Estudios sobre la Economía Española

Observatorio de la Dependencia

Sexto Informe

SERGI JIMÉNEZ-MARTÍN
ANALÍA ANDREA VIOLA

Estudios sobre la Economía Española 2026/35
Noviembre 2026

fedea

Las opiniones recogidas en este documento son las de sus autores y no coinciden necesariamente con las de Fedea.

Observatorio de la Dependencia FEDEA
Sexto informe

Noviembre 2026

SERGI JIMÉNEZ-MARTÍN
(Universitat Pompeu Fabra, BSE y Fedea)

ANALÍA ANDREA VIOLA
(Fedea)

1. Introducción

A punto de cumplirse veinte años de la aprobación de la Ley 39/2006, resulta oportuno valorar cómo se ha implantado el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD): en qué medida se ha consolidado como derecho y cómo han evolucionado aspectos clave como la financiación y las desigualdades territoriales. El sistema atiende ya a más de 1,7 millones de personas, pero mantiene problemas de suficiencia financiera y un peso todavía elevado de los cuidados familiares (Jiménez-Martín y Viola, 2026b).

Este balance coincide con dos hitos normativos recientes. El Real Decreto-ley 17/2026, de 23 de junio (BOE-A-2026-13643), modifica de forma sustancial la financiación del sistema: duplica las cuantías del nivel mínimo del Grado II (de 130 a 260 euros mensuales) y las eleva un 128 % en el Grado III (de 290 a 660 euros). Con ello, la aportación de la Administración General del Estado alcanzaría los 5.514 millones de euros en 2026 y los 7.239 millones en 2027, aproximadamente la mitad del gasto total (Jiménez-Martín et al., 2026c). Por su parte, el Congreso de los Diputados aprobó el 16 de septiembre de 2026 la reforma de la Ley 39/2006, que pretende reforzar la financiación, reducir los tiempos de tramitación y ampliar el acceso a los servicios profesionales, y no solo a las prestaciones económicas. Su impacto efectivo dependerá de su desarrollo y de la gestión autonómica de los nuevos recursos, y deberá verificarse en próximas ediciones.

En esta sexta entrega del Observatorio de la Dependencia mantenemos la estructura habitual. Comenzamos con una comparativa de España con los países de la UE y de la OCDE. Después analizamos la actividad del SAAD hasta junio de 2026 (solicitudes, resoluciones, personas con derecho a prestación, personas beneficiarias y lista de espera). A continuación, examinamos el gasto en cuidados de larga duración, los Presupuestos Generales del Estado y el gasto público regional del SAAD, y evaluamos el mercado laboral del sector sociosanitario con la EPA y la MCVL.

Como apartado especial, abordamos la salud mental de las personas mayores, con atención específica al deterioro cognitivo, que afecta al 18,5 % de los mayores de 65 años en España (Costa-i-Font et al., 2026) y suele llevar aparejada una situación de dependencia. La edición se completa con una tribuna invitada a cargo de Adelina Comas.

2. Tribuna: del miedo a envejecer a la inversión en cuidados

Adelina Comas Herrera, director of the Global Observatory of Long-Term Care, deputy director of the Care Policy and Evaluation Centre, London School of Economics and Political Science

Ya hace mucho que sabemos que vivimos más años y que más personas van a necesitar cuidados durante más tiempo

Casi todos los artículos e informes sobre sistemas de cuidados de larga duración y sobre demencias empiezan con una frase sobre la magnitud de la necesidad, expresada en número de personas y en coste, muchas veces acompañada de estimaciones de cómo el coste de los cuidados se va a duplicar en los próximos 25 años. Yo empecé mi carrera haciendo estas proyecciones de costes, mostrando que las familias asumen la mayor parte del coste de los cuidados y que la demencia es una de las principales causas de las necesidades de cuidados de las personas mayores. Ahora que han pasado 30 años desde mi primer trabajo haciendo proyecciones, observo que este argumento (la gran escala de la necesidad y del coste social, que desde 2002 recoge el Ageing Report de la Comisión Europea) no nos ha ayudado a convencer a los gobiernos de que inviertan en sistemas de cuidados. Las narrativas alarmistas y edadistas no nos han ayudado a movilizar apoyo político para reformar los sistemas de cuidados.

Edadismo y otros estigmas

En este blog me gustaría comentar el papel que ha tenido la combinación de estigmas hacia el envejecimiento, las discapacidades y la demencia, junto con las actitudes sobre el género, en la falta de desarrollo de los sistemas de cuidados.

El estigma está motivado por el miedo. Cuanto menos invertimos en sistemas de cuidados, más motivos tenemos para temer envejecer. Unos sistemas de cuidados infrafinanciados nos dan razones para temer que, al envejecer o desarrollar discapacidades que requieran cuidados, pasemos a sentirnos como una carga para nuestras familias, que estas tengan que abandonar sus vidas profesionales o que pierdan su salud porque no hay suficientes fuentes de apoyo ni servicios asequibles o de buena calidad. Tememos perder nuestra dignidad, no tener cubiertas nuestras necesidades básicas, que nos traten sin cariño o, aún peor, que abusen de nosotros si perdemos la capacidad de protestar y hacernos oír.

Aunque el estigma suele entenderse como algo dirigido a otros, también lo tenemos hacia nosotros mismos, lo que se llama "autoestigma" o estigma internalizado. En economía hablamos de la "miopía" que hace que no queramos pensar en las necesidades que tendrá nuestro "yo futuro" cuando seamos mayores (y menos aún en la posibilidad de necesitar que otras personas nos cuiden) y que prioricemos el consumo durante la juventud y la edad laboral. Como consecuencia, no nos resulta atractivo ahorrar o hacer campaña para unos servicios que no queremos tener que usar.

Si este autoestigma, que resulta en autosabotaje, lo compartimos con el resto de la sociedad, la consecuencia será que nuestras sociedades no invertirán lo suficiente en la infraestructura que necesitamos para poder vivir con dignidad, incluso si

necesitamos apoyo de otras personas para la vida diaria, y para evitar sentirnos una carga para nuestros familiares. Infrafinanciar los sistemas de cuidados se traduce en un personal insuficiente, mal pagado y con unas condiciones de trabajo que, por mucha buena voluntad que tenga, no le permiten hacer bien su trabajo. Así nos encontramos en un bucle negativo: cuanto peores son las expectativas que tenemos sobre los cuidados, menos queremos vernos en esa situación y menos queremos invertir en algo que no deseamos, lo que se ha descrito como "estigma estructural".

Este bucle negativo, en mi opinión, describe bastante bien la situación de muchos sistemas de cuidados antes de la pandemia de COVID-19.

El choque de la pandemia

La pandemia de COVID-19 visibilizó la realidad de los sistemas de cuidados de larga duración, mostrándonos con dureza las consecuencias de décadas de falta de inversión y de atención política para resolver sus problemas estructurales, y dejó al descubierto fragilidades que los usuarios y expertos conocían desde hacía tiempo.

¿Qué ha cambiado desde la pandemia?

Europa respondió con una estrategia de cuidados en 2022, invitando a los Estados a hacer los cuidados más disponibles, accesibles, asequibles y de mejor calidad: ampliando la oferta de servicios domiciliarios, comunitarios y residenciales, abordando la escasez de personal y mejorando sus condiciones de trabajo, apoyando a los cuidadores informales y movilizando fondos. Los Estados miembros designaron además coordinadores nacionales para diseñar y supervisar las reformas.

En un estudio de las reformas de 19 países realizado en el marco del Observatorio Global de Cuidados de Larga Duración (GOLTC) encontramos que, entre 2021 y finales de 2025, se observa una tendencia a ampliar la población cubierta, incluyendo en algunos países las necesidades derivadas de la demencia y el deterioro cognitivo, y a reforzar la atención domiciliaria y comunitaria y el apoyo a los cuidadores familiares. Pero también hay ejemplos de contención del gasto: en Inglaterra y Finlandia se endurecieron los criterios de valoración por restricciones presupuestarias, en Austria las listas de espera crecieron porque los servicios no han seguido el ritmo de la demanda, y varias reformas, como las de Italia y Escocia, se han retrasado.

En un webinar sobre las reformas recientes de Chile, Japón, Keralam (India), Eslovenia, Dinamarca y España, vimos que en varios de estos países la pandemia de COVID-19 fue una de las motivaciones para la reforma, y que los fondos de recuperación europeos apoyaron el proceso en Eslovenia y España. También es interesante observar que los procesos de reforma de los sistemas de cuidados son acumulativos. Incluso en países con sistemas de cuidados relativamente bien financiados y organizados, como Dinamarca y Japón, se siguen haciendo reformas (en el caso de Japón, con revisiones regulares cada tres años) para seguir mejorando los sistemas y adaptarlos a los cambios sociales y demográficos. Tanto Japón como Dinamarca están invirtiendo en modelos de apoyo preventivos y comunitarios.

Merece destacarse también la reforma de Eslovenia, donde en 2025 se adoptó un sistema de seguro público para financiar los cuidados, siguiendo el ejemplo de Alemania, Japón y Corea.

La reforma de las leyes de dependencia y discapacidad en España introduce mejoras muy necesarias en el sistema de cuidados de larga duración, cristaliza un proceso de desinstitucionalización y personalización del sistema, va acompañada de financiación a corto plazo y requiere que el Gobierno financie al menos el 50% del sistema. En mi opinión, esta reforma es un paso muy importante y nos acerca al siguiente paso necesario para el sistema español de cuidados de larga duración: abordar la financiación a largo plazo, la gobernanza del sistema y, sobre todo, aclarar el nivel de participación económica de los usuarios a través del copago.

Hacer cambios más estructurales requiere, como hemos visto en Eslovenia y, históricamente, en Alemania, consenso político, que es difícil de conseguir a corto plazo. En un taller participativo de Teoría del Cambio para diseñar un camino hacia la transformación del sistema de cuidados en España, celebrado en 2022, se identificó la necesidad de este consenso político hacia un pacto de Estado para los cuidados y, para que este pacto fuera una realidad, la condición necesaria era que hubiera suficiente presión social.

¿Dónde estamos ahora?

En España los 2,100 millones de euros de fondos europeos de recuperación y resiliencia han tenido un papel muy importante financiando proyectos de innovación social en cuidados, mostrando las posibilidades de modernización del sistema, facilitando el intercambio de experiencias entre diferentes territorios y contribuyendo a una visión más positiva del potencial que tiene este sector para mejorar nuestra calidad de vida.

Es interesante observar también el aumento de la presión social, por ejemplo, la Plataforma Dorada, liderada por la actriz Assumpta Serna, que ha empezado a movilizarse y a tejer alianzas hacia un Pacto de Estado por la Dependencia y los Cuidados, recogiendo adhesiones de ayuntamientos, instituciones y ciudadanos.

A nivel internacional, la Comisión Europea anunció en septiembre el "European Care Deal", lo que muestra continuidad en el interés por los cuidados. La nueva estrategia "Envejecer es Vivir" de la OMS Europa, adoptada de forma unánime por los 53 países, también enfatiza la importancia de afrontar el edadismo, priorizar la promoción de la salud y la prevención, crear entornos amigables para todas las edades y transformar los sistemas de salud y de cuidados. Naciones Unidas está trabajando en una convención internacional sobre los derechos de las personas mayores.

Cambiar la narrativa sobre el envejecimiento, y también sobre los cuidados, tal vez incluso nos ayude a normalizar que el gasto en cuidados aumente como porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB) cuando nuestros países envejecen. Y, si queremos ser un poco radicales, incluso podríamos calificar el valor de la actividad económica de los cuidados como una contribución al PIB y no como gasto.

Los cuidados de larga duración: Comparativa de España con los países de la OCDE y la UE

En esta sección analizamos cinco indicadores relacionados con los cuidados de larga duración o dependencia en perspectiva comparada. El primer indicador es el *porcentaje de personas de 65 años o más que declaran tener algún tipo de limitación en la vida diaria*. El segundo y el tercero se refieren al *porcentaje de personas de 65 años o más que reciben ayudas para la dependencia,* distinguiendo entre las ayudas que se ofrecen *en hogares y en instituciones*. Por último, los indicadores cuarto y quinto son el *gasto en cuidados de larga duración como porcentaje del PIB y como porcentaje del gasto corriente total en salud.*

El grupo de personas mayores de 65 años puede ser susceptible de sufrir limitaciones en las actividades de la vida cotidiana en algún momento de su vida (Actividades Básicas de la Vida Diaria-ABVD). En otras palabras, una persona puede necesitar ayuda o depender de otra para la realización de las actividades básicas como lavarse, comer o vestirse, por ejemplo.

Según los datos a nivel internacional de Eurostat (Gráfico 1), cerca de un 48 % de las personas mayores de 65 años en la Unión Europea (UE) declaraban tener limitaciones moderadas o severas en 2025. Si bien se observa una caída respecto de años anteriores, debemos tomar esta información con cautela porque hay algunos saltos y cortes en las series que no permiten una comparación homogénea.
Para el caso de España, el grupo de personas con limitaciones en las ABVD alcanza al 40 % de la población de 65 años o más, tanto en 2024 como en 2025, unos 8 puntos porcentuales (pp) menos que lo registrado a nivel europeo. También en este extremo inferior se encuentran Italia y Suecia: el 38,8 % y 31,1 % de la población de 65 años o más, respectivamente, declara sufrir estas limitaciones en la vida diaria.

Por otra parte, hay países que se encuentran por encima de la UE, como es el caso de Estonia, Alemania y la República Checa, con un porcentaje considerablemente mayor de la población de 65 años o más, entre un 55 % y un 60 %, que declara tener ciertas limitaciones moderadas o severas.

Gráfico 1: Limitaciones (autodeclaradas) en actividades diarias en adultos de 65 años o más (respecto de la población total). Países seleccionados 2021-2025

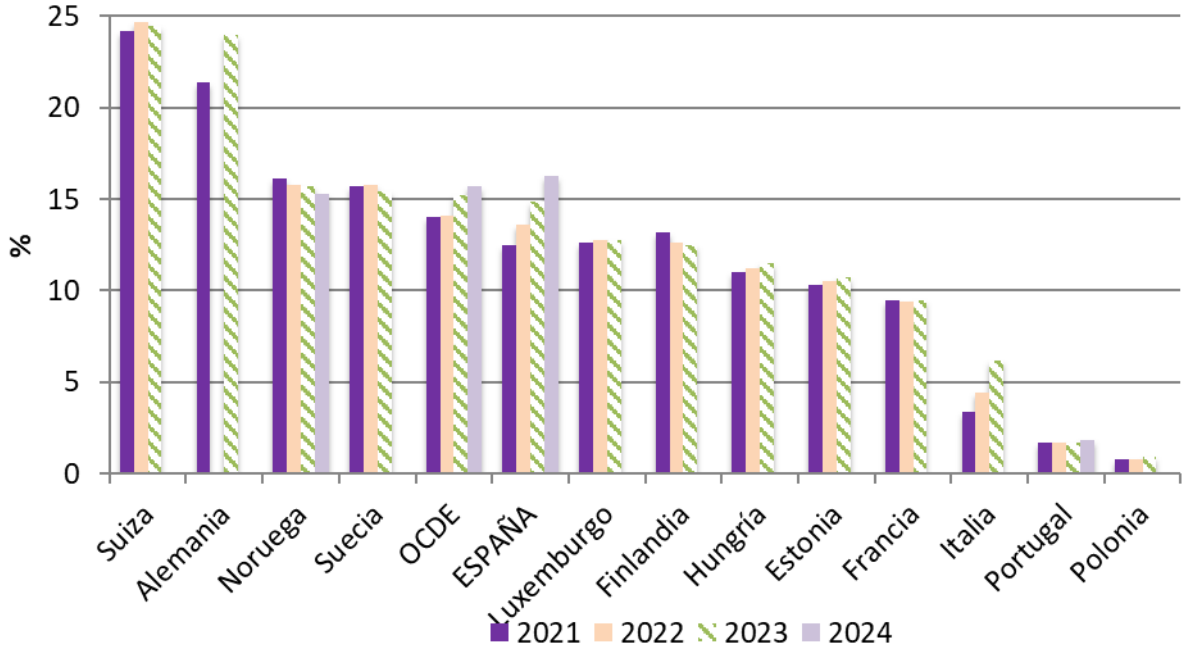


Fuente: Eurostat, disponible en:
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_06__custom_11729634/default/table?lang=en
Notas: Países ordenados respecto de 2025 (todos los países con información). Cortes en series: 2025: Noruega. 2024: Dinamarca, España, Italia, Portugal. 2023: Noruega. 2022: Alemania, Francia. 2021: Noruega.

En el **Gráfico 2** mostramos el porcentaje de personas de 65 años o más que reciben ayudas para la dependencia (ya sea en instituciones o en hogares). La cobertura de ayudas es mayor en Suiza y Alemania, 24,5 % y 24 %, respectivamente, y en general en los países de Europa del Norte, entre un 13 % y 16 %. En España, para el año 2024, el 16,3 % de la población de 65 años o más recibía ayudas para la dependencia, 1,4 pp más que en el año 2023 y 2,7 pp más respecto del año 2022. En términos comparativos, España se sitúa ligeramente por encima del promedio de la OCDE, que alcanzó el 15,2 % en 2023 (año con la mayoría de países con información disponible), cuando se suman las ayudas en hogares y en instituciones.

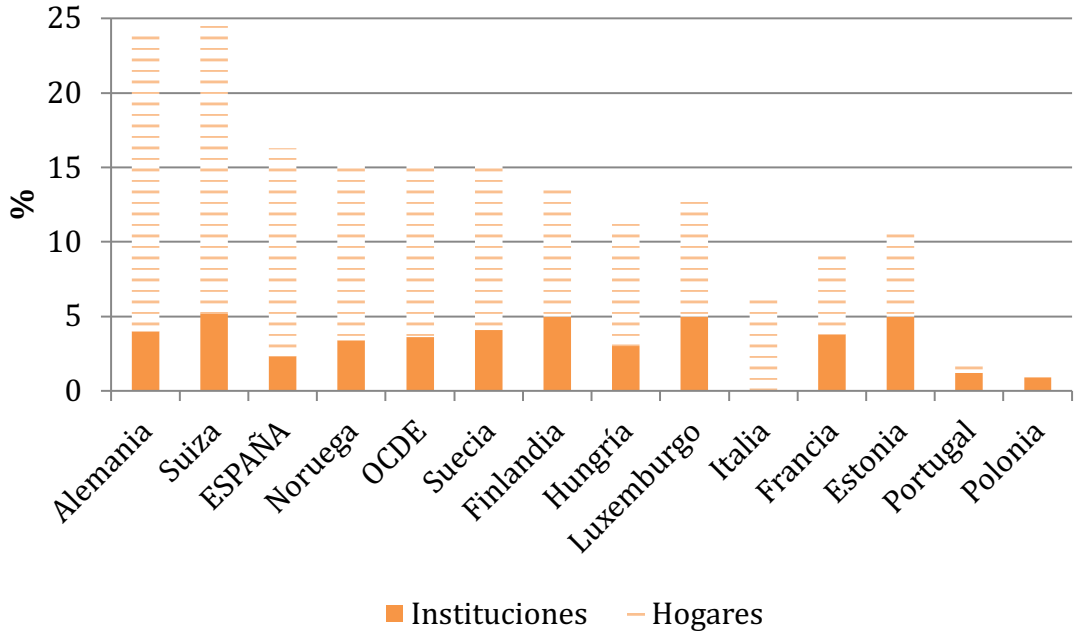
En el Gráfico 3 se distinguen las ayudas recibidas según se presten en instituciones o en los hogares. A simple vista, se observa que la mayor parte de las ayudas se otorga en hogares en casi todos los países seleccionados de la OCDE, siendo el promedio de la OCDE del 11,6 %. En España, por ejemplo, el 14 % de las personas de 65 años o más recibieron ayudas en hogares frente al 2,3 % en instituciones.

Gráfico 2: Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben ayudas (en el hogar o en instituciones) para la dependencia. Países seleccionados. 2021-2024



Fuente: OECD Stat. Notas: Países ordenados respecto de 2023 (todos los países con información). Promedio OCDE: suma de los promedios de hogares e instituciones. Resto de países: suma de los porcentajes de hogares e instituciones. Promedio OCDE instituciones: 2021: sin Costa Rica y Estados Unidos. 2022: sin Alemania y Eslovenia.
2023: sin Bélgica, Costa Rica, Eslovenia y Estados Unidos. 2024: solo Canadá, Dinamarca, Islandia, Japón, Nueva Zelanda, Noruega, Portugal, Eslovaquia y España. Promedio OCDE Hogares: 2021: sin Nueva Zelanda. 2022: sin Alemania, Nueva Zelanda y Eslovenia. 2023: sin Bélgica, Nueva Zelanda y Eslovenia. 2024: solo Israel, Noruega, Portugal, Eslovaquia y España. Otros: Italia solo información para hogares y Polonia, solo información para instituciones.

