 2023-2020 (porcentaje)	Gasto certificado por CCAA 2021-2022-2023 (millones euros)	Evolución Gasto certificado por CCAA 2021-2022-2023 (porcentaje)	Financiación AGE 2021-2022-2023 (millones euros)	Evolución Financiación AGE 2021-2022-2023 (millones euros)	Evolución % promedio anual Financiación AGE 2021-2022-2023 (millones euros)	Saldo del incremento de la Financiación estatal recibida 2021-2022-2023 (en millones euros) * (en negativo) o cuantía amortizada por la CCAA en positivo: aportación adicional realizada por la CCAA	Saldo del incremento de la Financiación estatal recibida 2021-2022-2023 (en millones euros) * (en negativo) o cuantía amortizada por la CCAA en positivo: aportación adicional realizada por la CCAA			
Andalucía	725.655	53.725	70.1482	763,97	12,22	1.932,27	1.000,45	78,88	729,24	889,66	316,55	220,80	25,39	
Aragón	38.507	6.386	7.49533	255,59	3,53	291,79	95,53	40,55	98,29	112,71	288,89	-7,78	-15,24	
Asturias	29.816	7.293	1.183,40	12,89	303,74	303,74	206,97	101,83	76,82	100,99	336,37	103,98	104,95	
Baleares (Iles)	27.901	5.546	9.927,24	2.040,30	25,71	278,38	176,29	99,26	72,84	70,78	362,81	97,51	123,78	
Canarias	33.356	15.693	7.974,03	-477,26	-5,85	305,58	149,17	71,54	87,20	92,18	295,47	56,99	61,83	
Cantabria	17.609	575	9.623,62	2.933,00	44,49	169,46	126,91	111,86	55,17	78,16	451,48	48,75	62,37	
Castilla y León	118.544	13.554	6.889,92	311,58	4,90	816,76	197,73	28,67	300,61	322,01	232,13	-194,28	-36,69	
Castilla-La Mancha	69.337	8.698	14,34	7701,44	471,17	6,52	334,00	186,90	42,83	139,70	176,08	245,55	10,87	6,18
Cataluña	995.279	36.594	72,92	8.833,80	165,88	1,91	1.733,84	669,95	48,41	406,67	488,75	246,65	183,20	38,21
Comunidad Valenciana	140.763	45.126	47,29	8.429,79	-11.885,4	-12,86	1.186,18	485,02	52,74	264,45	316,88	298,59	183,14	53,06
Extremadura	33.861	57,82	20,31	8.429,79	47,82	0,41	398,80	105,14	31,85	87,10	99,74	231,95	5,40	5,41
Galicia	71.753	9.694	15,51	21.754,74	629,15	9,61	516,88	195,24	45,55	109,51	218,66	213,70	-54,04	-15,38
Madrid	170.849	33.335	24,40	8.952,26	548,54	6,53	1.522,32	57,88	57,88	446,01	498,57	263,42	167,46	33,59
Murcia	39.087	3.659	10,33	7.474,43	793,78	11,88	292,15	38,04	90,04	70,50	217,35	12,21	15,69	
Navarra	15.615	2.042	15,04	1.826,26	2.576,60	25,14	202,29	89,45	64,30	45,68	298,66	43,78	95,84	
País Vasco	66.401	1.977	0,22	14.301,64	1.821,63	14,40	949,65	192,44	23,27	132,44	160,70	224,50	31,74	19,75
Riña (La)	8.904	1.060	13,51	10.663,30	2.189,26	27,11	91,38	44,67	70,54	37,45	40,05	41.987	2,62	6,24
Canas y Melilla	3.280	425	14,90											
Media SAAD	1.361.978	241.242	22,18	8.459,63	468,29	5,87	11.521,82	4.757,95	53,42	3.293,39	3.795,74	271,61	983,20	26,01

Fuente: elaboración propia Secretaría de política pública y promoción social CCOO, datos INEENSO

* Sobre la base de análisis de CCAA-origen de la financiación en el Gasto certificado en favor de la mejora de financiación por la AGE

** en el Gasto certificado por las CCAA se incluye el copago realizado por las personas beneficiarias



En sentido contrario, los territorios en los que la aportación estatal representa un menor porcentaje son País Vasco (16,05%) y Navarra (19,24%).

3. No se conoce la aportación que hacen las personas beneficiarias en forma de “copago”, esta es la principal limitación que se mantiene respecto del alto nivel de transparencia que ofrece el SAAD en lo relativo a su gestión. Conocer el dato exacto de copago debe ser una prioridad en el corto plazo.

4. Se calcula que la aportación por “copago” no será inferior al 20% del total de gasto certificado en el sistema y viene registrando un incremento progresivo en el tiempo. El aumento de los márgenes máximos de copago es el único recorte impuesto en 2012 que continúa en vigor, por lo que su vuelta a los umbrales previos también debe ser una prioridad en el corto plazo.

5. Con carácter general, toda la financiación adicional que ha realizado el Estado central se ha trasladado a la mejora de la cobertura del SAAD, con la única excepción de 3 CCAA que han utilizado una parte de la misma para “amortizar” el gasto que venían realizando.

Las comunidades autónomas que han utilizado el incremento de financiación estatal para “amortizar” parte del gasto que venían soportando. Así, han amortizado el 14% del incremento de financiación estatal que han recibido Aragón (16,6 millones €) y Galicia (31,5 millones €) y lo ha hecho en el 38% de la financiación adicional recibida Castilla y León (122,24 millones €).

6. El modelo de financiación estatal no tiene en cuenta el diferencial de costes de las prestaciones, de modo que la aportación estatal sobre-financia las prestaciones económicas (que son mucho más baratas) y se infra-financian los servicios profesionales que garantizan mayor calidad de atención (de mayor coste).

En relación a la COBERTURA y la LISTA DE ESPERA

7. Se ha producido un incremento muy intenso de la cobertura: crecen las personas beneficiarias atendidos (+31%), pero en un ritmo insuficiente para absorber la lista de espera (se mantiene en 259.000 personas).

Gráfico 3.1

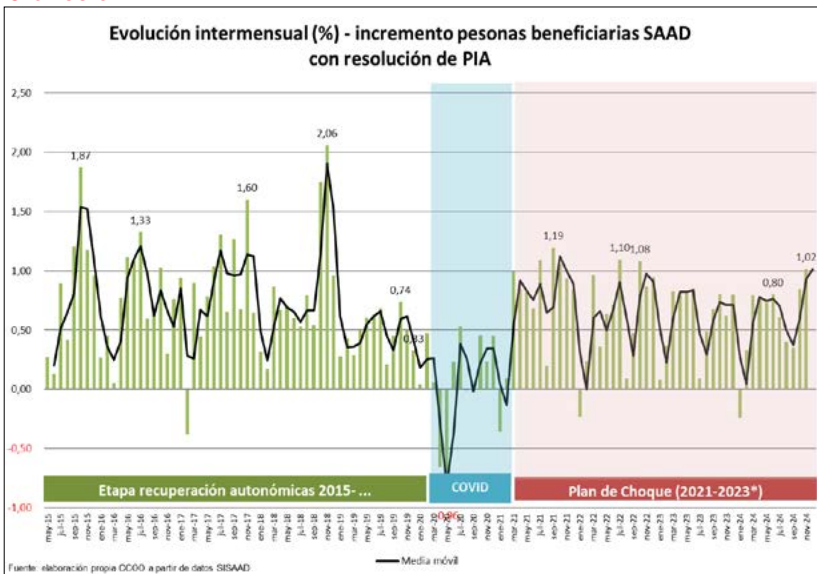
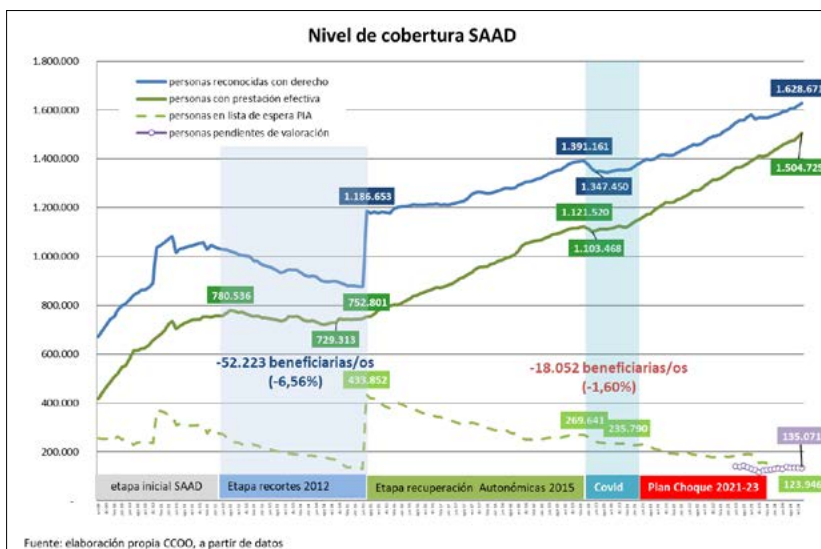


Gráfico 3.2



8. La Lista de espera es un problema transversal. La reducción registrada de la lista de espera en el marco del Plan de Choque ha sido bastante discreta, pero los casos más graves afectan a pocos territorios: actuar en ellos ayudaría a resolver el problema estructural.

La mejora registrada en los indicadores que conforman la lista de espera ha sido más intensa (pero insuficiente) en el caso de las personas pendientes de PIA ya que pese haberse reducido en un 53%, si bien todavía son más de 123.000 las personas que no pueden acceder a una prestación efectiva pese a tener reconocido el derecho para ello.

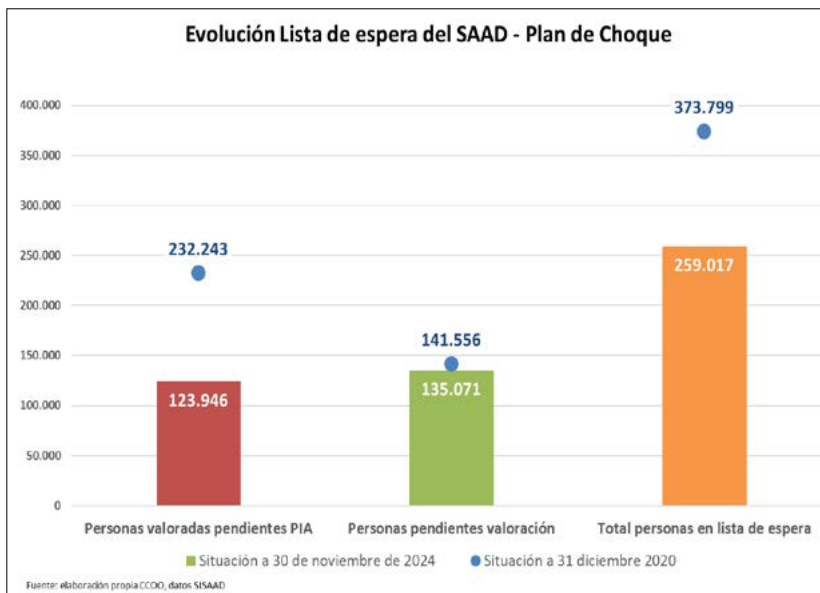
Por su parte, el número de personas pendientes de valoración ha registrado una reducción de tan sólo el 4,5%, situándose

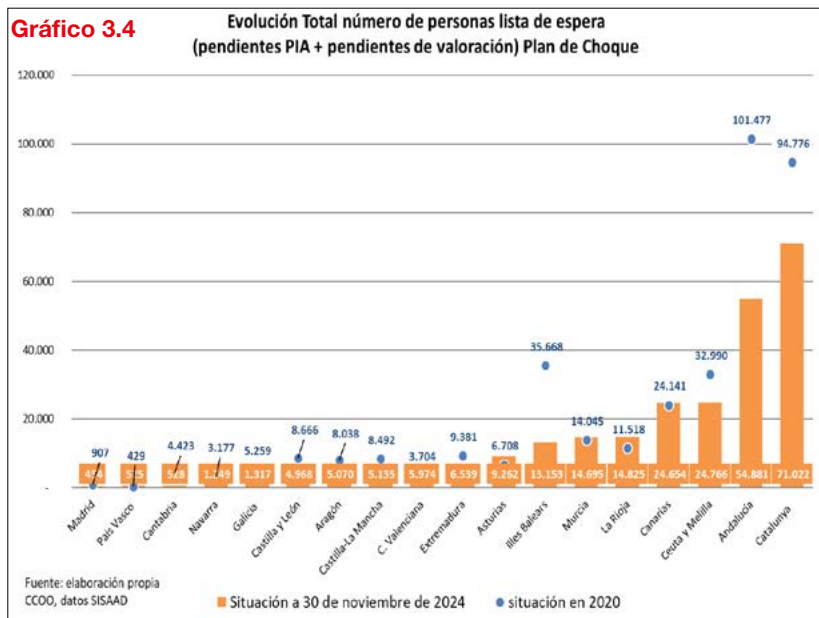
por encima de las 135.000 personas, de modo que apenas ha sufrido variación en el marco del Plan de Choque.

Cabría así concluir que el Plan de Choque ha conseguido incrementar de forma muy significativa su cobertura, pero no ha conseguido reducir la lista de espera de forma suficiente, especialmente en el caso de las personas pendientes de valoración.

Ello podría indicar que el ritmo de crecimiento de la cobertura del SAAD, aun siendo positivo, es insuficiente para absorber el efecto que la evolución demográfica proyecta sobre la población que progresivamente se incorpora a situaciones de dependencia.

Gráfico 3.3





En todo caso, debemos llamar la atención sobre el hecho de que la lista de espera es probablemente el problema más urgente que sigue presentando el SAAD ya que implica la exclusión del acceso al derecho a casi 259.000 personas. Se trata de un problema de acceso generalizado en casi todos los territorios del que sólo unos cuantos presentan una situación objetivamente inferior (casos de Cantabria, Galicia¹² o Navarra).

12. No obstante, en el caso de Galicia es necesario llamar la atención sobre el hecho singular que supone que este territorio registre un volumen anormalmente bajo de personas solicitantes y, por tanto, beneficiarias de 80 y más años. Se trata de un comportamiento claramente anormal, que no se produce con esta intensidad en ningún otro territorio y que podría en realidad esconder un problema de “deslegitimación social” de la prestación que llevaría a los ciudadanos a no solicitar el reconocimiento del derecho. En cualquier caso, sería conveniente explicar este comportamiento tan anómalo para identificar su causa última.

Como se muestra de forma detallada en la tabla anterior, la evolución que ha registrado este indicador en el marco del Plan de Choque puede resumirse en una mejora más intensa (aunque insuficiente) de las personas con derecho reconocido a la atención pero que se encuentran aún pendientes de PIA. Este hecho se ha producido con carácter general en todos los territorios con la excepción¹³ de Illes Balears, Murcia, País Vasco y Ceuta y Melilla.

Por su parte, la evolución registrada respecto de las personas pendientes de valoración ha sido distinta. Aunque en términos agregados de Sistema este indicador se ha reducido moderadamente (un 4,5%), en realidad, en la mitad de los territorios se ha incrementado la lista de espera por esta vía.

Al considerar la lista de espera tomando de forma conjunta ambos indicadores, su efecto agregado, arroja un resultado de mejora relativa pero moderada en la mayoría de los territorios.

No obstante, también se registran algunas comunidades autónomas donde el Plan de Choque no ha conseguido ningún efecto de reducción de la lista de espera, considerada en términos relativos a la población que debían proteger. Son los casos de Murcia, País Vasco, Illes Balears y Ceuta y Melilla.

13. Cabe también señalar el hecho de que en Castilla y León se ha registrado un empeoramiento del indicador, si bien en esta comunidad autónoma la importancia cuantitativa de este indicador es casi irrelevante.

Cuadro 3.6

Resumen Efectos Plan de Choque (desde diciembre 2020)

Situación a 30 de noviembre de 2024

	Nuevos beneficiarios				Evolución Lista de espera				Evolución de solicitudes pendiente de valoración (%)		
	Evolución Beneficiarios con prestación efectiva (%)		Evolución Beneficiarios con prestación efectiva (número)		Porcentaje beneficiarios con derecho reconocido pendientes PIA (%)		Evolución beneficiarios con derecho reconocido pendientes PIA (%)			Número de personas pendientes de valoración	Porcentaje de solicitudes pendiente de valoración (%)
	Beneficiarios con prestación efectiva (%)	Beneficiarios con prestación efectiva (número)	Beneficiarios con derecho reconocido pendientes PIA (%)	Beneficiarios con derecho reconocido pendientes PIA (%)	Beneficiarios con derecho reconocido pendientes PIA (%)	Beneficiarios con derecho reconocido pendientes PIA (%)					
Andalucía	27,63	63.147	18.913	6,09	-66,55	35.968	8,54	-19,97			
Aragón	42,25	13.323	83	0,18	-98,27	4.987	8,62	54,54			
Asturias	35,58	8.611	551	1,65	-82,02	8.711	17,01	139,05			
Illes Balears	38,03	8.775	3.704	10,42	50,94	2.270	4,91	81,60			
Canarias	76,60	19.203	7.554	14,58	-6,53	17.100	22,62	6,48			
Cantabria	6,79	1.162	316	1,70	-91,90	212	0,90	-59,54			
Castilla y León	19,09	20.157	172	0,14	44,54	4.796	2,99	-43,89			
Castilla-La	28,28	16.925	2.900	3,64	-41,09	2.235	2,26	-37,38			
Cataluña	44,71	70.165	39.714	14,88	-45,88	31.308	8,22	46,37			
C. Valenciana	59,90	61.163	8.282	4,83	-38,11	16.484	7,61	-15,94			
Extremadura	27,97	8.130	4.013	9,74	-29,41	2.526	4,25	-31,66			
Galicia	23,23	14.531	1.265	1,61	-74,30	52	0,06	-84,52			
Madrid	42,11	56.196	13.056	6,44	-54,18	97	0,04	-98,65			
Murcia	25,86	9.126	6.991	13,60	48,18	7.834	11,69	15,21			
Navarra	18,12	2.476	381	2,31	-52,43	73	0,34	-31,13			
País Vasco	7,35	4.832	14.538	17,08	7,23	157	0,13	-67,76			
La Rioja	22,02	1.682	1.219	11,57	-61,52	30	0,20	233,33			
Ceuta y Melilla	31,83	891	294	7,38	20,99	231	4,12	24,19			
Media SAAD	33,84	380.495	123.946	7,61	-46,63	135.071	6,25	-4,88			

Fuente: elaboración propia COCO, a partir de datos SISAAD.

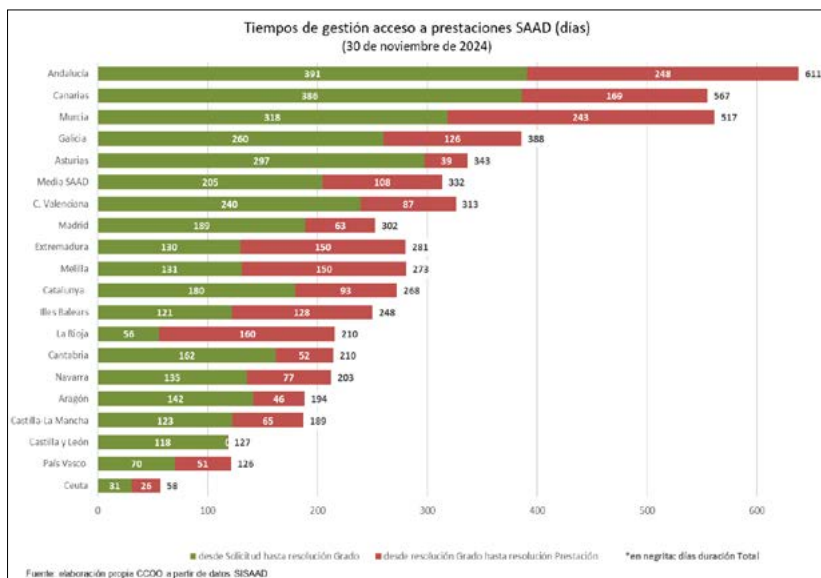


9. Los tiempos de gestión de la prestación son excesivos (332 días en media), pero llegan incluso a duplicarse en los casos más extremos: sólo 3 territorios cumplen el compromiso de la Ley.

En el momento actual, y a pesar de que en el marco del Plan de Choque se ha registrado una ligera mejora de los tiempos de gestión de las prestaciones, sólo Ceuta, Castilla y León y País Vasco cumplen el compromiso establecido en la Ley para garantizar el acceso efectivo a una prestación en el plazo máximo de 180 días (6 meses) desde el momento de la solicitud de la persona beneficiaria.

El tiempo medio de gestión que emplea el SAAD es de 332 días (casi 1 año), y presentan los registros más elevados Andalucía (611 días), Canarias (567 días) y Murcia (517 días), situándose en valores que prácticamente doblan la media del sistema.

Gráfico 3.5



En todos los casos, los tiempos de espera se concentran de forma mayoritaria en la etapa que media entre la solicitud de la persona beneficiaria y la resolución del grado que mide la situación de dependencia que debe protegerse. En esta primera fase del reconocimiento se concentra 2/3 del tiempo de espera que debe asumir una persona dependiente (205 días en la media del sistema).

En esta fase la administración sólo debe proceder al registro administrativo y comprobación de la solicitud, concretar una fecha para la valoración de la persona solicitante y proceder a la aplicación del baremo de dependencia. El evidente retraso que acumula esta actuación parece indicar inequívocamente que las administraciones autonómicas están utilizándolo para dilatar intencionadamente el acceso de las personas solicitantes a las prestaciones, quizá en un intento de controlar la evolución del gasto.

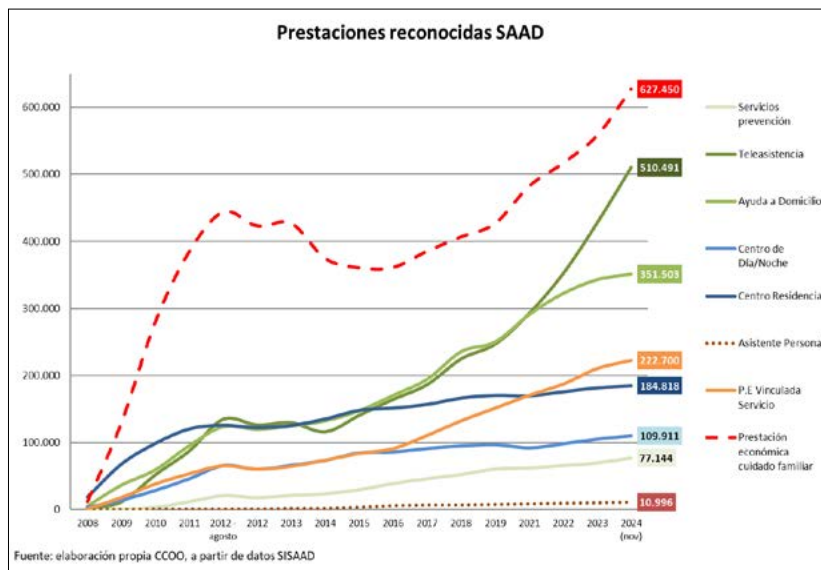
Por su parte, la segunda fase del procedimiento, la que media entre el reconocimiento del Grado de dependencia y el acceso a una prestación efectiva, concentra 1/3 del tiempo de espera de la persona beneficiaria (108 días en media). En esta fase la Administración debe elaborar el Informe social relativo a la situación en la que se encuentra la persona solicitante y su entorno, cuantificar su situación socio-económica, elaborar con la participación de la persona solicitante el Plan Individual de Actuación (PIA) en el que se concrete la prestación o prestaciones a las que tiene derecho, calcular en su caso el copago que debe asumir la persona afectada y reconocer la prestación efectiva con la que el sistema protegerá a la persona en situación de dependencia.

En relación a las **PRESTACIONES** y la **CALIDAD** de la atención

10. Se han revertido los recortes de 2012 en el servicio de ayuda a domicilio y la cuantía de las prestaciones económicas, pero se mantiene la baja intensidad de los servicios de prevención.

11. No se ha conseguido modificar la situación previa y el 41% de las personas beneficiarias (600.000 personas) son atendidas mediante PECF, lo que resulta preocupante habida cuenta de que esta prestación está establecida como “excepcional”. El número de personas atendidas mediante PECF en los primeros años de implantación del SAAD alcanzaba casi el 60% del total, si bien esta proporción fue progresivamente reduciéndose, con especial intensidad en la etapa de reactivación que las CCAA impulsaron tras las elecciones autonómicas de 2015.

Gráfico 3.6



El Plan de Choque, pese a tener entre sus objetivos expresos aumentar la atención en base a servicios profesionales, no ha sido capaz de reducir el porcentaje de personas que son atendidas mediante PECF, de hecho, a partir del año 2024 ha aumentado en mayor medida el número de personas atendidas mediante esta prestación económica que el que lo ha hecho las personas atendidas con servicios profesionales.

La PECF se establece como prestación exclusiva en la mayoría de los casos (66% del total de PECF). Sin embargo, no existen datos oficiales que expliquen con qué otras prestaciones se han comenzado a compatibilizar estas prestaciones económicas.

En todo caso, atendiendo al comportamiento que han registrado el conjunto de prestaciones en algunos territorios en los que la compatibilidad de la PECF ha crecido exponencialmente en los últimos años, caso de la C. Valenciana e Illes Balears especialmente, cabe concluir que dicha compatibilidad se está produciendo fundamentalmente con el servicio de Teleasistencia¹⁴.

En este mismo sentido convendría aclarar si el inusitado crecimiento que se ha registrado en la compatibilidad de la PECF con el servicio de Teleasistencia en determinados territorios se debe a un intento de mejorar la protección que reciben las personas beneficiarias o, en realidad, se limita a un intento de eludir la escasa “penalización” que el sistema de financiación establece a los territorios en los que el volumen de

14. En el caso de Illes Balears la Teleasistencia y la PECF concentran el 95% del total de nuevas prestaciones que se han reconocido en el marco del Plan de Choque hasta noviembre de 2024; en el caso de la C. Valenciana ambas prestaciones concentran el 87,4% de la mencionada referencia.

prestaciones económicas de cuidado familiar es más elevado¹⁵.

12. No se ha conseguido reducir el peso relativo de la PEVS y en algunas CCAA se apunta como prestación principal, lo que resulta preocupante habida cuenta de que esta prestación supone “doble copago”.

La prestación económica vinculada a un servicio (PEVS) está regulada en la Ley de Dependencia como una prestación también excepcional, en este caso “únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado” (art. 17.1 LAPAD).

Por tanto, su utilización debería considerarse vinculada a los periodos transitorios en los que los responsables del SAAD sean capaces de implementar una red de utilización pública de servicios profesionales (art. 16 LAPAD).

Su reconocimiento está además asociado a que la persona beneficiaria (y/o su familia) deba asumir un copago adicional. De hecho, el sistema primero calcula el copago que debe asumir la persona beneficiaria respecto de la cuantía de la PEVS (que en esta caso se traduce en una reducción de la cuantía máxima prevista para cada grado). Y, posteriormente, la persona beneficiaria y/o su familia debe asumir la diferencia que registre

15. Como se ha comentado en un apartado anterior, el RD 1050/2013 establece en su artículo 4 un ajuste de la cuantía lineal que por defecto se reconoce en concepto de nivel mínimo de financiación por persona beneficiaria y su grado que es atendida de forma efectiva. El ajuste se produce así cuando en un territorio se registra un volumen de PECF superior a la media, pero se puede eludir, entre otras fórmulas, en la medida en la que dicha PECF se complemente con otras prestaciones de servicio profesional. De modo que el reconocimiento del servicio de Teleasistencia (de muy bajo coste pero que del mismo modo ofrece una intensidad de atención igualmente baja) podría estar utilizándose con este objetivo antes que para garantizar una mejor protección que exigiría el reconocimiento de un servicio profesional de mayor intensidad de cuidados.

la cuantía de la prestación concedida y el coste efectivo del servicio de atención que se contrata en el mercado privado.

A pesar de su carácter excepcional, el grado de utilización de esta prestación tiende a ser creciente desde que se puso en marcha el SAAD y el Plan de Choque no ha sido capaz de reducir su grado de utilización pese al incremento de las prestaciones reconocidas y la financiación adicional que ha recibido el sistema.