Gráfico 3: Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben ayudas para la dependencia clasificado según sea en el hogar o en instituciones. 2023/2024

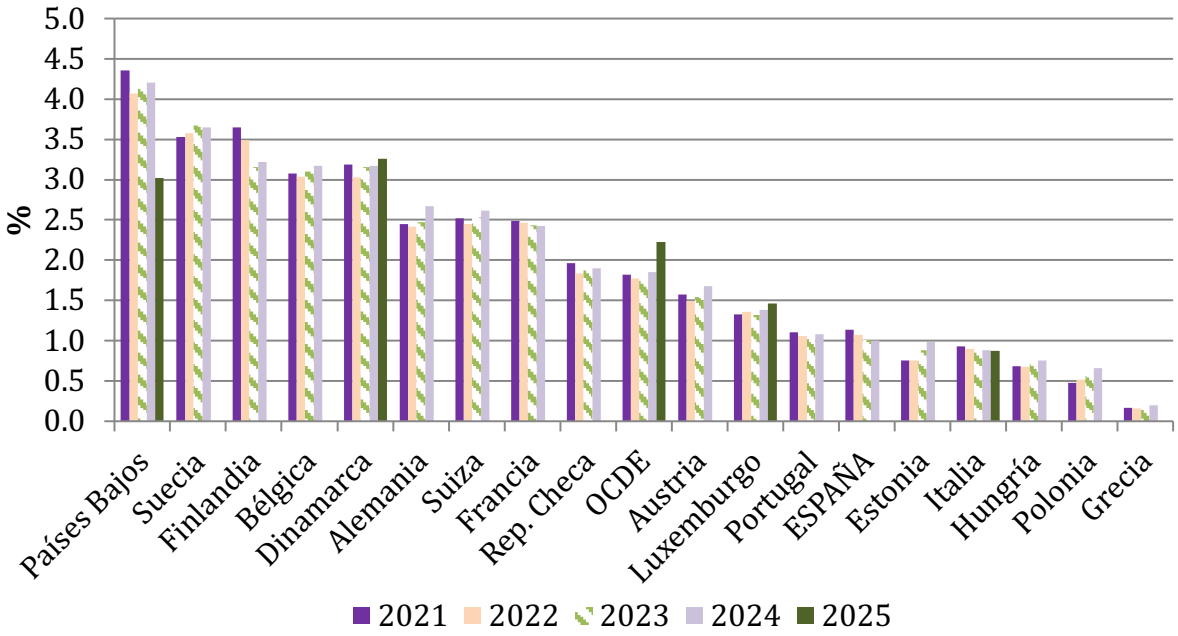


Fuente: OECD Stat. Notas: último año disponible (2024 para España, Noruega y Portugal; 2023 para el resto). Países ordenados según el total. Promedio OCDE de 2023; instituciones: sin Bélgica, Costa Rica, Eslovenia y Estados Unidos; hogares: sin Bélgica, Nueva Zelanda y Eslovenia. Italia: solo información para hogares; Polonia: solo información para instituciones.

Por último, pasamos a analizar dos indicadores de gasto en relación con el PIB y con el gasto corriente total en salud en países seleccionados de la OCDE (Gráfico 4). En cuanto al primer indicador, en general se percibe un cierto descenso o estancamiento en los últimos dos años. En el promedio de la OCDE, el 1,9 % del PIB en 2024 se destina a gasto en cuidados de larga duración, manteniéndose estable respecto del año anterior.

Por un lado, Países Bajos, Suecia, Finlandia, Bélgica, Dinamarca y Alemania destinan un porcentaje mayor del PIB a la dependencia, entre un 2,7 % y un 4,2 %. Por otra parte, en los países del sur de Europa, como España, Portugal e Italia, el gasto se sitúa en torno al 1 % (entre el 0,9 % y el 1,1 %). Por su parte, en otros países con menor renta per cápita, como Hungría, Polonia y Grecia, las cifras son todavía menores, principalmente en Polonia (0,7 %) y Grecia (0,2 %).

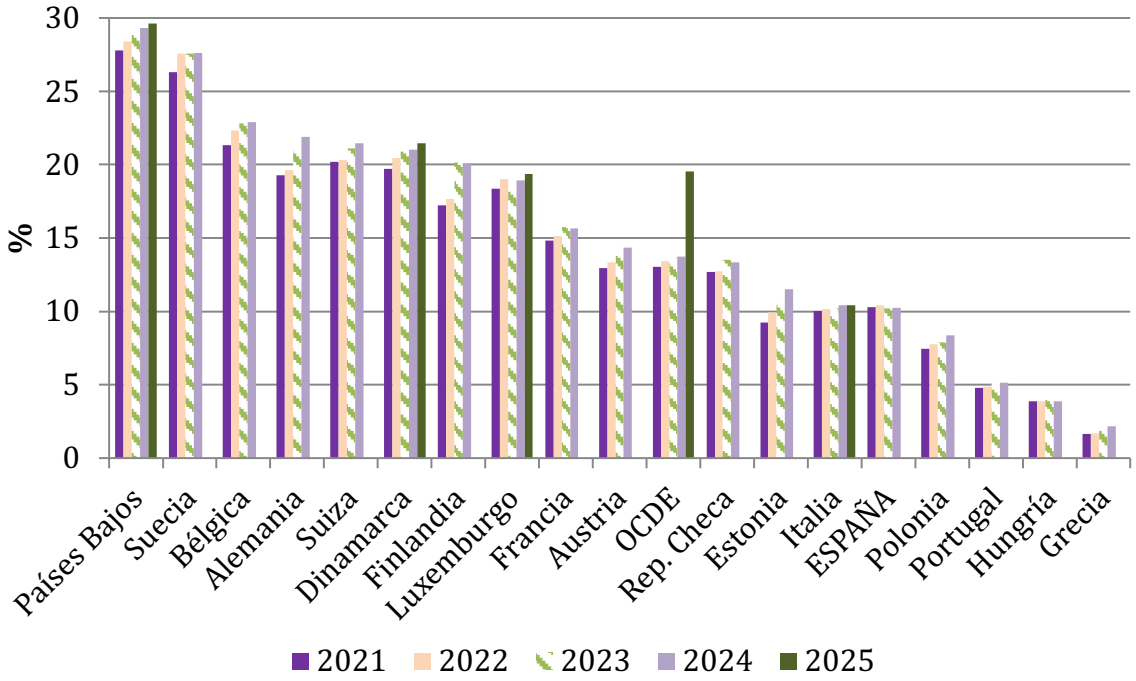
Gráfico 4: Gasto en cuidados de larga duración como % del PIB. Países seleccionados OCDE. 2021-2025



Fuente: OECD Stat. Notas: Países ordenados respecto de 2024 (todos los países con información). Promedio OCDE: 2021: sin Colombia, México, Nueva Zelanda, Turquía. 2022: sin Colombia, México, Nueva Zelanda, Turquía. 2023: sin Colombia, Israel, México, Nueva Zelanda, Noruega, Turquía. 2024: sin Australia, Colombia, Israel, Japón, México, Nueva Zelanda, Noruega, Turquía. 2025: sin Australia, Austria, Bélgica, Chile, Colombia, Costa Rica, Chequia, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Israel, Japón, Letonia, Lituania, México, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Portugal, República Eslovaca, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Turquía, Reino Unido, Estados Unidos. En 2025 en Países Bajos no se reporta el componente social del gasto en cuidados de larga duración por eso cae el porcentaje total.

También podemos ver a continuación el esfuerzo presupuestario respecto al total de gasto en sanidad destinado a los cuidados de larga duración (Gráfico 5). De igual manera, los países del Norte de Europa destinaron una gran proporción de su gasto sanitario a la dependencia, por ejemplo, Suecia, Países Bajos, Bélgica y Alemania gastaron entre un 22 % y 29 % de su gasto en salud, siendo el promedio de la OCDE del 13,7 %. En el otro extremo están Portugal, Hungría y Grecia que gastaron entre un 2,2 % y un 5,1 % del total del gasto en salud. Por último, España destinó en 2024 un 10,2 % del gasto sanitario a los cuidados de larga duración, manteniéndose estable respecto del año anterior y 3,5 pp por debajo del promedio de la OCDE.

Gráfico 5: Gasto en cuidados de larga duración como % del gasto en salud. Países seleccionados OCDE. 2021-2025



Fuente: OECD Stat. Notas: Países ordenados respecto de 2024 (todos los países con información). Promedio OCDE: 2023: sin Israel, Noruega. 2024: sin Australia, Israel, Japón y Noruega. 2025: solo Canadá, Dinamarca, Islandia, Irlanda, Italia, Corea, Luxemburgo y Países Bajos.

3. La gestión del SAAD

En esta sección se analiza la información más destacada sobre la evolución de la gestión del SAAD desde 2021 hasta junio de 2026 en relación con las solicitudes presentadas y las resoluciones de grado; las personas que ya son beneficiarias de las prestaciones, así como aquellas personas que se encuentran pendientes de recibir su prestación en cada una de las comunidades autónomas. Toda la información utilizada es provista por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)[1].

El procedimiento para entrar en el circuito de prestaciones del SAAD es bastante complejo dado que conlleva diversos trámites administrativos. En primer lugar, para acceder a las prestaciones, la persona interesada debe realizar una solicitud para que valoren su grado de dependencia. Posteriormente, la Administración debe aplicar el Baremo de la Dependencia para proceder a la valoración de la situación del individuo. Esta valoración se realiza en la vivienda donde resida el individuo, dado que el valorador debe examinar el entorno donde desarrolla sus actividades de la vida diaria y las condiciones físicas y mentales del solicitante.

Asimismo, dicha valoración permite diseñar una propuesta de resolución y finalmente emitir una resolución (dictamen) del grado de dependencia. Pasada esta

[1] Para más información, consultar el siguiente enlace: https://imserso.es/autonomia-personal-dependencia/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/preguntas-frecuentes/tramitacion-reconocimiento-situacion-dependencia-derecho-prestaciones-sistema

etapa, se puede continuar a la siguiente fase para elaborar el Programa Individual de Atención (PIA) en función de las necesidades y preferencias del interesado (siendo ya el individuo sujeto de derecho de acceso a las prestaciones). No obstante, el derecho solo se materializa cuando se hace efectiva la resolución del PIA, con la entrega efectiva de prestaciones y/o servicios (Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, 2021)[2].

Por último, los datos presentados son acumulados a diciembre de cada año. Sin embargo, cuando se trata de otro mes se especifica explícitamente, como es el caso de los datos de 2026 que son acumulados a junio.

4.1. La evolución de las variables clave

Analizamos en primer lugar dos variables importantes del SAAD: el número de solicitudes y el número de resoluciones. En la Tabla 1 vemos la proporción de solicitudes que realmente se han valorado por comunidad autónoma, es decir, el cociente entre el número de dictámenes o resoluciones y el número de solicitudes. A nivel nacional, el 95 % de las solicitudes presentadas hasta junio de 2026 ya cuentan con resolución de grado, mientras que el 5 % restante está pendiente de valoración.

En cuanto a su evolución, se observa un aumento en casi todas las comunidades respecto de los años anteriores, siendo Canarias la región donde más aumentó esta proporción, en 25 pp entre 2021 y 2026, pasando del 73 % al 98 %. Por otra parte, se ha observado un descenso en Asturias de 6 pp, arrojando una valoración de las solicitudes del 87 % (en 2021 era del 93 %), por debajo del estándar nacional.

En la **Tabla 2** observamos del total de resoluciones cuál es la proporción de personas que efectivamente se encuentran seleccionadas para poder acceder al beneficio de la prestación, es decir, a las que se les ha reconocido su grado de dependencia.

A nivel nacional, del total de resoluciones a junio de 2026, el 81 % corresponde a personas que tienen derecho a acceder a la prestación. En algunas comunidades este porcentaje es notoriamente superior, como Galicia, Canarias y Aragón, cuyo porcentaje oscila entre el 87 % y el 95 %. Por el contrario, en otras comunidades como País Vasco, La Rioja y Extremadura, la proporción es inferior, entre el 70 % y el 73 %. Esta dispersión entre comunidades puede deberse, como comentamos en anteriores ediciones del Observatorio (Jiménez-Martín y Viola, 2019, 2022, 2024), a la existencia de criterios complementarios a los de salud en el reconocimiento del derecho a las prestaciones.

[2] Se adjunta al final de este documento un anexo de definiciones de las variables clave del SAAD.

Tabla 1: Proporción de solicitudes con resolución de grado. 2021-2026

CCAA	RESOLUCIONES/SOLICITUDES					
	2021	2022	2023	2024	2025	jun 26
Galicia	100%	99%	99%	100%	100%	100%
Rioja	100%	100%	100%	100%	100%	100%
País Vasco	100%	99%	100%	100%	100%	100%
Madrid	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Navarra	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cantabria	98%	97%	97%	99%	98%	98%
Ceuta y Melilla	96%	95%	96%	96%	98%	98%
Canarias	73%	82%	84%	78%	97%	98%
Castilla y León	94%	95%	96%	97%	98%	98%
Castilla-La Mancha	95%	96%	97%	98%	98%	97%
Baleares	94%	91%	93%	95%	94%	97%
Andalucía	90%	89%	93%	92%	97%	96%
España	93%	93%	94%	94%	95%	95%
Extremadura	94%	95%	96%	95%	95%	95%
Aragón	95%	92%	90%	92%	93%	94%
Murcia	88%	90%	86%	89%	90%	92%
C.Valenciana	91%	91%	92%	92%	93%	92%
Cataluña	93%	93%	93%	92%	90%	91%
Asturias	93%	92%	88%	83%	87%	87%

Fuente: IMSERSO. Nota: las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de junio de 2026.

Tabla 2: Relación entre el número de personas a las que se les reconoce el derecho a una prestación y el número de resoluciones por CCAA. 2021-2026

CCAA	PERS. CON DERECHO/RESOLUCIONES					
	2021	2022	2023	2024	2025	jun 26
Galicia	89%	90%	91%	92%	94%	95%
Canarias	87%	88%	88%	89%	89%	89%
Aragón	82%	83%	83%	85%	86%	87%
C.Valenciana	85%	85%	86%	86%	86%	86%
Murcia	88%	88%	88%	87%	86%	85%
Castilla-La Mancha	80%	81%	81%	82%	83%	84%
Cantabria	83%	82%	81%	79%	80%	82%
Andalucía	82%	82%	82%	80%	80%	81%
Castilla y León	81%	82%	82%	81%	81%	81%
España	80%	81%	81%	80%	80%	81%
Madrid	76%	77%	78%	79%	79%	81%
Asturias	78%	79%	79%	79%	78%	80%
Baleares	82%	82%	82%	81%	80%	80%
Cataluña	78%	78%	76%	76%	76%	76%
Ceuta y Melilla	72%	73%	74%	74%	75%	75%
Navarra	75%	75%	76%	79%	75%	74%
Extremadura	71%	72%	73%	72%	72%	73%
País Vasco	74%	73%	72%	72%	72%	72%
Rioja	76%	73%	73%	71%	70%	70%

Fuente: IMSERSO. Nota: las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de junio de 2026.

Por último, otra de las variables clave del SAAD es el número de personas que realmente reciben la prestación. Cabe recordar que la persona empieza a recibir la prestación al dictarse una resolución donde se especifica el reconocimiento de las

prestaciones según el grado de dependencia establecido. En la Tabla 3 presentamos la evolución desde 2021 del número de personas con derecho a prestación y el número de personas que efectivamente reciben las prestaciones.

En los últimos años, la variación del número de personas con derecho a prestación se aceleró a nivel nacional, pasando de un 4,4 % en 2024 a un 9 % en 2025 y cerca de un 10 % en junio de 2026. Por otra parte, la variación en el número de personas con prestaciones alcanzó el 7,5 % en 2024, el 10,4 % en 2025 y el 11,2 % en junio de 2026 (interanual). De esta manera, se observa que el ritmo de crecimiento del número de personas con prestaciones ha ido un poco por encima del crecimiento del número de personas con derecho a prestación, lo que podría indicar una cierta mejoría en el funcionamiento del sistema como indicábamos en el informe anterior (Jiménez-Martín y Viola, 2024).

Tabla 3: Personas con derecho a prestación y personas beneficiarias por CCAA. Variación interanual 2022-2025 y variación jun 2026-jun 2025

CCAA	PERSONAS CON DERECHO A PRESTACIÓN				
	2022-2021	2023-2022	2024-2023	2025-2024	2026-2025
Canarias	13.7%	11.4%	12.9%	30.0%	22.8%
Andalucía	4.0%	4.9%	-2.6%	12.2%	15.3%
Galicia	3.3%	5.9%	3.8%	20.1%	15.0%
Cantabria	-1.6%	1.8%	-1.1%	0.0%	12.8%
C.Valenciana	11.9%	12.0%	6.7%	9.0%	12.4%
Murcia	5.2%	7.4%	8.5%	11.5%	12.1%
Madrid	6.0%	7.4%	8.6%	9.0%	10.9%
España	5.3%	5.1%	4.4%	9.0%	9.7%
Aragón	3.1%	3.6%	11.9%	8.9%	9.3%
Baleares	9.3%	13.1%	6.7%	6.9%	7.8%
Cataluña	5.0%	-2.9%	7.6%	6.5%	7.3%
Castilla-La Mancha	4.6%	7.0%	7.0%	5.4%	4.1%
Ceuta y Melilla	7.9%	8.4%	7.4%	7.6%	3.8%
Extremadura	7.1%	5.5%	-0.1%	3.7%	2.4%
Rioja	-9.8%	1.0%	-2.3%	0.2%	2.3%
País Vasco	0.3%	4.3%	3.2%	3.5%	1.6%
Castilla y León	5.0%	7.3%	2.9%	2.4%	1.2%
Navarra	5.5%	4.9%	0.8%	7.3%	0.7%
Asturias	6.7%	2.5%	3.1%	1.7%	-0.1%

CCAA	PERSONAS CON PRESTACIONES				
	2022-2021	2023-2022	2024-2023	2025-2024	2026-2025
Canarias	29.5%	17.3%	10.6%	46.2%	55.9%
Andalucía	5.2%	5.9%	3.5%	14.2%	17.4%
Galicia	4.7%	8.2%	4.8%	21.3%	15.9%
Madrid	7.3%	8.6%	7.4%	10.0%	12.0%
España	7.5%	7.5%	7.5%	10.4%	11.2%
C.Valenciana	14.1%	9.3%	12.5%	9.0%	10.2%
Aragón	6.8%	7.4%	12.2%	8.9%	9.4%
Murcia	1.9%	7.2%	10.2%	12.7%	9.3%
Cataluña	12.6%	7.4%	13.7%	8.3%	8.8%
Ceuta y Melilla	6.3%	6.9%	8.0%	6.4%	8.1%
Cantabria	1.1%	-2.2%	5.9%	-0.2%	7.9%
Baleares	7.0%	11.6%	8.9%	7.4%	5.8%
Castilla-La Mancha	5.5%	7.5%	7.8%	5.6%	5.0%
Rioja	6.8%	7.4%	1.7%	3.1%	4.5%
País Vasco	-0.8%	3.8%	4.6%	5.7%	3.2%
Extremadura	5.6%	7.6%	5.3%	1.3%	1.6%
Castilla y León	5.0%	7.4%	2.9%	2.4%	1.1%
Navarra	7.6%	5.9%	2.1%	6.6%	0.2%
Asturias	4.6%	7.7%	6.1%	1.9%	-0.6%

Fuente: IMSERSO. Nota: las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de junio de 2026.

A nivel regional, en el último periodo, de junio de 2025 a junio de 2026, en la mayoría de las comunidades autónomas se observa un aumento en el número de personas con derecho a prestación (a excepción de Asturias, que cae muy ligeramente). Los aumentos más marcados se pueden ver en Canarias (22,8 %), Andalucía (15,3 %) y Galicia (15 %). Al mismo tiempo, la variación es positiva en casi todas las comunidades en el número de personas con prestaciones (siendo Asturias de nuevo la que ha registrado una pequeña caída del 0,6 %). El aumento es más notorio en las mismas comunidades: Canarias (55,9 %), Andalucía (17,4 %) y Galicia (15,9 %). En el caso de Canarias, este aumento supera considerablemente la subida en el número de personas con derecho a prestación, mientras que en Andalucía y Galicia la diferencia es mucho menor. También en otras comunidades la variación en el número de personas con derecho a prestación es mayor que la variación en el número de personas con prestaciones como, por ejemplo, Cantabria, Comunidad Valenciana y Murcia, lo cual genera un balance menos favorable en el funcionamiento del sistema.

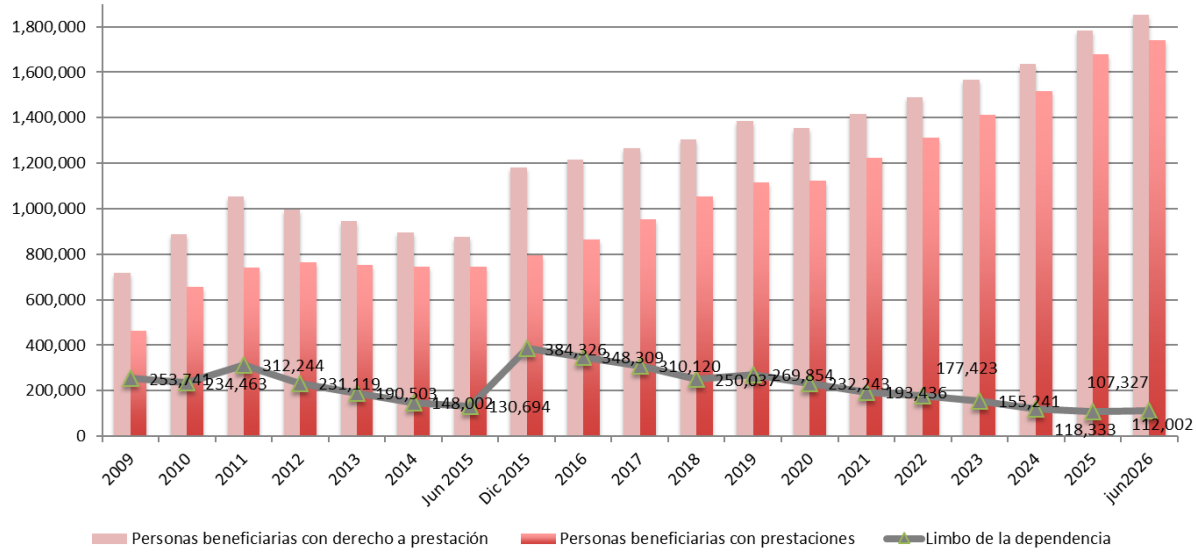
4.2. El limbo de la dependencia

El concepto *limbo de la dependencia* se utiliza para designar a aquellas personas en lista de espera dentro del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que aún no reciben su prestación. Desde el punto de vista técnico, representa la diferencia entre el total de personas con derecho reconocido a una prestación y aquellas que efectivamente la perciben. Asimismo, desde 2022, este término abarca a quienes están pendientes de la resolución del Programa Individual de Atención (PIA); es decir, la diferencia entre el total de personas con derecho reconocido y el total de resoluciones PIA ya tramitadas.

En el Gráfico 6 se observa la evolución de este indicador desde 2009 hasta la actualidad. Como se ha señalado en informes previos, el punto máximo de esta lista de espera se registró en diciembre de 2015, alcanzando cerca de 385.000 personas sin atención. Desde entonces, la brecha se ha ido acortando de manera notable hasta situarse en la actualidad en 112.002 personas, lo que supone una tasa de pendencia del 6 %.

Este dato se sitúa ya por debajo de las metas fijadas en el Plan de Choque *para la reducción de la lista de espera del SAAD*, puesto en marcha en abril de 2021. Dicho plan establecía como objetivo no superar las 170.000 personas en espera y fijaba una tasa máxima de pendencia del 12,7 % a nivel nacional (Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD, 2021).

Gráfico 6: Número de personas con derecho a prestación y número de personas beneficiarias: limbo de la dependencia. España. 2009-2026



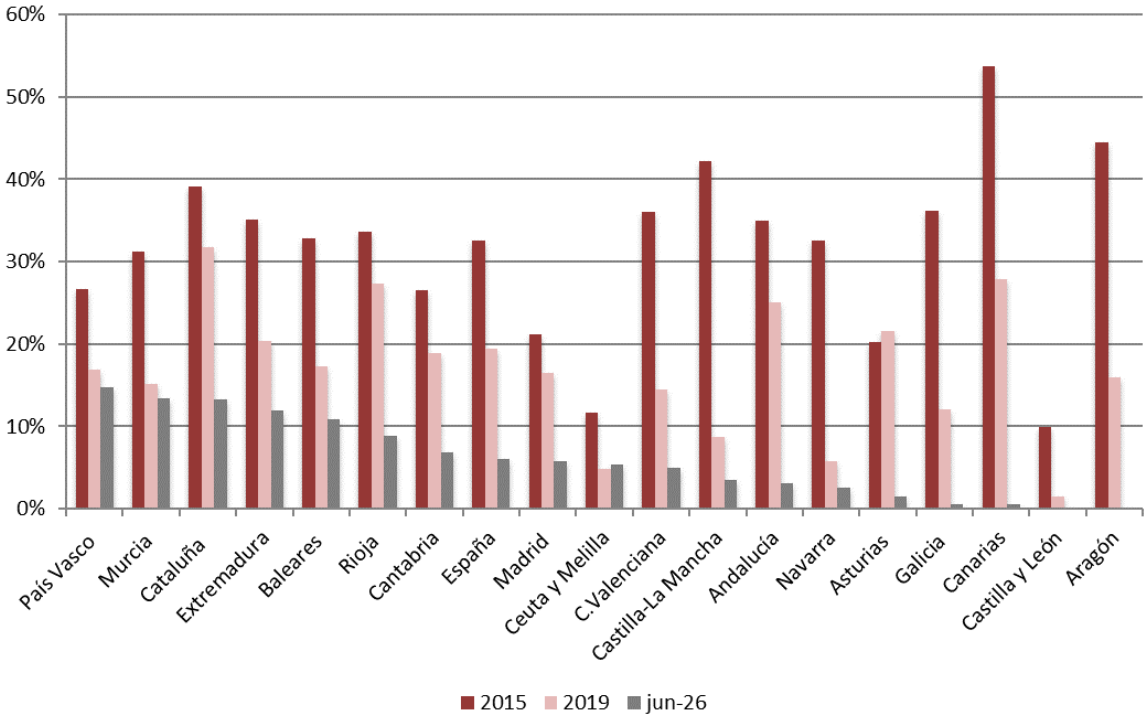
Fuente: IMSERSO.

Por último, el Gráfico 7 refleja la evolución regional del limbo de la dependencia comparando tres momentos clave: 2015, la prepandemia (2019) y la actualidad. Los datos muestran una mejora muy significativa respecto a 2015 y un avance igualmente notable en relación con 2019, evidenciando un importante recorte en las listas de espera del SAAD. Destacan especialmente los casos de Aragón, Castilla y León, Canarias y Galicia, donde el porcentaje de personas pendientes de prestación

es prácticamente nulo, situándose en el 0,1 %, 0,2 %, 0,5 % y 0,6 %, respectivamente.

A nivel nacional, la lista de espera se ha reducido en 13 pp respecto de 2019, lo que sitúa la tasa de pendencia actual en el 6 % como ya señalábamos al inicio de la sección. Por comunidades autónomas, los mayores descensos respecto a 2019 los registran Canarias (-27 pp), Andalucía (-22 pp), Asturias (-20 pp), Cataluña y La Rioja (-18 pp cada una) y Aragón (-15 pp). A pesar de estos avances, el limbo de la dependencia continúa superando la media nacional en varios territorios, con cifras que oscilan entre el 7 % y el 15 % en Cantabria (7 %), La Rioja (9 %), Baleares (11 %), Extremadura (12 %), Cataluña y Murcia (13 % cada una) y el País Vasco (15 %).

Gráfico 7: Porcentaje de personas que esperan recibir el beneficio de la prestación: limbo de la dependencia por CCAA. 2015, 2019 y junio 2026



Fuente: IMSERSO. Nota: las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de junio de 2026.

4.3. Grados de dependencia

Las personas con derecho a prestación reconocidas por el SAAD pueden clasificarse en tres grados de dependencia:

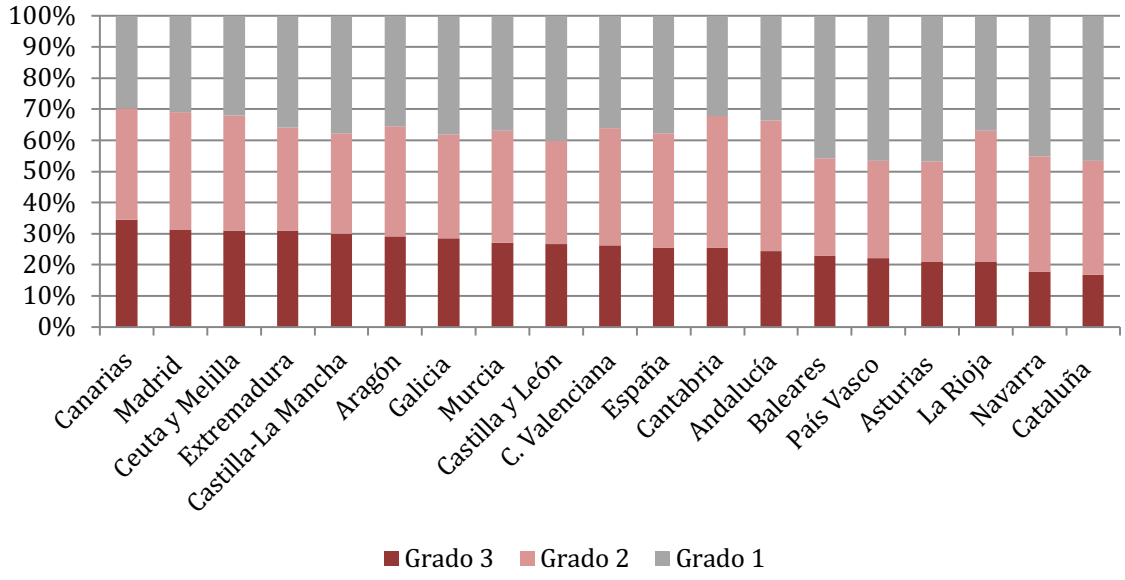
1) **Grado I.** Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
2) **Grado II.** Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día,

pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

3) **Grado III.** Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Según los datos de junio de 2026 (Gráfico 8), a nivel nacional el 25 % de las personas con derecho a prestación se encuentran en situación de gran dependencia, el 37 % en situación severa y, por último, el 38 % en situación de dependencia moderada. Por regiones, se observa que Canarias presenta la mayor proporción de personas con gran dependencia, del 34 %, 9 pp más que a nivel nacional, y en el otro extremo se encuentra Cataluña, donde el 17 % de la población con derecho a prestación presenta dicho grado de dependencia, el 36 % se encuentra en situación severa y el 47 % en situación moderada.

Gráfico 8: Distribución por grados de la población con derecho a prestación por CCAA. Junio 2026



Fuente: IMSERSO. Nota: las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto del Grado III.

En el último año, la evolución de las personas reconocidas con derecho a prestación en el grado de mayor severidad (Grado III - Gran Dependencia) refleja una marcada disparidad entre comunidades autónomas (Tabla 4). Por un lado, solo un reducido número de comunidades autónomas ha experimentado un descenso en este indicador, encabezadas por Asturias (-10,4 %), Navarra (-6,0 %) y La Rioja (-5,8 %), a las que se suman recortes más moderados en Castilla y León (-1,8 %) y el País Vasco (-1,2 %). Extremadura, por su parte, se mantuvo totalmente estable (0,0 %).

Al mirar el conjunto de la tabla, se aprecia que los mayores aumentos se dan en los niveles de menor severidad: el Grado I crece un 12,0 % a nivel nacional y el Grado II un 8,6 %. Esto refleja un ritmo más acelerado en el reconocimiento de dependientes moderados (Grado I) y severos (Grado II), con subidas especialmente fuertes en el Grado I en Galicia (28,3 %), Cantabria (27,5 %) y Murcia (21,3 %). Canarias vuelve a ser la excepción más llamativa, con un crecimiento muy elevado y homogéneo que supera el 18 % en los tres niveles de dependencia.

Tabla 4: Variación personas con derecho a prestación según grados por CCAA. Variación 2025-2024 y junio 2026-junio 2025

CCAA	Variación 2025-2024			Variación jun 2026-jun 2025		
	GRADO 3	GRADO 2	GRADO 1	GRADO 3	GRADO 2	GRADO 1
Andalucía	5.4%	8.1%	23.3%	20.1%	11.8%	16.6%
Aragón	7.0%	8.9%	10.4%	9.1%	8.3%	10.5%
Asturias	-3.9%	0.1%	6.1%	-10.4%	-1.9%	6.7%
Baleares	3.8%	5.0%	10.0%	4.4%	5.3%	11.4%
Canarias	37.3%	31.1%	21.2%	24.6%	24.6%	18.7%
Cantabria	-2.8%	1.7%	0.4%	1.1%	10.8%	27.5%
Castilla y León	-1.4%	3.2%	4.3%	-1.8%	1.4%	3.1%
Castilla-La Mancha	6.2%	3.0%	6.8%	5.5%	2.9%	4.0%
Cataluña	-0.3%	4.2%	11.5%	0.5%	4.3%	12.5%
C.Valenciana	4.1%	9.2%	12.7%	10.9%	12.8%	13.2%
Extremadura	0.0%	3.5%	7.3%	0.0%	2.4%	4.6%
Galicia	11.3%	17.0%	32.3%	2.9%	12.8%	28.3%
Madrid	7.7%	9.9%	9.4%	9.9%	12.1%	10.4%
Murcia	8.2%	7.3%	19.3%	4.5%	9.6%	21.3%
Navarra	-2.4%	2.8%	16.9%	-6.0%	-1.2%	5.3%
País Vasco	-0.1%	2.0%	6.4%	-1.2%	0.7%	3.6%
Rioja	-6.4%	1.6%	3.1%	-5.8%	1.7%	8.3%
Ceuta y Melilla	3.7%	7.3%	11.8%	6.1%	3.4%	2.0%
España	5.4%	7.6%	13.2%	7.9%	8.6%	12.0%

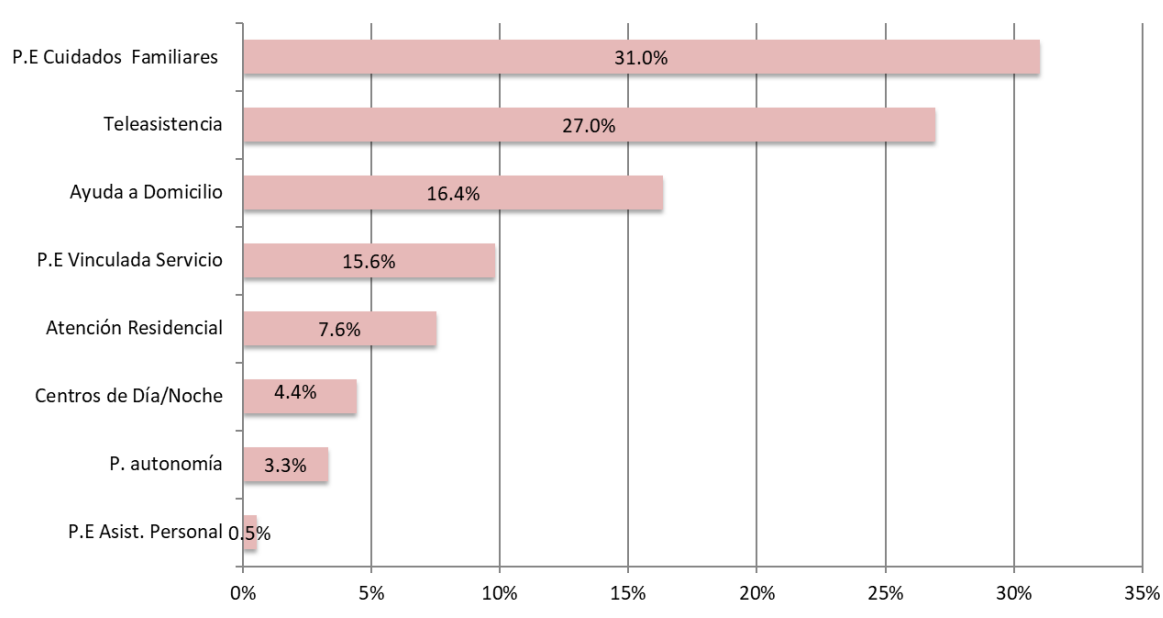
Fuente: IMSERSO

4.4. Estructura de prestaciones y servicios

El conjunto de servicios y prestaciones que ofrece el SAAD para aquellas personas en situación de dependencia se puede clasificar en dos tipos: por un lado, las prestaciones económicas y, por otro, las prestaciones de servicios.

Las prestaciones económicas (véase el Gráfico 9) representan el 41 % del total de prestaciones y su componente principal son las prestaciones para cuidados en el entorno familiar (31 %); el resto son prestaciones vinculadas al servicio y de asistencia personal. En cuanto a las prestaciones de servicios, estas constituyen un 59 % del total de prestaciones, siendo la promoción de la autonomía la de menor magnitud (3,3 %).

Gráfico 9: Distribución porcentual de las prestaciones. España. Junio 2026



Fuente: IMSERSO.

La participación de las prestaciones económicas sobre el total de prestaciones alcanzó su nivel máximo en diciembre de 2009, en un 58,2 %. Se puede observar en la Tabla 5 que dicha participación en la actualidad es del 41,4 %, es decir, cerca de 17 pp menos que en el año 2009. Las prestaciones para los cuidados familiares han ido también descendiendo a lo largo de los años, principalmente entre 2009 y 2015; en los últimos años se han mantenido en torno al 30 %, con un leve repunte hasta el 31 % en junio de 2026.

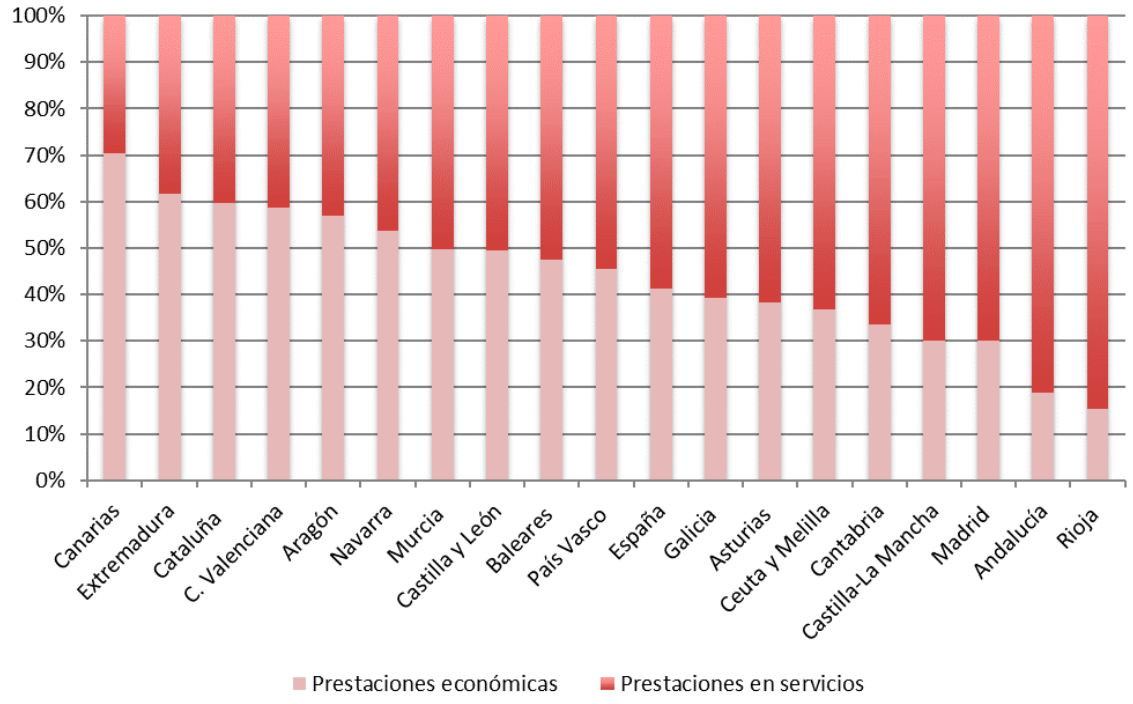
A nivel regional podemos ver tanto en el Gráfico 10 como en la Tabla 6 (con mayor desagregación) las distintas prestaciones económicas y de servicios por comunidades autónomas. Hay una gran variabilidad entre las regiones, lo que demuestra modelos y estructuras de atención disímiles en función de cada contexto particular: cerca de un 70 % del total de prestaciones son económicas en Canarias, mientras que en La Rioja la participación de las prestaciones económicas sobre el total es de en torno al 15 %. En cuanto a la información más desagregada, en Cataluña la principal prestación económica es la de cuidados familiares, que alcanza casi el 53 %. Por otro lado, en La Rioja o Andalucía las prestaciones de servicios alcanzan un 82-85 %, siendo en el primer caso la teleasistencia el servicio más preponderante (30 %) y en el segundo caso la ayuda a domicilio con una participación del 37 %.