En el marco del Plan de Choque esta prestación ha mantenido la misma tendencia de crecimiento lento pero sostenido que ya venía registrando con anterioridad, y ya se posiciona como la cuarta prestación más utilizada en el sistema sólo por detrás de la PECF, la teleasistencia y el servicio de ayuda a domicilio.

Los territorios en los que actualmente se utiliza en mayor medida esta prestación son Extremadura (donde el 45% de las prestaciones reconocidas son de este tipo), seguidos de Castilla y León (31%) y Canarias (25%); en todas ellas el grado de utilización excede claramente lo que cabría considerar como una prestación estrictamente “excepcional”.

Al contrario, su uso parece apuntar un intento expreso de la administración autonómica de derivar a las personas beneficiarias y sus familias la obligación de financiar el grueso del coste de las prestaciones de servicios.

Gráfico 3.7

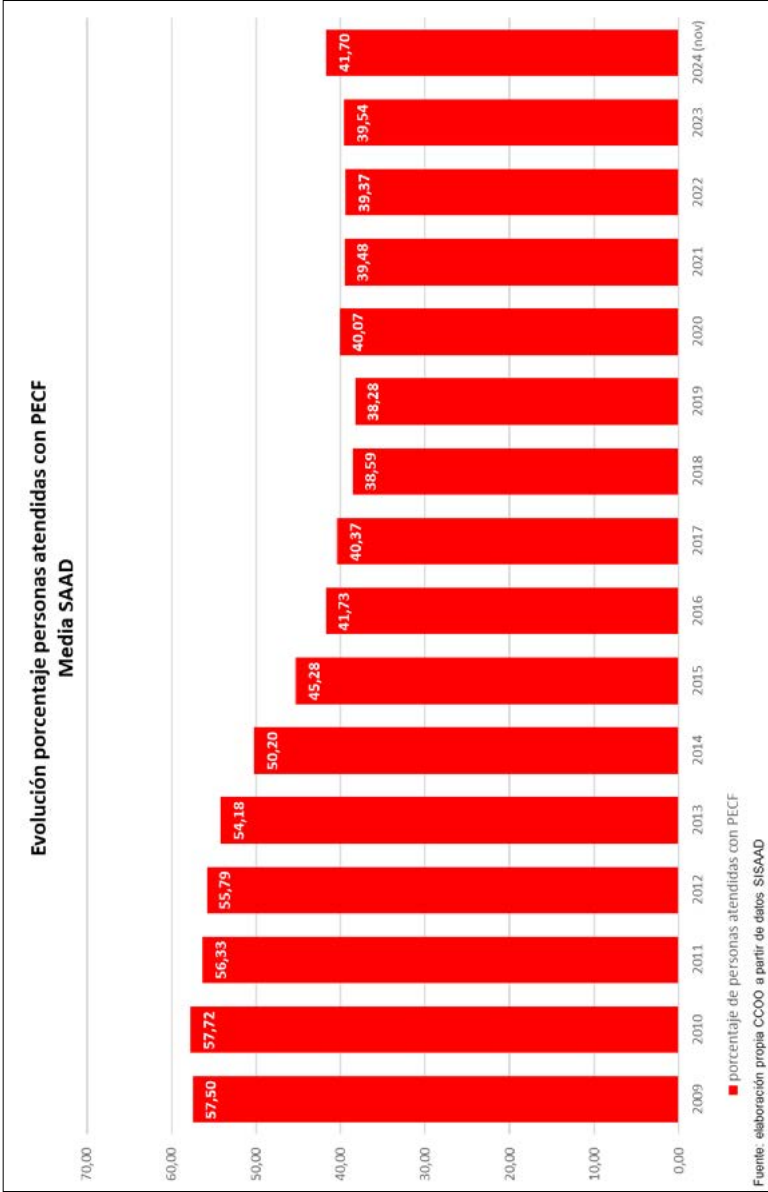


Gráfico 3.8

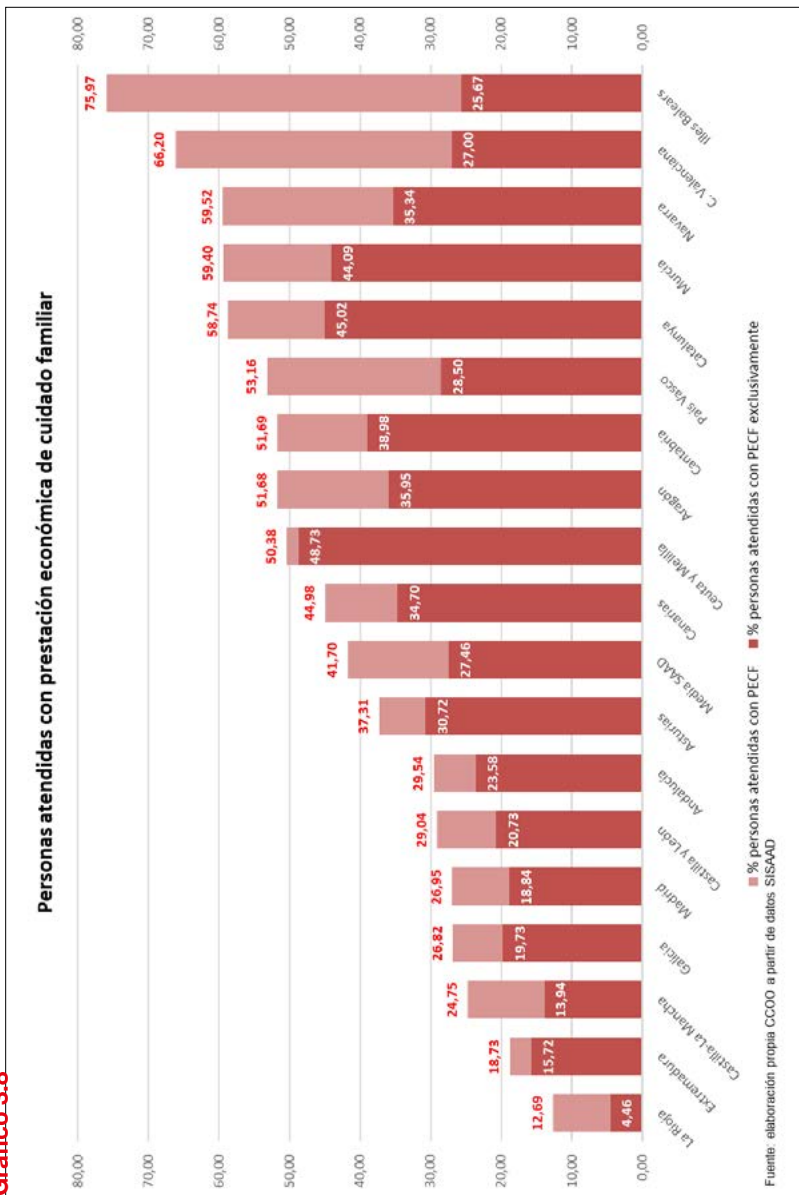
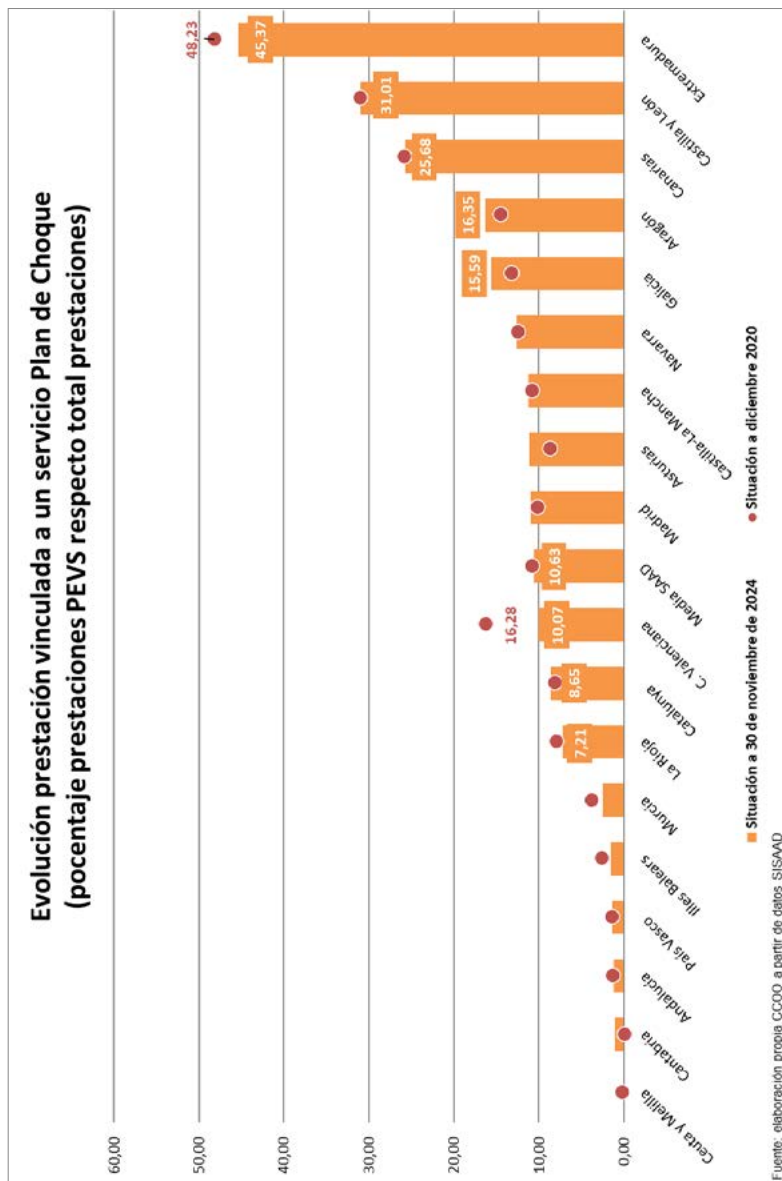


Gráfico 3.9



Así, la PEVS se destina a financiar una plaza de centro residencial en el 44,6% de los casos, un servicio de ayuda a domicilio en el 30,9% de los casos, una plaza de centro de día en el 13,5% de los casos, un servicio de prevención en el 10,9% de los casos y un servicio de teleasistencia en el 0,1% de los casos.

En el caso de Extremadura, donde este tipo de prestación es mayoritario, su destino preferente es el de financiar la compra de servicios de ayuda a domicilio (el 74% de las PEVS se dedican a ello), lo que resulta de todo modo desproporcionado habida cuenta de la escasa inversión que se precisa para poder implementar una red de servicios de ayuda domicilio de gestión pública o concertada.

Esta misma situación se produce también en los casos de Canarias (donde el 66% de las PEVS se destinan a financiar el servicio de ayuda a domicilio), Navarra (56%), y C. Valenciana (52%).

13. Los servicios profesionales crecen, pero lo hace en mayor medida la Teleasistencia (un servicio de baja calidad asistencial). Se trata en todo caso de una prestación complementaria y debe evitarse como recurso exclusivo de atención.

14. El servicio de ayuda a domicilio registra un incremento moderado y las nuevas intensidades aún no han desplegado su potencial.

15. Los servicios residenciales y los centros de día mantienen un perfil de utilización sin cambios. Resulta preocupante el hecho de que 1/3 del total de estas prestaciones se produzcan mediante PEVS.

16. Las prestaciones de prevención apenas se utilizan y siguen afectadas por una intensidad de atención insuficiente.

Las más de 380.495 personas que se han incorporado a la atención efectiva del SAAD en el marco del Plan de Choque han sido protegidas con un total de 667.806 prestaciones; de tal forma que cada persona acumula 1,76 prestaciones en media.

Pese al extraordinario incremento alcanzado en la cobertura que ofrece el SAAD, sin embargo, las prestaciones con las que se ha protegido a los nuevos beneficiarios se han concentrado mayoritariamente en prestaciones de baja intensidad y calidad en la atención.

La Teleasistencia y la Prestación económica de cuidado familiar (PECF) concentran así el 64,8% del total de nuevas prestaciones reconocidas (la Teleasistencia ha supuesto el 38,3% del total y la PECF el 26,5%); destaca también el hecho de que el 53,5% del total de nuevas personas atendidas en el SAAD en este periodo lo hayan sido mediante una PECF.

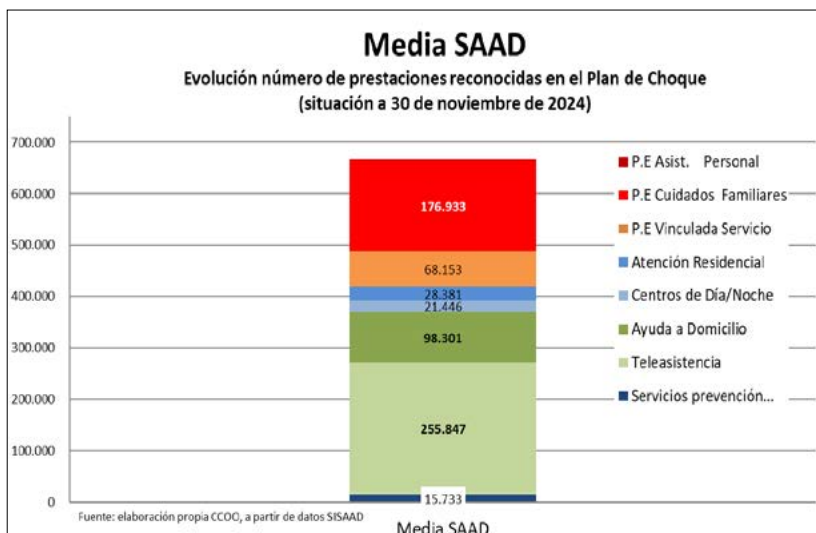
Los servicios profesionales por su parte sólo han supuesto una tercera parte de las nuevas prestaciones reconocidas. El servicio de ayuda a domicilio ha concentrado el 14,7% del total de nuevas prestaciones reconocidas, los servicios de centro residencial el 4,2%, los centros de día 3,2%, los servicios de prevención el 2,4%.

Por su parte, la prestación vinculada a un servicio (PEVS) ha concentrado el 10,2% del total de nuevas prestaciones reconocidas en el periodo. Esta prestación está consolidando una posición relevante en el conjunto del SAAD (actualmente concentra el 10,6% del total de prestaciones reconocidas) y a través de ella se han reconocido en este periodo prácticamente

las mismas prestaciones de servicio de centro residencial¹⁶ que las que el sistema ha asignado en régimen de gestión directa o a través de concierto públicos.

En este punto, por tanto, el resultado del Plan de Choque se limita a un cumplimiento solo parcial de los objetivos marcados inicialmente.

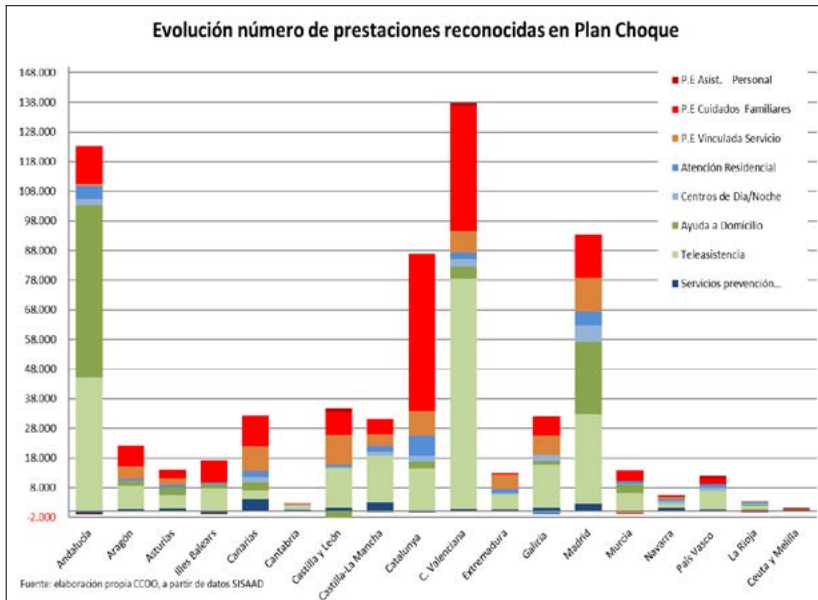
Gráfico 3.10



16. Actualmente (en noviembre de 2024) la PEVS se destina a financiar una plaza de centro residencial en el 44,6% de los casos, un servicio de ayuda a domicilio en el 30,9% de los casos, una plaza de centro de día en el 13,5% de los casos, un servicio de prevención en el 10,9% de los casos y un servicio de teleasistencia en el 0,1% de los casos.

Este perfil de atención se presenta de forma generalizada en el conjunto de territorios. Es especialmente destacable el caso de la C. Valenciana y Cataluña por el volumen de nuevas prestaciones reconocidas que en gran medida explican el resultado global obtenido por el sistema, y del que sólo se separa parcialmente el caso de Andalucía que registra un volumen de nuevas prestaciones de ayuda a domicilio muy superior a la media, o, en menor medida, Madrid en el que se presenta un evolución de prestaciones algo más equilibrada si bien con un fuerte incremento de PEVS.

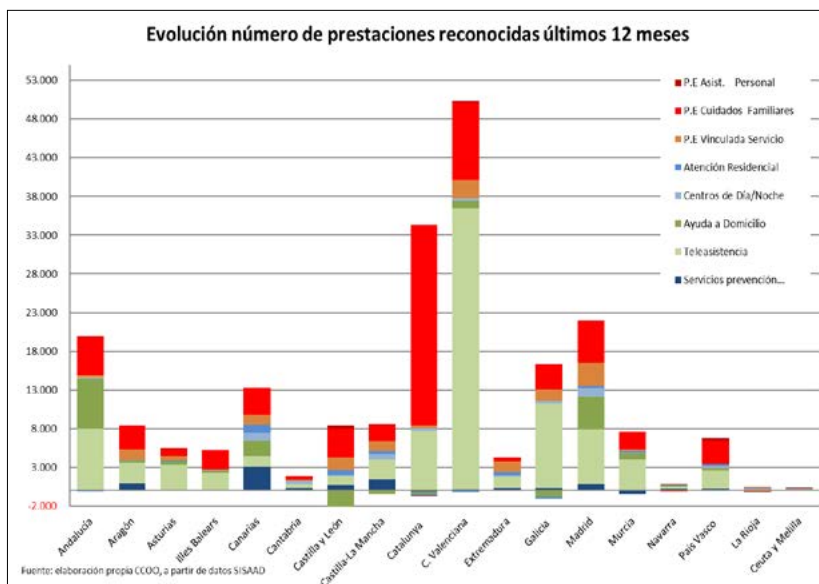
Gráfico 3.11



La evolución registrada por las nuevas prestaciones reconocidas en el periodo temporal del Plan de Choque es incluso más preocupante al comprobar cómo se está intensificando en los últimos 12 meses. En el último año se ha generalizado en todos los territorios la tendencia a garantizar la atención de forma prioritaria mediante PECF y Teleasistencia.

Es necesario adoptar medidas que corrijan esta tendencia y reorienten la atención del SAAD en base a prestaciones de servicios profesionales que realmente garanticen una intensidad y calidad de atención suficiente.

Gráfico 3.12



En relación al EMPLEO

17. La puesta en marcha de un sistema de protección basado de forma preferente en servicios profesionales ha posibilitado la consolidación de un sólido sector de actividad en el que actualmente trabajan 525.000 profesionales, mayoritariamente mujeres.

18. El 59% de las personas beneficiarias (877.000) están siendo atendidas mediante servicios profesionales. Este hecho contribuye a la potencialidad de creación de empleo que presentan los servicios profesionales y a mantener un ritmo de crecimiento de empleo muy relevante, pero que se verá lastrado a medio plazo por la poca ambición de las ratios de plantilla que se han concretado finalmente en el acuerdo de acreditación de centros y servicios.



Cuadro 3.7

Datos de afiliación a la Seguridad Social - CNAEs 87 ... (4 dígitos) Servicios Centro Residencial situación año 2024-Trimestre 3

afiliados Seguridad Social	TOTAL		CONTRATO INDEFINIDO				CONTRATO EVENTUAL				FICJO DISCONTINUO		INDETERMINADO				
	número	%/Total (evol. puntos porcentuales)	INDEFINIDO COMPLETO	INDEFINIDO PARCIAL	TOTAL INDEFINIDO	EVENTUAL COMPLETO	EVENTUAL PARCIAL	TOTAL EVENTUAL	FIJO DISCONTINUO	INDETERMINADO	número	%/Total (evol. puntos porcentuales)	número	%/Total (evol. puntos porcentuales)	número	%/Total (evol. puntos porcentuales)	
Alicante	33.824	49.802	58.0	6.988	20.7	26.590	78.6	4.789	14.1	2.227	5.6	7.010	0.2	381	1.1	274	0.8
Aragón	12.745	6.750	53.0	1.605	12.6	8.355	65.6	2.114	16.6	71.2	5.6	2.828	0.2	80	0.6	1.602	12.6
Asturias	8.288	4.656	53.7	908	10.9	5.364	64.6	2.467	29.7	464	5.6	2.931	0.4	22	0.3	241	2.9
Illes Balears	3.376	2.862	70.0	5.3	15.3	2.881	85.3	362	10.7	96	2.8	458	0.1	13	0.4	12	0.4
Cantabria	6.369	4.168	65.4	1.184	18.6	5.352	84.0	87	12.8	252	4.0	1.069	0.2	19	0.3	34	0.5
Cataluña	4.303	2.921	67.9	5.56	12.9	3.477	80.8	659	15.3	144	3.3	803	0.2	40	0.9	30	0.7
Castilla y León	29.950	15.613	52.1	5.412	18.1	21.025	70.2	6.258	20.9	2.016	6.7	8.274	0.3	176	0.6	1.231	4.1
Castilla-La Mancha	16.639	9.577	58.3	2.999	18.2	12.576	76.5	2.648	16.1	1.058	6.4	3.706	0.2	53	0.3	454	2.8
Catalunya	50.575	27.724	54.8	13.610	26.9	41.334	81.7	5.461	10.8	3.531	7.0	8.992	0.2	642	1.3	489	1.0
C. Valenciana	23.800	13.196	55.4	5.088	21.4	18.284	76.7	4.089	17.2	1.362	5.7	5.451	0.2	174	0.7	194	0.8
Extremadura	5.709	3.361	58.9	1.022	17.9	4.383	76.8	1.055	18.5	315	5.5	1.370	0.2	100	1.8	68	1.2
Galicia	14.459	9.158	63.3	2.395	16.6	11.553	79.9	2.200	15.2	563	3.9	2.763	0.2	314	2.2	235	1.6
Madrid	45.001	22.877	50.4	7.413	16.5	30.090	66.9	12.790	28.4	3.081	6.8	15.871	0.4	215	0.5	659	1.5
Murcia	4.441	2.557	57.6	1.070	24.1	3.627	81.7	600	13.5	249	5.6	849	0.2	25	0.6	25	0.6
Navarra	5.386	2.789	52.6	1.215	22.9	4.004	75.5	735	13.9	572	10.8	1.307	0.2	21	0.4	42	0.8
País Vasco	17.132	8.569	50.0	3.784	22.1	12.353	72.1	2.512	14.7	1.693	9.9	4.705	0.2	135	0.8	506	3.0
La Rioja	2.221	1.484	66.8	320	14.4	1.804	81.2	339	15.3	96	4.3	435	0.2	6	0.3	18	0.8
Ceuta	159	86	54.1	35	22.0	121	76.1	12	7.5	14	8.8	26	0.2	3	1.9	1	0.6
Melilla	264	109	41.3	91	34.5	200	75.8	26	9.8	24	9.1	50	0.2	20	7.6	1	0.4
Total Estado	284.401	157.159	55.3	56.213	19.8	213.972	75.0	49.507	17.6	18.469	6.5	68.936	0.2	2.439	0.9	6.116	2.2

Fuente: elaboración propia CCOT, datos IMSERSO y VTGS

Cuadro 3.8

CNAEs 88...(4 dígitos) Servicios Sociales sin alojamiento
situación año 2024-Trimestre 3

TOTAL	CONTRATO INDEFINIDO			CONTRATO EVENTUAL			FUE DISCONTINUO			INDETERMINADO							
	INDEFINIDO COMPLETO	INDEFINIDO PARCIAL	TOTAL INDEFINIDO	EVENTUAL COMPLETO	EVENTUAL PARCIAL	TOTAL EVENTUAL	FUE DISCONTINUO	INDETERMINADO	INDEFINIDO COMPLETO	INDEFINIDO PARCIAL	TOTAL INDEFINIDO	EVENTUAL COMPLETO	EVENTUAL PARCIAL	TOTAL EVENTUAL			
afiliados Seguridad Social	número	% s/total (evol. porcentuales)	número	% s/total (evol. porcentuales)	número	% s/total (evol. porcentuales)	número	% s/total (evol. porcentuales)	número	% s/total (evol. porcentuales)	número	% s/total (evol. porcentuales)	número	% s/total (evol. porcentuales)			
Andalucía	58.783	20.572	34,7	23.807	20,7	44.179	0,8	4.655	8,2	8.038	13,7	12.873	0,2	1.380	2,4	341	0,6
Aragón	4.424	1.773	40,1	1.375	12,6	3.148	0,7	373	8,4	449	10,1	822	0,2	199	4,5	255	5,8
Asturias	4.985	1.958	39,3	1.609	10,9	3.567	0,7	667	13,4	617	12,4	1.284	0,3	53	1,1	81	1,6
Illes Balears	4.254	2.764	65,0	591	15,3	3.355	0,8	724	17,0	106	2,5	830	0,2	47	1,1	22	0,5
Cantabria	9.837	4.348	44,2	2.570	18,6	6.918	0,7	1.230	12,5	697	7,1	1.927	0,2	916	9,3	76	0,8
Cataluña	2.521	1.021	39,7	964	12,9	1.985	0,8	232	9,2	288	10,6	500	0,2	20	0,8	36	1,4
Castilla y León	15.784	4.715	29,9	8.428	18,1	13.443	0,8	865	5,4	1.508	9,6	2.353	0,1	173	1,1	115	0,7
Castilla-La Mancha	6.985	2.791	40,0	2.219	18,2	5.120	0,7	571	8,2	1.147	16,4	1.718	0,2	79	1,1	68	1,0
Catalunya	39.898	17.033	42,6	11.669	26,9	28.072	0,7	3.638	9,1	3.249	8,1	6.887	0,2	2.929	7,3	2.010	5,0
C. Valenciana	12.234	4.554	37,2	5.080	21,4	9.634	0,8	1.251	10,2	898	7,3	2.149	0,2	283	2,3	168	1,4
Extremadura	11.573	2.506	21,7	7.227	17,9	9.733	0,8	548	4,7	939	8,1	1.482	0,1	164	1,4	194	1,7
Galicia	11.950	4.866	40,8	4.297	16,6	9.163	0,8	1.199	10,1	1.127	9,4	2.326	0,2	152	1,3	289	2,4
Madrid	31.029	11.537	37,2	12.899	16,5	24.526	0,8	1.975	6,4	3.982	11,5	5.557	0,2	644	2,1	302	1,0
Murcia	4.229	2.013	46,5	1.287	24,1	3.300	0,8	465	10,5	417	9,6	870	0,2	96	2,2	63	1,5
Nevarra	3.719	1.831	49,2	516	22,9	2.347	0,6	963	25,9	356	9,6	1.319	0,4	19	0,5	34	0,9
País Vasco	16.302	7.568	46,4	3.629	22,1	11.197	0,7	1.727	10,6	1.975	8,4	3.102	0,2	166	1,0	1.837	11,3
La Rioja	1.613	827	51,3	512	14,4	1.339	0,8	140	8,7	126	7,8	266	0,2	4	0,2	4	0,2
Ceuta	444	229	51,6	120	22,0	349	0,8	166	14,9	16	3,6	82	0,2	13	2,9	0	0,0
Melilla	572	236	41,3	210	34,5	446	0,8	40	7,0	50	8,7	90	0,2	35	6,1	1	0,2
Total Estado	241.216	92.892	38,5	88.609	19,8	181.501	0,8	21.472	8,9	24.965	10,3	46.437	0,2	7.362	3,1	5.896	2,4

Fuente: e laboración propia CCOO, datos INGRESO y TGS

19. Ha sido el incremento de las personas atendidas con prestación efectiva en el marco del Plan de Choque lo que explica el crecimiento de empleo que se ha registrado. No han contribuido a ello, sin embargo, las nuevas ratios de plantilla (de cuantía poco ambiciosa) ni las nuevas intensidades establecidas en el servicio de ayuda a domicilio (que apenas ha comenzado a implementarse).

20. El crecimiento de las nuevas prestaciones reconocidas ha contribuido a crear 81.781 empleos directos hasta el tercer trimestre de 2024 (lo que supone un incremento del 18,4%) y, adicionalmente, se han convertido 42.480 contratos temporales en indefinidos. La parcialidad en el empleo, sin embargo, no registra un cambio significativo y este tipo de jornada sigue concentrándose en los servicios sin alojamiento.

21. El crecimiento del empleo es generalizado en todas las comunidades autónomas, si bien el mismo es proporcional al grado de utilización que en cada caso se registra respecto de servicios profesionales; reforzar los servicios garantiza la calidad de la atención y la creación de empleo y la actividad económica sostenida.

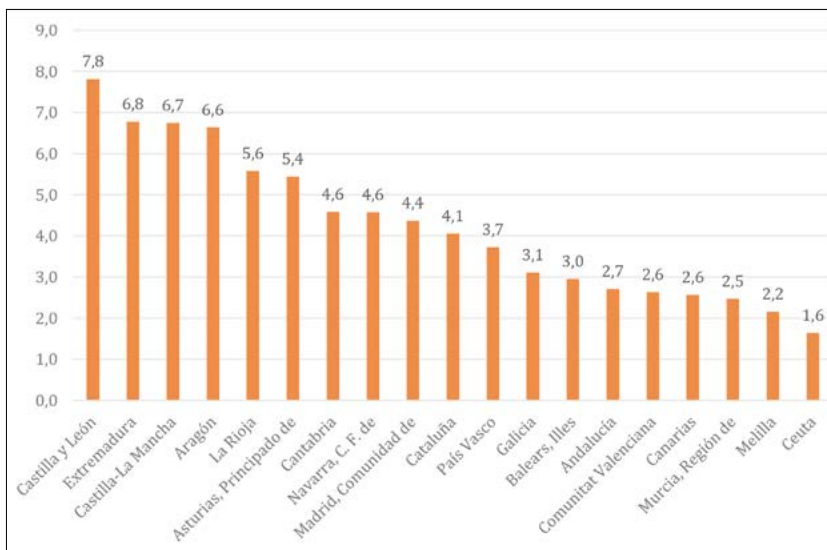
3.4. Los Servicios de Atención Residencial

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

En España había a finales de 2023 una oferta de 5.948 centros, con un total de 395.065 plazas, lo que representa un índice de cobertura de 4,17 (número de plazas para población de 65 y más años). Los Centros Residenciales representan la fórmula mayoritaria, y muy minoritariamente, las Viviendas de mayores.

Las diferencias de oferta entre unas comunidades y otras es muy marcada. En 2023, 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 2%. Murcia, Melilla, Canarias, Comunidad Valenciana, Baleares y Andalucía también presentaban tasas de cobertura menores, con datos que no alcanzaban al 3%.

Gráfico 3.6. Tasa de cobertura de las plazas residenciales, CCAA, 2023.



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

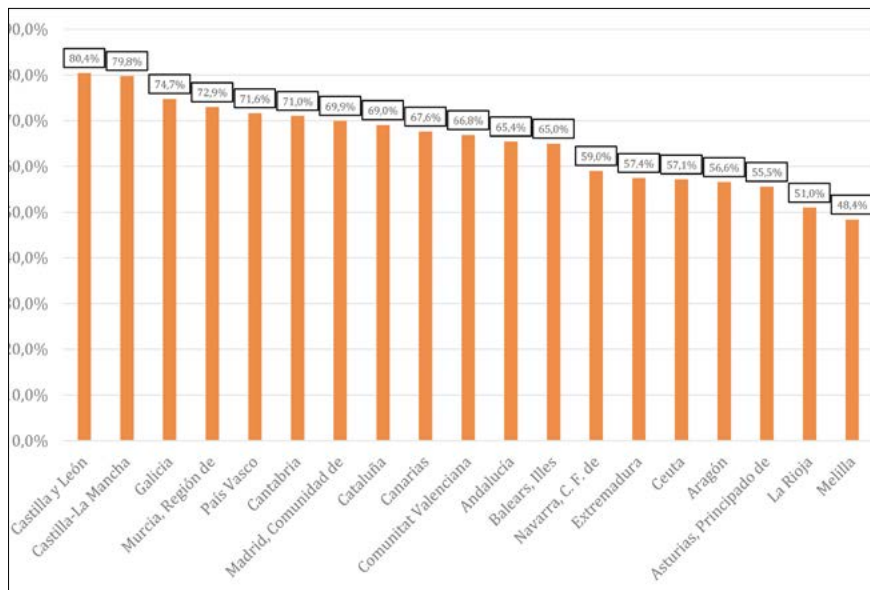
Cabe añadir que no todas las plazas residenciales son públicas. El IMSERSO recoge la desagregación entre plazas según cuenten con financiación pública (es decir, públicas y concertadas) y con financiación privada. Esto hace complicado analizar la cobertura realmente pública existente en España.

Con los datos con los que se cuenta, se puede afirmar que la media de plazas con financiación pública se situaba en 2022 en el 67,60% un porcentaje que supone un aumento en 5 puntos con respecto al año precedente.

Tomando 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 80,4% y 79,8% respectivamente. Por su parte, Melilla y La Rioja presentan los porcentajes más bajos de plazas residenciales públicas.



Gráfico 3.7. Porcentaje de plazas residenciales con financiación pública. CCAA, 2023



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

3.5. Propuestas de actuación para garantizar la plena implantación de la Ley de Dependencia

- ① La utilidad de programas de actuación acordados en el marco del diálogo social y que cuenten con el mayor grado de acuerdo político y social posible ha quedado demostrada a lo largo del tiempo.

El Plan de Choque (2021-2023) es sólo el último ejemplo de este tipo de iniciativas, previamente se han venido impulsando muchos otros (los desarrollos reglamentarios y la propia implantación del Sistema en los primeros años de vigencia de la Ley, los acuerdos para garantizar la cualificación profesional de personas trabajadoras y empresas en el marco del acuerdo de acreditación de centros y servicios, etc.). Es necesario reeditar este tipo de instrumentos para garantizar la consolidación de los avances conseguidos en el SAAD y para corregir los elementos de riesgo que presenta.

En el momento actual sería prioritario impulsar un **Programa de acción para garantizar la atención completa de la lista de espera y la calidad de la atención con servicios profesionales.**

- ② Son estratégicos dos instrumentos para garantizar el éxito de estas iniciativas:
 - 1) El liderazgo del Ministerio de Derechos Sociales a la hora de garantizar un marco de cooperación y acuerdo con las comunidades autónomas en el que se establezcan los objetivos compartidos, los plazos para alcanzarlos y los medios implementar.

- 2) Lamejora de la financiación estatal orientada a garantizar la consecución de los objetivos acordados en el marco del nuevo Plan de acción.

- ③ La financiación estatal debe ser el equivalente a la financiación que aporten las comunidades autónomas, de modo que ambas administraciones aporten el 50%.

- ④ La financiación pública del SAAD debe garantizar la suficiencia de las prestaciones y debe establecerse un calendario de aportaciones progresivas en el tiempo con el objetivo de alcanzar en el medio plazo del del 1,5 – 2% del PIB (actualmente la financiación total del SAAD se sitúa en el 0,77% PIB).

- ⑤ Debe garantizarse la total transparencia en la gestión del SAAD y publicarse en la estadística oficial el volumen de aportaciones que realizan las personas beneficiarias (copago), único dato de gestión que no se publica en ninguna estadística oficial.

- ⑥ La reforma de la Ley de dependencia no es una cuestión imprescindible para corregir limitaciones que ofrece la implantación del SAAD. Todos ellos se pueden corregir con modificaciones reglamentarias y un crecimiento de la financiación orientado adecuadamente.

En cualquier caso, si se opta por la reforma legislativa debería aprovecharse para regular de forma unitaria la aportación de las personas beneficiarias en los costes del sistema (copago) y revertir el endurecimiento que se produjo en el marco de los recortes sociales de 2012 y que continúan en vigor (básicamente, el incremento de los límites máximos de copago del 65% del coste de los servicios hasta el 90%).

- ⑦ El incremento de la financiación estatal debería concentrarse prioritariamente en el nivel acordado, ya que ello permitiría una mejora de financiación ajustada a la consecución de los objetivos pactados en el nuevo Plan de acción.

Deberían ser dos las actuaciones a financiar de forma prioritaria:

- La atención completa de la lista de espera.
 - La financiación de servicios profesionales de calidad, en base a los costes reales que éstos tienen.
- ⑧ Para ser más eficaz, los criterios de reparto del nivel acordado deben establecerse en un marco temporal plurianual, con objetivos cuantificados y establecidos de forma progresiva en el tiempo de manera que todas las comunidades autónomas puedan beneficiarse.
- ⑨ Además de los objetivos prioritarios ya mencionados, deberían incluirse algunos otros adicionales orientados a garantizar la calidad de la atención de las personas en situación de dependencia:
- Complementar la protección que reciben las personas que están siendo atendidas con prestación económica de cuidado familiar (PECF) con prestaciones de servicio profesional de atención suficiente, como el Servicio de ayuda a domicilio (SAD) y el servicio de Centro de día (SCR).
 - Aumentar la intensidad de las prestaciones de prevención de la dependencia (que fueron definidas originalmente en el marco de los recortes de 2012 y no han sido modificados).

- Actuaciones específicas orientadas a garantizar la utilización excepcional de la prestación vinculada a un servicio, evitando que éstas se conviertan en prestaciones estructurales que obligan a las personas beneficiarias a un “doble copago”.
 - Reconsideración de la obligación que tenían los Centros residenciales de disponer obligatoriamente de personal médico y que se ha visto suprimida en el último acuerdo de acreditación de centros y servicios (2022).
- ⑩ La ley de Dependencia es la primera norma que reconoce de forma expresa (art. 35 LAPAD) que la calidad del empleo de las personas trabajadoras que prestan los servicios de atención es la mejor garantía de la calidad de la atención que reciben las personas usuarias, por lo que para mejora la calidad de las prestaciones por esta vía convendría impulsar las siguientes medidas:
- Establecimiento de un porcentaje mínimo de jornada de trabajo para las personas que prestan servicio a tiempo parcial; lo que resulta especialmente importante en el caso del servicio de ayuda a domicilio y en el de centro de día.
 - Revisión al alza de los ratios de plantilla establecidos en el último acuerdo de acreditación de centros y servicios (2022), condicionada a la mejora de la financiación pública del SAAD.
 - Culminación del proceso de reconocimiento de cualificación profesional e impulso de la formación continua de las personas trabajadoras y las empresas que atienden los servicios profesionales.



4

SANIDAD

La sanidad pública en España se articula a través del Sistema Nacional de Salud (SNS) que, aunque tiene un origen previo, se crea por la ley general de sanidad de 1986 (Ley 14/1986). Este sistema se concibe como “el conjunto de los servicios de salud de las CCAA convenientemente coordinados”. De este modo, el sistema se organiza en dos niveles: nacional y regional, tomando como referencia las competencias transferidas a las 17 CCAA y quedando el ámbito nacional a cargo de determinados ámbitos estratégicos. Todo ello coordinado bajo la dirección del Consejo Interterritorial del SNS. Este sistema sanitario público de protección a la salud se basa en los principios de universalidad, libre acceso, equidad y solidaridad financiera, y se financia principalmente mediante impuestos.

El Ministerio de Sanidad es quien, desde el ámbito estatal, coordina, planifica y regula la legislación en lo referido a las leyes y planes de ámbito nacional en el ámbito sanitario. Entre las competencias exclusivas del Estado en materia sanitaria se pueden señalar la sanidad exterior, las bases y coordinación general de la sanidad o la legislación sobre productos farmacéuticos. Por su parte, son los organismos regionales de salud de las diferentes CCAA quienes ejecutan en su determinado ámbito la normativa nacional establecida desde el ámbito estatal y coordinada bajo la dirección del Consejo Interterritorial del SNS. Igualmente, desde el ámbito local, se aplica y se da cobertura a estas políticas sanitarias.

En los últimos años, como consecuencia de la pandemia de la COVID-19 se han evidenciado muchas de las fortalezas y debilidades del sistema de salud que se enfrenta a los retos actuales. Estos retos están relacionados por un lado con cuestiones demográficas como el incremento de la población a la que se debe dar cobertura o la prolongación de la esperanza de vida.

Por otro lado, se plantean retos relacionados con el cambio climático y sus efectos sobre la salud. Todo ello hace que el sistema se enfrente a una necesidad de financiación y a una evaluación de las políticas y medidas sociosanitarias llevadas a cabo, teniendo en consideración el objetivo de prevención de la enfermedad y del envejecimiento saludable.

Las sociedades se van haciendo más digitales y reflejo de ello es la incorporación de las nuevas tecnologías digitales al Sistema Nacional de Salud. De este modo se está generalizando la solicitud y gestión de las citas médicas por medios digitales, la prescripción y dispensación de medicación a través de la receta electrónica, la extensión de la historia clínica digital o la emisión digital de informes médicos.

Según los datos de 2024 del Ministerio de Sanidad, prácticamente todos los territorios emiten digitalmente la historia clínica resumida (excepto Asturias) y también los informes clínicos de alta (excepto Castilla-La Mancha y Cataluña) o los de Informes clínicos de urgencias (excepto Andalucía, Castilla-La Mancha y Cataluña) y los de consultas externas urgencias (excepto Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña y País Vasco)¹⁷.

En 2021 el Gobierno aprobó en 2021 la Estrategia de Salud digital que está organizado en torno a tres líneas de actuación: el desarrollo de

17. https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/historiaClinicaSNS/mapa/Tabla_HCDSNS.pdf

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.

De igual modo, sus objetivos se articulan en cuatro componentes: la capacitación de las personas y su implicación en el cuidado de su salud, el rediseño de los procesos de información entre profesionales y pacientes a través del uso de nuevas tecnologías, y la mejora de la toma de decisiones del SNS a través de una mejor utilización de los datos disponibles y la interoperabilidad de la información entre diversos actores implicados en el sistema, así como la innovación tecnológica en las ciencias de la salud.

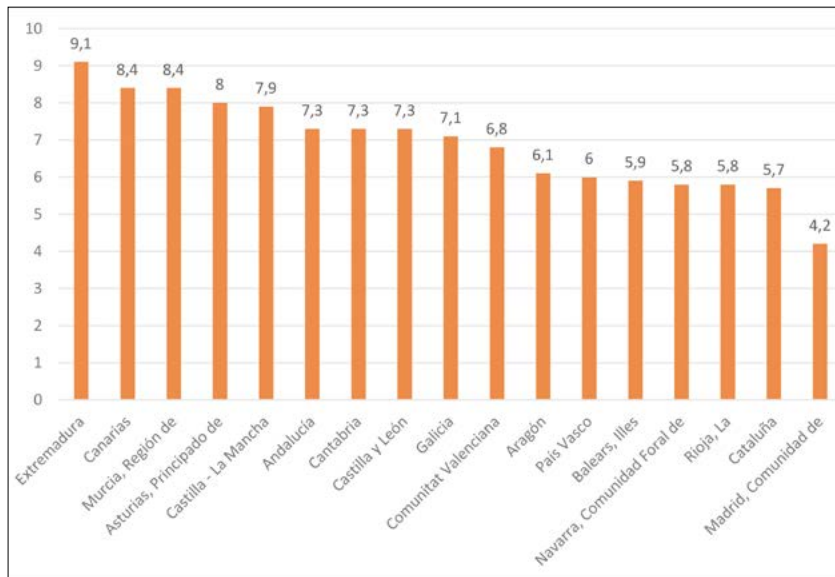
En este apartado se va a analizar de forma comparada entre comunidades el gasto público sanitario, atendiendo a algunas partidas de gasto y el estado de las listas de espera en el sistema sanitario.

4.1. El gasto sanitario público

En el año 2022 la inversión pública en sanidad descendió hasta el 6,3% del Producto Interior Bruto (PIB), cuatro décimas porcentuales inferior al año anterior, aunque aún se situaba por encima del porcentaje de 2018 (5,5%).

Cabe destacar que estos dos últimos años, a pesar de considerarse datos provisionales reflejan un incremento del porcentaje de la inversión en sanidad en relación al PIB, en parte debido a la reducción del PIB como consecuencia de la crisis provocada por la pandemia de la COVID-19.

Gráfico 4.1. Gasto sanitario público en porcentaje del PIB, CCAA. 2022*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad de España, 2025. * Datos provisionales

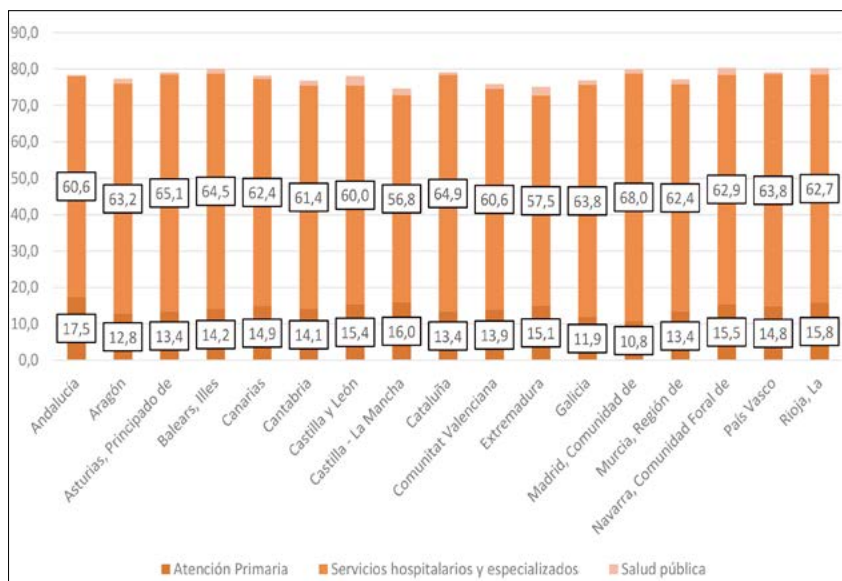
El conjunto de CCAA reflejan una inversión desigual en sanidad en relación a su PIB. Algunas como Extremadura (9,4%), Canarias (8,4%) o Región de Murcia (8,4%) reflejan porcentajes superiores al 8%. En otras regiones esta inversión es inferior como Madrid (4,2%) que muestra un porcentaje de inversión con gran distancia al resto, seguida de Cataluña (5,7%), La Rioja (5,8%) o Navarra (5,8%).

Esta inversión sanitaria se estructura en dos niveles: atención primaria y atención especializada. Según la cartera de servicios comunes del Ministerio de Sanidad la atención primaria se considera como “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).

La atención primaria representó en 2022 el 14,3% del gasto sanitario de media en España. Andalucía, con 17,5%, fue la región con un mayor porcentaje de inversión sanitaria en atención primaria, mientras que Madrid por el contrario fue la Comunidad Autónoma con una menor inversión en atención primaria (10,8%), seguida de Galicia (11,9%).

Gráfico 4.2. Porcentaje de gasto sanitario dedicado a Atención Primaria, servicios hospitalarios y especializados, y salud pública, 2022*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad de España, 2025. * Datos provisionales

El segundo nivel de atención sanitaria es el de la atención especializada. Atendiendo a la cartera de servicios de atención especializada del Ministerio de Sanidad, este nivel se corresponde con “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).

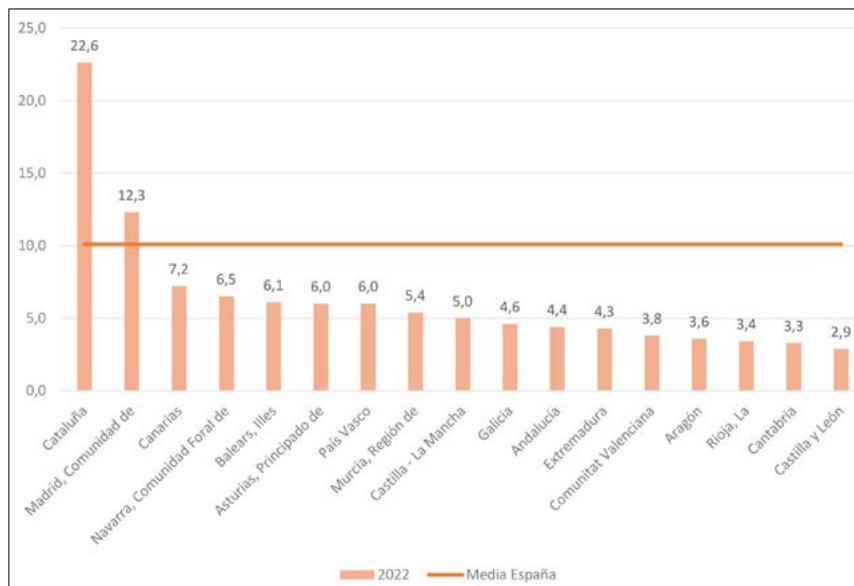
La inversión sanitaria media en especializada en España fue del 61,7% PIB en 2022. La comunidad que se sitúa con el porcentaje más elevado es la Comunidad de Madrid (68%), seguida por Cataluña (64.9%). En el lado opuesto se sitúan Castilla-La Mancha (56,8%) y Extremadura (57,5%) con menor porcentaje de gasto dedicado a la atención especializada.

Un elemento clave para completar la fotografía del gasto público sanitario en las comunidades autónomas es el porcentaje de gasto que se dedica a conciertos con empresas privadas sanitarias.

De media, en España se destina el 10,1% del gasto sanitario público a conciertos privados. Sin embargo, el panorama es muy dispar, dado que Cataluña está muy por encima de esta media, seguida por la Comunidad de Madrid.

Cabe establecer por lo tanto una clara relación entre el mayor porcentaje de gasto dedicado a la atención especializada y hospitalaria con el mayor peso en los conciertos sanitarios con empresas privadas dedicadas a la salud.

Gráfico 4.3. Porcentaje de gasto en conciertos por CCAA. 2022



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad de España, 2025. * Datos provisionales

4.2. Las listas de espera

Las listas de espera están provocadas por el desajuste entre los recursos sanitarios disponibles y la demanda de servicios sanitarios. Se suele diferenciar entre las listas de espera de las consultas externas y las listas de espera de intervenciones quirúrgicas. Ambas representan una de las razones de tensión entre las y los pacientes que ven demorados los tiempos de acceso a la sanidad en cuestiones como la detección, diagnóstico y tratamiento de sus afecciones.

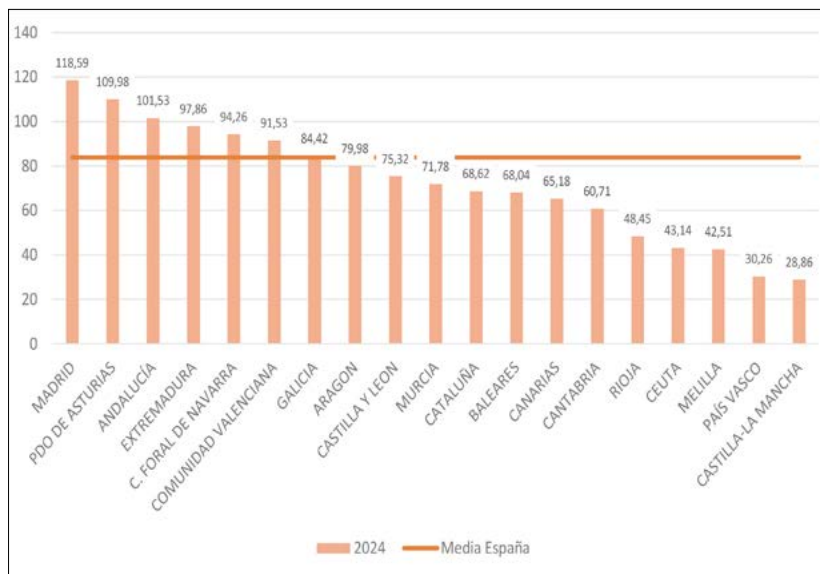
En primer lugar, analizaremos el estado de las listas de espera para acceder a consultas externas -primeras consultas y especialidades básicas- (Gráfico 4.4) y en segundo lugar a las listas de espera quirúrgicas (gráfico 4.5.).

Las listas de espera son dispares por comunidades autónomas, con una media de 83,79 pacientes por mil habitantes en espera de consulta externa. La Comunidad de Madrid tiene la mayor lista de espera para consultas externas, con una tasa por mil habitantes de 118,59 en espera de consulta. Le siguen Asturias y Andalucía.

En el extremo contrario se encuentran Castilla-La Mancha, con una tasa por mil de 28,86, País Vasco (30,26 por mil) o Melilla (42,51 por mil). Si bien, el tiempo de espera en días tiene patrones distintos: Canarias tiene un tiempo medio de espera de 157 días, Andalucía de 135 y Navarra de 126 días. Mientras Melilla apenas tiene una demora de 25 días, País Vasco de 49 días y La Rioja de 58 días.

La lista de espera de consultas externas del SNS aumentó ligeramente entre 2023 y 2024, hasta alcanzar la cifra de 83,8 por mil en 2023 (81,5 por mil en 2023). Desde 2016 este dato ha empeorado muy llamativamente, con un nivel de pacientes en espera por mil habitantes un 83,5% superior. Desde ese año, las evoluciones más preocupantes son las de Andalucía, cuya tasa por mil ha crecido un 293%, la Comunidad de Madrid, donde ha aumentado un 182% o Baleares con una tasa un 140% mayor. Por el contrario, se han reducido las tasas en Cantabria (-26%), en Ceuta (-16%) o en Castilla La Mancha (-13%).

Gráfico 4.4. Lista de espera para consultas del SNS. Tasa por 1.000 habitantes, 2024*



Fuente: Datos del SNS. Ministerio de Sanidad, 2025. *Datos a 30 de junio de 2024

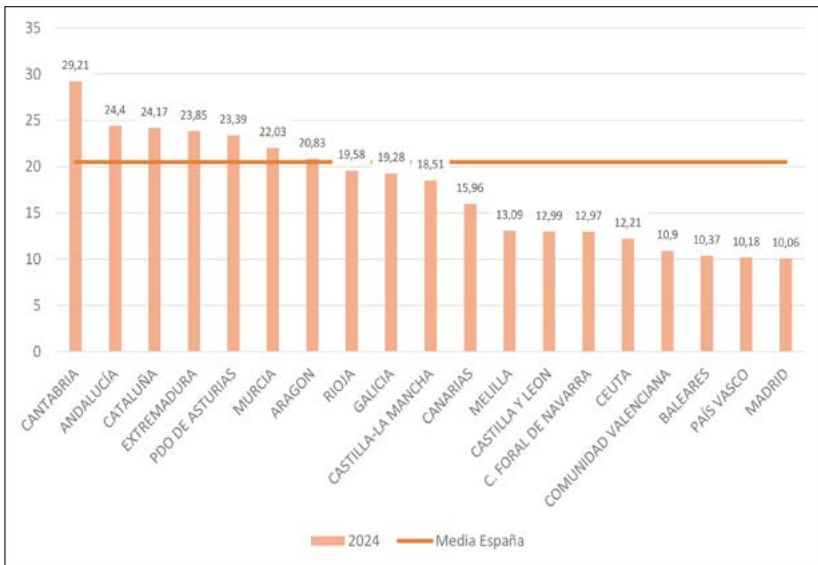
La lista de espera quirúrgica, según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad ha registrado un dato global peor en 2024 que en 2023. La lista se ha situado en 20,5 por cada mil habitantes en el año 2024, una cifra muy inferior a la del año anterior (18,1 por mil), aunque con un tiempo medio de espera de 121 días (7 días menor al dato de 2023). Existían a 30 de junio de 2024, 848.340 pacientes en espera quirúrgica.