Tabla 5: Distribución de las prestaciones en el periodo 2008-2026

Periodo	Prestaciones económicas				Total prestaciones	Porcentaje	
	P. Vinculada Servicio	P. Cuidados Familiares (PCF)	P. Asistencia Personal	Total		Prestaciones económicas sobre total	PCF sobre total
dic-08	13,197	109,287	171	122,655	421,846	29.1	25.9
dic-09	36,076	266,298	658	303,132	520,736	58.2	51.1
dic-10	52,402	377,787	735	430,924	780,862	55.2	48.4
dic-11	59,836	417,782	874	478,492	917,604	52.1	45.5
dic-12	64,532	426,810	1,280	492,622	959,903	51.3	44.5
dic-13	72,029	408,401	1,441	481,871	945,051	51.0	43.2
dic-14	73,636	374,348	1,883	449,867	929,983	48.4	40.3
dic-15	83,734	360,505	3,440	447,679	997,984	44.9	36.1
dic-16	90,847	361,209	5,779	457,835	1,068,967	42.8	33.8
dic-17	110,669	385,476	6,654	502,799	1,178,011	42.7	32.7
dic-18	132,491	406,849	7,026	546,366	1,320,659	41.4	30.8
dic-19	151,340	426,938	7,837	586,115	1,411,021	41.5	30.3
dic-20	154,547	450,517	7,984	613,048	1,427,207	43.0	31.6
dic-21	170,517	482,545	8,546	661,608	1,569,205	42.2	30.8
dic-22	187,214	517,053	9,047	713,314	1,727,429	41.3	29.9
dic-23	210,403	558,234	10,154	778,791	1,906,051	40.9	29.3
dic-24	222,787	636,030	11,034	869,851	2,125,145	40.9	29.9
dic-25	242,900	735,889	12,349	991,138	2,391,346	41.4	30.8
jun-26	247,566	781,474	13,356	1,042,396	2,520,360	41.4	31.0

Fuente: IMSERSO.

Gráfico 10: Distribución porcentual de las prestaciones por CCAA. Junio 2026



Fuente: IMSERSO.

Tabla 6: Distribución de las prestaciones desagregadas por CCAA. Junio 2026

CCAA	PRESTACIONES ECONÓMICAS				PRESTACIONES DE SERVICIOS			
	P.E Cuidados Familiares	P.E Vinculada Servicio	P.E Asist. Personal	Prevención Dependencia y Promoción A.Personal	Teleasistencia	Ayuda a Domicilio	Centros de Día/Noche	Atención Residencial
Cataluña	52.5%	7.1%	0.0%	0.0%	13.7%	10.0%	4.5%	12.0%
C. Valenciana	48.1%	10.2%	0.4%	0.6%	29.7%	2.5%	3.6%	4.7%
Murcia	47.2%	2.5%	0.0%	4.3%	26.1%	5.9%	6.2%	7.9%
Baleares	46.1%	1.4%	0.0%	6.3%	33.3%	4.5%	3.1%	5.2%
Navarra	41.4%	12.1%	0.2%	10.1%	17.1%	5.0%	3.2%	11.0%
Aragón	40.6%	16.4%	0.0%	7.8%	17.2%	9.4%	2.7%	6.0%
País Vasco	37.1%	1.2%	7.2%	1.0%	27.0%	6.8%	7.3%	12.4%
Ceuta y Melilla	36.8%	0.1%	0.0%	14.3%	17.1%	26.7%	1.3%	3.7%
Canarias	33.8%	36.1%	0.5%	2.3%	13.7%	1.7%	5.7%	6.2%
Cantabria	31.4%	2.2%	0.0%	25.5%	14.4%	4.4%	7.1%	14.9%
España	31.0%	9.8%	0.5%	3.3%	27.0%	16.4%	4.4%	7.6%
Asturias	27.8%	10.3%	0.1%	13.1%	20.1%	16.2%	4.4%	8.0%
Galicia	25.9%	13.2%	0.1%	3.7%	33.5%	14.0%	4.9%	4.6%
Castilla y León	22.3%	25.4%	1.9%	7.8%	20.1%	13.2%	4.5%	5.0%
Madrid	20.1%	10.0%	0.0%	2.2%	33.6%	20.4%	6.0%	7.8%
Castilla-La Mancha	19.9%	10.2%	0.0%	14.7%	28.5%	12.5%	3.5%	10.6%
Andalucía	18.1%	0.7%	0.0%	0.1%	35.2%	37.0%	3.1%	5.8%
Extremadura	17.2%	44.4%	0.0%	4.4%	14.3%	2.0%	5.6%	12.1%
Rioja	8.6%	6.8%	0.0%	7.6%	29.5%	24.4%	8.1%	15.0%

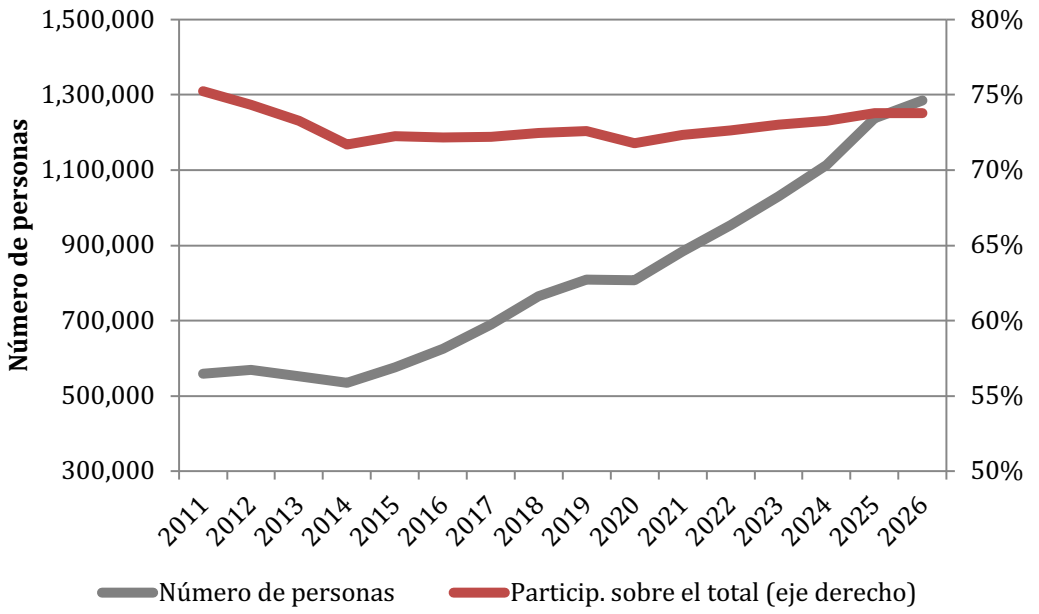
Fuente: IMSERSO.

4.5. Perfil de la población beneficiaria

Las prestaciones y servicios del SAAD se dirigen a la población de todas las edades. Sin embargo, cerca del 74 % del total de las personas beneficiarias pertenece al grupo de 65 años o más. En cuanto a su evolución, después de una ligera caída en 2020, el número de personas beneficiarias de 65 años o más aumenta en cada periodo, sobre todo en 2025 con un aumento del 11,2 % respecto del año anterior. A junio de 2026, el número de personas beneficiarias con prestaciones de 65 años o más alcanzó los 1,3 millones de personas, un 4 % más que en diciembre de 2025 (Gráfico 11).

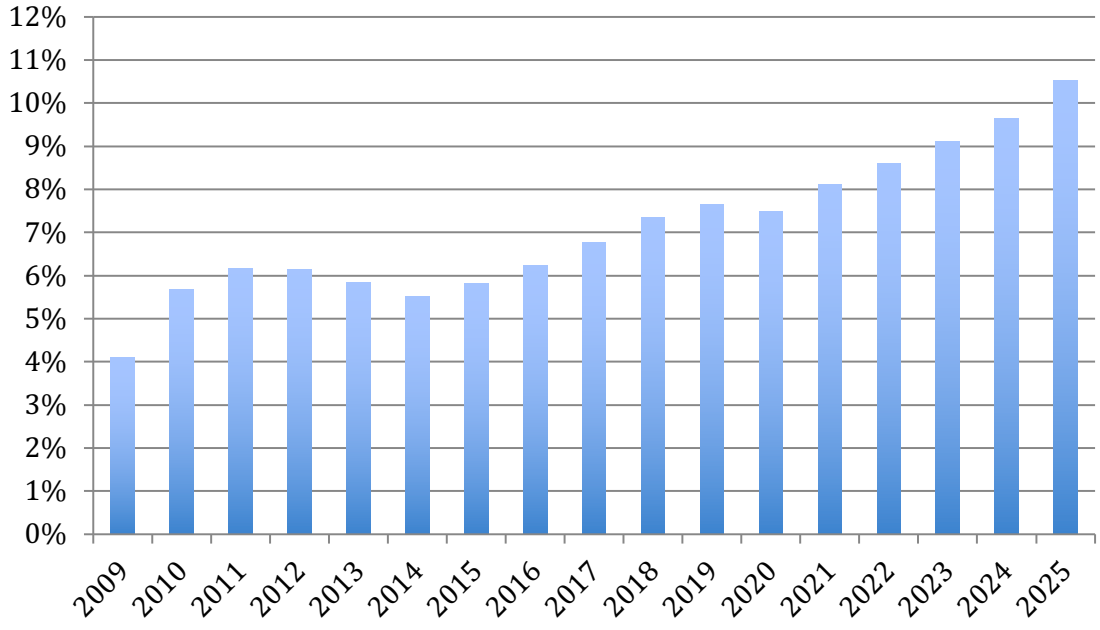
Si relacionamos la población beneficiaria con la población total de 65 años o más en España (Gráfico 12), este porcentaje ha ido en aumento, pasando de un 4,1 % en 2009 a un 10,5 % en 2025, un incremento de más de 6 pp. Este aumento refleja tanto el envejecimiento y las mayores necesidades de cuidados de la población de 65 años o más como la expansión del sistema y la reducción de la lista de espera.

Gráfico 11: Personas beneficiarias con prestaciones de 65 años o más en términos absolutos y respecto del total de personas beneficiarias con prestaciones. España. 2011-2026



Fuente: IMSERSO. 2026: datos a junio.

Gráfico 12: Participación personas beneficiarias de 65 años o más respecto de la población de 65 años o más. 2009-2025. España

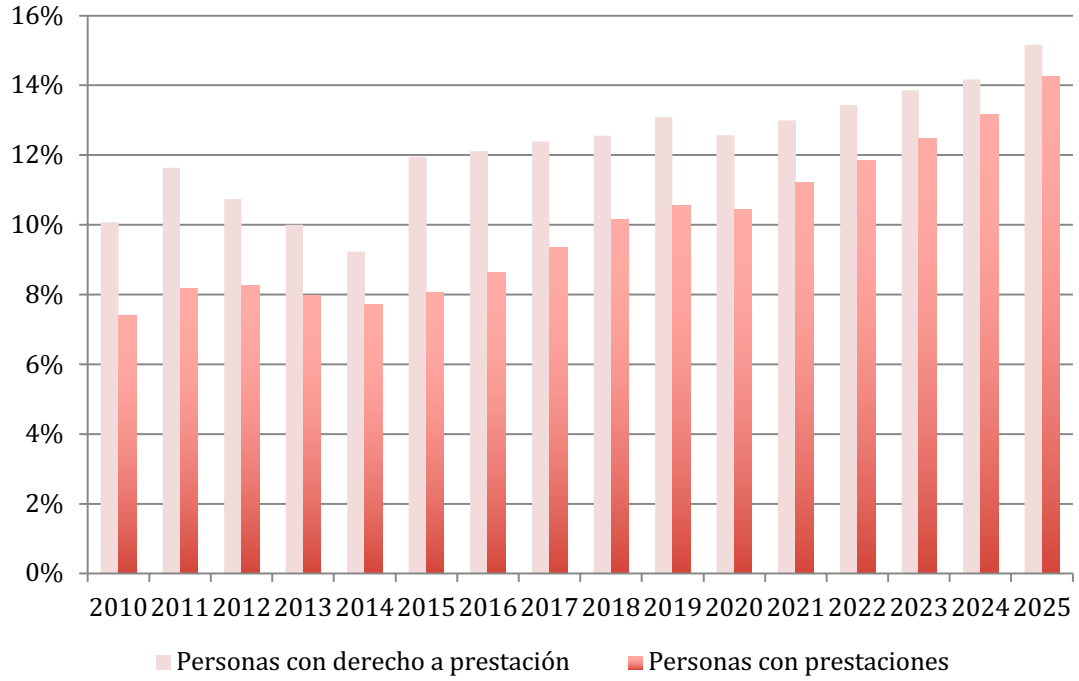


Fuente: IMSERSO e INE. Datos de población de Estadística continua de población a 1 de enero.

Asimismo, en el Gráfico 13 podemos ver la evolución de dos variables clave del SAAD como son el número de personas con derecho a prestación y el número de personas beneficiarias con prestaciones en relación con la población de 65 años o más. Como puede verse, en 2025 el número de personas con derecho a prestación respecto de

la población de 65 años o más es del 15,2 %, creciendo de manera sostenida (a excepción de una ligera caída en 2020) desde el año 2015. En cuanto a la participación de las personas con prestaciones también se produce un aumento progresivo desde el año 2015, pasando de un 8,1 % a un 14,3 % en 2025, cerca de 6 pp.

Gráfico 13: Participación personas beneficiarias con prestaciones y con derecho a prestación respecto de la población de 65 años o más 2010-2025. España



Fuente: IMSERSO e INE. Datos de población de Estadística continua de población a 1 de enero.

Por último, a nivel regional observamos en la Tabla 7 que en 2025 el porcentaje de personas con prestaciones respecto de la población de 65 años o más aumenta en casi todas las comunidades respecto de 2024, siendo las comunidades de Canarias (4,2 pp), Andalucía (1,9 pp), Galicia (1,8 pp) y Murcia (1,4 pp) donde más aumentó dicha participación. Las únicas en las que no aumentó dicha participación fueron Extremadura, con una ligera caída de 0,1 pp, y Cantabria, con 0,2 pp. En cuanto al porcentaje de personas con derecho a prestación respecto de la población de 65 años o más, se observa que en solo dos comunidades autónomas hay una bajada en este indicador: tanto en La Rioja como en Cantabria la caída fue muy leve, de 0,2 pp en 2025 respecto de 2024.

En la última columna de la tabla podemos observar que el PIB per cápita de 2024 muestra cierta correlación negativa con el nivel de cobertura de la población de 65 años o más. En este sentido, en aquellas comunidades con un PIB per cápita más bajo se puede observar una participación mayor del número de personas con prestaciones o con derecho a prestación como el caso de Andalucía, Murcia, Castilla-La Mancha o Extremadura.

Tabla 7: Participación personas con derecho a prestación y personas beneficiarias respecto de la población de 65 años o más por CCAA. 2024-2025

CCAA	PARTICIPACIÓN SOBRE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS O MÁS				PIB per cápita 2024. Índice Media=100
	PERSONAS CON DERECHO		PERSONAS CON PRESTACIONES		
	2024	2025	2024	2025	
Andalucía	17,1 %	18,8 %	16,2 %	18,0 %	75,2
Murcia	17,2 %	18,7 %	14,9 %	16,3 %	82,6
Ceuta y Melilla	16,8 %	17,3 %	15,4 %	15,7 %	67,7
Castilla-La Mancha	16,3 %	16,9 %	15,9 %	16,5 %	80,6
Castilla y León	16,4 %	16,6 %	16,3 %	16,5 %	94,6
Baleares	15,3 %	16,0 %	13,7 %	14,4 %	110,6
Cataluña	14,8 %	15,5 %	12,6 %	13,4 %	114,8
España	14,2 %	15,2 %	13,2 %	14,3 %	100,0
Extremadura	14,8 %	15,0 %	13,4 %	13,3 %	77,3
C. Valenciana	14,1 %	15,0 %	13,4 %	14,3 %	84,7
Canarias	11,7 %	14,8 %	10,0 %	14,3 %	79,2
Madrid	13,3 %	14,2 %	12,6 %	13,5 %	137,1
País Vasco	13,7 %	14,0 %	11,4 %	11,9 %	125,7
Aragón	12,7 %	13,6 %	12,6 %	13,6 %	112,5
La Rioja	12,4 %	12,2 %	11,1 %	11,2 %	104,6
Cantabria	11,2 %	11,0 %	11,0 %	10,8 %	91,6
Galicia	9,2 %	10,9 %	9,0 %	10,8 %	92,5
Navarra	10,3 %	10,9 %	10,0 %	10,5 %	119,8
Asturias	10,1 %	10,2 %	10,0 %	10,1 %	90,9

Fuente: IMSERSO y Contabilidad Regional de España (INE). Nota: Las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de las personas con derecho a prestación 2025.

4.6. Evolución de las altas y bajas relacionadas con las fases del proceso de reconocimiento de la situación de dependencia

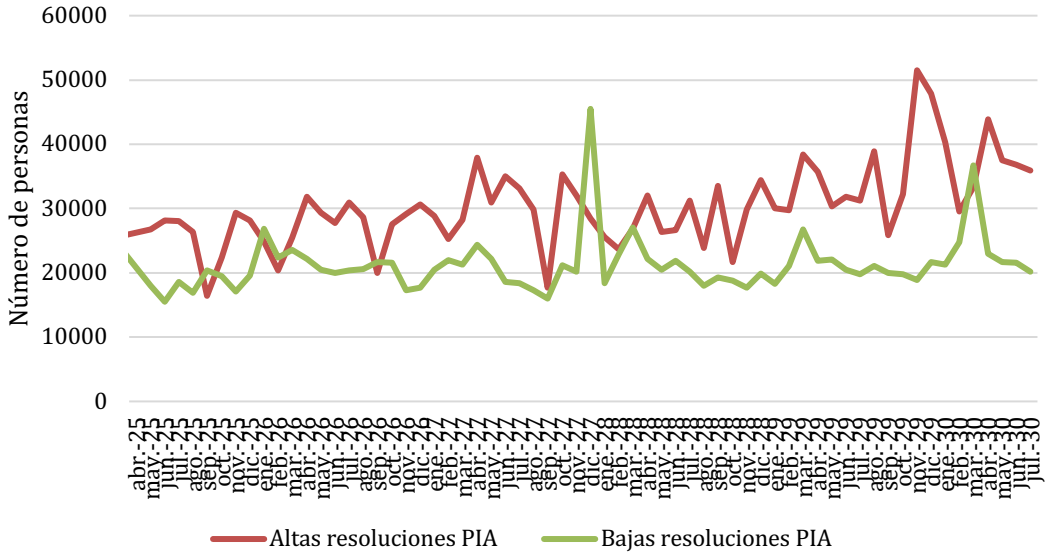
Otra información relevante que pone a disposición el SAAD desde 2021 es el número de altas y bajas de las personas con resolución de PIA[3]. Durante cada fase del proceso de reconocimiento pueden existir bajas (y también altas) por diversos motivos como fallecimiento, traslado, fin de la prestación, renuncia, entre otros. En el Gráfico 14 se pueden observar las altas y bajas de las personas con prestaciones o bien con resoluciones de PIA. En general, entre marzo de 2021 y junio de 2026 las altas superan a las bajas, salvo en algunos meses puntuales (agosto y diciembre de 2021, enero y agosto de 2022, noviembre de 2023, febrero de 2024 y febrero de 2026).

Si nos adentramos en los motivos por los cuales una persona puede causar baja en el SAAD en la etapa de resoluciones de PIA, la principal causa es el fallecimiento de la persona solicitante (Tabla 8). A junio de 2026, del total de personas con resolución

[3] No se dispone de altas y bajas de las personas con derecho a prestación antes de 2024. A partir de 2024 se dispone de información detallada del número de fallecidos en cada etapa del SAAD.

de PIA (1.741.857 personas), un 1 % causó baja (17.522 personas) y el 84 % de estas bajas correspondía a fallecimientos (14.779 personas).

Gráfico 14: Altas y bajas de resoluciones de PIA respecto al mes anterior. Marzo 2021-junio 2026



Fuente: IMSERSO.

Tabla 8: Motivo de la baja de resoluciones de PIA. 2022-2026

Año	Personas con resolución de PIA	Altas	Bajas	%fallec sobre tot bajas	Motivo de la baja					
					Fallecimiento	Traslado	Fin de prestación	Renuncia	Caducidad	Otros motivos*
2022	1,313,437	27,618	15,332	87%	13,342	247	1,096	244	104	299
2023	1,411,866	26,424	15,255	84%	12,821	217	1,149	196	22	850
2024	1,518,424	29,012	15,313	88%	13,491	167	1,014	202	136	284
2025	1,677,042	35,947	18,069	80%	14,404	293	1,979	255	38	1,100
2026	1,741,857	35,188	17,522	84%	14,779	292	1,113	338	37	587

Fuente: IMSERSO. A diciembre de cada año, excepto 2026 a junio. Notas: Otros motivos de baja de resoluciones de PIA incluyen: imposibilidad de proceder con el PIA, no aprobación PIA, denegada solicitud prestación, incumplimiento de requisitos, por variación de circunstancias, ingreso en institución sanitaria o convivencia con familiar, pérdida de condición de residente, duplicidad o archivo expediente.