Las listas de espera quirúrgica también varían mucho de una región a otra. Destacan por tener las mayores tasas de lista de espera quirúrgicas Cantabria (29,21 pacientes por mil, Andalucía (24,4 por mil)

y Cataluña (24,2 por mil). Por el contrario, Madrid apenas tiene una tasa de 10,1 por mil, País Vasco 10,2 por mil y Baleares 10,4 por mil. En tiempo medio de espera, Andalucía tiene 169 días, Extremadura, 164 días, Aragón y Cantabria, 139 días. Por el contrario, en la Comunidad de Madrid apenas se alcanzan 47 días de espera quirúrgica.

Desde el año 2016, la lista de espera quirúrgica ha aumentado un 50,18%, aunque las evoluciones son muy dispares. Es destacable la evolución de Andalucía con incremento del 207,3% entre 2016 y 2024, seguida de Melilla o Cantabria, con incrementos del 197% y del 98,4% respectivamente. Mientras, en Baleares se ha reducido un 14,5% y en Navarra un 10% en el mismo periodo.

Gráfico 4.4. Lista de espera quirúrgica del SNS. Tasa por 1.000 habitantes, 2024*



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

* Datos provisionales 30 de junio 2024

4.3. Propuestas para impulsar la coordinación sociosanitaria

En España, los servicios sociales y los servicios asistenciales puramente sanitarios se despliegan para dar respuesta a las necesidades de las personas en situación de dependencia. Sin embargo, se organizan de manera independiente, en ocasiones incluso de forma inconexa. Esta situación adquirió gran relevancia en el peor periodo de la pandemia por COVID-19 con un gran impacto especialmente en las residencias, donde el elevado número de personas fallecidas obligó a poner el foco sobre un necesario refuerzo de la coordinación socio-sanitaria. Durante ese tiempo y en los meses siguientes se despertó la preocupación por parte de gestores, los responsables asistenciales y los políticos, ante esta falta de conexión hubiera derivado en serios problemas socio-sanitarios, y se han mostrado con la mejor intención de resolver o mejorar esta situación.

Al llegar a una edad avanzada, las personas manifiestan tener un mayor bienestar manteniendo su entorno habitual, en las mismas condiciones de confort en las que se ha vivido, manteniendo el domicilio y el entorno acostumbrado.

Cuando se inicia un proceso de dependencia que requiere ayuda o prestaciones, se dan diversidad de situaciones en función del momento del proceso y de la evolución del estado de salud. Existen periodos de mejoría o curación en proceso, incluso periodos de necesaria institucionalización hasta el momento del fallecimiento.

Aunque el principal factor de deterioro, tanto a nivel físico como psíquico, es la edad, no se trata de una relación directa. Es más bien la relación entre el envejecimiento y las enfermedades crónicas y su implicación en patologías cardiovasculares, musculoesqueléticas o

neurológicas. Es por ello que las actuaciones asistenciales sanitarias y la atención a las personas en situación de dependencia deberían estar coordinadas y articuladas, independientemente del nivel de dependencia evaluado o valoración.

De hecho, como resultado de una valoración que determina la necesidad de cuidados para mantener las actividades de la vida diaria, comúnmente son precisas prestaciones tanto asistenciales sanitarias como asistenciales de servicios sociales de forma paralela, y casi siempre en el mismo grado y al mismo tiempo.

Es necesario articular los recursos para trabajar desde la prevención. Las medidas de carácter preventivo, de educación y promoción para la salud son claves para posponer enfermedades prevenibles que pueden causar déficits físicos o psíquicos así como los procesos crónicos. Se trata de pautas de prevención que, tal como se adelantó en el epígrafe anterior, no comienzan en la edad adulta o según avanza la edad, sino se ha de iniciar y mantener durante toda la vida. Los agentes más cercanos y accesibles se encuentran en la Atención Primaria de salud, sin excluir otros tipos de actividades o estrategias de carácter social.

Al valorar de forma global los datos de petición o solicitud de valoración de grado de dependencia, comprobamos que es cerca de un 5% de toda la población censada en España. Es cierto que un 80% implica a mayores de 65 años mientras que el 20% restante se reparte entre los distintos grupos de edad hasta los 64 años. Si valoramos la probabilidad de presentar una solicitud de valoración de situación de dependencia en relación a la edad, en función a la ponderación por grupos etarios, podemos observar que casi el 38% de toda la población mayor de 80 años tramita esta evaluación, un porcentaje que se reduce a casi un 7% en las edades comprendidas entre los 65-79 años y el 1,4% en la población restante.

Con una pirámide de población para los próximos años de tipo regresivo, con un porcentaje mayor de personas con más de 65 años, la posibilidad de que aumente el número de personas en situación de dependencia es muy alta. Esta situación se puede agravar si las condiciones físico-psíquicas de las personas es peor al llegar a los 65 años, de aquí la importancia de una buena educación, promoción o prevención de la salud en toda la población, iniciada desde los primeros años de vida.

El papel de la asistencia sanitaria

La atención sanitaria se puede recibir desde el Sistema Público o desde el Sistema de aseguramiento. Se puede percibir de forma exclusiva o simultáneamente en el caso de aquellas personas que optan a un aseguramiento privado y ser atendidos por el SNS.

Sin embargo, debemos considerar que todo ciudadano o ciudadana con derecho a la asistencia por el Sistema Nacional de Salud (prácticamente la totalidad de la población) puede ser atendido y con la continuidad necesaria en sus procesos sanitarios en el ámbito residencial que corresponda (institucionalizado o no) y en cualquier parte del territorio nacional.

El papel de la asistencia social

El proceso para recibir algún tipo de ayuda para personas en situación de dependencia se inicia con una solicitud de valoración, actualmente (septiembre de 2024) se encuentran registradas alrededor de 2.133.000, aunque quedan unas 130.000 por evaluar, y 1.608.241

tienen derecho a prestación por su Grado I-II-III según su gravedad. Aunque solo 1.452.514 personas reciben algún tipo de prestación. De todas ellas unas 280.000, se encuentran en atención residencial¹⁸.

1. *Abordar las necesidades de las personas en situación de dependencia en función del entorno de atención*

Tomando de forma esquemática la atención de personas en situación de ayuda y/o cuidados, existen dos tipos de escenarios: la asistencia en el domicilio y la atención en un centro residencial, cada una de ellas con unas circunstancias y estrategias distintas de actuación.

Todas las iniciativas actuales persiguen la atención del ciudadano o ciudadana en su domicilio o hábitat habitual, tanto por las peticiones del propio interesado como por las políticas motivadas desde la UE, con el intento de postergar, en lo posible, la institucionalización de las personas.

Las características físicas, psíquicas, de vulnerabilidad o de requerimientos sanitarios o ayudas sociales son distintos en personas atendidas en su domicilio o en un centro residencial.

1. Atención a las personas en situación de dependencia en el ámbito no institucionalizado, en su domicilio:

Es factible que un gran grupo de personas que requieren cuidados los precisen durante un periodo limitado de tiempo, con la curación o mejora de su proceso que ponga fin a la necesidad de ayudas. Normalmente las personas en situación de dependencia son hombres y mujeres con patologías crónicas, por encima de

18. Todos los datos hacen referencia a la información estadística facilitada por el IMSERSO a 30 de septiembre de 2024.

los 65 años, y que van a presentar empeoramiento de sus procesos.

Estos procesos, más o menos prolongados, suelen finalizar con el ingreso en una institución/residencia o con el fallecimiento, en el ámbito domiciliario o en el ingreso hospitalario previo. En cualquier caso, la evolución de los procesos discurre paralelamente desde el entorno sanitario y desde los servicios sociales. Se añaden además los posibles empeoramientos de carácter médico asistencial que, casi con seguridad, precisan de mayores recursos de tipo asistencial social. Esto implica una visión en esta doble dirección y, por ello, se hace imprescindible una absoluta coordinación entre servicios.

Para poder mantener a una persona en situación de dependencia en su domicilio se necesitan medios desde el ámbito sanitario y de los servicios sociales, jugando ambos un papel fundamental.

Una asistencia sanitaria guiada desde la Atención Primaria

- La referencia ha de ser la Atención Primaria, con Médica de Familia, Enfermera, Auxiliar de enfermería, y el resto de profesionales que participan en este nivel asistencial. La Farmacia Comunitaria también podría considerarse un agente más en estas actuaciones.
- La Atención Primaria en su conjunto debe realizar la actividad de gestión y seguimiento de los pacientes, pero tiene que existir una absoluta coordinación con el nivel hospitalario.
- Es necesaria la comunicación con los servicios de Geriátrica hospitalaria, si los hubiere, o de Medicina Interna, para beneficiarse de la posibilidad de ingresos programados, hospitalización domiciliaria o interconsultas de distintas especialidades.

Unos servicios sociales con los recursos adecuados

- Es necesario potenciar una atención de calidad, con servicios de carácter profesional, de alta intensidad en número de horas de atención y con limitación de copago.
- Una atención centrada en servicios: la Ayuda a Domicilio, los Centros de día, la Teleasistencia y la Teleasistencia avanzada.
- La Ayuda a Domicilio es el servicio principal para lograr que una persona que requiera cuidados pueda mantener una buena atención dentro de su entorno y con un grado de satisfacción suficiente.

2. Atención a las personas en situación de dependencia que se encuentren ingresados en instituciones, las personas residentes en centros de servicios sociales

Estas personas presentan generalmente cuadros de alta vulnerabilidad, requerimientos asistenciales sanitarios, por procesos crónicos, deterioros músculo-esqueléticos o alteraciones neurológicas (incluido el deterioro cognitivo) que necesitan atención continuada y, en su gran mayoría, no pueden mantener mínimamente su autonomía personal.

En estas situaciones, es preciso poner el foco en una atención sanitaria basada en las reagudizaciones, empeoramientos de procesos crónicos con la posibilidad de ingresos hospitalarios para atenderlos. Por ello, se hace imprescindible generar una relación directa, coordinada y mantenida en el tiempo, entre responsables

de los centros residenciales y el centro hospitalario de referencia, con información compartida, y valoración de posibles causas o desencadenantes de empeoramientos con ingresos hospitalarios reincidentes. El seguimiento, la continuidad asistencial, y nexo de unión entre servicios debe recaer en la Atención Primaria del SNS y/o en los servicios sanitarios, si los hubiere, de cada centro residencial.

La gestión de los servicios sanitarios y servicios sociales en la población mayor

La gestión de los servicios puede ser pública o privada, tanto en la asistencia sanitaria como en el tipo de la atención por servicios sociales.

El número de personas que mantienen una asistencia sanitaria de carácter privado puede alcanzar cifras altas en la actualidad, pero esto no se da en personas por encima de los 60 años, salvo en las mutualidades de funcionarios. Esto implica que, por el momento, no tiene excesiva repercusión en el momento de una coordinación socio sanitaria.

Sin embargo, en el entorno de los servicios sociales la gestión privada tiene mucho más peso en lo que se refiere a la atención de las personas mayores. Los centros residenciales tan solo son, aproximadamente, de gestión pública, en torno al 20%, mientras que el restante 80% son de gestión privada o concertada. En el resto de los servicios, (teleasistencia, centros de día, ayuda a domicilio...) son, mayoritariamente, de naturaleza privada.

Este panorama de gestión provoca una gran disparidad de acciones que complican, aún más si cabe, la complejidad de la coordinación sociosanitaria.

Claves para la coordinación sociosanitaria

En definitiva, hay que resaltar estos 4 puntos en relación a la gestión de los servicios y la coordinación:

- 1** Tipo de gestión del servicio social, en un porcentaje elevado es de tipo privado, bien por conciertos, contrataciones o centros públicos de gestión privada.
- 2** En cuanto a la atención sanitaria, en los grupos etarios más altos la atención sanitaria es eminentemente de carácter público ya que el coste de las pólizas de aseguramiento en personas de mayor edad es muy alto y las renovaciones se hacen más complicadas.
- 3** Se plantea el gran reto de coordinar los servicios. Es necesario armonizar, por un lado, los servicios sanitarios y reforzar la coordinación entre la Atención Primaria y la hospitalaria; por otro, los servicios sociales, coordinando los servicios de ayuda a domicilio, la teleasistencia y los centros de día. Y a su vez hay que potenciar los mecanismos de interacción y coordinación entre ambos servicios, sanitarios y de atención social.
- 4** La coordinación sociosanitaria precisa de una figura de enlace entre ellos. Probablemente la clave de una estrategia de coordinación sea mantener a una persona de referencia en cada uno de los dos servicios: crear la figura de los gestores (responsables, enlaces, coordinadores....) socio sanitarios con la posibilidad de ofrecerles responsabilidades para ejecutar de forma eficiente las necesidades de las personas en situación de dependencia, y capaz de proporcionar respuesta a las nuevas que se vayan produciendo tanto desde el ámbito

sanitario como social de manera complementaria. Estas figuras responsables de procesos no tendrían necesariamente que ser personal facultativo, ya que desde perfiles de enfermería y/o trabajo social podrían resultar más eficaces.

Dificultades para la coordinación sociosanitaria

Estructuras separadas

Las estructuras de gestión y financiación de los servicios sanitarios y los servicios sociales funcionan de manera independiente, por lo que es preciso el desarrollo de una cobertura normativa que facilite la coordinación sociosanitaria, especialmente de carácter nacional y con un desarrollo territorial. Se trataría de una norma que facilitaría la colaboración entre los distintos organismos competenciales así como la creación de protocolos asistenciales articulados.

Múltiples servicios implicados

Ante la complejidad de agentes implicados en la atención a las personas en situación de dependencia, se requieren estrategias y protocolos que permitan coordinar las acciones de manera eficaz y eficiente desde una concepción global de la atención hasta la provisión de servicios y prestaciones concretas.

Falta de interconexión por política de protección de datos

No existe en estos momentos la posibilidad normativa y técnica de poder compartir la información entre todos los agentes. Esta situación representa un grave inconveniente en la información y

comunicación entre niveles asistenciales (sanitarios y sociales), y un déficit manifiesto en la eficacia de las acciones.

Medios asistenciales heterogéneos en las CCAA.

La única manera de evitar la desigualdad y la inequidad en los servicios que se prestan a la ciudadanía es mantener unos criterios asistenciales mínimos para todas las CCAA, que cubran las necesidades para dar una atención de calidad a todas las personas vulnerables o en situación de requerir ayuda asistencial.

Inexistencia de personal de enlace permanente

Sin entrar en cuestiones competenciales y siempre con una visión de cooperación y colaboración, sería preciso designar figuras profesionales que coordinen las necesidades de las personas que precisen ayudas y, sobre todo, que mantengan información y gestión de forma continuada y lineal, de los procesos asistenciales desde cualquier punto de requerimientos.



5

CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN MAYOR

Las condiciones de vida de las personas mayores dependen en gran medida de los recursos disponibles y de las oportunidades para disfrutar de un envejecimiento saludable. Esto implica promover y mantener su capacidad funcional, es decir, las habilidades que les permiten vivir de manera plena y satisfactoria en la vejez.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la capacidad funcional como el mantenimiento de aquellos atributos que permiten a las personas “ser y hacer lo que para ellas es importante”. En este contexto, se identifican cinco áreas fundamentales: aprender, crecer y tomar decisiones; mantener la movilidad; establecer y conservar relaciones sociales; y participar activamente en la sociedad.

Existen numerosos factores sobre los cuales las instituciones pueden intervenir para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. No se trata sólo de prolongar la vida, sino de garantizar que esta extensión sea digna, saludable y enriquecedora.

El envejecimiento saludable es un proceso multidimensional, que se sustenta sobre el principio de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) requiere no sólo estar libre de enfermedad, sino estado de completo bienestar físico, mental y social. Esta definición

ha sido cuestionada por no adaptarse a la realidad de sociedades con mayor longevidad, en las que las personas adultas de mayor edad pueden adaptarse saludablemente al padecimiento de enfermedades crónicas. En este sentido, la propia OMS reconoce como envejecimiento exitoso como el estado donde un individuo es capaz de invocar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales para compensar limitaciones fisiológicas, para lograr una sensación de bienestar y una alta autoevaluación de la calidad de vida y un sentido de realización personal, incluso en el contexto de la enfermedad y discapacidad.

Se precisa por lo tanto un enfoque amplio e integrador, que tome en consideración la prevención de la enfermedad, física y mental; las consecuencias del cambio climático sobre la salud, los recursos públicos, tanto sanitarios, sociosanitarios, de cuidados como aquellos destinados a promover entornos sostenibles y saludables, amables para la participación e interacción sociofamiliar de las personas.

5.1. Envejecer con salud en entornos saludables

La OMS ha generado un plan para el Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030¹⁹. Dicho plan pretende impulsar la colaboración para que gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado; una colaboración sostenida en el tiempo para mejorar la vida de las personas adultas de más edad, sus familias y las comunidades en las que habitan.

19. https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4

Es crucial comprender que la población mayor es muy heterogénea, dado que incluye distintas generaciones, con trayectorias sociolaborales distintas, realidades socioeconómicas diversas y entornos de convivencia diferentes. Éstos y otros factores interrelacionados entre sí tienen impacto en el estado de salud de la población adulta de más edad.

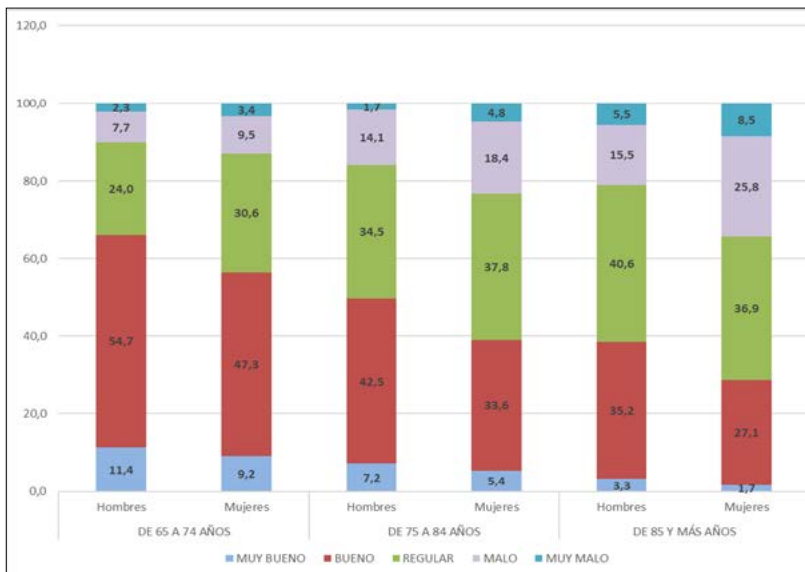
Para valorar el estado de salud de las personas adultas de más edad se puede recurrir a las encuestas que recogen información sobre la autopercepción de la salud.



La percepción de la propia salud por las personas adultas de mayor edad

La propia percepción de la salud es un indicador aproximado del estado general de la salud de las personas. La Encuesta Europea de la Salud recoge datos sobre cómo perciben las personas su estado general de salud. El siguiente gráfico permite observar cómo va empeorando las apreciaciones de las personas según van avanzando en edad, así como el hecho de que las mujeres perciben tener peor estado de salud.

Gráfico 5.1. Estado de salud percibido en los últimos 12 meses por grupos de edad y género



Fuente: Ministerio de Sanidad

De este modo, en la población de 65 a 74, un 66,1% de los hombres percibe tener buena o muy buena salud, y en el caso de las mujeres, el porcentaje es casi 10 puntos inferior (56,5%).

La brecha se mantiene en torno a los 10 puntos en el resto de grupos de edad. Tan solo un 28,8% de las mujeres se perciben con buena o muy buena salud.

Existen multitud de factores que pueden incidir en esta autopercepción, además del género, que es transversal. Los factores socioeconómicos son claves: a menores ingresos, peor estado de salud autopercebido.

Entre los hombres de 65 y más años con ingresos inferiores a 1.100 € mensuales, un 6,7% aprecian tener muy buena salud, un porcentaje que asciende al 12,5% entre los hombres con ingresos superiores a los 3.800 euros.

Las mujeres adultas mayores tienen peor percepción de su estado de salud que los hombres en cualquiera de los rangos de ingresos, y la brecha en buena o muy buena percepción de la salud es más acusada que entre los hombres cuando se observan los tramos de ingresos.

Gráfico 5.2. Estado de salud percibido en los últimos 12 meses por personas de 65 y más años por ingresos mensuales netos del hogar y género

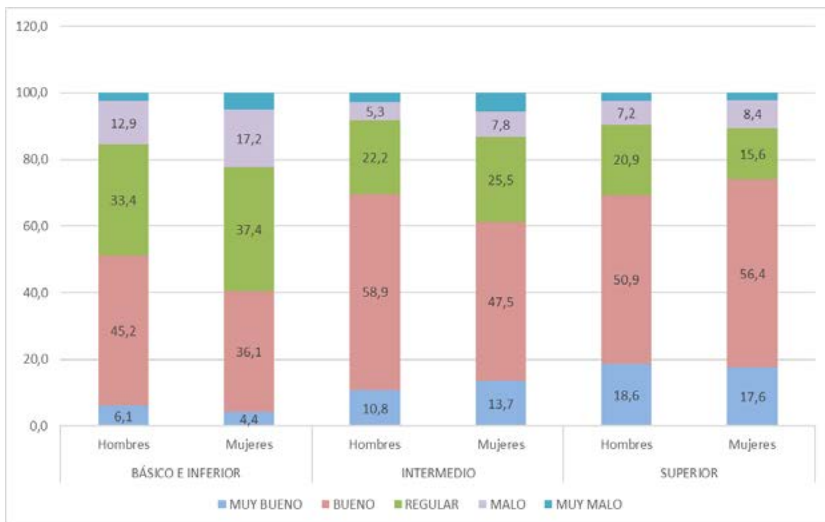


Fuente: Ministerio de Sanidad

La relevancia de las condiciones socioeconómicas y el impacto de los determinantes sociales en la salud de las personas adultas de más edad se pueden observar en el siguiente gráfico que ilustra las diferencias en salud autopercebida en función del nivel de estudios.

A mayor nivel de estudios, la autopercepción de la salud es mejor y la brecha entre hombres y mujeres es menor. Cabe apuntar que parte de esta brecha puede explicarse porque son las cohortes de edad más jóvenes las que acumulan niveles de estudios superiores.

Gráfico 5.3. Estado de salud percibido en los últimos 12 meses por personas de 65 y más años por nivel de estudios alcanzados y género



Fuente: Ministerio de Sanidad

La muy buena percepción de salud es 4 veces mayor en las mujeres con estudios superiores frente a aquellas con estudios básicos o inferiores. Entre los hombres, la brecha es algo menor (3 veces mayor entre aquellos que tienen estudios superiores y aquellos que como mucho completaron estudios básicos).

Un 22,2% de las mujeres con estudios básicos perciben su salud como mala o muy mala y solo un 40,5% como buena o muy buena. Mientras, el 73% de las mujeres con educación superior perciben su salud como buena o muy buena.

En estos datos se plasma que el envejecimiento saludable está relacionado con los recursos disponibles y con los recursos educativos a los que se tuvo acceso a lo largo de vida. Tal como se expresa en el Informe El sistema Sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro del Consejo Económico y Social de España- CES- (2024), “el estado de salud con el que se alcanzan las edades avanzadas depende en parte de la carga genética de cada persona, pero el entorno en el que se desarrolla la vida desde la infancia, o incluso desde la fase embrionaria, tiene efectos a largo plazo que determinan el proceso de envejecimiento”²⁰.

Los determinantes sociales de la salud han sido ampliamente abordados desde distintas disciplinas, que ponen el foco en las implicaciones que tienen en la longevidad los recursos y calidad de vida y trabajo desde la primera infancia.

20. https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF_012024.pdf

5.2. Los determinantes sociales de la salud

En 2003, Richard Wilkinson y Michael Marmot²¹ establecieron una serie de elementos relacionados con las condiciones socioeconómicas que condicionan la salud. Estos determinantes serían:

La pendiente social. Explicita la relación inversa existente entre los recursos socioeconómicos y los riesgos de padecer enfermedades y muertes prematuras. Esta relación implica una exposición desigual a los riesgos psicosociales y el acceso a recursos, dando lugar a situaciones de desventaja que se manifiestan de diversa manera: desde las condiciones de acceso a la vivienda digna, acceso a recursos educativos, precariedad laboral, o recursos sociales. Estas desventajas son además acumulativas, tienden a perpetuarse y sus consecuencias en la salud las retroalimentan a lo largo de la vida.

Los riesgos psicosociales. El estrés prolongado, el aislamiento social, la inseguridad, la baja autoestima y la falta de control tienen impactos sobre la salud. Las precariedades laborales y la complicada gestión de los tiempos y recursos, especialmente en las ciudades, inciden en la exposición a estos riesgos, que a su vez se retroalimentan con las consecuencias que tienen en la salud de las personas.

Los primeros años de vida. Las bases para una buena salud adulta se establecen desde la primera infancia. La pobreza y el desarrollo madurativo lento generan cicatrices en la salud a lo largo de la vida, relacionadas con bajo rendimiento académico y riesgo de sufrir marginación social.

21. <https://recs.es/wp-content/uploads/2017/06/hechosProbados.pdf>

La exclusión social. La pobreza, la privación relativa de recursos materiales y la exclusión social tienen un gran impacto sobre la salud y se relacionan con las probabilidades de sufrir una muerte prematura.

El trabajo. No solo la precariedad en el trabajo, sino también los estilos de gestión y las relaciones sociales en el lugar de trabajo tienen implicaciones en la salud. Los riesgos psicosociales en los entornos laborales representan un papel clave en la salud a lo largo de la vida. La carga de trabajo excesiva, exigencias contradictorias, falta de participación en la toma de decisiones, falta de influencia en la forma de desarrollar el trabajo, cambios organizativos mal gestionados, falta de comunicación clara, falta de apoyo social por parte de responsables y compañeros y compañeras, acoso psicológico o acoso sexual y violencia en el puesto de trabajo son factores de gran calado en la salud de las personas, que se van acumulando y acarrear problemas de salud tanto físicos como mentales y emocionales.

El desempleo. las consecuencias que tiene el desempleo en las familias y su salud se relacionan tanto con un impacto psicológico como económico con efectos sobre la salud a lo largo de la vida. Los efectos comienzan aún antes de perder el trabajo, cuando la ansiedad ante la inseguridad se hace patente. La inseguridad laboral prolongada puede tener efectos sobre la salud tanto como el propio desempleo.

El apoyo social. las personas que reciben poco apoyo social y emocional de los demás, están más expuestas a problemas de salud: menos bienestar, más sentimientos depresivos, mayores riesgos de complicaciones de salud y mayores riesgos de padecer alguna discapacidad ligada a enfermedades crónicas. La carencia de relaciones cercanas puede ser motivo de empeoramiento de la salud mental y física. La falta de cohesión social y las desigualdades están relacionadas con estas carencias.

La adicción. La dependencia a determinadas sustancias como el alcohol, el tabaco u otras drogas y la falta de cohesión social se retroalimentan con importantes consecuencias en la salud.

Los alimentos. El acceso a una buena alimentación es un factor determinante de buena salud. Una dieta saludable contribuye a proteger contra la malnutrición y previene del desarrollo de enfermedades no transmisibles como la diabetes, cardiopatías, cáncer o accidentes cardiovasculares. Los hábitos saludables de alimentación comienzan en la primera infancia y sus beneficios se reflejan en una mejora de los resultados educativos, la productividad y la salud a lo largo de la vida. El acceso a alimentos de calidad y a los recursos para mantener una dieta saludable se complica ante la contaminación de los recursos naturales y los eventos climáticos extremos, con especial incidencia en entornos de bajos recursos. Además, las dietas saludables tienen un menor impacto medioambiental.

El transporte. Montar en bicicleta, caminar o el uso de transporte público como métodos de transporte tienen una incidencia muy positiva en la salud principalmente debido a 4 factores: se practica ejercicio, se reduce el índice de accidentes mortales, se amplía el contacto social y se reduce el índice de contaminación atmosférica.

Las condiciones climáticas. El cambio climático impacta en la calidad de vida de las personas en todo el mundo, con impactos socioeconómicos de gran calado, como aquellos relacionados con el acceso complicado a recursos básicos como el agua o alimentos, y los desplazamientos e incluso migraciones necesarias para acceder a estos recursos. Estos impactos son mucho más acusados en zonas empobrecidas y colectivos en los que interseccionan varias condiciones de vulnerabilidad.

agosto de 2024 fue en España el mes más caluroso de toda la serie histórica hasta la fecha, tras encadenar varios meses de récords en temperaturas, un verano que cierra con 2190 muertes por calor, el 95% de las cuales son de personas mayores, según el Instituto Carlos III.