Por último, observamos la información detallada por comunidad autónoma del número de fallecidos en cada fase del proceso de reconocimiento para el periodo enero-junio de 2026 (Tabla 9), al igual que el porcentaje de fallecidos en cada una de estas etapas (Tabla 10). Según la información disponible de 2026, el número de personas fallecidas con derecho a prestación (o resoluciones de las personas valoradas en situación de dependencia) es de 136.480 personas, lo que equivale a un 7,4 % del total de personas con derecho a prestación. Por comunidad autónoma, se pueden ver algunas comunidades con un porcentaje superior al 8,5 %, como Aragón, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, Navarra y País Vasco. En cuanto al número de personas con prestación reconocida, 127.849 fallecieron durante la prestación, lo que equivale al 7,3 % del total de personas beneficiarias con prestaciones. Finalmente, respecto a las personas pendientes de recibir prestación

(lo que denominamos limbo de la dependencia), de un total de 112.002 personas, unas 8.631 murieron en este proceso, un 7,7 %.

Tabla 9: Personas fallecidas en cada fase de reconocimiento de la situación de dependencia. Por CCAA. Enero-julio 2026

Ene-Jul 2026	(1) TOTAL SOLICITUDES	(2) SOLICITUDES SIN VALORAR	(3) PERSONAS CON RESOLUCIÓN DE GRADO Y NIVEL	(4) PERSONAS VALORADAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA						(5) RESOLUCIONES DE PERSONAS VALORADAS SIN GRADO (GRADO 0) NO DEPENDIENTES		(6) Nº PRESTACIONES ASOCIADAS A BENEFICIARIOS FALLECIDOS
				RESOLUCIONES PERSONAS VALORADAS EN SIT. DEPENDENCIA		PERSONAS CON PRESTACIÓN RECONOCIDA		PERSONAS PENDIENTES DE RECIBIR PRESTACIÓN				
	Nº	Nº	Nº	Nº	% (sobre 3)	Nº	%	Nº	%	Nº	% (sobre 3)	Nº
Andalucía	27,326	1,689	25,637	23,529	91.78%	22,666	96.33%	863	3.67%	2,108	8.22%	35,665
Aragón	5,188	473	4,715	4,482	95.06%	4,474	99.82%	8	0.18%	233	4.94%	5,727
Asturias	3,919	568	3,351	3,001	89.56%	2,958	98.57%	43	1.43%	350	10.44%	4,123
Baleares	3,587	296	3,291	3,075	93.44%	2,714	88.26%	361	11.74%	216	6.56%	4,332
Canarias	5,498	332	5,166	4,958	95.97%	4,861	98.04%	97	1.96%	208	4.03%	4,546
Cantabria	1,869	29	1,840	1,690	91.85%	1,604	94.91%	86	5.09%	150	8.15%	2,634
Castilla y León	11,410	209	11,201	10,454	93.33%	10,429	99.76%	25	0.24%	747	6.67%	13,796
Castilla - La Mancha	8,115	402	7,713	7,349	95.28%	7,103	96.65%	246	3.35%	364	4.72%	10,170
Cataluña	26,988	2,933	24,055	22,035	91.60%	19,235	87.29%	2,800	12.71%	2,020	8.40%	23,559
Com. Valenciana	16,114	1,223	14,891	14,249	95.69%	13,469	94.53%	780	5.47%	642	4.31%	19,778
Extremadura	4,569	395	4,174	3,732	89.41%	3,207	85.93%	525	14.07%	442	10.59%	3,653
Galicia	8,625	5	8,620	8,421	97.69%	8,379	99.50%	42	0.50%	199	2.31%	13,108
Madrid	16,137	13	16,124	14,700	91.17%	13,856	94.26%	844	5.74%	1,424	8.83%	19,872
Murcia	3,940	315	3,625	3,472	95.78%	2,945	84.82%	527	15.18%	153	4.22%	3,854
Navarra	2,064	1	2,063	1,903	92.24%	1,851	97.27%	52	2.73%	160	7.76%	2,546
País Vasco	9,211	10	9,201	8,306	90.27%	7,113	85.64%	1,193	14.36%	895	9.73%	10,405
Rioja, La	944	0	944	855	90.57%	748	87.49%	107	12.51%	89	9.43%	1,014
Ceuta	156	4	152	143	94.08%	130	90.91%	13	9.09%	9	5.92%	148
Melilla	155	18	137	126	91.97%	107	84.92%	19	15.08%	11	8.03%	200
TOTAL	155,815	8,915	146,900	136,480	92.91%	127,849	93.68%	8,631	6.32%	10,420	7.09%	179,130

Fuente: IMSERSO.

Tabla 10: Porcentaje de personas fallecidas en cada fase de reconocimiento de la situación de dependencia. Por CCAA. Información a 30 de junio de 2026

Ene-jun 2026	TOTAL SOLICITUDES		PERSONAS CON RESOLUCIÓN DE GRADO Y NIVEL		PERSONAS VALORADAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA					
					RESOLUCIONES PERSONAS VALORADAS EN SIT. DEPENDENCIA		PERSONAS CON PRESTACIÓN RECONOCIDA		PERSONAS PENDIENTES DE RECIBIR PRESTACIÓN	
	Nº	% fallec	Nº	% fallec	Nº	% fallec	Nº	% fallec	Nº	% fallec
Andalucía	469,968	5.8%	450,182	5.7%	366,703	6.4%	355,624	6.4%	11,079	7.8%
Aragón	63,180	8.2%	59,360	7.9%	51,525	8.7%	51,469	8.7%	56	14.3%
Asturias	50,826	7.7%	44,389	7.5%	35,410	8.5%	34,894	8.5%	516	8.3%
Baleares	50,682	7.1%	49,148	6.7%	39,115	7.9%	34,876	7.8%	4,239	8.5%
Canarias	86,500	6.4%	84,811	6.1%	75,800	6.5%	75,424	6.4%	376	25.8%
Cantabria	25,962	7.2%	25,562	7.2%	20,882	8.1%	19,457	8.2%	1,425	6.0%
Castilla y León	161,679	7.1%	158,131	7.1%	128,697	8.1%	128,490	8.1%	207	12.1%
Castilla - La Mancha	105,282	7.7%	102,187	7.5%	85,691	8.6%	82,648	8.6%	3,043	8.1%
Cataluña	431,467	6.3%	392,779	6.1%	298,825	7.4%	259,187	7.4%	39,638	7.1%
Com. Valenciana	245,572	6.6%	226,065	6.6%	194,415	7.3%	184,812	7.3%	9,603	8.1%
Extremadura	62,191	7.3%	58,814	7.1%	42,654	8.7%	37,582	8.5%	5,072	10.4%
Galicia	103,578	8.3%	103,546	8.3%	97,989	8.6%	97,442	8.6%	547	7.7%
Madrid	291,542	5.5%	290,810	5.5%	235,860	6.2%	222,158	6.2%	13,702	6.2%
Murcia	76,046	5.2%	70,139	5.2%	59,318	5.9%	51,402	5.7%	7,916	6.7%
Navarra	24,295	8.5%	24,208	8.5%	17,807	10.7%	17,354	10.7%	453	11.5%
País Vasco	122,230	7.5%	122,083	7.5%	88,161	9.4%	75,203	9.5%	12,958	9.2%
Rioja, La	15,311	6.2%	15,303	6.2%	10,673	8.0%	9,732	7.7%	941	11.4%
Ceuta y Melilla	5,931	5.2%	5,817	5.0%	4,334	6.2%	4,103	5.8%	231	13.9%
TOTAL	2,392,242	6.5%	2,283,334	6.4%	1,853,859	7.4%	1,741,857	7.3%	112,002	7.7%

Fuente: IMSERSO

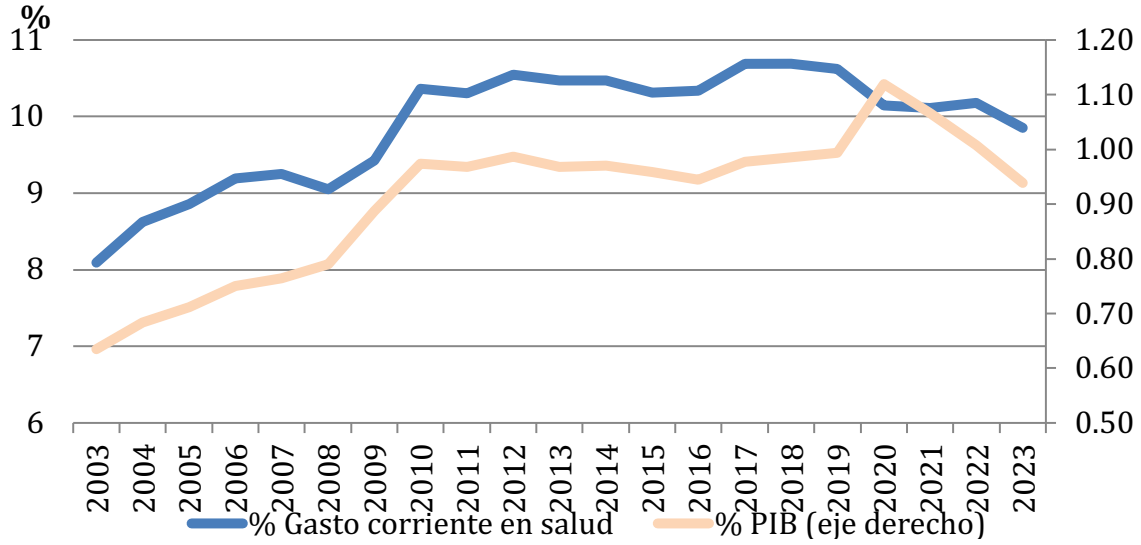
4. La financiación de la dependencia

5.1. El sistema de cuentas de salud: evolución del gasto público en servicios de larga duración en España

En esta sección presentamos la evolución del gasto público en servicios de larga duración desde el año 2003 hasta 2023, último ejercicio disponible en el Sistema de Cuentas de Salud.

En el Gráfico 15 se observa que, tras el fuerte aumento de 2009-2010, el peso del gasto público en cuidados de larga duración se ha mantenido relativamente estable, con una cierta desaceleración en los últimos años de la serie. El gasto público en cuidados de larga duración respecto del gasto corriente pasó del 10,12 % en 2021 al 9,86 % en 2023. Asimismo, el gasto en cuidados de larga duración respecto del PIB también experimenta una caída desde 2021 hasta alcanzar poco más del 0,9 %, cayendo unas 7 centésimas en 2023 respecto de 2022.

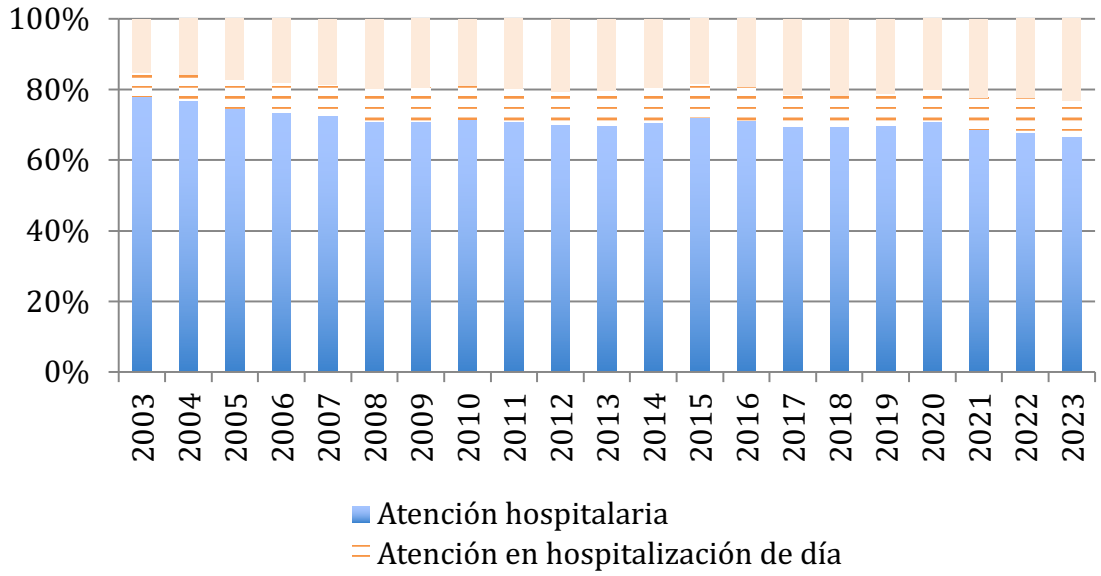
Gráfico 15: Cuidados de larga duración como % del gasto total en salud y PIB. 2003-2023. España



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud, Ministerio de Sanidad.

Se distinguen dentro del gasto en servicios de larga duración tres componentes principales (Gráfico 16): atención hospitalaria, atención en hospitalización de día y atención domiciliaria. Durante todo el periodo analizado, el gasto en atención hospitalaria es el que mayor peso registra dentro del total, aunque fue disminuyendo a lo largo del tiempo: en 20 años redujo su participación en 11 pp, pasando del 78 % en 2003 al 67 % en 2023. En cambio, el gasto en atención domiciliaria, que actualmente representa el 23 %, aumentó 8 pp respecto de 2003. Además, el gasto en hospitalización de día se mantuvo más estable, aunque es ligeramente superior en la actualidad, pasando del 7 % en 2003 al 10 % en 2023.

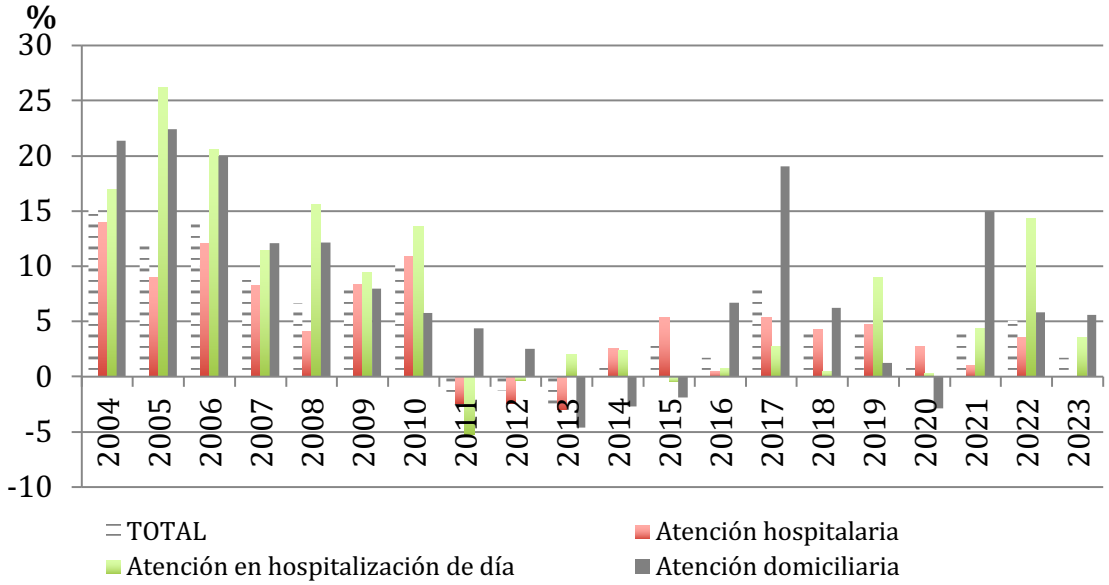
Gráfico 16: Gasto en cuidados de larga duración. Composición porcentual 2003-2023. España



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud, Ministerio de Sanidad.

Finalmente, en el Gráfico 17 se observa la evolución del gasto público en cuidados de larga duración en cada uno de sus componentes. El total de gasto en cuidados de larga duración aumentó en 2023 un 1,7 % respecto de 2022. Tras un cierto estancamiento en el periodo de crisis económica, se observa una recuperación moderada hacia los últimos años disponibles. En 2022 se observa un crecimiento importante del 14,4 % en el gasto en atención en hospitalización de día respecto del año anterior, que luego se desacelera pasando a una variación interanual del 3,5 % en 2023 respecto de 2022. Asimismo, el gasto en atención domiciliaria registra una subida del 15 % en 2021 y en los años posteriores la variación es positiva pero menor, cercana al 6 %. Por otra parte, el componente de atención hospitalaria se mantuvo relativamente estable desde 2018, aunque con una desaceleración en 2021 y un crecimiento casi nulo en 2023.

Gráfico 17: Gasto en cuidados de larga duración. Variación interanual 2004-2023. España



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud, Ministerio de Sanidad.

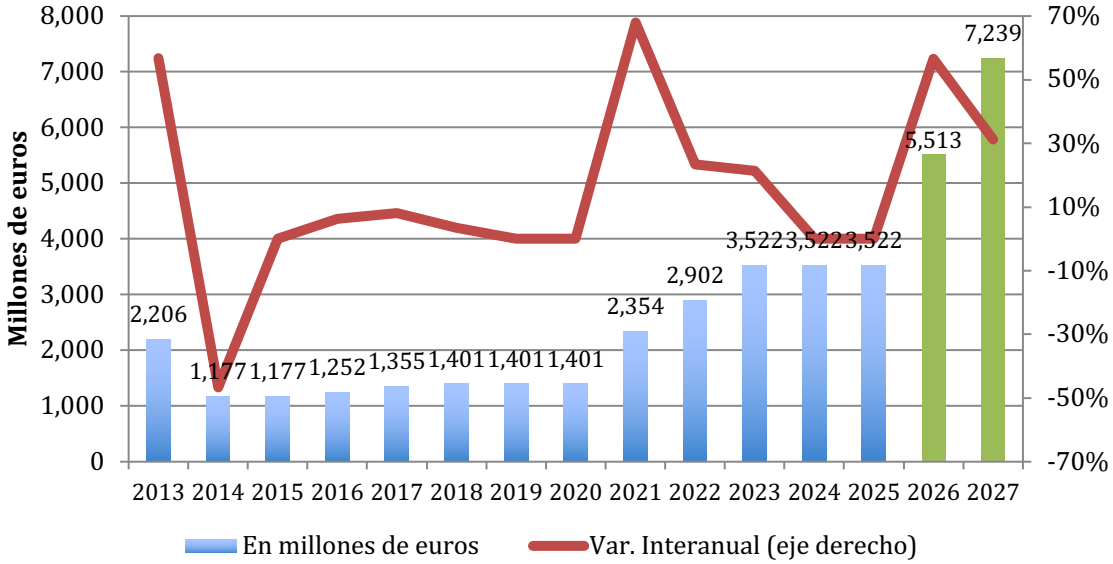
5.2. El presupuesto en dependencia

En los Presupuestos Generales del Estado se puede visualizar el monto asignado a la partida de dependencia, denominada "Programa de autonomía personal y atención a la dependencia". Durante los últimos años, el presupuesto en dependencia ha estado caracterizado por una cierta inestabilidad. Como puede verse en el Gráfico 18, los montos destinados a la dependencia se estancaron en 2019 y 2020 (presupuestos prorrogados) para luego crecer hasta 2023.

Posteriormente, en 2024 y 2025 se vuelven a prorrogar los presupuestos de 2023. Recientemente, el Real Decreto-ley 17/2026 ha supuesto un cambio histórico en la financiación estatal (Jiménez-Martín et al., 2026c). Se duplica la cuantía mínima para el Grado II, de 130 a 260 euros al mes, y se multiplica por más de dos la del Grado III, de 290 a 660 euros. Esto eleva la aportación del Estado a 5.500 millones de euros en 2026 y a más de 7.200 millones en 2027, acercando la corresponsabilidad estatal al 50 % del gasto total del sistema.

Otro hecho destacado, aún más reciente, es la aprobación de la reforma de la Ley de Dependencia por el Congreso de los Diputados el 16 de septiembre de 2026. Lo verdaderamente relevante de esta reforma es que se blinda por ley la obligación de que el Estado asuma el 50 % de la financiación del sistema. Esto es un cambio sustancial dado que los presupuestos dejarán de estar sujetos a los vaivenes del ciclo político y tendrán un respaldo legal.

Gráfico 18: Partida presupuestaria para Dependencia. En millones de euros y variación interanual. Presupuestos Generales del Estado. 2013-2027. España



Fuente: Estadísticas Presupuestos Generales del Estado Consolidados y Real Decreto-ley 17/2026. Notas: 2019: 2018 prorrogado y 2020: 2019 prorrogado. 2024 y 2025: 2023 prorrogado. 2026 y 2027: Real Decreto-ley 17/2026.

A nivel regional, en la Tabla 11 y el Gráfico 19 se muestra la evolución total del gasto que supone la atención a las personas en situación de dependencia por cada comunidad autónoma, es decir, el gasto público del SAAD. Esto incluye tanto la aportación de la Administración General del Estado (AGE) como las aportaciones de las administraciones autonómicas[4]. Se puede ver una evolución positiva del gasto del SAAD en los últimos años en todas las comunidades autónomas. A nivel nacional, en el año 2025 el gasto público en dependencia asciende a cerca de 14.000 millones de euros, un 8,4 % más que en 2024. Hay comunidades como Canarias, Baleares y Galicia que experimentan crecimientos superiores en su gasto en dependencia de entre el 15 % y el 18 %. Asimismo, otras comunidades también crecieron entre un 10 % y 13 % en este periodo, como Andalucía, Asturias y Cataluña.