The Lancetcountdown, en su informe 2024 recoge el análisis de una serie de indicadores que asocian al cambio climático, con los consiguientes aumentos del CO₂, el incremento de la temperatura, los cambios estacionales y el aumento del nivel del mar. Estos elementos se asocian, por un lado, a episodios climáticos extremos, como tormentas de arena, sequías e inundaciones, olas de calor e incendios, a la reducción de la productividad agrícola y del agua, a la reducción de la capacidad laboral y psicológica, a la pérdida de la biodiversidad y cambios en ecosistemas y microbios, y a la contaminación del aire y alérgenos.

Problemas de seguridad alimentaria, efectos en la salud mental y emocional, el aumento de enfermedades cardiorrespiratorias, el incremento de determinados daños directos o de muertes prematuras o la expansión de enfermedades infecciosas son efectos derivados del cambio climático. Estas consecuencias se ven condicionadas por una serie de factores que interseccionan, como son factores sociales tales como el género, la edad, el estado de salud, la pobreza, las infraestructuras y recursos de salud pública, las migraciones o los conflictos.

En concreto, el cambio climático tiene impactos serios en las personas mayores. Se trata de impactos relacionados con la salud física, psicológica y social. Recientemente, el *Lancet Countdown* revelaba que la mortalidad relacionada con el calor en mayores de 65 años aumentó un 167% respecto a los 90. El calor extremo

aumenta los riesgos de deshidratación, golpes de calor y problemas cardiovasculares; aumenta las enfermedades respiratorias debido a la contaminación y el aumento de alérgenos; el aumento de los precios y disponibilidad de productos alimenticios de calidad pueden afectar a la desnutrición.

Por otro lado, los eventos climáticos extremos como inundaciones o incendios aumentan la ansiedad, el estrés y la depresión ante la falta de control. Las condiciones climáticas y los efectos de éstas pueden suponer un problema para acceder a servicios y redes sociales. Igualmente afectan a las posibilidades de realizar actividad física y social al aire libre, esenciales para mantener un envejecimiento activo.

A esto se suma el aumento de enfermedades transmitidas por vectores, como el dengue la malaria o el zika, enfermedades transmitidas también por el mosquito aedes aegypti, un tipo de mosquito cada vez más expandido en España.

Todos estos factores, tal como se ha expuesto, están interrelacionados y requieren intervención política. Abordar estos elementos es clave para incidir en las condiciones de salud con las que se envejecerá. Hacerlo decididamente contribuirá a reducir los altos costes económicos y sociales de la enfermedad y la dependencia y a reforzar la cohesión intergeneracional.

A estos factores se añaden aquellos que influyen en la calidad de vida de las personas de más edad que, en último término, hay que tomar en consideración para promover un envejecimiento saludable y activo.

5.3. Los factores relacionados con la salud de las personas adultas de más edad

En el Informe C. Envejecimiento y Bienestar. Una radiografía de las personas mayores²², elaborado en 2023 para la Mesa del Congreso, en el que han participado numerosas personas expertas en la materia, se recopila una serie de factores que influyen en el envejecimiento activo y saludable: factores psicosociales y los factores biológicos y sociosanitarios. A continuación, se abordarán algunos de estos factores. factores:

El edadismo: El edadismo es el conjunto de ideas e imágenes estereotipadas que derivan en prejuicios y discriminación hacia un colectivo por motivo de su edad, tal como reconoce la OMS²³. El edadismo implica utilizar la edad como criterio para categorizar y dividir a las personas por atributos estereotipados que provocan daño, desventaja o injusticia, y menoscaban la solidaridad intergeneracional.

El edadismo puede ser **institucional**, cuando se produce por leyes, normas, normas sociales, políticas y prácticas por parte de las instituciones que, de manera injusta, restringen oportunidades o provocan desventajas sistemáticas por razones de edad. Puede ser **interpersonal** cuando surge en las interacciones entre una o más personas; o puede ser **autoinfligido** cuando es interiorizado y asumido por parte de las propias personas.

22. https://www.segg.es/media/descargas/envejecimiento-bienestar_20231214_web.pdf

23. World Health Organization. (2021). Global report on ageism. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/340208>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Si bien el edadismo afecta a todas las edades, según los datos de OMS, en Europa, una de cada tres personas afirma haber sido víctima de edadismo y son las personas jóvenes las que lo aprecian en mayor grado que otros grupos de edad.

En España, por su parte, una de cada cuatro personas mayores se siente discriminada por su edad, según recoge el Informe C, señalado anteriormente.

El edadismo contra las personas mayores implica no reconocer la diversidad en el grupo y asumir que la edad avanzada va asociada a la vulnerabilidad y la dependencia. Esta visión estereotipada afecta a la autopercepción de la población mayor, lo que genera autoexclusión y trabas para el envejecimiento activo.

Para las personas mayores, el edadismo se asocia a una esperanza de vida menor, salud mental y física más pobre, recuperaciones más lentas de las discapacidades y deterioro cognitivo. En definitiva, reduce su calidad de vida, aumenta el aislamiento social y el sentimiento de soledad no deseada, coarta su expresión sexual y aumenta el riesgo de sufrir abusos y violencia.

Bienestar psicológico y social. La capacidad de adaptación a los cambios vitales y la compensación de las pérdidas que enfrentan las personas de mayor edad permiten prolongar los años de bienestar psicológico y social. La satisfacción con su propia vida, el optimismo y el mantenimiento de objetivos y propósitos vitales influyen en la salud y calidad de vida y viceversa. Según recoge el Informe C, hay numerosos estudios que prueban estas correlaciones.

En este punto merece detenerse a valorar la salud psicológica de la población mayor en relación con el resto de la población.

El siguiente cuadro recoge los datos de incidencia de cuadros depresivos en la población total y en la población de más edad en distintas cohortes. Los datos evidencian que la prevalencia de cuadros depresivos es mayor en la población de más edad que en la población total y que, además, aumentan con la edad. Hasta un 8,7% de la población de 85 y más años presentaban cuadros depresivos mayores.

Cuadro 5.1. Prevalencia de cuadros depresivos activos por género y grupo de edad. Porcentaje. 2020

	Cuadro depresivo mayor	Otros cuadros depresivos
AMBOS SEXOS		
TOTAL	2,46	2,90
De 65 a 74 años	3,26	3,67
De 75 a 84 años	4,77	6,28
De 85 y más años	8,74	7,22
HOMBRES		
TOTAL	1,45	2,03
De 65 a 74 años	1,94	2,26
De 75 a 84 años	2,30	3,90
De 85 y más años	3,65	5,80
MUJERES		
TOTAL	3,42	3,72
De 65 a 74 años	4,37	4,84
De 75 a 84 años	6,85	8,29
De 85 y más años	11,48	8,00

Fuente: Encuesta Europea de Salud, 2020.

Las mujeres presentan una prevalencia de cuadros superiores muy superiores a la de los hombres y la brecha se va incrementando según avanza la edad.

La soledad no deseada. 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 realmente.

La soledad no deseada no debe asociarse a la población de más edad, ya que hacerlo implicaría caer en el edadismo. Junto con la población joven, es la población de 75 y más años quienes presentan prevalencia, etapas vitales en las que se afronta profundos cambios y se está expuesto a acontecimientos dolorosos como la pérdida de seres queridos.

Entre la población adulta de mayor edad vivir solo es uno de los factores que se relacionan con la soledad no deseada. Cerca del 44% de los hogares unipersonales son de personas de 65 y más años y el 71% de los hogares unipersonales de personas mayores están compuestos por mujeres.

Tal como recoge en el citado informe, la soledad no deseada tiene importantes implicaciones en el envejecimiento saludable: el sentimiento de soledad hace que las personas se sientan menos felices, tienen peores recuperaciones ante la enfermedad o la discapacidad y hacen un mayor uso de los servicios sanitarios.

La falta de relación con amigos y familiares de manera asidua puede provocar un peor manejo del estrés o la adopción de hábitos menos saludables, lo que puede provocar un riesgo mayor de padecer enfermedades cardiovasculares, problemas de salud mental e incluso aumentar el riesgo de mortalidad.

Economía: En España, con la jubilación, los ingresos pasan a sustentarse en las pensiones, las rentas, las prestaciones sociales y en las transferencias intergeneracionales de patrimonio. Las situaciones económicas entre los

adultos de mayor edad son heterogéneas, marcadas fundamentalmente por las trayectorias laborales a lo largo de su vida.

Los niveles salariales, las interrupciones en la carrera laboral o el trabajo por cuenta ajena marcan las condiciones económicas con las que se alcanza la edad de jubilación, desde el derecho generado a una prestación por jubilación y su cuantía a las posibilidades de haber accedido a vivienda en propiedad.

Como consecuencia de una trayectoria laboral marcada por desigualdades y discriminaciones, las mujeres llegan con una relevante desventaja, aunque la brecha se va aminorando paulatinamente.

En todo caso, las personas mayores, tienen las menores tasas de pobreza y acumulan mayores niveles de riqueza neta, mayor proporción de vivienda en propiedad y los datos más bajos de situaciones de carencia material.

Las personas de 65 y más años tienen una renta media anual con alquiler imputado por persona de 19.639 euros -cerca de un 20% más que las personas entre 18 y 64 años-, una tasa de pobreza más de 7 puntos porcentuales inferior a la tasa global, un porcentaje de propiedad de vivienda que alcanza el 89%, 10,5 puntos porcentuales superior a la población de 45 a 64 años (Encuesta de Condiciones de vida de 2023).

Estas condiciones económicas están alimentando la llamada “economía plateada”, asociada a la capacidad de consumo de estas generaciones que se orientan hacia diversidad de actividades, como el ocio, la cultura y el turismo, pero también hacia los cuidados y las tecnologías de apoyo, la movilidad o la banca. A esta actividad económica en auge, se suma el apoyo no remunerado que muchas personas mayores prestan a sus familiares como cuidadores o como apoyo económico.

Cuadro 5.2. Personas con carencia material por edad. 2023

	Total	65 y más años
No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año	33,1	32,7
No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días	6,4	5,2
No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada	20,7	18,2
No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos	37,1	28,9
Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) en los últimos 12 meses	11,7	4,5
Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) o en compras a plazos en los últimos 12 meses	13,6	5,4
No puede permitirse disponer de un automóvil	5,2	2,8
No puede permitirse disponer de un ordenador personal	6,1	4,1
No puede sustituir los muebles estropeados o viejos	29,9	23,9

Fuente: Encuesta de condiciones de vida 2023. INE, 2024

Entorno. Un envejecimiento saludable requiere de un entorno amable y accesible para las personas de más edad. La intervención en ciudades con servicios públicos de cercanía, accesibles, limpias, transitables, ciclables, con espacios verdes, buena red de transporte público asequible y con espacios amables para el encuentro y la interacción social es la mejor de las políticas de prevención de discapacidad y enfermedad, que redundan en toda la población y prolonga los años de vida con salud.

Brecha digital. La brecha digital hace referencia a la desigualdad en el acceso, uso o impacto de las tecnologías de la información y comunicación entre los grupos sociales. La introducción en el los recursos y habilidades digitales ha resultado más forzada entre las personas adultas de mayor edad, lo que provoca mayor inseguridad y desconfianza. El analfabetismo digital se va reduciendo entre las personas mayores y los menores de 75 años muestran tener mayores capacidades digitales, pero las consecuencias de no tenerlas se asocian con mayor aislamiento social, dificultades para el acceso a determinados servicios como sanitarios o bancarios.

Entre los mayores de 75 años, en torno al 41% utilizan internet al menos una vez a la semana. En los 3 meses precedentes a la encuesta, el 42% lo habían utilizado para algún tipo de actividad de comunicación (llamadas, videollamadas, mensajería instantánea...), un 30,4% para acceder a información de actualidad y un 18,8% para banca electrónica (Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de la información y comunicación en los hogares 2024).

Se trata de porcentajes que aumentan año tras años según se incorpora a estos rangos de edad personas que han vivido más años en entornos digitalizados.

Cuadro 5.3. Uso de internet por frecuencia de uso de las personas de 75 y más años. 2024

	Han usado Internet en los últimos 3 meses	Han usado Internet semanalmente (al menos una vez a la semana)	Han usado Internet diariamente (al menos 5 días a la semana)
Total de mayores de 75 años y más	44,5	41,0	34,6
Hombres	46,3	43,8	36,3
Mujeres	43,3	39,1	33,5
De 75 a 84 años	52,6	49,0	41,7
De 85 y más años	20,8	17,7	14,0

Fuente: Encuesta de equipamiento y uso TIC en los hogares, 2024. INE, 2025

Cerca del 80% de los mayores de 85 años no habían hecho uso de internet en los 3 meses precedentes, para quienes es crucial asegurar el acceso a servicios presenciales para evitar caer en discriminaciones que deterioren la salud y el envejecimiento activo y saludable.

Factores biológicos y sociosanitarios. Biológicamente, el envejecimiento se sustenta sobre una serie de factores que se van manifestando con el tiempo. Según los datos correspondientes al año 2021 del IHME Global Burden of Disease Project²⁴, las principales causas de pérdida de años de vida saludable a partir de los 70 años son las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias y los trastornos neurológicos: tres causas que no han cambiado en los últimos 30 años.

Estos factores pueden acelerarse, ralentizarse o incluso revertirse en función de agentes externos. Así por ejemplo, la acumulación de lesiones genéticas en el ADN se ve afectada por la exposición celular a determinadas sustancias, radiación o agentes biológicos o los hábitos de vida inciden en el acortamiento cromosómico asociado al envejecimiento.

24. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#0>

La acumulación de daños moleculares y celulares varía considerablemente entre individuos de la misma edad, y aunque existen factores genéticos, la heterogeneidad responde también a otros factores sociales. De este modo influyen el género, el estilo de vida (si se adoptan hábitos protectores, como llevar una dieta saludable, o se evitan conductas de riesgo, como fumar), factores socioeconómicos o el padecimiento de enfermedades crónicas como la diabetes, la artrosis, la insuficiencia cardíaca y el deterioro cognitivo (Informe C).

El CES en su informe (2024) hace hincapié en la necesidad de una mayor activación de las políticas preventivas, con un enfoque multisectorial, con el objetivo de redundar en el bienestar de las personas a lo largo de la vida y en una mejora de la eficiencia de los sistemas de bienestar, incluido el sanitario.

En la prevención, tanto clínica como no clínica, está la clave, tal como recopilan Camila Reguero Ons y Beatriz González²⁵. La prevención clínica es la que se realiza desde el dispositivo asistencial, tanto de manera primaria -antes de que aparezca- como secundaria -tratando la enfermedad antes de que aparezcan nuevos o mayores problemas-. La prevención no clínica es la que no se origina desde el sistema sanitario sino desde políticas fiscales sobre determinados consumos no saludables o las intervenciones para un urbanismo más saludable.

Hay evidencia de que la prevención no clínica es más rentable que la clínica, dado que su coste-efectividad es mejor: el coste de la intervención preventiva sobre el entorno por cada año con calidad de vida ganado es más rentable y genera ahorro de costes. Mientras, en las intervenciones clínicas, el coste-efectividad es más heterogéneo.

25. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/2023/06/PEE-176_Regueiro-Ons_Gonzalez.pdf

5.4. Propuestas de organismos internacionales para avanzar hacia entornos saludables para un envejecimiento activo

Teniendo en cuenta esta recopilación de factores que inciden en el envejecimiento activo y saludable, con un elevado peso de las condiciones socioeconómicas que acompañan a lo largo de toda la vida y que se concretan en los últimos años, se han desarrollado diversas estrategias encaminadas a mejorar la calidad de vida, aportando un enfoque intergeneracional y, que permita contener las necesidades de recursos en la vejez, pero, ante todo, que permita envejecer mejor.

La Organización Mundial de la salud lanzó el plan para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030, que promueve la colaboración de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado con el objetivo de mejorar la vida de las personas de mayor edad. Dicho plan se basa en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y pretende dar respuesta a deficiencias en el fomento de la salud y el bienestar a través del fortalecimiento de enfoques multisectoriales en beneficio del envejecimiento saludable.

El plan recoge una serie de principios rectores: Interconexión e indivisibilidad de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, carácter inclusivo de todos los miembros de la sociedad, alianzas con múltiples partes interesadas, universalidad comprometiéndose a todos los países a desarrollar medidas de amplio alcance, no dejar a nadie atrás atendiendo a las problemáticas y vulnerabilidades específicas, equidad de oportunidades de la población, solidaridad

intergeneracional para promover la salud y bienestar de todas las personas, compromiso de trabajo sostenido durante una década y a más largo plazo y no hacer daño a otros grupos de edad²⁶.

En este sentido se enmarcan las estrategias de la OMS para un envejecimiento activo y el impulso de ciudades amigables²⁷ con las personas mayores. Las políticas públicas que inciden en el entorno en el que se vive, tienen una gran capacidad para influir en la velocidad del deterioro asociado a la edad y podrían incluso revertirla. Y dado que la ciudad y el municipio son vividos por personas de todas las edades y que el envejecimiento y su calidad se fragua a lo largo de la vida, son políticas transversales que impulsan cohesión social.

Una localidad amigable con las personas adultas de más edad, es aquel en el que las políticas, los servicios, los entornos y las estructuras proveen sostén y facilitan el envejecimiento activo de las personas mediante: el reconocimiento de la amplia gama de capacidades y recursos existentes entre las personas mayores; la previsión de respuesta flexible a las necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento; el respeto por sus decisiones y elecciones de estilo de vida; la protección de las personas más vulnerables; y la promoción de su inclusión en todas las áreas de la vida comunitaria y de su aporte a las mismas.

Una localidad amigable con las personas mayores incorpora varios elementos, representados en el gráfico: vivienda, transporte, participación social, espacios al aire libre y edificios, servicios

26. https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25

27. https://ciudadesamigables.imsero.es/documents/20123/1006342/guia_ciudad_amigable.pdf/74bea1f4-bef4-474f-48e9-b8422c331924

comunitarios y de salud, respeto e inclusión social, comunicación e información y participación cívica y empleo.

Imagen 5.1. Ámbitos de transformación para una ciudad amigable con las personas mayores, OMS.



Fuente: IMSERSO, CEAPAT

La OMS lanzó en 2010 la red de ciudades amigables con las personas mayores, pretendiendo conectar ciudades, comunidades y organizaciones en todo el mundo con la visión común de hacer de su entorno un lugar mejor donde envejecer dignamente y con calidad. Es una iniciativa que se centra en la intervención local desde una perspectiva participativa por la que las personas mayores puedan aportar sus necesidades, opiniones y propuestas en el proceso de diagnóstico.

La OMS coordina la red a nivel mundial, identifica y difunde las buenas prácticas, elabora directrices y metodología, aprueba la adhesión de

las ciudades y comunidades a la red, presta asesoramiento técnico a través de las instituciones colaboradoras, realiza un seguimiento de la red y sus proyectos.

En España, el IMSERSO es el organismo que apoya el proyecto a través de sus Servicios Centrales y en colaboración con el CEAPAT (Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas). El IMSERSO promueve la adhesión a Ciudades y Comunidades a la red, ofrece información y asesoramiento, así como difusión y comunicación, para lo que cuenta con una web dedicada a ello²⁸.

En España existen unas 260 localidades integradas en la red. Se trata de ciudades y comunidades que se comprometen “a promover la participación de las personas mayores en todas las etapas del proceso, es decir, la investigación inicial para el diagnóstico de la situación, la elaboración del plan de acción y su posterior implementación y la evaluación del cumplimiento de sus objetivos y resultados”.

Los ayuntamientos, una vez integrados en la red, han de iniciar el proyecto siguiendo las fases planificación (implicando la participación de las personas mayores, identificando indicadores y elaborando un plan de acción); ejecución, llevando a cabo el plan de acción y siguiendo los indicadores; evaluación, midiendo los resultados y elaborando informes; y mejora continua, en ciclos de 5 años.

En definitiva, la iniciativa de la OMS de impulsar ciudades amigables con las personas mayores pretende abordar de manera integradora el envejecimiento activo, promoviendo un modelo inclusivo socialmente y con evidentes beneficios en salud pública.

Pero tal como se ha podido observar en la exposición de factores que inciden en la prolongación de la vida saludable, es imprescindible

28. <https://ciudadesamigables.imserso.es/>

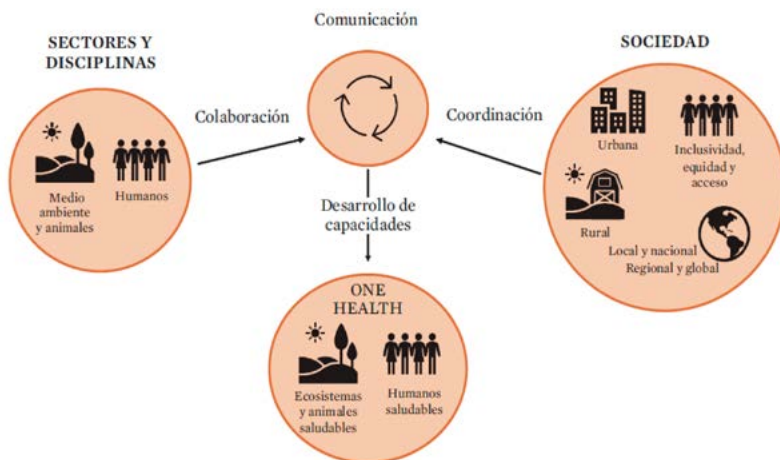
comprender que los factores trascienden a las condiciones de comunidades y ciudades en las que vivimos, ya que formamos parte de ecosistemas complejos que interaccionan cada vez más globalmente.

A raíz de las crisis sanitarias globales, ha ganado protagonismo la histórica perspectiva que entiende que la salud y el bienestar no pueden entenderse si no es en una compleja interrelación de la existencia humana con el entorno. Esta idea de interdependencia articula el enfoque One Health adoptado por la OMS.

Tal como recoge el informe del CES, “Una sola salud” implica un enfoque integrado que pretende equilibrar y unificar la salud de los seres humanos, los animales y los ecosistemas, como interdependientes. La OMS es miembro de la Alianza Cuatripartita del enfoque de «Una sola salud» junto con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, la Organización Mundial de Sanidad Animal y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. En coordinación han creado un Plan de Acción Conjunto sobre el enfoque de «Una sola salud» que incluye una serie de actividades que las cuatro organizaciones pueden llevar a cabo en colaboración, incluido el trabajo con los líderes políticos para establecer la infraestructura y la financiación necesarias.

La ilustración 5.2. presenta cómo este enfoque interpela a múltiples sectores, disciplinas y comunidades en diversos niveles de la sociedad, ya que requiere un trabajo conjunto para promover el bienestar y la neutralización de las amenazas para la salud y los ecosistemas. Se asume como necesaria esta colaboración para hacer frente a los retos que se plantean para el control de enfermedades, desde la prevención hasta la detección, preparación, respuesta y gestión, y mejorar y promover la salud y la sostenibilidad (CES, 2024).

Imagen 5.2. ONE Health, ONU



Fuente: *One Health*, elaboración propia.

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL ESPAÑA

Por su parte, la Unión Europea está trabajando en una nueva Estrategia Europea sobre Personas Mayores. En julio de 2023 el Comité Económico y Social Europeo (CESE) presentó un dictamen exploratorio, a petición de la Presidencia española, sobre una posible futura estrategia europea para las personas mayores²⁹. Dicho dictamen sirvió de base para un posterior debate para abordar la futura estrategia, que buscaría proteger los derechos de las personas mayores y garantizar su plena participación en la sociedad y la economía. Se enfoca en áreas como la igualdad y no discriminación, la participación social, el empleo, la educación y formación, y la inclusión social.

29. https://imsero.es/documents/20123/140652/estrategia_europea_ppmm_20230830.pdf/d52a165a-a81e-c8ef-493c-844aef904b7b?utm

Además, propone el desarrollo de planes nacionales por parte de los Estados miembros, que incluyan objetivos e indicadores específicos para abordar los desafíos relacionados con el envejecimiento a través de una serie de vías: reforzar lo que ya existe, impulsar la acción a nivel mundial, la integración en la práctica de las diversas políticas, como migración, fiscal, territorial, etc., el desarrollo de políticas específicas, el refuerzo de la imagen de las personas mayores y sus contribuciones sociales, ahondar en la relevancia de “vivir con dignidad” y caminar hacia un buen equilibrio de justicia intergeneracional.

En definitiva, con la contención de la muerte prematura se ha ido aumentando la esperanza de vida, y cada vez son más las personas que viven más años. Con la prolongación de la vida, el reto que se plantea es que los años que se vivan, se vivan con autonomía y salud, con el objetivo de reducir la carga asistencial asociadas a las situaciones de dependencia y de aumentar los años que merezcan ser vividos.

Sin embargo, envejecer con salud y activamente puede considerarse un privilegio cuando los recursos comunitarios y públicos son insuficientes, dado que, sin ellos, no pueden asegurarse las condiciones saludables. Condiciones que están fuertemente vinculadas a factores socioeconómicos, tal como se plasma en los datos sobre salud autopercebida en España y como han demostrado diversos estudios en el mundo. Condiciones que acompañan a lo largo de la vida, que se retroalimentan y que generan cicatrices que se perpetúan hasta los últimos años de vida.

A los factores que inciden en las condiciones de salud a lo largo de la vida se suman aquellos que afecta de algún modo específico en la población mayor, como son las discriminaciones por edadismo, la brecha digital, la soledad no deseada o la accesibilidad a los recursos.

La intervención comunitaria y pública es crucial para avanzar en la igualdad de oportunidades para vivir más y, sobre todo, mejor. La prevención es la clave, pero lo es especialmente aquella que implica una mejor efectividad con menor coste. Y este tipo de prevención es la que se orienta a toda la población para prevenir el desarrollo de cualquier enfermedad, física o psicológica.

Las medidas preventivas dirigidas a incidir comunitariamente en las condiciones y calidad de vida en las ciudades, comunidades y centros de trabajo, reduciendo los factores que impactan negativamente en la salud, tienen una gran capacidad de aumentar los años vividos con buena salud, promueven la cohesión social y el desarrollo de una visión ecologista de sostenibilidad medioambiental y vital.

6

CONCLUSIONES

El análisis de la situación de las personas mayores en España pone de manifiesto, por un lado, la multidimensionalidad de los factores que influyen en su bienestar y por otro, que las políticas públicas cumplen un rol clave asegurando el envejecimiento saludable de la población en condiciones de igualdad y justicia social.

Es por ello que la transición demográfica sin precedentes que se está viviendo, por la que la natalidad se contrae al tiempo que la generación del babyboom va incorporándose a las cohortes de edad de población adulta de más edad, obliga a afrontar el gran reto de rediseñar los mecanismos públicos de bienestar sobre un necesario refuerzo del principio de solidaridad.

Una conciencia colectiva por impulsar tanto las mejoras de las condiciones laborales, de acceso a la vivienda en condiciones dignas y políticas que impulsen la corresponsabilidad y la conciliación en la población joven y en edades de trabajar al tiempo que se afianzan los derechos sociales y se sigue asegurando el poder adquisitivo de las pensiones de jubilación, haciendo hincapié en las de menor cuantía y minimizando las brechas por razón de género.

El sistema público de pensiones desempeña un papel clave en la garantía de recursos para un porcentaje creciente de la población, asegurando los recursos de las personas mayores. El sistema ha

de asumir la responsabilidad de seguir mitigando las desigualdades provocadas por las trayectorias laborales desiguales que encierran recorridos de injusto reparto de los recursos, para avanzar en una mayor igualdad en las condiciones de vida en las últimas décadas de vida de las personas.

La reducción de la brecha por razón de género implica incidir tanto sobre el acceso a las pensiones propias de aquellas mujeres que no pudieron completar carreras de cotización suficientes debido a las responsabilidades de cuidados que les fueron atribuidas como en la cuantía de las mismas, más bajas debido a las brechas salariales históricas. Por otro lado, la garantía de suficiencia de las pensiones es crucial para mejorar las pensiones mínimas, una medida que, a su vez, tiene un fuerte impacto en la reducción de las brechas de género.

El sistema de atención a la dependencia ha vivido un reciente impulso con las medidas lanzadas por el Plan de Choque, aunque aún se enfrenta a retos como la reducción de los tiempos de espera para hacer efectivo el derecho, el refuerzo de los servicios (atención domiciliaria, centros de día, residencias) con prestaciones económicas como complemento y la mejora de las condiciones laborales en un sector altamente feminizado, asegurando estabilidad y calidad en el empleo para las personas trabajadoras.

El sistema sanitario también se enfrenta a importantes retos relacionados con el cambio demográfico: la atención primaria requiere un importante impulso, la especialización o formación en geriatría es clave y se precisa reforzar y readecuar los recursos y camas para media estancia hospitalaria.

Es de enorme relevancia resaltar que los recursos para la atención sanitaria en España son muy desiguales, dado que los esfuerzos

económicos por las distintas comunidades autónomas son heterogéneos y la gestión de estos es dispar.

La transición demográfica obliga a poner el foco en la necesidad de un diseño coherente y eficaz de los recursos que precisan las personas mayores. Tanto la atención sanitaria como los servicios sociales cumplen papeles cruciales y entrelazados a la hora de acompañar en los procesos de enfermedad y recuperación y cronicidad de determinadas afecciones. Es por ello que dos sistemas como el sanitario y el de servicios sociales, inconexos y descentralizados en su gestión, precisarían un mayor grado de coordinación, para lo que se requeriría establecer legalmente estructuras y mecanismos para la coordinación sociosanitaria.

Mejorar las condiciones en la que envejece la población con el objetivo no sólo de aumentar la esperanza de vida sino, ante todo, la expectativa de años vividos con buena salud, requiere una mirada global sobre los elementos que inciden en la salud de las personas. La calidad de vida en el envejecimiento está condicionada por múltiples factores ligados a recursos dignos, sistemas de atención adecuados, entornos saludables y recursos para mantener vidas activas física y socialmente.

El estado de salud en el que se encuentra la población, también la de mayor edad, se encuentra ligado a multitud de factores que influyen en el estado físico y psicológico desde la primera infancia.

Las condiciones socioeconómicas y ambientales del entorno en el que viven las personas desde sus primeros años han demostrado tener impacto directo en la salud presente y futura, por lo que las políticas públicas cumplen un papel crucial asegurando el bienestar de la población y la igualdad de oportunidades de tener vidas y envejecimientos sanos y activos socialmente.

En última instancia, la solidaridad se erige como un principio fundamental en el diseño de políticas públicas que contribuyan a mejorar la calidad de vida desde la infancia hasta la vejez. La construcción de una sociedad más equitativa y sostenible requiere acciones que garanticen condiciones laborales justas, servicios públicos de calidad y entornos propicios para el bienestar a lo largo de toda la vida.

Solo mediante un enfoque integral y coordinado se podrá asegurar que las generaciones futuras envejezcan en condiciones dignas y saludables.

ANEXOS



ANEXO 1. Esperanza de vida a 65 años. CCAA

	2000	2010	2020	2023		
				Total	Hombres	Mujeres
MEDIA ESPAÑA	18,8	20,9	20,4	21,7	19,7	23,5
Andalucía	17,7	19,7	20,0	20,6	18,7	22,3
Aragón	19,4	21,1	20,2	21,9	19,8	23,8
Asturias	18,5	20,5	20,4	21,4	19,2	23,3
Illes Balears	18,3	20,4	21,6	21,4	19,5	23,1
Canarias	17,9	20,7	21,7	20,6	19,0	22,2
Cantabria	18,9	21,3	21,2	21,9	19,5	24,0
Castilla y León	20,0	21,9	20,3	22,4	20,3	24,5
Castilla-La Mancha	19,2	21,4	19,0	21,6	19,7	23,3
Cataluña	19,0	21,1	20,2	21,8	19,7	23,6
C. Valenciana	18,2	20,4	20,8	21,2	19,3	22,9
Extremadura	18,5	20,1	19,8	21,1	19,2	22,9
Galicia	19,2	21,1	21,9	21,9	19,7	23,8
Madrid	19,5	22,1	19,9	22,8	20,9	24,4
Murcia	18,0	20,3	20,5	20,8	19,0	22,4
Navarra	19,4	22,0	21,0	22,2	20,3	24,0
País Vasco	19,1	21,4	21,4	22,1	19,9	24,0
La Rioja	19,5	21,3	20,5	21,9	19,8	23,9
Ceuta	17,8	19,0	18,6	19,8	18,4	21,0
Melilla	17,6	19,0	18,6	20,0	18,5	21,5

Fuente: INE, 2025

ANEXO 2. Esperanza de vida saludable a los 65 años. CCAA

	2010	2020	2022		
			Total	Hombres	Mujeres
MEDIA ESPAÑA	17,3	17,9	18,6	17,3	19,7
Andalucía	15,0	17,6	17,7	16,9	18,4
Aragón	19,3	17,9	18,6	17,4	19,3
Asturias	17,5	17,7	18,2	16,5	19,7
Illes Balears	18,1	19,1	18,5	18,1	18,9
Canarias	18,0	18,8	17,6	17,2	18,2
Cantabria	18,4	17,8	17,6	16,5	18,7
Castilla y León	19,6	18,3	19,6	17,6	21,5
Castilla-La Mancha	17,6	17,9	19,9	18,3	21,4
Cataluña	18,5	18,5	19,7	17,8	21,4
C. Valenciana	16,6	18,0	18,0	17,3	18,6
Extremadura	16,3	18,4	18,9	17,0	20,4
Galicia	16,4	18,3	18,1	16,7	19,5
Madrid	18,2	17,1	19,2	17,9	20,3
Murcia	15,5	16,4	16,2	15,4	17,1
Navarra	18,6	18,3	18,9	16,9	20,8
País Vasco	17,9	18,7	18,9	17,8	19,9
La Rioja	17,7	18,3	19,0	18,2	19,6
Ceuta	13,8	13,1	13,6	13,7	13,3
Melilla	13,8	13,1	13,6	13,7	13,3

Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud

ANEXO 3. Porcentaje de población mayor de 65 años. CCAA

	1975	1984	1994	2004	2014	2024		
						Total	Hombres	Mujeres
MEDIA ESPAÑA	10,2	11,7	14,7	16,8	18,2	20,42	17,7	22,2
Andalucía	9,2	10,3	12,4	14,6	15,9	18,69	16,0	19,9
Aragón	12,8	14,9	19,0	20,9	20,7	22,39	19,5	24,6
Asturias	10,9	13,5	18,2	22,0	23,5	27,98	23,9	30,1
Illes Balears	11,8	13,0	14,2	14,0	15,0	16,67	14,6	18,1
Canarias	7,3	8,5	10,0	12,1	14,6	17,80	15,5	18,7
Cantabria	10,7	12,7	16,5	19,0	19,9	24,02	20,5	25,5
Castilla y León	12,2	14,7	19,1	22,6	23,7	26,88	23,8	28,6
Castilla-La Mancha	12,2	14,3	17,5	19,3	18,1	19,73	17,2	21,3
Cataluña	10,2	11,7	15,1	16,8	18,0	19,54	16,8	21,6
C. Valenciana	10,7	11,5	14,4	16,2	18,2	20,19	17,8	22,1
Extremadura	11,8	13,5	16,2	19,0	19,6	22,37	19,3	23,7
Galicia	12,1	14,2	17,5	21,3	23,6	26,61	23,3	28,8
Madrid	8,2	9,8	12,6	14,2	16,5	18,62	15,9	20,6
Murcia	9,8	10,2	12,5	14,1	14,9	16,67	14,2	18,0
Navarra	10,7	12,6	16,2	17,6	18,7	20,73	18,2	22,3
País Vasco	8,2	9,9	14,1	18,2	20,9	23,82	20,4	25,9
La Rioja	11,9	13,4	17,4	18,8	19,6	22,12	19,5	23,5
Ceuta	7,3	8,3	9,8	11,1	11,0	13,24	11,1	13,9
Melilla	8,3	8,8	9,9	10,8	9,8	12,20	10,0	12,3

Fuente: Indicadores de Estructura de la Población

ANEXO 4. Porcentaje de población mayor de 80 años. CCAA

	1975	1984	1994	2004	2014	2024		
						Total	Hombres	Mujeres
MEDIA ESPAÑA	1,6	2,2	3,2	4,1	5,7	6,07	4,5	7,5
Andalucía	1,4	1,8	2,5	3,1	4,5	5,06	3,7	6,1
Aragón	2,1	3,0	4,4	5,7	7,4	7,20	5,5	9,0
Asturias	1,7	2,6	4,0	5,7	8,3	8,43	6,2	10,6
Illes Balears	2,0	2,5	3,3	3,6	4,2	4,42	3,3	5,4
Canarias	1,2	1,4	2,1	2,5	3,7	4,54	3,4	5,4
Cantabria	1,8	2,4	3,8	5,0	6,9	6,99	5,1	8,8
Castilla y León	1,9	3,0	4,6	6,3	8,8	9,24	7,1	11,3
Castilla-La Mancha	1,9	2,8	3,9	4,9	6,5	6,32	5,0	7,9
Cataluña	1,6	2,2	3,4	4,2	5,7	5,81	4,3	7,2
C. Valenciana	1,6	2,1	2,9	3,7	5,2	5,66	4,4	6,9
Extremadura	1,8	2,7	3,7	4,5	6,6	7,08	5,3	8,7
Galicia	1,9	2,8	4,2	5,6	7,9	8,92	6,7	10,8
Madrid	1,3	1,8	2,8	3,4	5,1	5,60	4,1	6,8
Murcia	1,5	2,0	2,5	3,0	4,4	4,62	3,6	5,8
Navarra	1,7	2,4	3,8	4,9	6,3	6,32	4,7	7,8
País Vasco	1,2	1,8	3,0	4,3	6,7	7,31	5,3	9,0
La Rioja	1,7	2,4	4,0	5,1	6,9	6,95	5,2	8,6
Ceuta	1,0	1,2	1,8	2,2	2,7	3,11	2,2	4,1
Melilla	1,3	1,4	1,7	2,2	2,6	2,70	1,8	3,5

Fuente: Indicadores de Estructura de la Población

ANEXO 5.

PENSIONES EN VIGOR A 1 DE DICIEMBRE DE 2024 según CCAA y provincia por régimen de Seguridad Social y clase de pensión

TOTAL SISTEMA

COMUNIDAD AUTÓNOMA Y PROVINCIA	TOTAL PENSIONES		INCAPACIDAD PERMANENTE		JUBILACIÓN		VIUDEDAD		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)
TOTAL ESTADO	10.281.477	1.261,90	995.503	1.166,00	6.546.721	1.449,86	2.353.104	899,25	339.837	503,32	46.312	745,92
ANDALUCÍA	1.683.489	1.130,34	212.094	1.076,78	994.547	1.311,44	394.992	831,41	69.344	476	12.512	708
Almería	117.228	1.034,81	10.932	1.071,59	71.279	1.191,14	29.008	759,21	5.485	420,20	525	692,44
Cádiz	233.665	1.240,44	35.137	1.157,08	128.049	1.458,30	57.140	932,20	10.451	511,27	2.989	728,81
Córdoba	181.225	1.055,95	16.486	1.013,66	113.584	1.208,74	42.872	772,06	6.868	478,89	1.415	686,99
Granada	200.750	1.070,10	23.295	1.080,67	123.136	1.239,75	45.063	755,00	7.620	454,30	1.436	711,36
Huelva	184.991	1.142,81	12.918	1.010,90	61.772	1.338,46	25.133	853,72	4.350	460,05	816	730,89
Jérez	149.755	1.044,80	22.109	1.006,17	85.572	1.199,75	35.818	785,11	5.411	466,50	845	656,53
Málaga	291.529	1.147,22	30.716	1.141,65	178.795	1.323,38	67.806	827,28	12.917	460,28	1.693	700,50
Sevilla	403.946	1.164,77	60.501	1.051,89	232.361	1.363,85	92.150	867,66	16.042	484,55	2.862	713,84
ARAGÓN	314.983	1.334,79	22.171	1.221,31	208.713	1.520,42	72.918	946,55	9.349	516,07	832	793,36
Huesca	54.835	1.214,24	4.965	1.116,76	35.290	1.386,27	12.837	873,31	1.639	462,57	84	727,00
Teruel	36.163	1.223,99	3.522	1.103,88	23.421	1.401,57	8.105	698,28	1.015	498,81	100	783,57
Zaragoza	223.985	1.302,19	13.684	1.288,62	151.002	1.570,21	51.916	978,25	6.695	524,44	646	803,47
ASTURIAS	301.554	1.470,89	27.031	1.319,66	186.928	1.717,89	76.898	1.032,62	8.687	613,98	2.010	1.004,71
ILLES BALEARS	210.719	1.177,38	18.244	1.095,54	140.829	1.338,13	45.489	812,38	6.031	433,35	116	728,60
CANARIAS	367.929	1.147,84	56.018	1.113,89	208.424	1.335,98	83.497	843,93	16.402	475,29	2.588	725,59
Las Palmas	183.991	1.161,52	31.584	1.167,90	108.513	1.357,04	43.036	852,62	9.122	462,41	1.737	716,19
S.C. Tenerife	173.838	1.125,38	24.434	1.044,08	100.911	1.313,33	40.462	834,40	7.280	466,36	851	744,78
CANTABRIA	147.474	1.332,41	13.363	1.224,74	93.206	1.536,93	34.948	950,26	4.585	552,03	1.372	829,06
CASTILLA - LA MANCHA	397.316	1.173,99	46.469	1.074,81	238.282	1.355,47	95.234	885,84	14.676	500,79	2.655	679,45
Albacete	75.692	1.140,89	8.842	1.091,41	46.720	1.309,52	18.450	852,64	2.930	504,59	750	644,16
Ciudad Real	103.907	1.176,56	15.747	1.057,28	56.880	1.384,12	26.412	913,88	3.977	527,36	891	719,00
Cuenca	45.624	1.076,37	6.529	1.010,89	26.297	1.233,18	10.869	840,43	1.607	514,31	322	650,35
Guadalajara	45.637	1.330,00	5.865	1.185,29	28.919	1.542,83	9.479	958,20	1.558	498,99	116	745,00
Toledo	126.156	1.166,35	11.496	1.068,67	79.466	1.334,34	30.024	875,17	4.604	411,32	516	667,28
CASTILLA Y LEÓN	629.766	1.261,55	48.130	1.180,55	409.945	1.443,91	148.843	896,57	18.943	542,33	3.905	762,21
Ávila	39.690	1.100,47	3.258	1.039,08	25.328	1.258,73	9.602	825,23	1.263	537,34	239	663,85
Burgos	94.061	1.356,76	5.212	1.298,03	65.034	1.536,21	20.669	927,89	2.825	535,97	321	790,02
León	140.702	1.258,90	13.844	1.228,56	87.718	1.449,69	33.997	876,68	4.043	556,65	1.100	836,85
Palencia	43.685	1.260,98	3.978	1.128,70	28.184	1.488,29	10.181	927,30	1.354	566,77	289	790,18
Salamanca	82.581	1.175,54	5.530	1.091,50	53.899	1.330,33	19.981	853,72	2.529	556,77	643	709,83
Segovia	35.505	1.202,23	2.698	1.096,69	23.294	1.378,27	8.371	858,25	1.103	502,38	139	711,87
Soria	22.634	1.217,37	1.251	1.153,63	15.703	1.379,03	5.116	835,94	698	533,59	78	726,79
Valladolid	122.588	1.384,40	10.272	1.134,56	79.698	1.595,58	28.459	1.008,16	3.575	546,62	614	789,97
Zamora	47.820	1.077,89	2.177	1.065,39	31.167	1.219,98	12.467	899,25	1.566	523,00	423	636,04
CATALUÑA	1.797.920	1.312,90	163.088	1.282,09	1.192.249	1.482,29	390.588	916,10	50.586	497,56	1.409	823,24
Barcelona	1.343.334	1.352,67	120.380	1.323,91	894.632	1.523,51	290.070	946,77	37.149	516,12	1.103	845,91
Girona	168.003	1.185,70	13.340	1.156,40	114.554	1.340,09	36.217	898,03	4.731	426,49	61	793,32
Lleida	103.363	1.137,53	11.140	1.137,15	65.117	1.269,82	23.884	797,74	3.181	446,83	61	785,93
Tarragona	182.300	1.237,16	18.228	1.196,44	117.946	1.438,43	40.417	898,73	5.525	461,12	194	709,55

ANEXO 5.
(cont.)

PENSIONES EN VIGOR A 1 DE DICIEMBRE DE 2024 según CCAA y provincia por régimen de Seguridad Social y clase de pensión

TOTAL SISTEMA

COMUNIDAD AUTÓNOMA Y PROVINCIA	TOTAL PENSIONES		INCAPACIDAD PERMANENTE		JUBILACIÓN		VIUDEDAD		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)
TOTAL ESTADO	10.281.477	1.261,90	995.503	1.114,13	6.546.721	1.449,86	2.353.104	899,25	339.837	503,32	46.312	745,92
C. VALENCIANA	1.056.079	1.165,02	98.390	1.114,13	671.966	1.330,92	245.644	842,02	37.442	471,31	2.637	727,09
Alicante	345.361	1.092,35	24.389	1.096,77	224.997	1.236,60	82.303	800,05	12.528	442,55	1.254	709,89
Castellón	139.804	1.136,94	14.129	1.127,98	90.292	1.291,26	30.570	819,43	4.571	462,35	252	694,24
Valencia	570.914	1.215,85	59.872	1.136,16	356.687	1.402,98	132.681	867,69	20.343	490,56	1.131	755,70
EXTREMADURA	241.480	1.090,42	29.183	994,32	141.833	1.218,83	59.278	817,11	9.227	495,64	2.159	656,95
Badajoz	141.984	1.066,20	19.755	997,60	80.292	1.236,55	35.431	836,30	5.907	493,69	1.519	650,96
Cáceres	99.496	1.052,18	10.428	1.006,41	61.541	1.195,62	23.847	788,58	3.240	499,25	640	671,17
GALICIA	782.445	1.081,42	78.530	1.055,97	489.670	1.238,30	184.043	764,33	23.290	499,87	6.912	659,79
Coruña	309.196	1.133,22	29.750	1.055,13	193.373	1.304,07	74.069	809,05	9.144	519,21	2.430	694,62
Lugo	113.694	982,58	11.648	1.045,98	70.717	1.117,57	28.860	698,77	2.998	492,53	1.033	660,05
Ourense	109.620	934,15	12.583	1.098,02	67.463	1.035,51	24.708	659,72	2.861	466,36	1.206	613,13
Pontevedra	251.196	1.125,96	24.539	1.055,61	158.117	1.298,38	58.578	796,77	8.289	492,06	2.243	691,35
MADRID	1.264.280	1.466,34	93.337	1.261,15	858.854	1.669,25	273.628	1.026,22	35.099	541,37	2.742	856,79
MURCIA	265.146	1.120,10	30.675	1.054,15	158.551	1.301,88	62.430	827,57	11.897	459,90	1.593	692,21
NAVARRA	146.142	1.446,88	10.368	1.388,30	101.062	1.628,37	30.062	994,64	4.278	534,34	372	814,57
PAÍS VASCO	592.350	1.559,94	41.194	1.461,90	389.375	1.771,55	133.681	1.090,80	15.652	608,37	2.240	945,45
Álava	83.462	1.563,52	6.448	1.473,40	57.444	1.786,22	17.346	1.091,19	2.873	563,79	151	877,85
Gipuzkoa	195.967	1.531,14	12.475	1.526,53	134.788	1.717,90	43.345	1.064,10	4.865	590,74	504	946,04
Bizkaia	302.901	1.572,86	22.271	1.459,36	197.143	1.803,96	72.990	1.108,03	8.924	626,33	1.573	951,76
LA RIOJA	74.214	1.250,21	4.859	1.205,52	51.157	1.399,40	16.018	888,63	2.001	485,42	179	729,87
CEUTA	9.285	1.284,97	1.035	1.320,35	4.808	1.596,88	2.630	961,76	764	414,80	48	837,95
MELILLA	8.926	1.230,47	1.324	1.287,34	4.522	1.532,59	2.273	894,47	784	378,94	23	790,07

Fuente: Seguridad Social

ANEXO 6.

PENSIONES EN VIGOR A 1 DE DICIEMBRE DE 2024 A COMPLEMENTO A MÍNIMOS según comunidad autónoma y provincia por clase de pensión

AMBOS SEXOS (*)

COMUNIDAD AUTÓNOMA Y PROVINCIA	TOTAL PENSIONES		INCAPACIDAD PERMANENTE		JUBILACIÓN	
	Número	Porcentaje (**)	Número	Porcentaje (**)	Número	Porcentaje (**)
Total	2.139.368	20,81%	149.008	14,97%	1.243.728	19,00%
Andalucía	477.886	28,39%	45.748	21,57%	263.392	26,48%
Almería	35.240	30,06%	1.814	16,59%	20.290	28,47%
Cádiz	65.207	27,91%	7.055	20,08%	30.025	23,45%
Córdoba	54.370	30,00%	4.064	24,65%	33.655	29,63%
Granada	58.998	29,39%	5.379	23,09%	35.911	29,16%
Huelva	29.157	27,77%	2.848	22,05%	15.820	25,61%
Jaén	51.104	34,13%	5.301	23,98%	27.832	32,52%
Málaga	76.055	26,05%	5.123	16,68%	42.215	23,61%
Sevilla	107.755	26,68%	14.164	23,41%	57.644	24,81%
Aragón	57.192	18,16%	2.615	11,79%	33.899	16,16%
Huesca	11.867	21,64%	688	13,80%	6.343	17,97%
Teruel	7.719	21,35%	435	12,35%	4.784	20,43%
Zaragoza	37.606	16,79%	1.492	10,92%	22.772	15,08%
Asturias (Principado de)	43.131	14,30%	3.148	11,65%	25.731	13,77%
Baleares (Illes)	33.357	15,83%	1.679	9,20%	20.913	14,85%
Canarias	96.945	26,35%	8.940	15,96%	47.385	22,63%
Palmas (Las)	47.264	24,36%	4.806	15,22%	22.539	20,77%
S.C.Tenerife	49.681	28,56%	4.134	16,92%	24.846	24,62%
Cantabria	23.854	16,18%	1.424	10,66%	14.088	15,11%
Castilla-La Mancha	124.943	31,45%	7.088	15,25%	63.933	26,83%
Albacete	25.744	34,01%	1.238	18,09%	13.569	29,04%
Ciudad Real	35.386	34,06%	2.742	17,41%	16.551	29,10%
Cuenca	17.417	38,18%	1.016	15,56%	9.300	35,37%
Guadalajara	8.532	18,57%	575	9,80%	4.677	16,17%
Toledo	37.864	30,01%	1.517	13,21%	19.836	24,96%
Castilla y León	145.789	23,15%	6.923	14,38%	81.363	19,85%
Ávila	13.247	33,38%	701	21,52%	7.007	27,67%
Burgos	16.151	17,17%	588	11,28%	9.799	15,07%
León	27.645	19,65%	1.865	13,47%	16.482	18,79%
Palencia	9.841	22,37%	526	13,22%	5.221	18,52%
Salamanca	24.815	30,05%	1.009	18,25%	13.554	25,15%
Segovia	8.692	24,48%	336	12,88%	4.506	19,35%
Soria	4.861	21,29%	150	11,99%	2.737	17,43%
Valladolid	23.118	18,86%	1.370	13,34%	12.237	15,37%
Zamora	17.419	36,43%	378	17,36%	9.820	31,49%



ANEXO 6. (cont.)
**PENSIONES EN VIGOR A 1 DE DICIEMBRE DE 2024 A COMPLEMENTO A MÍNIMOS
según comunidad autónoma y provincia
por clase de pensión**
AMBOS SEXOS (*)

COMUNIDAD AUTÓNOMA Y PROVINCIA	TOTAL PENSIONES		INCAPACIDAD PERMANENTE		JUBILACIÓN	
	Número	Porcentaje (**)	Número	Porcentaje (**)	Número	Porcentaje (**)
Total	2.139.368	20,81%	149.008	14,97%	1.243.728	19,00%
Cataluña	249.956	13,90%	16.363	10,03%	166.077	13,93%
Barcelona	174.615	13,00%	11.636	9,67%	118.873	13,29%
Girona	24.835	14,70%	1.321	9,90%	16.846	14,71%
Lleida	19.619	18,98%	1.143	10,26%	11.410	17,52%
Tarragona	30.887	16,94%	2.263	12,41%	18.948	16,06%
Comunitat Valenciana	246.126	23,31%	16.219	16,48%	142.600	21,22%
Alicante	89.578	25,94%	3.947	16,18%	54.303	24,13%
Castellón	29.932	21,41%	2.470	17,48%	19.104	21,16%
Valencia	126.616	22,18%	9.802	16,37%	69.193	19,40%
Extremadura	92.634	38,36%	7.305	25,03%	49.115	34,68%
Badajoz	57.147	40,25%	5.047	26,91%	28.674	35,71%
Cáceres	35.487	35,67%	2.258	21,65%	20.441	33,32%
GALICIA	203.153	25,96%	12.979	16,53%	126.415	25,82%
Coruña (A)	76.923	24,91%	4.659	15,66%	46.392	23,99%
Lugo	32.521	26,76%	2.064	17,72%	22.524	31,85%
Ourense	34.201	31,43%	2.521	20,02%	22.110	32,77%
Pontevedra	59.508	23,64%	3.735	15,22%	35.389	22,38%
Madrid (Com. de)	176.449	13,96%	8.681	9,30%	109.067	12,70%
Murcia (Región de)	69.803	26,33%	4.952	16,14%	38.378	24,21%
Navarra (Com. Foral de)	20.733	14,19%	827	7,98%	13.237	13,10%
País Vasco	58.613	10,06%	3.300	8,01%	37.537	9,64%
Araba/Álava	8.043	9,64%	451	6,99%	5.525	9,62%
Gipuzkoa	17.825	9,09%	692	5,55%	12.407	9,20%
Bizkaia	32.745	10,81%	2.157	9,69%	19.605	9,94%
Rioja (La)	14.401	19,40%	576	11,85%	8.952	17,50%
Ceuta	2.060	22,19%	87	8,41%	751	15,62%
Melilla	2.343	26,25%	154	11,63%	895	19,79%

(*) Ambos sexos incluye, en su caso, los supuestos de "No consta sexo".

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

Fuente: Seguridad Social

ANEXO 6. (cont.)