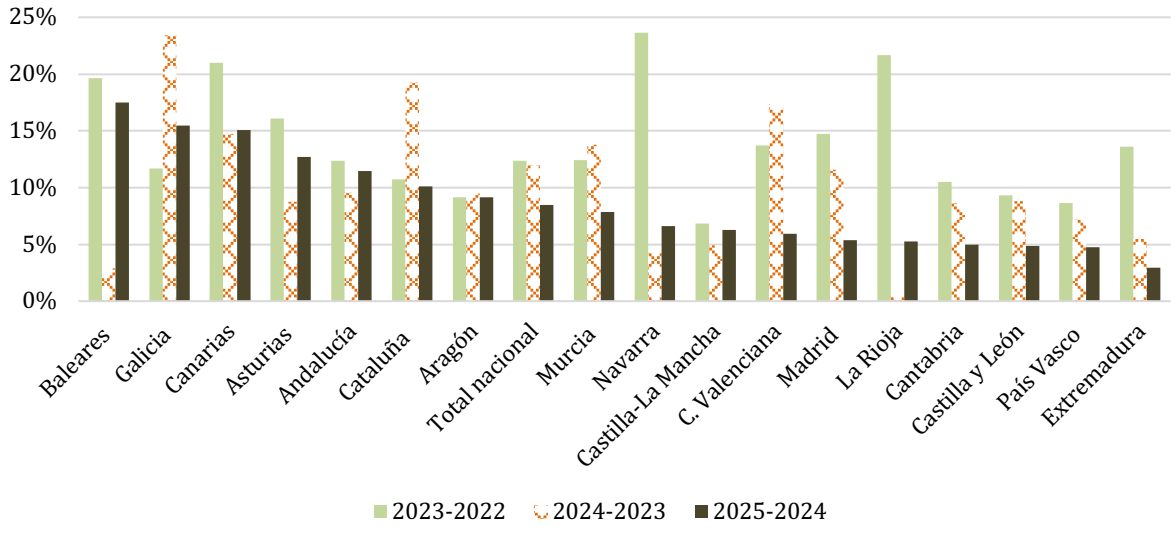
[4] El SAAD también se financia con recursos privados en forma de copago de los beneficiarios del SAAD que participan en función de su capacidad económica. El copago en promedio a nivel nacional es del 20 % como comentábamos en ediciones anteriores del Observatorio (Jiménez-Martín y Viola, 2022, 2024), habiendo algunas diferencias entre comunidades autónomas que oscilan entre un 10 % y 20 %. Otras estimaciones recientes establecen que el copago podría llegar a alcanzar el 40 % (Jiménez-Martín y Viola, 2026a).

Tabla 11: Gasto público SAAD (AGE más aportación CCAA) por CCAA. En millones de euros. 2021-2025

CCAA	2021	2022	2023	2024	2025
Andalucía	1.596,5	1.719,7	1.932,3	2.116,9	2.359,2
Aragón	243,1	267,4	291,8	319,5	348,8
Asturias	251,3	261,6	303,7	330,3	372,2
Baleares	197,5	232,7	278,4	286,3	336,5
Canarias	215,9	252,9	305,9	351,0	403,9
Cantabria	144,4	153,4	169,5	184,1	193,3
Castilla y León	702,8	747,0	816,8	888,7	931,7
Castilla-La Mancha	468,4	499,9	534,0	560,1	595,4
Cataluña	1.522,3	1.565,9	1.733,8	2.067,9	2.276,5
C. Valenciana	1.014,4	1.043,3	1.186,2	1.391,5	1.474,2
Extremadura	345,6	351,1	398,8	420,8	433,3
Galicia	429,4	461,0	514,9	635,6	733,7
Madrid	1.263,2	1.326,7	1.522,3	1.698,3	1.789,1
Murcia	248,1	259,8	292,1	332,4	358,4
Navarra	144,5	162,0	200,3	208,7	222,6
País Vasco	849,0	874,3	949,6	1.017,8	1.066,2
La Rioja	68,2	75,1	91,4	91,8	96,7
TOTAL NACIONAL	**9.704,6**	**10.253,8**	**11.521,8**	**12.901,6**	**13.991,5**

Fuente: IMSERSO

Gráfico 19: Gasto público SAAD por CCAA. Variación interanual. 2023-2025



Fuente: IMSERSO.

A continuación, mostramos en la Tabla 12 la participación de la AGE en relación con el gasto público del SAAD en cada una de las comunidades autónomas. Puede notarse un aumento importante de la aportación del Estado en los últimos años como es el caso de La Rioja y Andalucía, donde aumenta 17 pp y 9 pp entre 2021 y 2025, respectivamente. En casi todas las demás comunidades también ha

aumentado la aportación de la AGE y, a nivel nacional, pasa del 21 % en 2021 al 27 % en 2025, un crecimiento de 6 pp, similar al de Murcia, Madrid y Asturias (entre 5 y 7 pp).

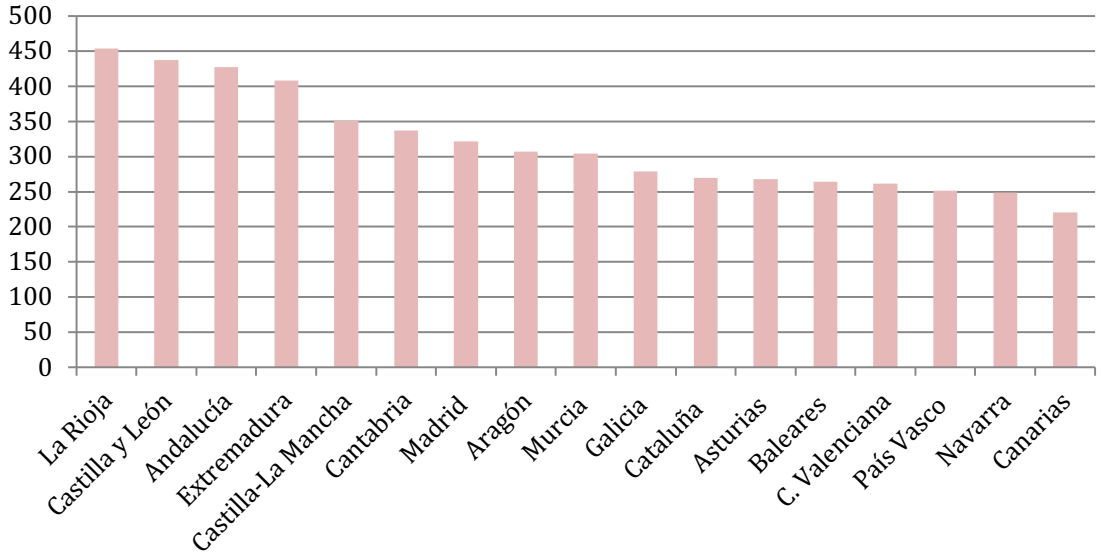
Por último, relacionamos la AGE respecto de la población de 65 años o más en cada comunidad (Gráfico 20). A pesar del aumento en la contribución del Estado en la financiación del gasto de dependencia del SAAD, todavía persiste una gran heterogeneidad, desde La Rioja, que recibe 453 euros por habitante de 65 años o más, hasta Canarias, Navarra y País Vasco, en el otro extremo, con 220-250 euros por habitante. En el rango de los 260-325 euros se encuentran Madrid, Aragón, Murcia, Galicia, Cataluña, Asturias, Baleares y Comunidad Valenciana. Por otra parte, en el rango de los 335-440 euros por habitante están Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Andalucía y Castilla y León.

Tabla 12: Aportación AGE por CCAA. En porcentaje respecto del total de gasto público SAAD. 2021-2025

CCAA	2021	2022	2023	2024	2025
Andalucía	25 %	33 %	38 %	35 %	34 %
Aragón	23 %	29 %	34 %	34 %	32 %
Asturias	19 %	26 %	25 %	26 %	24 %
Baleares	16 %	17 %	26 %	19 %	19 %
Canarias	20 %	22 %	29 %	25 %	25 %
Cantabria	20 %	30 %	33 %	25 %	29 %
Castilla y León	27 %	33 %	37 %	37 %	37 %
Castilla-La Mancha	22 %	26 %	30 %	30 %	29 %
Cataluña	19 %	25 %	23 %	23 %	22 %
C. Valenciana	15 %	21 %	22 %	20 %	22 %
Extremadura	18 %	23 %	22 %	25 %	27 %
Galicia	33 %	35 %	41 %	35 %	33 %
Madrid	21 %	26 %	29 %	27 %	28 %
Murcia	21 %	25 %	24 %	27 %	26 %
Navarra	16 %	18 %	19 %	19 %	19 %
País Vasco	12 %	14 %	16 %	15 %	15 %
La Rioja	23 %	26 %	41 %	39 %	40 %
TOTAL NACIONAL	**21 %**	**26 %**	**29 %**	**27 %**	**27 %**

Fuente: IMSERSO.

Gráfico 20: Gasto público SAAD-AGE respecto de la población de 65 años o más (en euros). 2025



Fuente: IMSERSO e INE. Nota: Datos de población de Estadística continua de población a 1 de enero.

5. El mercado laboral

6.1 La situación laboral en el sector de la dependencia según la EPA

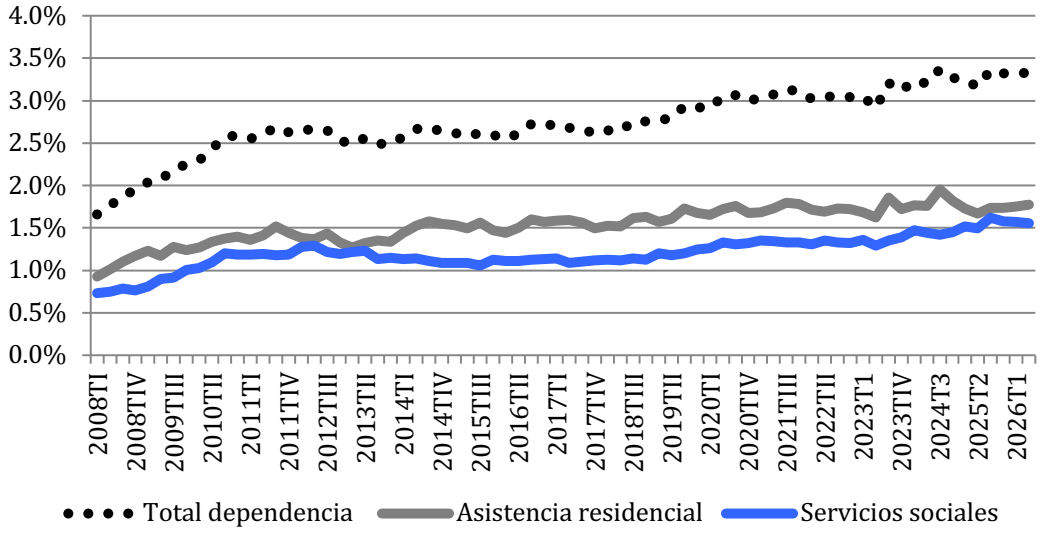
El sector sociosanitario que se especifica en la EPA se define en función de la Clasificación Nacional de Actividades Económicas de 2009 (CNAE 2009) e incluye dos grandes subsectores con su correspondiente desagregación, a saber:

1) ***Asistencia en establecimientos residenciales***: a. con cuidados sanitarios, b. para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia, c. para personas mayores y con discapacidad física y d. otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales.

2) ***Actividades de servicios sociales sin alojamiento***: a. para personas mayores y con discapacidad y b. otras actividades de servicios sociales sin alojamiento.

En primer lugar, analizamos la participación de los ocupados en el sector de la dependencia respecto del total de ocupados (Gráfico 21). Se puede ver claramente cómo en el periodo de pandemia, a partir del segundo y tercer trimestre de 2020, dicha participación alcanza un primer máximo (3,1 %), para descender ligeramente en 2023 y recuperarse en el primer y segundo trimestre de 2024, manteniéndose desde entonces en torno al 3,3 %. El subsector de asistencia residencial tiene una participación sobre el total ligeramente mayor (1,8 %) que el de servicios sociales (1,6 %), reduciéndose la brecha entre ambos subsectores en los últimos años.

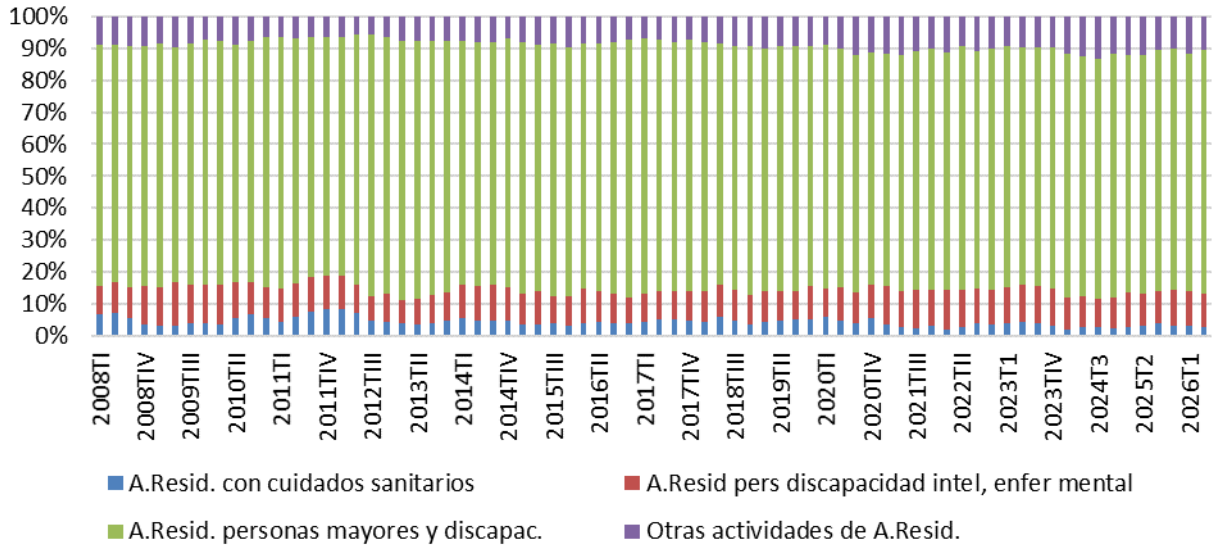
Gráfico 21: Participación de los ocupados en el sector de la dependencia sobre el empleo total. España. 2008TI-2026TII



Fuente: microdatos EPA-INE.

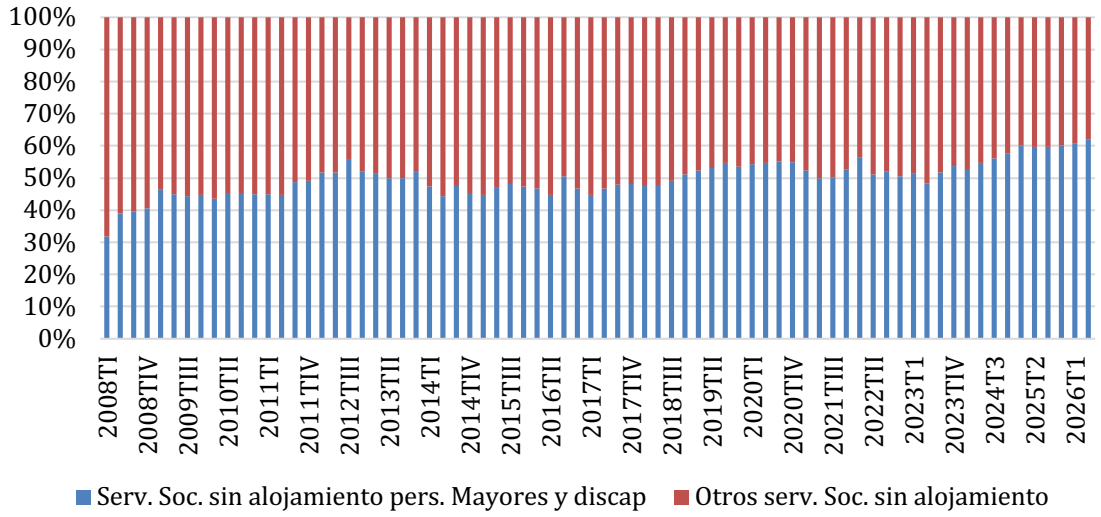
Dentro del subsector de asistencia residencial (Gráfico 22), el mayor peso lo tiene en la actualidad el componente de asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física, con un 76 %. Por otra parte, para el caso del subsector de servicios sociales (Gráfico 23), se observa que el componente de servicios sociales dirigido a personas mayores y con discapacidad dio un salto excepcional desde 2008, dado que en la actualidad alcanza una participación del 62 %, 30 pp más que en 2008. En cambio, el componente de otros servicios sociales disminuyó su participación en el tiempo (al revés de lo sucedido en el otro subsector) y representa en el segundo trimestre de 2026 un 38 %.

Gráfico 22: Distribución porcentual asistencia residencial según tipo de actividad. España. 2008TI-2026TII



Fuente: microdatos EPA-INE.

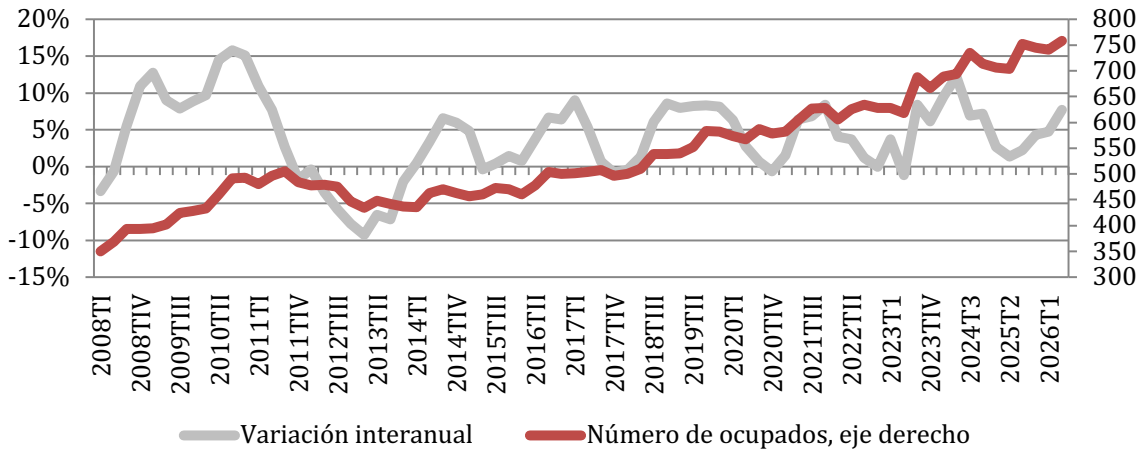
Gráfico 23: Distribución porcentual servicios sociales según tipo de actividad. España. 2008TI-2026TII



Fuente: microdatos EPA-INE.

En el Gráfico 24 se observa que el nivel de empleo en el sector de la dependencia ha mantenido una tendencia creciente en los últimos años, alcanzando en el segundo trimestre de 2026 cerca de 758 mil ocupados (un 2 % más que el trimestre anterior y aproximadamente un 8 % más respecto al mismo periodo del año anterior). Tras un periodo de estancamiento entre 2018 y 2020, el empleo en el sector inició una senda ascendente a partir de 2021. Aunque registró una contracción temporal durante la primera mitad de 2025, volvió a recuperar la tendencia al alza hacia finales de ese mismo año, consolidando su crecimiento durante 2026.

Gráfico 24: Variación interanual y número de ocupados en el sector de la dependencia (miles). España. 2008TI-2026TII

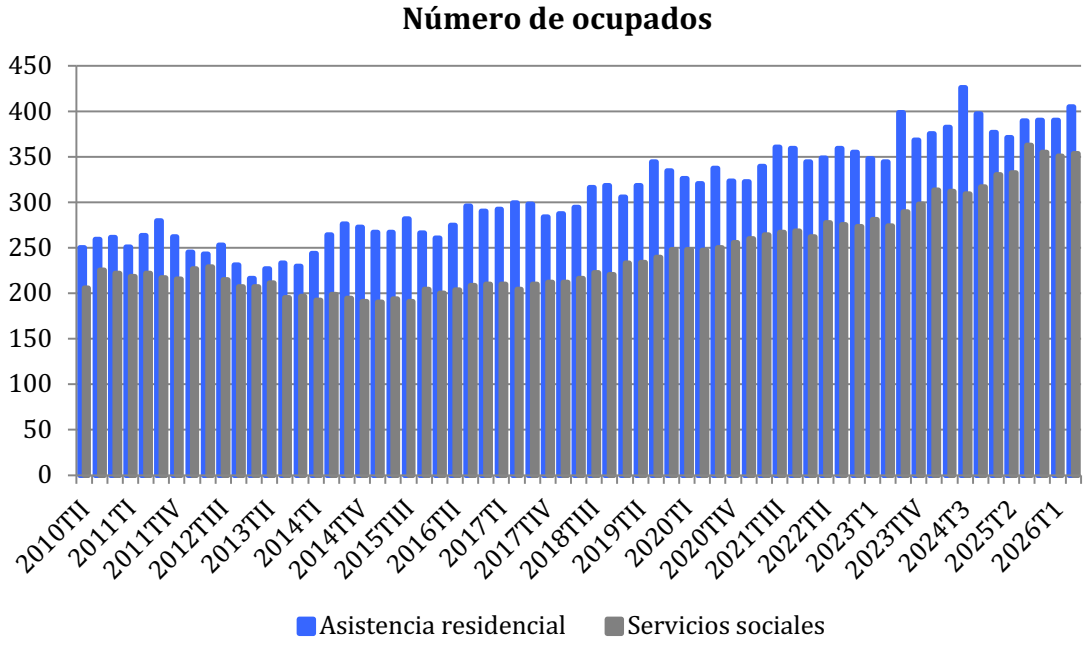


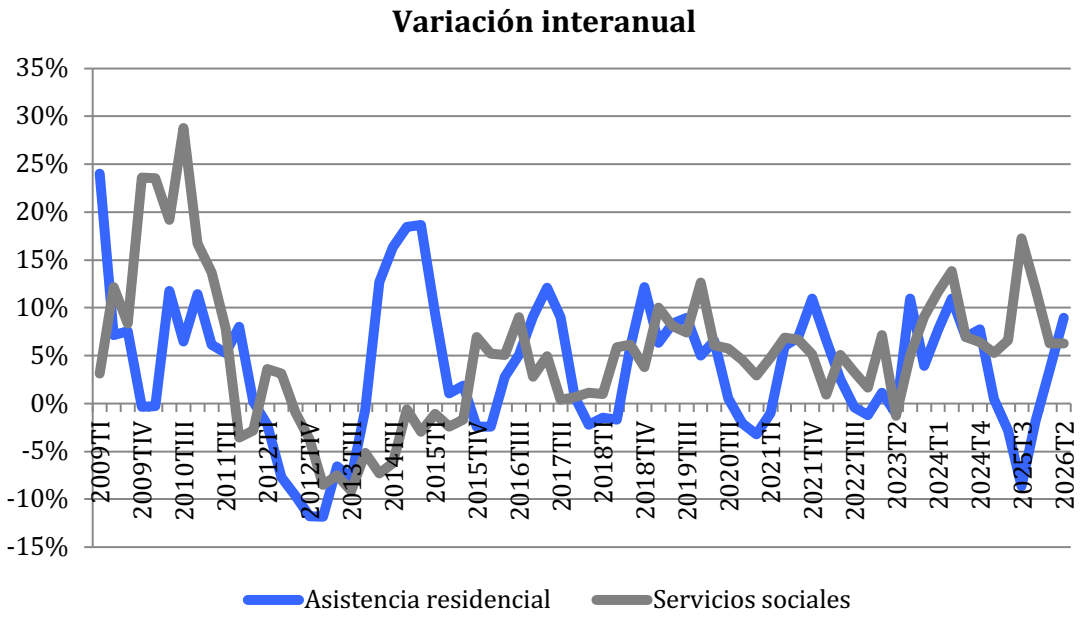
Fuente: microdatos EPA-INE.

En cuanto a la evolución del empleo por subsectores (Gráfico 25), la asistencia residencial alcanzó su máximo histórico en el tercer trimestre de 2024 con cerca de 426 mil ocupados. Tras ajustar a la baja durante 2025, año en el que llegó a registrar tasas interanuales negativas, el subsector inició una clara recuperación en 2026 hasta situarse en unos 405 mil ocupados en el segundo trimestre (+9,0 % interanual).

Por su parte, el subsector de servicios sociales sin alojamiento mantuvo un crecimiento interanual dinámico que se intensificó durante 2024 y 2025, alcanzando un máximo de 363 mil ocupados en el tercer trimestre de 2025 (+17,2 % interanual). A partir de entonces, el volumen de ocupados se estabilizó, cerrando el segundo trimestre de 2026 con aproximadamente 353 mil trabajadores (+6,3 % interanual).

Gráfico 25: Número de ocupados por subsector (miles) y variación interanual. España. 2008TI-2026TII



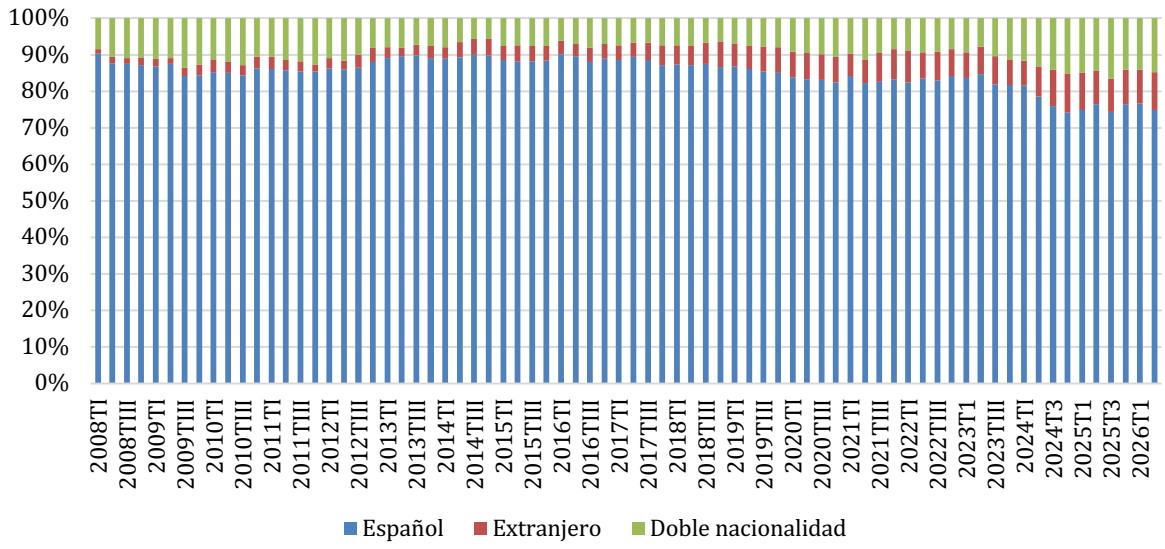


Fuente: microdatos EPA-INE.

También podemos analizar la distribución de los ocupados en el sector de la dependencia según nacionalidad. Podemos observar en el Gráfico 26 cómo en los últimos años ha venido creciendo el número de trabajadores de nacionalidad extranjera y los que tienen doble nacionalidad en el sector, cuyos pesos aumentaron aproximadamente 8,5 y 6,5 pp, respectivamente, en comparación con el año 2008.

Como consecuencia, la población ocupada de nacionalidad española pasó de representar el 90 % en 2008 (y niveles similares entre 2014 y 2016) a situarse en el 75 % en el segundo trimestre de 2026, lo que supuso una pérdida de 15 pp en el periodo.

Gráfico 26: Distribución porcentual de los ocupados en el sector de la dependencia por nacionalidad. 2008TI-2026TII

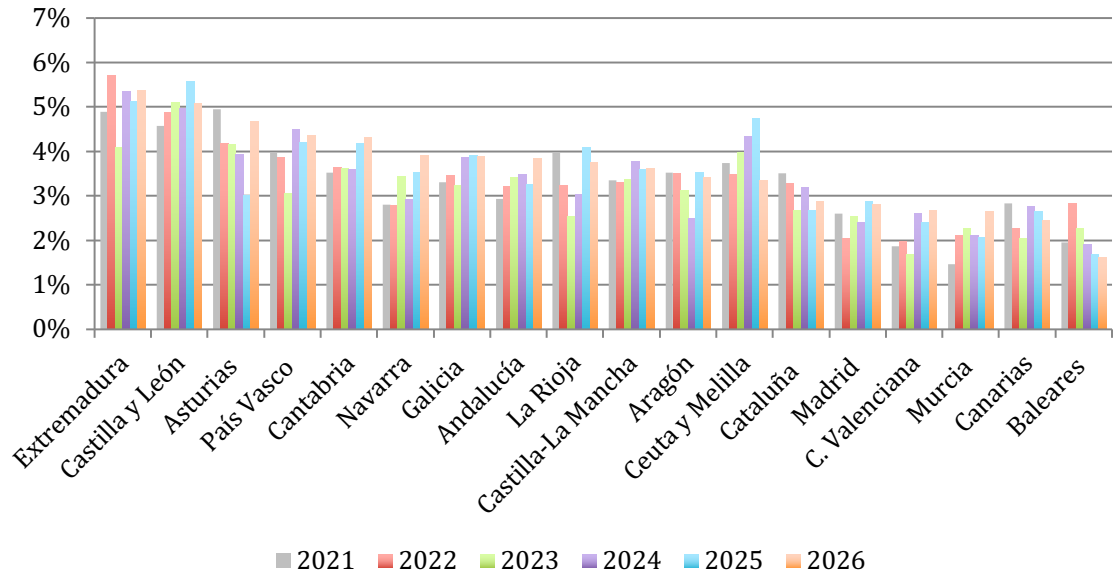


Fuente: microdatos EPA-INE.

Finalmente, el Gráfico 27 muestra la participación del empleo en el sector de la dependencia respecto al total del empleo por comunidades autónomas para el segundo trimestre de cada año en el periodo 2021-2026. En el segundo trimestre de 2026, regiones como Extremadura y Castilla y León continuaron liderando el peso del sector sobre el empleo total, registrando valores superiores al 5 % (5,4 % y 5,1 %, respectivamente), seguidas por Asturias (4,7 %), País Vasco (4,4 %) y Cantabria (4,3 %).

En cuanto a la evolución respecto a 2021, destacan los incrementos de Navarra y Murcia, cuya participación aumentó más de 1 pp a lo largo del periodo, así como los aumentos de Andalucía y Galicia. Por el contrario, comunidades como Cataluña y Baleares mostraron retrocesos en la participación de este sector sobre el total de su empleo, perdiendo cerca de 0,6 pp y 0,3 pp, respectivamente, en comparación con los valores de 2021 (llegando Baleares a caer hasta 1,2 pp desde su máximo de 2022).

Gráfico 27: Participación de los ocupados en el sector de la dependencia sobre el total por CCAA. 2021-2026. Segundo trimestre



Fuente: microdatos EPA-INE.

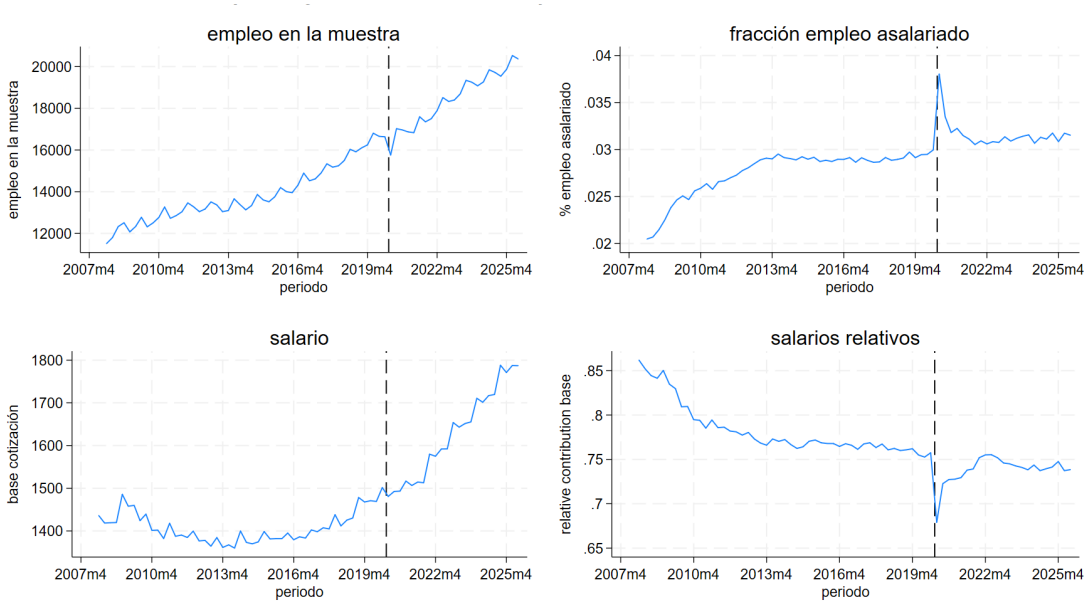
6.2. Empleo y salarios según la Muestra Continua de Vidas Laborales

En el Gráfico 28 presentamos la evolución del empleo y los salarios mensuales (aproximados por las bases de cotización mensuales corregidas por censura) en el sector de la dependencia con los últimos datos de la MCVL del año 2025. Como puede notarse en el panel superior, el nivel de empleo continúa una senda creciente importante desde mediados de 2020. Asimismo, el peso del sector sobre el empleo asalariado total se mantiene estable, ligeramente por encima del 3 %.

En cuanto al panel inferior, los salarios nominales también experimentan una tendencia al alza desde mediados de 2020 y la ratio entre los salarios del sector de

la dependencia y los salarios en general se estabiliza en los últimos años en torno al 75 %.

Gráfico 28: Empleo y salarios en el sector de la dependencia

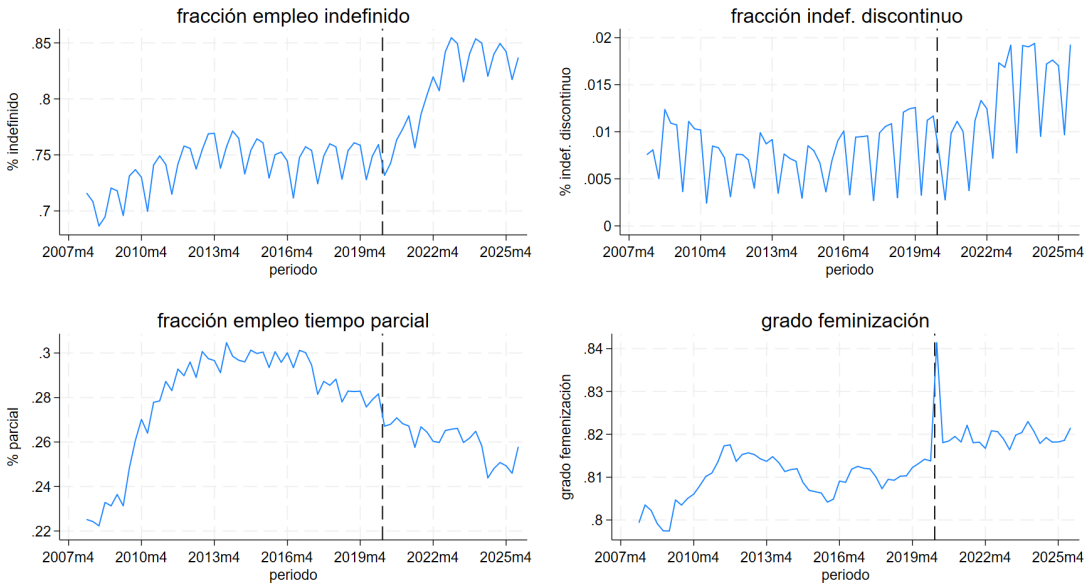


Fuente: MCVL.

En el Gráfico 29 presentamos indicadores relacionados con la estructura de la contratación en el sector. Observamos que la fracción de empleo indefinido alcanza valores más altos en los últimos años respecto a los años previos, cerca del 85 %, aunque con un leve descenso hacia mediados de 2025. Asimismo, dentro del contrato indefinido existe una modalidad de contratación, la de fijos discontinuos, habitual en trabajos de carácter estacional que alternan periodos de actividad e inactividad. Notamos que esta fracción se mantuvo relativamente estable, entre un 0,5 % y un 1,5 %, antes de 2021 y luego aumenta hasta alcanzar el 2 % hacia mediados de 2025.

Por otra parte, la fracción que trabaja a tiempo parcial comenzó a descender sostenidamente a partir de 2021 hasta situarse cerca del 25 % al final de la serie. Además, el grado de feminización del sector continúa siendo alto, situándose en el 82 % en los últimos tres años.

Gráfico 29: Estructura de la contratación en el sector de la dependencia

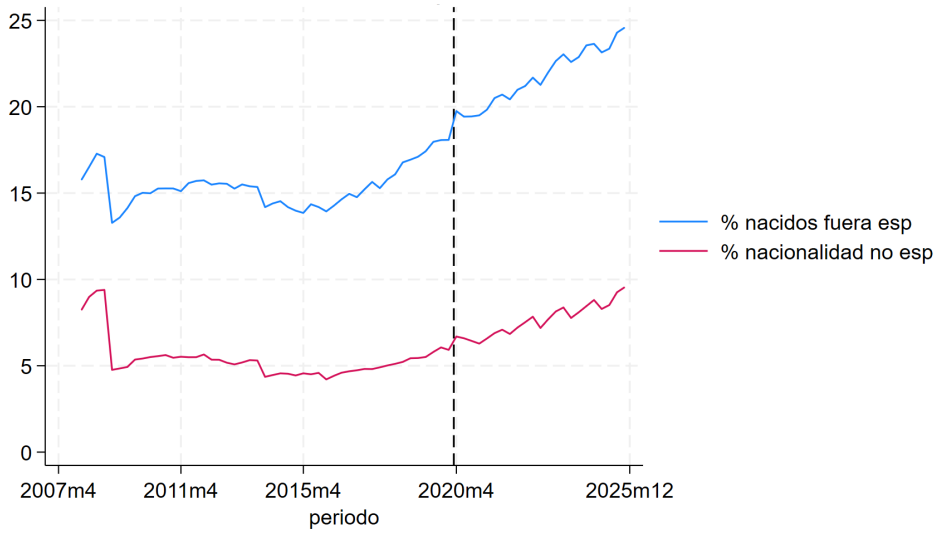


Fuente: MCVL.

En el Gráfico 30 mostramos la fracción de empleo según el país de nacimiento y la nacionalidad. Como puede verse, el porcentaje de población nacida fuera de España fue creciendo desde 2016 hasta alcanzar casi el 25 % a finales de 2025, unos 10 pp más que a mediados de la década de 2010. Asimismo, la proporción de trabajadores con nacionalidad no española se ha duplicado en el sector desde 2016 (de en torno al 5 % a cerca del 10 %).

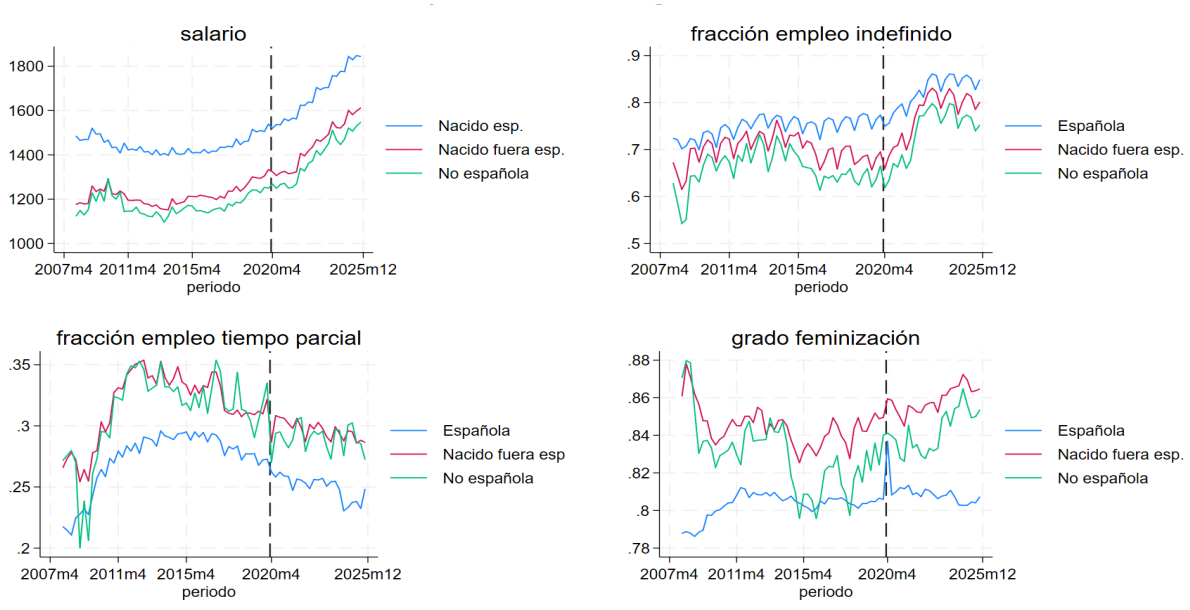
También en el Gráfico 31 comparamos diversos parámetros del empleo y los salarios según el país de nacimiento (España o extranjero) y la nacionalidad (española o no española). Encontramos sustanciales diferencias de acceso y salarios entre ambos colectivos. El salario muestra una brecha creciente entre los nacidos en y fuera de España, que en la actualidad supera los 200 euros mensuales. Además, el empleo indefinido, si bien aumenta en todos los colectivos, sigue siendo mayor en la población española. En cuanto al empleo en tiempo parcial, los trabajadores extranjeros presentan mayor parcialidad, aunque en descenso en los últimos años, hasta situarse algo por debajo del 30 %. Finalmente, se puede apreciar el mayor grado de feminización del colectivo de nacionalidad no española, entre un 84 % y un 87 %, frente al 80 %-82 % de la población española.