PENSIONES EN VIGOR A 1 DE DICIEMBRE DE 2024 A COMPLEMENTO A MÍNIMOS según comunidad autónoma y provincia por clase de pensión

AMBOS SEXOS (*)

COMUNIDAD AUTÓNOMA Y PROVINCIA	VIUEDEDAD		ORFANDAD		FAVOR DE FAMILIARES	
	Número	Porcentaje (**)	Número	Porcentaje (**)	Número	Porcentaje (**)
Total	579.339	24,62%	144.540	42,53%	22.753	49,13%
Andalucía	126.368	31,99%	36.131	52,10%	6.247	49,93%
Almería	9.864	34,00%	2.962	54,00%	310	59,05%
Cádiz	21.544	37,70%	5.386	51,54%	1.197	41,45%
Córdoba	12.142	28,32%	3.683	53,63%	826	56,37%
Granada	12.611	27,99%	4.280	54,73%	817	56,89%
Huelva	7.807	31,06%	2.310	53,10%	372	45,48%
Jaén	14.274	39,85%	3.187	58,90%	510	60,36%
Málaga	21.492	31,70%	6.407	49,60%	818	48,32%
Sevilla	26.634	28,90%	7.916	49,35%	1.397	48,31%
Aragón	16.824	23,07%	3.523	37,68%	331	39,78%
Huesca	4.056	31,60%	740	45,15%	40	47,62%
Teruel	2.027	25,01%	427	42,07%	46	46,00%
Zaragoza	10.741	20,67%	2.356	35,19%	245	37,81%
Asturias (Principado de)	10.822	14,07%	2.815	32,40%	615	30,60%
Balears (Illes)	8.440	18,55%	2.275	37,72%	50	43,10%
Canarias	30.745	36,82%	8.621	52,56%	1.254	48,45%
Palmas (Las)	14.660	34,07%	4.463	48,93%	796	45,83%
S.C. Tenerife	16.085	39,75%	4.158	57,12%	458	53,82%
Cantabria	6.090	17,43%	1.736	37,86%	516	37,61%
Castilla-La Mancha	44.609	46,84%	7.747	52,79%	1.566	58,98%
Albacete	8.852	47,98%	1.612	55,02%	473	63,07%
Ciudad Real	13.358	50,58%	2.247	56,50%	488	54,77%
Cuenca	5.913	54,40%	970	60,36%	218	67,70%
Guadalajara	2.658	28,04%	568	36,46%	54	46,55%
Toledo	13.828	46,06%	2.350	51,04%	333	57,81%
Castilla y León	46.411	31,18%	9.110	48,09%	1.982	50,76%
Ávila	4.652	48,45%	750	59,38%	137	57,32%
Burgos	4.408	21,33%	1.216	43,04%	140	43,61%
León	7.029	20,68%	1.745	43,16%	524	47,64%
Palencia	3.345	32,86%	616	45,49%	133	46,18%
Salamanca	8.434	42,21%	1.462	57,83%	356	55,37%
Segovia	3.193	38,14%	576	52,22%	81	58,27%
Soria	1.616	31,59%	310	45,19%	48	61,54%
Valladolid	7.726	27,15%	1.526	42,69%	259	38,43%
Zamora	6.008	48,19%	909	58,05%	304	71,87%

ANEXO 6. (cont.)
**PENSIONES EN VIGOR A 1 DE DICIEMBRE DE 2024 A COMPLEMENTO A MÍNIMOS
según comunidad autónoma y provincia
por clase de pensión**
AMBOS SEXOS (*)

COMUNIDAD AUTÓNOMA Y PROVINCIA	VIUDEDAD		ORFANDAD		FAVOR DE FAMILIARES	
	Número	Porcentaje (**)	Número	Porcentaje (**)	Número	Porcentaje (**)
Total	579.339	24,62%	144.540	42,53%	22.753	49,13%
Cataluña	51.993	13,31%	15.058	29,77%	465	33,00%
Barcelona	33.579	11,58%	10.201	27,46%	326	29,56%
Girona	5.008	13,83%	1.646	34,79%	14	22,95%
Lleida	5.781	24,20%	1.251	39,33%	34	55,74%
Tarragona	7.625	18,87%	1.960	35,48%	91	49,46%
Comunitat Valenciana	69.105	28,13%	16.988	45,37%	1.214	46,04%
Alicante	24.656	29,92%	6.058	49,14%	614	48,96%
Castellón	6.345	20,76%	1.892	41,39%	121	48,02%
Valencia	38.104	28,72%	9.038	44,00%	479	42,35%
Extremadura	28.997	48,92%	5.906	64,01%	1.311	60,72%
Badajoz	18.669	52,69%	3.837	64,09%	920	60,57%
Cáceres	10.328	43,31%	2.069	63,86%	391	61,09%
GALICIA	47.784	25,96%	11.194	48,06%	4.781	69,17%
Coruña (A)	20.097	27,13%	4.213	46,07%	1.562	64,28%
Lugo	5.477	20,52%	1.640	54,74%	816	78,99%
Ourense	6.997	28,32%	1.584	55,37%	989	82,01%
Pontevedra	15.213	25,97%	3.757	45,33%	1.414	63,04%
Madrid (Com. de)	47.014	17,18%	10.912	30,57%	775	28,26%
Murcia (Región de)	19.731	31,60%	5.838	49,07%	904	56,75%
Navarra (Com. Foral de)	5.175	17,21%	1.340	31,32%	154	41,40%
Pais Vasco	13.600	10,17%	3.691	23,28%	485	21,57%
Araba/Álava	1.523	8,78%	496	23,93%	48	31,79%
Gipuzkoa	3.552	8,19%	1.066	21,96%	108	20,61%
Bizkaia	8.525	11,68%	2.129	23,86%	329	20,92%
Rioja (La)	3.975	24,82%	817	40,83%	81	45,25%
Ceuta	851	32,36%	361	47,25%	10	20,83%
Melilla	805	35,42%	477	60,84%	12	52,17%

(*) Ambos sexos incluye, en su caso, los supuestos de "No consta sexo".

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

Fuente: Seguridad Social

ANEXO 7.

PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS EN VIGOR
según CCAA y provincia y según clase (diciembre 2024)

CCAA y PROVINCIAS	PNC JUBILACIÓN		PNC INVALIDEZ		TOTAL PNC	
	nº	% (1)	nº	% (1)	nº	% (1)
ANDALUCÍA	54.971	559,51	36.897	601,22	91.868	576,26
ALMERÍA	4.040	529,88	2.438	587,97	6.478	551,76
CÁDIZ	9.440	587,77	6.778	608,56	16.218	596,46
CÓRDOBA	4.996	501,49	3.322	598,22	8.318	540,17
GRANADA	4.881	549,15	3.855	603,62	8.736	573,20
HUELVA	3.291	519,24	3.208	585,53	6.499	551,98
JAÉN	2.709	529,94	2.237	605,65	4.946	564,64
MÁLAGA	13.384	594,85	6.544	597,92	19.928	595,86
SEVILLA	12.230	553,85	8.515	605,28	20.745	575,35
ARAGÓN	4.814	516,67	2.254	592,08	7.068	540,76
HUESCA	987	506,44	509	578,97	1.496	531,12
TERUEL	425	513,43	162	548,06	587	523,03
ZARAGOZA	3.402	520,05	1.583	600,80	4.985	545,73
ASTURIAS	5.641	540,97	3.249	575,40	8.890	553,58
ILLES BALEARS	5.761	538,11	2.362	585,26	8.123	551,83
CANARIAS	25.396	545,98	16.831	568,53	42.227	554,98
LAS PALMAS	11.291	512,17	6.572	550,12	17.863	526,14
S.C. TENERIFE	14.105	573,07	10.259	580,33	24.364	576,13
CANTABRIA	4.315	501,77	3.004	588,59	7.319	537,40
CÁSTILLA Y LEÓN	13.800	515,98	8.661	570,94	22.461	536,28
ÁVILA	1.212	509,29	824	569,80	2.036	533,11
BURGOS	1.406	521,87	1.248	558,60	2.654	538,20
LEÓN	2.558	518,06	1.716	574,27	4.274	539,53
PALENCIA	1.059	511,08	656	564,28	1.715	530,72
SALAMANCA	2.537	512,23	1.474	591,94	4.011	540,74
SEGOVIA	596	497,62	371	557,14	967	519,57
SORIA	325	525,81	145	554,30	470	534,28
VALLADOLID	2.784	527,57	1.458	571,53	4.242	541,97
ZAMORA	1.323	504,67	769	557,46	2.092	523,26
CÁSTILLA-LA MANCHA	11.578	515,43	8.028	581,99	19.606	543,49
ALBACETE	2.216	515,11	1.933	572,85	4.149	542,80
CIUDAD REAL	3.015	500,07	1.913	577,47	4.928	530,92
CUENCA	1.135	525,05	981	580,16	2.116	551,39
GUADALAJARA	974	531,59	644	599,61	1.618	559,59
TOLEDO	4.238	520,28	2.557	588,50	6.795	546,73
CATALLUNYA	42.543	504,14	25.508	554,42	68.051	523,00
BARCELONA	30.560	50,85	17.679	555,55	48.239	522,17
GIRONA	4.297	517,30	2.365	551,83	6.662	529,60
LLEIDA	2.425	500,42	1.400	573,74	3.825	527,33
TARRAGONA	5.261	502,58	4.064	544,37	9.325	520,83
C. VALENCIANA	34.643	531,61	15.898	575,88	50.541	545,55
ALICANTE	14.413	524,49	5.247	557,91	19.660	533,42
CASTELLÓN	2.716	518,91	1.924	566,91	4.640	538,76
VALENCIA	17.514	539,44	8.727	588,69	26.241	555,84
EXTREMADURA	7.600	515,09	4.768	576,59	12.368	538,85
BADAJOS	5.083	516,02	3.038	573,35	8.121	537,52
CÁCERES	2.517	513,23	1.730	582,27	4.247	541,41
GALICIA	24.402	510,54	12.112	568,20	36.514	529,68
A CORUÑA	8.999	504,83	4.343	561,12	13.342	523,17
LUGO	2.874	521,96	1.241	597,32	4.115	544,70
OURENSE	3.411	510,90	1.767	552,91	5.178	525,24
PONTEVEDRA	9.118	512,43	4.761	572,75	13.879	533,14
MADRID	31.151	529,21	15.105	599,05	46.256	551,07
MURCIA	8.733	515,54	6.932	580,05	15.665	544,38
NAVARRA	2.198	520,87	868	597,92	3.066	543,31
PAÍS VASCO	8.486	507,02	5.239	565,81	13.725	532,10
ARABA/ÁLAVA	1.082	530,92	688	641,21	1.770	574,03
GIPUZKOA	2.223	510,21	1.637	583,97	3.860	541,38
BIZKAIA	5.181	499,75	2.914	542,51	8.095	518,41
LA RIOJA	1.470	506,37	725	602,08	2.195	538,04
CEUTA	1.323	496,30	989	554,06	2.312	525,45
MELILLA	1.594	504,09	968	585,05	2.562	543,42
TOTAL ESTADO	290.419	528,29	170.398	579,38	460.817	547,25

Fuente: Fichero Técnico de Pensionistas no Contributivos del IMSERSO

(1) Calculado sobre el total de cada provincia o Comunidad autónoma

(*) Se incluyen pensionistas de jubilación y de jubilación derivada de invalidez



ANEXO 8. Pensiones en vigor con complemento por maternidad

Datos de la nómina de diciembre de 2024

COMUNIDAD AUTÓNOMA Y PROVINCIA	Ambos sexos		Mujeres			Hombres		
	Número	Importe medio (€/mes)	Número	% complemento causado por mujeres	Importe medio (€/mes)	Número	% de la cuantía del importe medio reconocido a los hombres superior al de mujeres	Importe medio (€/mes)
TOTAL ESTADO	992.022	72,71	762.516	76,86	72,43	229.506	42,61	103,29
ANDALUCÍA	185.555	71,15	136.063	73,33	70,73	49.492	45,21	102,71
Almería	13.410	66,56	10.364	77,29	65,70	3.046	50,29	98,74
Cádiz	25.509	78,78	17.706	69,41	78,95	7.803	39,43	110,08
Córdoba	21.935	66,69	15.370	70,07	65,84	6.565	40,61	92,58
Granada	22.653	71,69	16.349	72,17	69,75	6.304	45,52	101,50
Huelva	11.703	72,78	8.142	69,57	70,21	3.561	52,68	107,96
Jéner	18.285	67,27	12.668	69,28	64,81	5.617	53,48	99,47
Málaga	29.791	70,17	22.479	75,46	70,07	7.312	51,78	106,35
Sevilla	42.269	72,18	32.985	78,04	73,39	9.284	40,21	102,90
ARAGÓN	29.546	71,84	22.031	74,57	69,77	7.515	47,17	102,68
Huesca	4.970	64,51	3.842	77,30	63,52	1.128	48,66	94,43
Tenuef	3.574	65,55	2.647	74,06	63,70	927	47,08	93,69
Zaragoza	21.002	74,60	15.542	74,00	72,34	5.460	46,41	105,91
ASTURIAS	25.257	80,57	17.708	70,11	78,53	7.549	33,67	104,97
BALEARIS	16.528	69,78	15.331	92,76	71,74	1.197	54,52	110,85
CANARIAS	35.363	72,93	29.497	83,41	74,72	5.866	38,84	103,74
Las Palmas	17.339	75,81	15.072	86,93	77,85	2.267	36,47	106,24
S.C.Tenerife	18.024	69,95	14.425	80,03	71,44	3.599	43,00	102,16
CANTABRIA	14.994	81,49	10.147	67,67	78,42	4.847	34,66	105,60
CASTILLA - LA MANCHA	45.459	70,30	30.817	67,79	67,65	14.642	46,65	99,21
Albacete	8.763	69,82	6.013	68,62	66,89	2.750	51,50	101,34
Ciudad Real	12.413	74,84	7.715	62,15	70,02	4.698	43,53	100,50
Cuenca	5.210	59,27	3.740	71,79	58,31	1.470	45,77	85,00
Guadalajara	4.423	73,80	3.403	76,94	73,96	1.020	46,63	108,45
Toledo	14.650	69,46	9.946	67,89	67,63	4.704	46,55	99,11
CASTILLA Y LEÓN	63.050	73,89	44.193	70,09	71,51	18.857	41,16	100,94
Ávila	3.926	66,29	2.789	71,04	64,40	1.137	42,48	91,76
Burgos	9.651	77,66	6.808	70,54	75,36	2.843	39,73	105,30
León	13.130	73,71	9.281	70,69	70,50	3.849	42,51	100,47
Palencia	4.744	78,93	3.118	65,73	73,90	1.626	44,79	107,00
Salamanca	8.344	70,53	5.848	70,09	67,39	2.496	41,15	95,12
Segovia	3.924	72,61	2.792	71,15	69,85	1.132	43,89	100,51
Soria	2.295	71,36	1.735	75,60	71,15	560	38,83	98,78
Valladolid	12.358	79,42	8.483	68,64	78,69	3.875	35,13	106,33
Zamora	4.678	63,02	3.339	71,38	60,71	1.339	48,18	89,96
CATALUÑA	149.494	70,49	130.158	87,07	72,45	19.336	42,54	103,27
Barcelona	108.359	72,13	97.236	89,74	74,26	11.123	43,06	106,24
Girona	14.413	65,99	11.944	82,87	68,15	2.469	46,62	99,92
Lleida	9.157	61,53	7.359	80,36	63,41	1.798	41,11	89,48
Tarragona	17.565	67,66	13.619	77,53	68,19	3.946	51,47	103,29
C. VALENCIANA	101.293	65,44	79.932	78,91	64,90	21.361	52,37	98,89
Alicante	33.005	65,02	26.779	81,14	64,83	6.226	53,35	99,42
Castellón	13.518	62,06	10.601	78,42	61,19	2.917	54,37	94,46
Valencia	54.770	66,54	42.552	77,69	65,86	12.218	51,34	99,67
EXTREMADURA	29.086	67,69	19.297	66,34	64,74	9.789	43,08	92,60
Badajoz	17.742	68,93	11.360	64,03	65,54	6.382	42,43	93,38
Cáceres	11.344	65,86	7.937	69,97	63,59	3.407	43,32	91,14
GALICIA	70.106	65,35	53.289	76,01	62,72	16.817	60,32	100,55
Coruña (A)	26.475	65,31	21.222	80,16	63,67	5.253	63,15	103,88
Lugo	8.933	60,10	6.524	73,03	56,30	2.409	60,99	90,64
Ourense	8.753	54,43	6.986	79,81	52,80	1.767	67,84	88,62
Pontevedra	25.945	71,06	18.557	71,52	67,62	7.388	54,19	104,26
MADRID	121.566	81,09	96.422	79,32	82,40	25.144	37,20	113,05
MURCIA	29.335	75,04	20.942	71,39	71,72	8.393	54,66	110,92
NAVARRA	14.287	80,23	10.332	72,32	79,26	3.955	38,53	109,80
PAÍS VASCO	52.205	84,23	39.828	76,29	84,75	12.377	22,27	103,62
Araba/Alava	7.900	82,72	5.725	72,47	82,23	2.175	26,89	104,34
Gipuzkoa	16.495	83,97	13.460	81,60	84,59	3.035	22,09	103,28
Bizkaia	27.810	84,83	20.643	74,23	85,55	7.167	21,04	103,55
LA RIOJA	6.809	68,67	5.169	75,91	68,14	1.640	41,83	96,64
CEUTA	1.006	95,91	660	65,61	93,74	346	38,66	129,98
MELILLA	1.083	97,34	700	64,64	95,96	383	30,63	125,35

Fuente: Seguridad Social

ANEXO 9.

Pensiones en vigor con complemento por brecha de género

Datos de la nómina de diciembre de 2023								
COMUNIDAD AUTÓNOMA Y PROVINCIA	Ambos sexos		Mujeres			Hombres		
	Número	Importe medio (€mes)	Número	% complemento causado por mujeres	Importe medio (€mes)	Número	% de la cuantía del importe medio reconocido a los hombres / mujeres	Importe medio (€mes)
TOTAL ESTADO	913.208	70,07	812.130	88,93	72,67	101.078	-32,34	49,17
ANDALUCÍA	161.417	76,15	136.000	83,63	80,87	26.417	-35,69	52,01
Almería	11.887	77,27	10.095	84,92	81,53	1.792	-34,71	53,23
Cádiz	19.950	76,85	15.838	79,39	82,89	4.112	-35,32	53,61
Córdoba	18.769	76,60	15.842	84,41	81,41	2.927	-37,88	50,57
Granada	20.022	76,20	16.546	82,64	81,29	3.476	-36,04	51,99
Huelva	10.552	75,66	8.598	81,39	80,84	1.954	-34,43	53,74
Jérez	15.224	78,06	12.926	84,77	83,01	2.318	-39,16	50,90
Málaga	27.600	74,09	23.044	83,49	78,31	4.556	-32,65	52,74
Sevilla	37.413	76,04	32.141	85,91	80,17	5.272	-36,58	50,84
ARAGÓN	27.341	66,55	26.046	95,26	67,51	1.295	-30,04	47,23
Huesca	4.749	66,79	4.529	95,37	67,81	220	-32,52	45,76
Teruel	3.082	69,25	2.929	95,04	70,42	153	-33,33	46,95
Zaragoza	19.510	66,07	18.588	95,27	66,98	922	-28,89	47,63
ASTURIAS	23.392	62,57	21.165	90,48	64,58	2.227	-32,72	43,45
ILLES BALEARS	18.332	68,93	16.812	91,71	70,53	1.520	-27,45	51,17
CANARIAS	34.606	73,15	29.237	84,49	77,26	5.369	-34,25	50,80
Las Palmas	17.756	73,89	14.900	83,92	78,52	2.856	-36,63	49,76
S.C. Tenerife	16.850	72,38	14.337	85,09	75,95	2.513	-31,56	51,98
CANTABRIA	12.847	67,86	11.196	87,15	71,28	1.651	-37,43	44,60
CASTILLA - LA MANCHA	36.776	74,49	31.045	84,42	79,23	5.731	-38,45	48,77
Albacete	7.465	76,00	6.205	83,12	81,48	1.260	-39,81	49,04
Ciudad Real	9.484	75,61	7.749	81,71	81,34	1.735	-38,53	50,00
Cuenca	3.992	74,68	3.332	88,48	78,37	460	-40,90	46,32
Guadalajara	4.071	71,06	3.724	91,48	73,18	347	-33,97	48,32
Toledo	11.784	73,74	9.835	83,60	78,76	1.929	-38,86	48,15
CASTILLA Y LEÓN	54.108	70,42	48.743	90,08	73,08	5.365	-36,70	46,26
Ávila	3.517	73,22	3.101	88,17	76,87	416	-40,20	45,97
Burgos	8.098	71,51	7.553	93,62	73,44	545	-34,92	47,60
León	11.136	67,73	9.928	89,15	70,51	1.208	-36,41	44,84
Palencia	3.909	70,83	3.533	90,38	73,35	376	-35,61	47,23
Salamanca	7.395	70,19	6.343	85,77	74,15	1.052	-37,53	46,32
Segovia	3.390	74,70	3.176	93,69	76,60	214	-39,32	46,48
Soria	1.940	73,10	1.849	95,31	74,45	91	-38,51	45,78
Valladolid	10.584	69,45	9.631	91,00	71,81	953	-36,53	45,58
Zamora	4.169	70,96	3.629	87,05	74,26	540	-34,30	48,79
CATALUÑA	146.768	67,38	138.487	94,36	68,48	8.281	-28,34	49,07
Barcelona	106.713	67,39	101.181	94,36	68,41	5.532	-28,75	48,74
Girona	14.918	66,44	13.774	92,95	67,55	1.044	-23,40	51,74
Lleida	8.839	68,71	8.376	94,76	67,76	463	-29,49	47,78
Tarragona	16.398	68,50	15.156	92,43	70,12	1.242	-30,49	48,74
C. VALENCIANA	96.723	68,81	86.420	89,35	71,32	10.303	-33,05	47,75
Alicante	34.107	70,18	29.312	85,94	73,64	4.795	-33,38	49,05
Castellón	12.167	67,16	11.333	93,15	68,60	834	-30,60	47,61
Valencia	50.449	68,29	45.775	90,74	70,52	4.674	-34,13	46,45
EXTREMADURA	23.852	74,37	19.433	81,47	80,10	4.419	-38,56	49,21
Badajoz	14.087	74,81	11.329	80,42	80,97	2.758	-38,89	49,48
Cáceres	9.765	73,75	8.104	82,99	78,87	1.661	-38,16	48,77
GALICIA	70.415	64,21	60.401	85,78	67,03	10.014	-30,20	60,89
Comiña	27.747	63,41	24.069	86,74	66,14	3.678	-31,04	45,61
Lugo	9.617	61,34	8.262	85,91	63,79	1.355	-27,23	46,42
Ourense	9.251	60,90	8.113	87,70	62,90	1.138	-25,74	46,71
Pontevedra	23.800	67,57	19.957	83,85	71,31	3.843	-32,45	48,17
MADRID	110.454	69,11	101.876	92,23	70,86	8.578	-31,92	48,24
MURCIA	25.291	77,40	21.263	84,07	82,17	4.028	-36,46	52,21
NAVARRA	12.203	69,99	11.284	92,47	71,75	919	-32,66	48,32
PAÍS VASCO	50.135	66,09	46.102	91,96	68,04	4.033	-35,61	43,81
Araba/Alava	6.994	66,84	6.622	94,68	68,01	372	-32,29	46,05
Gipuzkoa	16.070	67,96	15.054	93,68	69,56	1.016	-36,47	44,19
Bizkaia	27.071	64,79	24.426	90,23	67,11	2.645	-35,39	43,36
LA RIOJA	6.612	67,63	6.233	94,27	66,71	379	-27,84	49,72
CEUTA	1.060	79,30	785	74,06	84,05	275	-21,78	65,74
MELILLA	876	79,74	602	68,72	84,45	274	-17,81	69,41

Fuente: Seguridad Social

ANEXO 10.

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	Año nacimiento trabajador/a	Año Jubilación	Reducción % de la cuantía inicial de pensión
1954	2019	-0,56	1979	2044	-13,79
1955	2020	-1,12	1980	2045	-14,24
1956	2021	-1,67	1981	2046	-14,68
1957	2022	-2,22	1982	2047	-15,12
1958	2023	-2,77	1983	2048	-15,56
1959	2024	-3,36	1984	2049	-15,98
1960	2025	-3,95	1985	2050	-16,39
1961	2026	-4,54	1986	2051	-16,81
1962	2027	-5,12	1987	2052	-17,22
1963	2028	-5,70	1988	2053	-17,63
1964	2029	-6,25	1989	2054	-18,02
1965	2030	-6,80	1990	2055	-18,40
1966	2031	-7,34	1991	2056	-18,79
1967	2032	-7,88	1992	2057	-19,17
1968	2033	-8,42	1993	2058	-19,56
1969	2034	-8,94	1994	2059	-19,92
1970	2035	-9,45	1995	2060	-20,28
1971	2036	-9,96	1996	2061	-20,64
1972	2037	-10,47	1997	2062	-21,00
1973	2038	-10,97	1998	2063	-21,36
1974	2039	-11,45	1999	2064	-21,70
1975	2040	-11,93	2000	2065	-22,03
1976	2041	-12,40	2001	2066	-22,37
1977	2042	-12,87	2002	2067	-22,70
1978	2043	-13,34	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 11. Efectos de la reforma de pensiones pactada en el diálogo social sobre la mejora de las pensiones de JUBILACIÓN (acumulado 2024+2024)

Provincia / CCAA	Pensiones Jubilación en vigor - Diciembre 2022		Pensión revalorizada en 2023 y 2024 por el Acuerdo de Diálogo Social	Revalorización prevista IRP	Cuantía que cada pensionista habría perdido de no haberse producido Acuerdo de Reforma de pensiones del diálogo social		Cuantía que hubiese perdido cada territorio o colectivo en transferencias en forma de pensión
	Nº pensiones	Pmedia (€/mes)	IPC: 11,3%	IRP: 0,50%	(€/mes)	(€/año)	(millones €/año)
Almería	66.966	1.025,06	1.140,89	1.030,19	110,71	1.549,89	103,79
Cádiz	121.398	1.294,51	1.440,79	1.300,98	139,81	1.957,30	237,61
Córdoba	108.661	1.042,75	1.160,58	1.047,96	112,62	1.576,64	171,32
Granada	116.804	1.071,69	1.192,79	1.077,05	115,74	1.620,40	189,27
Huelva	59.155	1.164,32	1.295,89	1.170,14	125,75	1.760,45	104,14
Jaén	81.410	1.034,47	1.151,37	1.039,64	111,72	1.564,12	127,33
Málaga	168.805	1.148,72	1.278,53	1.154,46	124,06	1.736,86	293,19
Sevilla	222.372	1.184,59	1.318,45	1.190,51	127,94	1.791,10	398,29
ANDALUCÍA	945.571	1.136,56	1.264,99	1.142,24	122,75	1.718,48	1.624,94
Huesca	33.945	1.198,69	1.334,14	1.204,68	129,46	1.812,42	61,52
Teruel	22.986	1.207,94	1.344,44	1.213,98	130,46	1.826,41	41,98
Zaragoza	145.509	1.369,42	1.524,16	1.376,27	147,90	2.070,56	301,29
ARAGÓN	202.440	1.322,45	1.471,89	1.329,06	142,82	1.999,54	404,79
ASTURIAS	183.781	1.505,61	1.675,74	1.513,14	162,61	2.276,48	418,37
ILLES BALEARS	133.847	1.163,46	1.294,93	1.169,28	125,65	1.759,15	235,46
Palmas (Las)	103.005	1.181,31	1.314,80	1.187,22	127,58	1.786,14	183,98
S.C. Tenerife	95.501	1.145,59	1.275,04	1.151,32	123,72	1.732,13	165,42
CANARIAS	198.506	1.164,12	1.295,67	1.169,94	125,72	1.760,15	349,40
CANTABRIA	90.026	1.340,55	1.492,03	1.347,25	144,78	2.026,91	182,47
Ávila	24.502	1.085,35	1.207,99	1.090,78	117,22	1.641,05	40,21
Burgos	62.840	1.333,13	1.483,77	1.339,80	143,98	2.015,69	126,67
León	86.426	1.252,67	1.394,22	1.258,93	135,29	1.894,04	163,69
Palencia	26.947	1.295,66	1.442,07	1.302,14	139,93	1.959,04	52,79
Salamanca	52.365	1.156,84	1.287,56	1.162,62	124,94	1.749,14	91,59
Segovia	22.177	1.196,12	1.331,28	1.202,10	129,18	1.808,53	40,11
Soria	15.177	1.183,17	1.316,87	1.189,09	127,78	1.788,95	27,15
Valladolid	76.534	1.398,94	1.557,02	1.405,93	151,09	2.115,20	161,88
Zamora	30.709	1.048,50	1.166,98	1.053,74	113,24	1.585,33	48,68
CASTILLA Y LEÓN	397.677	1.251,95	1.393,42	1.258,21	135,21	1.892,95	752,78
Albacete	44.334	1.123,75	1.250,73	1.129,37	121,37	1.699,11	75,33
Ciudad Real	54.365	1.196,68	1.331,90	1.202,66	129,24	1.809,38	98,37
Cuenca	25.337	1.061,15	1.181,06	1.066,46	114,60	1.604,46	40,65
Guadalajara	27.014	1.342,01	1.493,66	1.348,72	144,94	2.029,12	54,81
Toledo	74.835	1.157,12	1.287,87	1.162,91	124,97	1.749,57	130,93
CASTILLA-LA MANCHA	225.885	1.171,44	1.303,81	1.177,30	126,52	1.771,22	400,09

ANEXO 11. (cont.) Efectos de la reforma de pensiones pactada en el diálogo social sobre la mejora de las pensiones de JUBILACIÓN (acumulado 2024+2024)

Provincia / CCAA	Pensiones Jubilación en vigor - Diciembre 2022		Pensión revalorizada en 2023 y 2024 por el Acuerdo de Diálogo Social	Revalorización prevista IRP	Cuantía que cada pensionista habría perdido de no haberse producido Acuerdo de Reforma de pensiones del diálogo social		Cuantía que hubiese perdido cada territorio o colectivo en transferencias en forma de pensión
	Nº pensiones	Pmedia (€/mes)	IPC: 11,3%	IRP: 0,50%	(€/mes)	(€/año)	(millones €/año)
Barcelona	873.854	1.323,94	1.473,55	1.330,56	142,99	2.001,80	1.749,28
Girona	109.959	1.154,69	1.285,17	1.160,46	124,71	1.745,89	191,98
Lleida	63.075	1.116,09	1.242,21	1.121,67	120,54	1.687,53	106,44
Tarragona	113.632	1.214,68	1.351,94	1.220,75	131,19	1.836,60	208,70
CATALUÑA	1.160.520	1.285,91	1.431,22	1.292,34	138,88	1.944,30	2.256,39
Alicante	214.017	1.073,79	1.195,13	1.079,16	115,97	1.623,57	347,47
Castellón	87.130	1.103,79	1.228,52	1.109,31	119,21	1.668,93	145,41
Valencia	343.302	1.216,27	1.353,71	1.222,35	131,36	1.839,00	313,33
C.VALENCIANA	644.449	1.153,74	1.284,11	1.159,51	124,60	1.744,45	1.124,21
Badajoz	76.437	1.064,64	1.184,94	1.069,96	114,98	1.609,74	123,04
Cáceres	58.241	1.029,33	1.145,64	1.034,48	111,17	1.556,35	90,64
EXTREMADURA	134.678	1.049,37	1.167,95	1.054,62	113,33	1.586,65	213,69
Coruña	190.290	1.127,37	1.254,76	1.133,01	121,76	1.704,58	324,37
Lugo	71.624	954,37	1.062,21	959,14	103,07	1.443,01	103,35
Ourense	66.826	896,18	997,45	900,66	96,79	1.355,02	90,55
Pontevedra	154.733	1.124,78	1.251,88	1.130,40	121,48	1.700,67	263,15
GALICIA	483.473	1.068,96	1.189,75	1.074,30	115,45	1.616,27	781,42
MADRID	818.844	1.460,37	1.625,39	1.467,67	157,72	2.208,08	1.808,07
MURCIA	150.444	1.126,11	1.253,36	1.131,74	121,62	1.702,68	256,16
NAVARRA	96.961	1.418,10	1.578,35	1.425,19	153,15	2.144,17	207,90
Araba/Álava	55.093	1.558,68	1.734,81	1.566,47	168,34	2.356,72	129,84
Gipuzkoa	131.660	1.493,36	1.662,11	1.500,83	161,28	2.257,96	297,28
Bizkaia	190.725	1.574,37	1.752,27	1.582,24	170,03	2.380,45	454,01
PAÍS VASCO	377.478	1.543,82	1.718,27	1.551,54	166,73	2.334,26	881,13
LA RIOJA	49.164	1.208,39	1.344,94	1.214,43	130,51	1.827,09	89,83
CEUTA	4.480	1.374,58	1.529,91	1.381,45	148,45	2.078,36	9,31
MELILLA	4.073	1.333,22	1.483,87	1.339,89	143,99	2.015,83	8,21
Total Estado	6.302.297	1.259,79	1.402,15	1.266,09	136,06	1.904,80	12.004,63

Fuente: elaboración propia CCOO, datos Seguridad Social

ANEXO 12.

Efecto de la Reforma de pensiones pactada en el Diálogo Social sobre la mejora de las pensiones VIUDEDAD (acumulado 2023 + 2024)

Provincia / CCAA	Número pensiones	Pensión media (€/mes)	Pensión revalorizada en 2023 y 2024 por el Acuerdo de Diálogo Social	Revalorización prevista IRP	Cuantía de pensión que cada pensionista habría perdido de no haberse producido Acuerdo de Reforma de pensiones del Diálogo Social		Cuanta económica que hubiese perdido cada territorio/colectivo en transferencias en forma de pensión
			IPC: 11,3%	IRP: 0,50%	(€/mes)	(€/año)	(millones €/año)
Almería	28.585	657,84	732,18	661,13	71,05	994,65	28,43
Cádiz	56.615	808,50	899,86	812,54	87,32	1.222,45	69,21
Córdoba	43.130	669,83	745,52	673,18	72,34	1.012,78	43,68
Granada	45.275	657,36	731,64	660,65	70,99	993,93	45,00
Huelva	25.047	741,89	825,72	745,60	80,12	1.121,74	28,10
Jaén	36.424	692,66	770,93	696,12	74,81	1.047,30	38,15
Málaga	66.655	722,75	804,42	726,36	78,06	1.092,80	72,84
Sevilla	91.573	756,35	841,82	760,13	81,69	1.143,60	104,72
ANDALUCÍA	393.304	723,30	805,03	726,92	78,12	1.093,63	430,13
Huesca	13.071	762,12	848,24	765,93	82,31	1.152,33	15,06
Teruel	8.382	745,21	829,42	748,94	80,48	1.126,76	9,44
Zaragoza	52.256	849,44	945,43	853,69	91,74	1.284,35	67,12
ARAGÓN	73.709	822,10	915,00	826,21	88,79	1.243,02	91,62
ASTURIAS	78.853	893,41	994,37	897,88	96,49	1.350,84	106,52
ILLES BALEARS	45.061	705,49	785,21	709,02	76,19	1.066,70	48,07
Palmas (Las)	42.502	743,23	827,21	746,95	80,27	1.123,76	47,76
S.C. Tenerife	40.047	728,76	811,11	732,40	78,71	1.101,89	44,13
CANARIAS	82.549	736,21	819,40	739,89	79,51	1.113,15	91,89
CANTABRIA	35.210	821,51	914,34	825,62	88,72	1.242,12	43,74
Ávila	9.875	718,84	800,07	722,43	77,63	1.086,89	10,73
Burgos	20.811	801,13	891,66	805,14	86,52	1.211,31	25,21
León	34.799	756,75	842,26	760,53	81,73	1.144,21	39,82
Palencia	10.408	801,87	892,48	805,88	86,60	1.212,43	12,62
Salamanca	20.278	742,17	826,04	745,88	80,15	1.122,16	22,76
Segovia	8.522	747,82	832,32	751,56	80,76	1.130,70	9,64
Soria	5.255	725,96	807,99	729,59	78,40	1.097,65	5,77
Valladolid	28.297	867,49	965,52	871,83	93,69	1.311,64	37,12
Zamora	12.825	698,46	777,39	701,95	75,43	1.056,07	13,54
CASTILLA Y LEÓN	151.070	775,75	863,41	779,63	83,78	1.172,93	177,20
Albacete	18.609	741,09	824,83	744,80	80,04	1.120,53	20,85
Ciudad Real	26.784	796,32	886,30	800,30	86,00	1.204,04	32,25
Cuenca	11.086	730,82	813,40	734,47	78,93	1.105,00	12,25
Guadalajara	9.426	829,49	923,22	833,64	89,58	1.254,19	11,82
Toledo	29.781	759,04	844,81	762,84	81,98	1.147,67	34,18
CASTILLA-LA MANCHA	95.686	769,65	856,62	773,50	83,12	1.163,71	111,35
Barcelona	291.228	822,69	915,65	826,80	88,85	1.243,91	362,26
Girona	36.180	697,09	775,86	700,58	75,29	1.054,00	38,13
Lleida	24.204	680,20	757,06	683,60	73,46	1.028,46	24,89
Tarragona	40.116	747,99	832,51	751,73	80,78	1.130,96	45,37

ANEXO 12. (cont.)

Efecto de la Reforma de pensiones pactada en el Diálogo Social sobre la mejora de las pensiones VIUDEDAD (acumulado 2023 + 2024)

Provincia / CCAA	Número pensiones	Pensión media (€/mes)	Pensión revalorizada en 2023 y 2024 por el Acuerdo de Diálogo Social	Revalorización prevista IRP	Cuantía de pensión que cada pensionista habría perdido de no haberse producido Acuerdo de Reforma de pensiones del Diálogo Social		Cuantía económica que hubiese perdido cada territorio/colectivo en transferencias en forma de pensión
			IPC: 11,3%	IRP: 0,50%	(€/mes)	(€/año)	(millones €/año)
CATALUÑA	391.728	794,63	884,42	798,60	85,82	1.201,48	470,65
Alicante	81.059	707,61	787,57	711,15	76,42	1.069,91	86,73
Castellón	30.283	706,67	786,52	710,20	76,32	1.068,49	32,36
Valencia	132.892	755,25	840,59	759,03	81,57	1.141,94	151,75
C.VALENCIANA	244.234	733,42	816,30	737,09	79,21	1.108,93	270,84
Badajoz	35.766	729,59	812,03	733,24	78,80	1.103,14	39,45
Cáceres	24.188	687,88	765,61	691,32	74,29	1.040,07	25,16
EXTREMADURA	59.954	712,76	793,30	716,32	76,98	1.077,69	64,61
Coruña (A)	74.220	700,56	779,72	704,06	75,66	1.059,25	78,62
Lugo	27.433	572,26	636,93	575,12	61,80	865,26	23,74
Ourense	24.720	575,38	640,40	578,26	62,14	869,97	21,51
Pontevedra	58.356	688,59	766,40	692,03	74,37	1.041,15	60,76
GALICIA	184.729	660,97	735,66	664,27	71,38	999,39	184,62
MADRID	272.954	894,92	996,05	899,39	96,65	1.353,12	369,34
MURCIA	62.039	716,79	797,79	720,37	77,41	1.083,79	67,24
NAVARRA	29.838	863,83	961,44	868,15	93,29	1.306,11	38,97
Araba/Álava	17.168	940,33	1.046,59	945,03	101,56	1.421,78	24,41
Gipuzkoa	43.665	927,65	1.032,47	932,29	100,19	1.402,61	61,24
Bizkaia	73.920	967,41	1.076,73	972,25	104,48	1.462,72	108,12
PAÍS VASCO	134.753	951,07	1.058,54	955,83	102,72	1.438,02	193,78
RIOJA (LA)	16.023	770,60	857,68	774,45	83,22	1.165,15	18,67
CEUTA	2.657	837,55	932,19	841,74	90,46	1.266,38	3,36
MELILLA	2.262	779,66	867,76	783,56	84,20	1.178,85	2,67
Total Estado	2.356.613	781,67	870,00	785,58	84,42	1.181,89	2.785,25

Fuente: elaboración propia CCOO, datos Seguridad Social

ANEXO 13. Pensiones contributivas

Clase de pensión (Cuantías mínimas)	PENSIONES CONTRIBUTIVAS					
	Con cónyuge a cargo		Con cónyuge no a cargo		Unidad económica unipersonal	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual
Jubilación						
Titular con 65 años	1.127,60	15.786,40	830,00	11.620,00	874,40	12.241,60
Titular menor de 65 años	1.127,60	15.786,40	773,20	10.824,80	818,00	11.452,00
Incapacidad permanente						
Gran invalidez	1.691,30	23.678,20	1.245,00	17.430,00	1.311,60	18.362,40
Absoluta	1.127,60	15.786,40	830,00	11.620,00	874,40	12.241,60
Total: Titular con 65 años	1.127,60	15.786,40	830,00	11.620,00	874,40	12.241,60
Total: Titular con edad entre 60 y 64 años	1.127,60	15.786,40	773,20	10.824,80	818,00	11.452,00
Total: Derivada de enfermedad común menor de 60 años	644,60	9.024,40	639,10	8.947,40	644,60	9.024,40
Parcial del régimen de accidentes de trabajo: Titular con 65 años	1.127,60	15.786,40	830,00	11.620,00	874,40	12.241,60
Viudedad						
Titular con cargas familiares					1.127,60	15.786,40
Titular con 65 años o con discapacidad en grado igual o superior al 65%					874,40	12.241,60
Titular con edad entre 60 y 64 años					818,00	11.452,00
Titular menor de 60 años					662,50	9.275,00
Orfandad						
Por beneficiario					267,50	3.745,00
Por beneficiario menor de 18 años con discapacidad en grado igual o superior al 65%					525,80	7.361,20
En la orfandad absoluta, el mínimo se incrementará en 9.275,00 euros/año distribuidos, en su caso, entre los beneficiarios						
Prestación de orfandad						
Beneficiario único					793,80	11.113,20
Varios beneficiarios (a repartir entre número de beneficiarios)					1.338,12	18.733,70
En favor de familiares						
Por beneficiario					267,50	3.745,00
Si no existe viudo ni huérfano pensionista						
Beneficiario único con 65 años					646,00	9.044,00
Beneficiario único menor de 65 años					608,80	8.523,20
Varios beneficiarios						
El mínimo asignado a cada uno se incrementará en el importe que resulte de prorratear 5.530,00 euros/año entre el número de beneficiarios						
SOVI (Cuantía máxima)						
No concurrente					560,00	7.840,00
Concurrente					543,60	7.610,40

ANEXO 14. Prestaciones no contributivas

PRESTACIONES NO CONTRIBUTIVAS		
Clase de prestación (Cuantías máximas)	Mensual	Anual
Asignación económica por hijo mayor de 18 años		
Mayor de 18 años con una discapacidad en grado igual o superior al 65%	483,80	5.805,60
Mayor de 18 años con una discapacidad en grado igual o superior al 75% y necesidad de otra persona	725,60	8.707,20
Pensión no contributiva		
Jubilación e Invalidez	564,70	7.905,80
Complemento a favor de pensionistas no contributivos que residan en una vivienda alquilada		525,00
Ingreso mínimo vital		
Un adulto solo	658,81	7.905,80
Un adulto y un menor	856,46	10.277,54
Un adulto y dos menores	1.054,10	12.649,28
Un adulto y tres menores	1.251,75	15.021,02
Un adulto y cuatro o más menores	1.449,39	17.392,76
Dos adultos	856,46	10.277,54
Dos adultos y un menor	1.054,10	12.649,28
Dos adultos y dos menores	1.251,75	15.021,02
Dos adultos y tres o más menores	1.449,39	17.392,76
Tres adultos	1.054,10	12.649,28
Tres adultos y un menor	1.251,75	15.021,02
Tres adultos y dos o más menores	1.449,39	17.392,76
Cuatro adultos	1.251,75	15.021,02
Cuatro adultos y un menor	1.449,39	17.392,76
Complemento de ayuda para la infancia (por cada menor de edad miembro de la unidad de convivencia)		
Menores de 3 años	115,00	1.380,00
Mayores de tres años y menores de seis años	80,50	966,00
Mayores de seis años y menores de 18 años	57,50	690,00
Complemento de monoparentalidad	144,94	1.739,28
Complemento en el supuesto de que en la unidad de convivencia esté incluida alguna persona con un grado de discapacidad reconocida igual o superior 65%	144,94	1.739,28
OTRAS PRESTACIONES NO CONTRIBUTIVAS		
Clase de prestación (Cuantías máximas)	Mensual	Anual
Prestaciones sociales y económicas para personas con discapacidad		
Subsidio de garantía de ingresos mínimos	149,86	2.098,04
Subsidio por ayuda de tercera persona	58,45	818,30
Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte	83,50	1.002,00
Pensión asistencial (Real Decreto 2620/1981, de 24 de junio)		
Enfermedad o Ancianidad	162,60	2.276,40

ANEXO 15. Personas y prestaciones reconocidas en el SAAD.
Todos los grados. Situación a 30 de noviembre de 2024

ÁMBITO TERRITORIAL	PRESTACIONES										
	PERSONAS CON RESOLUCIÓN DE PIA	Prevención Dependencia y Promoción A.Personal		Tele-asistencia		Ayuda a Domicilio		Centros de Día/ Noche		Atención Residencial	
	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ANDALUCÍA	291.702	601	0,14	138.622	32,02	159.122	36,76	14.782	3,41	28.511	6,59
ARAGÓN	44.856	4.501	7,57	10.548	17,73	5.589	9,40	1.806	3,04	4.130	6,94
ASTURIAS	32.810	7.667	17,11	6.158	13,74	7.666	17,10	2.216	4,94	3.835	8,56
ILLES BALEARS	31.849	4.277	8,08	16.553	31,28	2.304	4,35	1.764	3,33	3.007	5,68
CANARIAS	44.273	4.505	7,67	3.948	6,72	2.759	4,69	6.574	11,19	5.979	10,17
CANTABRIA	18.285	6.748	23,39	3.917	13,58	1.447	5,02	2.292	7,95	4.680	16,22
CASTILLA Y LEÓN	125.746	14.293	8,26	28.035	16,19	20.640	11,92	8.183	4,73	9.102	5,26
CASTILLA - LA MANCHA	76.774	10.230	9,77	31.237	29,84	15.629	14,93	4.294	4,10	12.537	11,98
CATALUÑA	227.099	17	0,01	35.483	12,68	33.809	12,09	14.153	5,06	38.602	13,80
C. VALENCIANA	163.267	1.630	0,66	82.784	33,45	6.085	2,46	9.460	3,82	13.797	5,57
EXTREMADURA	37.195	1.716	3,85	6.924	15,53	941	2,11	2.420	5,43	5.388	12,09
GALICIA	77.075	6.242	5,97	20.502	19,61	24.768	23,69	9.091	8,70	6.848	6,55
MADRID	189.638	5.901	2,24	79.083	30,03	54.744	20,79	18.659	7,08	24.818	9,42
MURCIA	44.420	3.579	6,23	12.623	21,98	3.892	6,78	4.185	7,29	5.357	9,33
NAVARRA	16.137	2.262	9,99	3.419	15,10	1.118	4,94	803	3,55	2.538	11,21
PAÍS VASCO	70.589	1.134	1,13	26.126	25,99	6.001	5,97	7.753	7,71	13.443	13,37
LA RIOJA	9.320	1.149	8,08	3.738	26,28	3.695	25,98	1.410	9,91	2.022	14,22
CEUTA Y MELILLA	3.690	692	14,04	791	16,04	1.294	26,25	66	1,34	224	4,54
TOTAL	1.504.725	77.144	3,68		24,37	351.503	16,78	109.911	5,25	184.818	8,82

**ANEXO 16. Personas y prestaciones reconocidas en el SAAD.
Todos los grados.Situación a 30 de noviembre de 2024**

PRESTACIONES									
ÁMBITO TERRITORIAL	P.E Vinculada Servicio		P.E Cuidados Familiares		P.E Asist. Personal		TOTAL		RATIO PRESTACIONES POR PERSONA CON RESOLUCION DE PIA
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
ANDALUCÍA	5.044	1,17	86.172	19,91	12	0,00	432.866	100,00	1,48
ARAGÓN	9.727	16,35	23.180	38,97	0	0,00	59.481	100,00	1,33
ASTURIAS	5.012	11,18	12.243	27,32	24	0,05	44.821	100,00	1,37
ILLES BALEARS	816	1,54	24.197	45,73	0	0,00	52.918	100,00	1,66
CANARIAS	15.091	25,68	19.915	33,89	0	0,00	58.771	100,00	1,33
CANTABRIA	311	1,08	9.451	32,76	0	0,00	28.846	100,00	1,58
CASTILLA Y LEÓN	53.696	31,01	36.517	21,09	2.671	1,54	173.137	100,00	1,38
CASTILLA - LA MANCHA	11.738	11,21	19.001	18,15	22	0,02	104.688	100,00	1,36
CATALUÑA	24.191	8,65	133.389	47,69	85	0,03	279.729	100,00	1,23
C. VALENCIANA	24.933	10,07	108.076	43,66	747	0,30	247.512	100,00	1,52
EXTREMADURA	20.227	45,37	6.968	15,63	0	0,00	44.584	100,00	1,20
GALICIA	16.295	15,59	20.673	19,77	135	0,13	104.554	100,00	1,36
MADRID	28.978	11,00	51.114	19,41	83	0,03	263.380	100,00	1,39
MURCIA	1.397	2,43	26.386	45,95	3	0,01	57.422	100,00	1,29
NAVARRA	2.851	12,59	9.604	42,42	43	0,19	22.638	100,00	1,40
PAÍS VASCO	1.363	1,36	37.522	37,33	7.171	7,13	100.513	100,00	1,42
LA RIOJA	1.026	7,21	1.183	8,32	0	0,00	14.223	100,00	1,53
CEUTA Y MELILLA	4	0,08	1.859	37,71	0	0,00	4.930	100,00	1,34
TOTAL	222.700	10,63	627.450	29,95	10.996	0,52	100,00	1,39	

ANEXO 17. Gasto sanitario público en porcentaje del PIB 2024

	2018	2019	2020	2021(*)	2022 (*)
MEDIA ESPAÑA	5,5	5,6	6,9	6,7	6,3
Andalucía	6,3	6,5	8	7,7	7,3
Aragón	5,7	5,8	6,6	6,5	6,1
Asturias	7,4	7,6	9	8,4	8
Illes Balears	5	5,2	7,3	6,7	5,9
Canarias	6,7	7	9,4	9,1	8,4
Cantabria	6,5	6,9	8,1	7,8	7,3
Castilla y León	6,5	6,7	8,1	7,5	7,3
Castilla - La Mancha	7,1	7,3	8,8	8,6	7,9
Cataluña	4,7	4,8	6,3	6	5,7
Comunitat Valenciana	6,2	6,4	7,6	7,3	6,8
Extremadura	8,6	8,7	10	9,7	9,1
Galicia	6,4	6,6	7,8	7,5	7,1
Madrid	3,6	3,7	4,6	4,4	4,2
Murcia	7,5	7,6	9	8,8	8,4
Navarra	5,3	5,3	6,4	6,2	5,8
País Vasco	5,3	5,6	6,5	6,2	6
La Rioja	5,4	5,5	6,3	6,1	5,8

Fuente: Ministerio de Sanidad

ANEXO 18. Porcentaje de gasto sanitario público en atención primaria, servicios hospitalarios y especializados y salud pública, 2022

	Atención Primaria	Servicios hospitalarios y especializados	Salud pública
Andalucía	17,5	60,6	0,2
Aragón	12,8	63,2	1,3
Asturias,	13,4	65,1	0,6
Illes Balears	14,2	64,5	1,4
Canarias	14,9	62,4	0,9
Cantabria	14,1	61,4	1,3
Castilla y León	15,4	60,0	2,7
Castilla-La Mancha	16,0	56,8	1,9
Cataluña	13,4	64,9	0,8
Comunitat Valenciana	13,9	60,6	1,4
Extremadura	15,1	57,5	2,5
Galicia	11,9	63,8	1,2
Madrid	10,8	68,0	1,1
Murcia	13,4	62,4	1,4
Navarra	15,5	62,9	2,0
País Vasco	14,8	63,8	0,5
La Rioja	15,8	62,7	1,8

Fuente: Ministerio de Sanidad

ANEXO 19. Porcentaje gasto sanitario público en conciertos

	2002	2012	2022 (*)
MEDIA ESPAÑA	10,6	11,6	10,1
Andalucía	5,1	5,0	4,4
Aragón	3,8	4,2	3,6
Asturias	6,1	7,2	6,0
Illes Balears	4,2	9,0	6,1
Canarias	9,6	9,9	7,2
Cantabria	3,6	3,0	3,3
Castilla y León	4,7	4,7	2,9
Castilla-La Mancha	5,8	6,3	5,0
Cataluña	36,5	25,0	22,6
Comunitat Valenciana	5,0	6,2	3,8
Extremadura	6,1	4,8	4,3
Galicia	5,6	5,8	4,6
Madrid	5,3	10,8	12,3
Murcia	7,2	7,2	5,4
Navarra	4,9	7,3	6,5
País Vasco	6,4	7,2	6,0
La Rioja	2,6	8,1	3,4

Fuente: Ministerio de Sanidad

ANEXO 20. LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS DEL SNS.
Tasa de pacientes por 1.000 habitantes

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andalucía	25,85	27,49	85,14	89,75	74,46	106,49	106,87	105,13	101,53
Aragón	73,81	78,64	65,89	74,9	67,64	76,07	51,31	76,29	79,98
Asturias	70,42	60,37	57,72	70,46	60,47	89,54	100,06	112,00	109,98
Illes Balears	28,34	25,06	31,83	36,38	26,21	38,48	41,83	68,19	68,04
Canarias	70,89	66,52	65,83	69,41	51,04	56,33	66,62	69,84	65,18
Cantabria	82,54	83,36	75,07	74,64	53,4	81,28	108,22	67,67	60,71
Castilla y León	52,15	57,01	51,33	52,21	44,21	65,06	92,08	83,45	75,32
Castilla-La Mancha	33,15	25,85	24,58	26,19	14,63	24,21	24,05	26,61	28,86
Cataluña	47,23	38,19	47,85	46,77	32,24	36,88	40,58	58,85	68,62
C. Valenciana	47,68	49,88	50,96	41,86	41,23	61,42	77,1	88,95	91,53
Extremadura	55,55	53,09	46,17	42,13	41,48	42,97	49,1	96,41	97,86
Galicia	64,58	66,5	65,87	63,66	47,47	73,91	82,26	81,69	84,42
Madrid	42,06	39,19	42,63	45,85	34,06	53,34	57,99	105,4	118,59
Murcia	55,82	50,67	46,38	43,02	22,23	47,13	53,96	78,43	71,78
Navarra	64,63	55,36	51,86	65,77	71,1	92,11	92,85	100,6	94,26
País Vasco	15,4	15,84	18,14	16,52	8,82	14,66	25,11	35,14	30,26
La Rioja	52,25	67,01	55,37	65,72	36,07	42,62	52,5	47,25	48,45
Ceuta	51,41	49,25	55,7	47,25	12,66	35,14	49,4	36,93	43,14
Melilla	33,56	24,33	15,31	23,51	18,55	38,39	43,52	53,27	42,51
MEDIA CCAA	45,7	45,9	62,5	63,7	53,6	77,2	85,4	81,5	83,8

ANEXO 21. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DEL SNS.
Tasa de pacientes por 1.000 habitantes

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andalucía	7,94	8,35	17,87	18,59	15,51	15	20,85	24,68	24,4
Aragón	16,15	14,85	14,85	17,86	17,81	19,62	18,9	22,42	20,83
Asturias	17,8	17,47	17,87	19,17	20,14	20,15	23,08	24,81	23,39
Illes Balears	12,13	11,56	11,65	10,61	9,97	12,51	11,7	12,12	10,37
Canarias	17,44	14,42	12,22	12,71	11,95	14,84	16,53	15,93	15,96
Cantabria	14,72	15,36	15,35	18,7	20,16	23,73	26,91	32,35	29,21
Castilla y León	11,97	10,46	9,66	12,66	13,18	18,34	14,78	13,81	12,99
Castilla-la Mancha	18,66	18,74	17,95	18,5	20,15	15,91	16,97	16,84	18,51
Cataluña	22,09	21,71	22,66	24,01	18,62	20,76	22,91	23,85	24,17
C. Valenciana	11,67	11,22	11,74	11,51	10,46	10,72	11,69	10,75	10,9
Extremadura	21,75	20,87	20,53	21,95	24,06	23,7	21,34	28,78	23,85
Galicia	13,61	13,71	13,44	13,63	13,67	16,49	17,61	17,33	19,28
Madrid	9,4	8,15	7,87	8,78	9,73	10,74	10,68	10,37	10,06
Murcia	18,87	18,82	17,09	15,41	14,78	16,63	19,94	22,53	22,03
Navarra	14,42	12,14	12,75	12,53	10,93	10,11	12,6	12,99	12,97
País Vasco	7,87	7,79	7,98	7,69	7,25	9,73	10,29	9,54	10,18
La Rioja	15,66	14,08	14,73	14,99	15,16	22,12	27,7	26,63	19,58
Ceuta	6,81	10,77	13,28	12,12	11,48	11,48	13,78	13,59	12,21
Melilla	4,4	3,83	4,14	5,1	2,54	2,5	5,47	11,29	13,09
MEDIA CCAA	13,7	13,1	14,8	15,5	14,2	15,4	20,8	18,1	20,5



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
Mreal, 58 - planta 3ª
41013 Sevilla
Teléfono 954 50 70 41

Aragón

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

Asturias

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

Illes Balears

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

Islas Canarias

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

Cantabria

Santa Clara, 5
39001 Santander
Teléfono 942 22 77 04

Castilla-La Mancha

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

Castilla y León

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

Catalunya

Via Laietana, 16 - 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



FUNDACIÓN
PRIMERO
DE MAYO



pensionistas