Gráfico 30: Fracción de empleo en el sector de la dependencia según la nacionalidad



Fuente: MCVL.

Gráfico 31: Empleo y salarios en el sector de la dependencia según la nacionalidad



Fuente: MCVL.

6. Apartado especial: La salud mental en los mayores

Aprovechamos la presente edición del Observatorio para introducir en el análisis información sobre el deterioro cognitivo en las personas mayores, que en la mayoría de los casos lleva aparejada una situación de dependencia. En España, se estima que afecta al 18,5 % de las personas de 65 años o más y al 45,3 % de las de 85 años o más (Costa-i-Font et al., 2026). En Gipuzkoa, casi dos tercios (63,9 %) de las personas de 60 años o más con demencia diagnosticada reciben prestaciones del sistema de dependencia, frente al 7,7 % de las que no la tienen (Zumeta-Olaskoaga et al., 2025). Asistimos a un envejecimiento de la población, uno de los rasgos más marcados de este siglo. Según las proyecciones de Naciones Unidas recogidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2026), las personas de 60 años o más pasarán de 1.100 millones en 2023 a 2.100 millones en 2050, y la población de 80 años o más se multiplicará por más de tres entre 2023 y 2060. En España, las personas de 65 años o más representan ya el 21,1 % de la población (INE, 2026), y el propio instituto prevé que la proporción siga aumentando hasta alcanzar un máximo del 30,9 % en 2076. Este cambio convierte la salud mental de la población mayor en una cuestión de salud pública prioritaria.

A escala mundial, la salud mental atraviesa ya una situación crítica en el conjunto de la población: alrededor de mil millones de personas, una de cada ocho, vive con algún trastorno mental, y estos trastornos representan el 13 % de la carga mundial de morbilidad (OMS, 2021, 2022). Entre las personas mayores, el problema tiene un peso propio. Se estima que alrededor del 14,75 % de quienes tienen 70 años o más presenta algún trastorno mental, principalmente ansiedad y depresión. Estos trastornos suponen el 6,8 % de los años vividos con discapacidad en ese grupo de edad, y el 16,6 % de las muertes por suicidio corresponde a personas de 70 años o más (OMS, 2026). La OMS advierte además de que estos problemas tienden a pasar inadvertidos o a tratarse de forma inadecuada, y de que el estigma puede disuadir de la búsqueda de ayuda.

La salud mental en la vejez depende del entorno físico y social y del efecto acumulado de las experiencias vitales. Entre los factores de riesgo específicos de esta etapa se cuentan el duelo, la reducción de ingresos, la pérdida de roles tras la jubilación y el deterioro de las capacidades físicas y mentales. La OMS destaca además tres factores:

- El aislamiento social y la soledad, que afectan a cerca de una cuarta parte de las personas mayores.
- El maltrato, que sufre una de cada seis, con frecuencia a manos de sus cuidadores.
- El edadismo, es decir, la discriminación por razón de edad, que puede perjudicar gravemente la salud mental.

Siguiendo también a la OMS (2026), se identifican como grupos de mayor riesgo quienes padecen enfermedades crónicas o demencia y quienes asumen el cuidado de un cónyuge con enfermedad crónica.

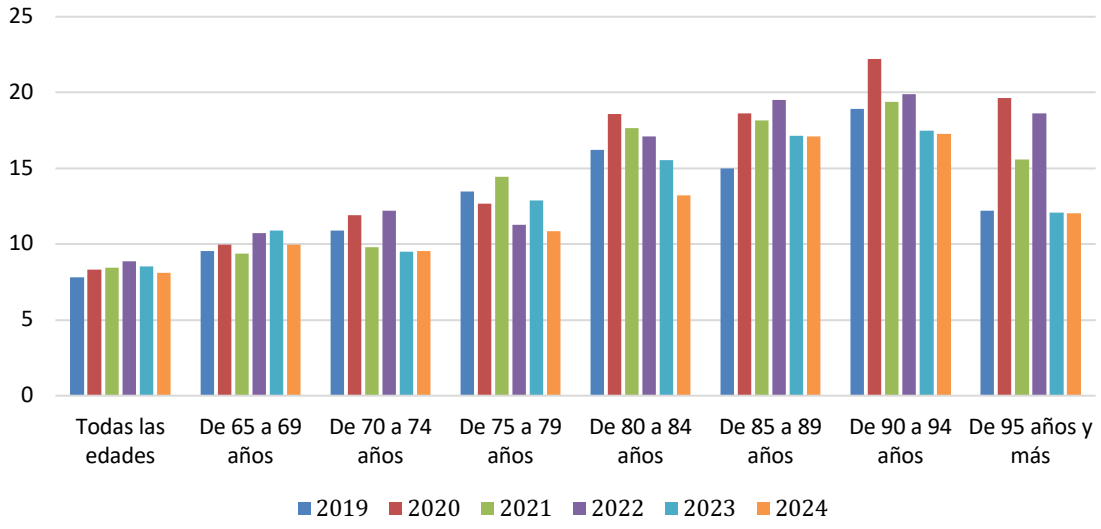
Algunas cifras para España

En España, el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2024 (Ministerio de Sanidad, 2025a), que recoge datos de 2023, registra 355,9 casos diagnosticados de trastornos mentales y del comportamiento por cada 1.000 habitantes en los registros de atención primaria. La cifra es mayor en mujeres (387,0) que en hombres (323,4). La prevalencia aumenta de forma progresiva con la edad: de 100,2 por 1.000 entre los 0 y los 4 años a 574,4 por 1.000 entre los 90 y los 94. Más del 40 % de la población de 50 años o más tiene diagnosticado algún problema de salud mental, proporción que supera el 50 % a partir de los 80 años.

Según este mismo informe, el trastorno de ansiedad es el problema de salud mental más frecuentemente registrado: 111,3 casos por 1.000 habitantes en 2023, más del doble en mujeres (143,3) que en hombres (77,9). La prevalencia ajustada por edad es de 106,0 por 1.000 (135,4 en mujeres, 74,6 en hombres), un 12,6 % menos que en 2021, año en que se alcanzó el valor más alto de la serie (121,3). La prevalencia aumenta con la edad y afecta a alrededor del 17 % de las mujeres de 40 a 79 años (Ministerio de Sanidad, 2025a).

Otro dato alarmante es la mortalidad por suicidio, que, si bien es multicausal, puede estar fuertemente vinculada a los trastornos de salud mental. La tasa de mortalidad por suicidio en España se ha mantenido relativamente estable entre 2019 y 2024, oscilando entre 7,8 y 8,8 por 100.000 habitantes (Gráfico 32). Sin embargo, todos los tramos de edad a partir de los 65 años presentan tasas sistemáticamente superiores a la media nacional, con un incremento progresivo a medida que avanza la edad y alcanzando sus valores más altos en los grupos de mayor edad (entre 17,3 y 22,2 por 100.000 según el grupo y año). En cuanto a la variación de los últimos años, afortunadamente se ha visto un descenso bastante generalizado a partir de 2023.

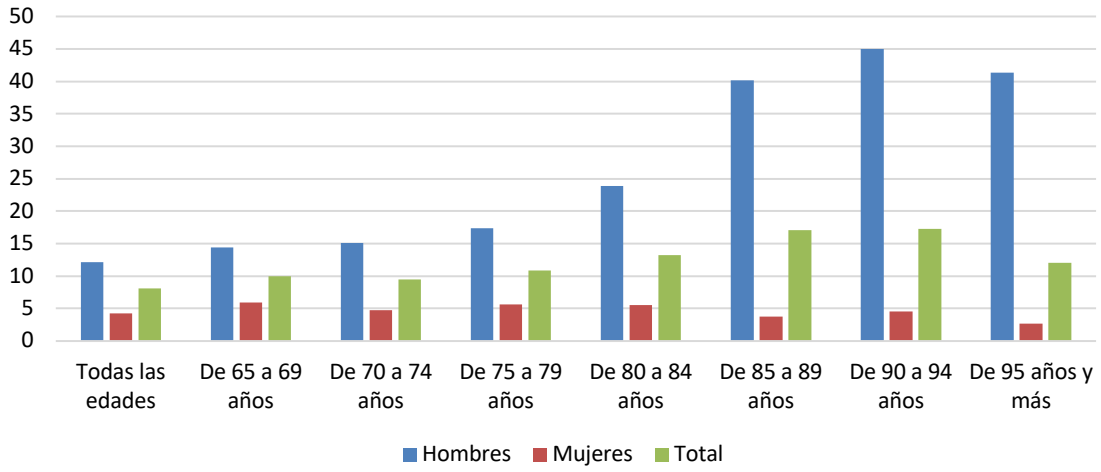
Gráfico 32: Tasa de suicidio por edad por 100.000 habitantes de cada grupo. España. Años 2019-2024



Fuente: INE, Estadísticas de defunciones según la causa de muerte, disponible en: https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=2589&capsel=2591

La brecha entre sexos se acentúa notablemente con la edad (Gráfico 33). En 2024, mientras que en el conjunto de la población la tasa masculina triplica a la femenina, en los grupos de 85 años o más la multiplica aproximadamente por diez o más. En el grupo de 85 a 89 años, la tasa masculina ha sido de 40,2 fallecimientos por 100.000 habitantes; en el de 90 a 94 años, de 45,0, y en el de 95 años y más, de 41,3. La de las mujeres en cada grupo de edad ha sido, respectivamente, de 3,8, 4,6 y 2,6 fallecimientos por 100.000 habitantes.

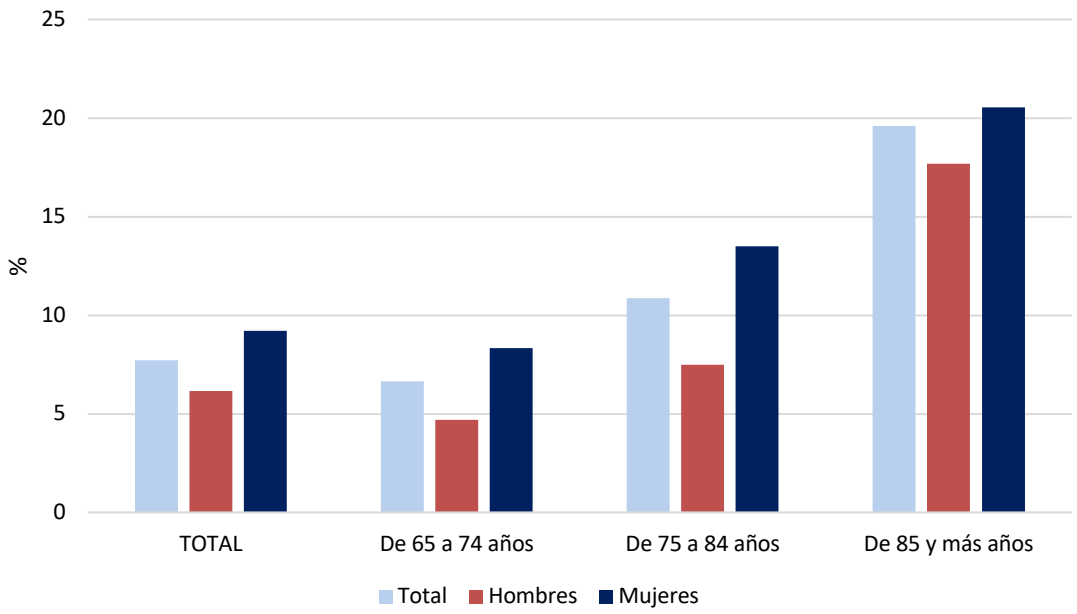
Gráfico 33: Tasa de suicidio por edad y sexo por 100.000 habitantes de cada grupo. España. Año 2024



Fuente: INE, Estadísticas de defunciones según la causa de muerte, disponible en: https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=2589&capsel=2591

Otras fuentes ofrecen datos complementarios, como la Encuesta Nacional de Salud, aunque es información provista por los propios individuos entrevistados y, por lo tanto, de índole subjetiva (autodeclarada). Un indicador relevante es la prevalencia de cuadro depresivo activo mayor, como puede verse en el Gráfico 34. Según la encuesta, la prevalencia aumenta significativamente con la edad, pasando del 6,6 % en el grupo de 65 a 74 años al 10,9 % entre los 75 y 84 años, y alcanzando un máximo del 19,6 % en la población de 85 y más años. Asimismo, se observa una clara brecha de género: en todos los grupos de edad las mujeres registran porcentajes superiores a los hombres, alcanzando en el grupo de 85 años o más una prevalencia del 20,5 % en mujeres frente al 17,7 % en hombres.

Gráfico 34: Prevalencia de cuadro depresivo activo mayor según sexo y grupo de edad. España. Año 2023



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2023.

En el ámbito epidemiológico y clínico, un estudio poblacional longitudinal realizado en Aragón estimó una incidencia anual de trastornos mentales graves de 51,70 por 100.000 habitantes en la población mayor de 65 años (Muñoz-Segovia et al., 2026). Por otra parte, los hallazgos de este estudio evidencian que, si bien la incidencia anual de ingresos hospitalarios por trastornos mentales en mayores de 65 años es similar a la de la población adulta general (57,12 por 100.000 habitantes), su perfil clínico resulta sensiblemente más complejo, caracterizado por una mayor presencia de trastornos del estado de ánimo y orgánicos, así como por un elevado nivel de discapacidad y polimedicación. Además, las desigualdades geográficas adquieren un matiz propio en la vejez, concentrando un exceso de casos en zonas de alta montaña y áreas especialmente envejecidas o dispersas. Todo ello pone de manifiesto la necesidad de adaptar las estrategias de salud mental hacia un modelo centrado en la persona mayor (que integre prevención, detección precoz y valoración geriátrica integral), al tiempo que se refuerza la atención comunitaria para corregir las brechas territoriales en el acceso a los cuidados.

Promoción, prevención y atención

Según la OMS (2026), las intervenciones recomendadas se orientan a crear entornos físicos y sociales que favorezcan un envejecimiento saludable. Incluyen reducir la inseguridad económica, garantizar viviendas y transportes accesibles, apoyar a las personas cuidadoras y promover hábitos saludables. También se contemplan programas dirigidos a grupos vulnerables, como quienes viven solos o en zonas remotas. Para reducir el aislamiento se citan las iniciativas de acompañamiento, los

grupos comunitarios, las actividades artísticas y educativas, el voluntariado y las intervenciones intergeneracionales. Contra el maltrato se proponen medidas legislativas, educativas y de apoyo a los cuidadores, como los servicios de relevo.

En el plano asistencial, la OMS subraya la detección y el tratamiento precoces mediante modelos de atención integrada y comunitaria, que combinen las intervenciones de salud mental con el apoyo social y de cuidados. Su Programa de Acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por sus siglas en inglés) ofrece protocolos clínicos basados en la evidencia para entornos no especializados, con recomendaciones específicas para personas mayores.

A escala internacional, el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 (OMS, 2021), respaldado por la 74.ª Asamblea Mundial de la Salud, promueve un enfoque que abarca toda la vida, con medidas de promoción, prevención y cobertura universal de la atención. La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 complementa este marco desde la perspectiva del envejecimiento (OMS, 2026).

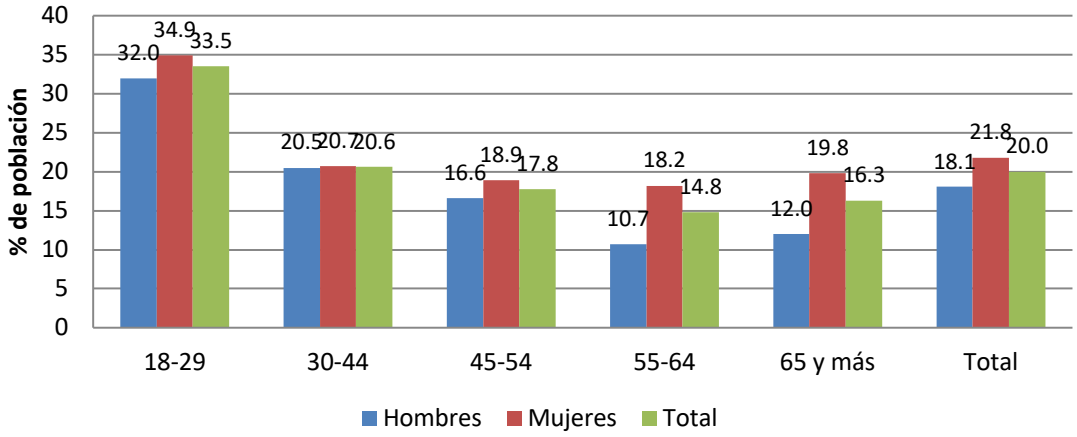
En España, el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 se enmarca en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. Fue aprobado por el Consejo Interterritorial el 4 de abril de 2025 y se estructura en ocho líneas estratégicas. Una de ellas se centra en los colectivos en situación de mayor vulnerabilidad, entre los que se incluyen las personas mayores (Ministerio de Sanidad, 2025b). El propio Plan considera a las personas de más de 65 años un grupo especialmente vulnerable a los problemas de salud mental y al suicidio. Prevé actividades de formación para profesionales sanitarios, sociales y personas cuidadoras, y fija como indicador que el 100 % de las comunidades autónomas desarrolle alguna actuación preventiva o de promoción dirigida a esta población (Ministerio de Sanidad, 2025c). En 2025, el Consejo Interterritorial aprobó el reparto de 39 millones de euros para el Plan de Acción de Salud Mental y de 17,83 millones para la prevención del suicidio (Ministerio de Sanidad, 2025d).

7.1 La soledad no deseada

Conviene empezar distinguiendo dos situaciones que a veces se confunden. La soledad elegida, o *solitud*, es un espacio buscado y puede ser fuente de bienestar. En cambio, la *soledad no deseada* es el sentimiento de tener menos relaciones, o de menor calidad, de las que realmente se querrían. La soledad no deseada es una dimensión cada vez más ligada a las personas en situación de dependencia.

En el Gráfico 35 se observa que la soledad no deseada afecta al 16,3 % de las personas de 65 años o más, por debajo de la media (20,0 %) y muy lejos de los jóvenes (33,5 %). Sin embargo, la brecha entre sexos en la población de 65 años o más es la mayor de todos los grupos etarios. Entre los mayores de 65, las mujeres sufren soledad no deseada en un 19,8 % frente al 12,0 % de los hombres, casi 8 pp de diferencia. Según el Barómetro de la soledad no deseada, esta situación está relacionada con la mayor esperanza de vida de las mujeres y con que suelen casarse con hombres mayores que ellas (Fundación ONCE y Fundación AXA, 2024).

Gráfico 35: Prevalencia de la soledad no deseada en España por sexo y edad, 2024



Fuente: Barómetro de la soledad no deseada en España 2024.

La edad por sí sola no es un factor decisivo de la soledad no deseada. La soledad no deseada es una combinación de circunstancias que acompañan a la vejez como pueden ser la discapacidad, la dependencia, vivir solo y la falta de un apoyo social y familiar (Fundación ONCE y Fundación AXA, 2026). Según el último Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026 (véase la Tabla 13), la soledad no deseada afecta al 20,2 % de los adultos, manteniéndose estable respecto del estudio anterior. Para el grupo de población mayor, el estudio del año 2026 señala que para las personas entre 65 y 74 años la prevalencia de la soledad no deseada alcanza el 17,2 % y en el grupo de 75 años o más es del 18,7 %, valores ligeramente superiores a los del estudio precedente.

Sin embargo, como puede verse en la Tabla 13, el escenario es diferente en las personas con discapacidad dado que la prevalencia de la soledad no deseada es del 31,2 % y, en la población en situación de dependencia, se sitúa en el 45,5 %, más del doble de la media. Además, la soledad no es transitoria: el 81,1 % de quienes la sufren lleva dos o más años en esa situación, y se retroalimenta con la salud mental, ya que el 58,4 % de las personas en soledad presenta problemas de salud mental, frente al 15,2 % de quienes no la sienten. Entre quienes combinan ambas situaciones, el 43,8 % ha tenido pensamientos autolesivos o suicidas.

Tabla 13: Prevalencia de la soledad no deseada en España 2026, indicadores clave.

Indicador	Dato
Soledad no deseada, población adulta	20,2 %
Soledad no deseada, personas con discapacidad	31,2 %
Soledad no deseada, personas con dependencia	**45,5 %**
Vive solo/a vs. acompañado/a	33,3 % vs. 17,5 %
Mujeres vs. hombres	23,2 % vs. 16,6 %
Soledad persistente (2 o más años) entre quienes la sufren	81,1 %
Problemas de salud mental entre personas en soledad	58,4 %
Pensamientos autolesivos o suicidas (soledad + salud mental)	43,8 %
Sin personas de apoyo: prevalencia de soledad	46,7 %

Fuente: Estudio sobre Soledad No Deseada y Salud mental en España 2026.

Los datos apuntan a un círculo vicioso entre dependencia, aislamiento y deterioro emocional. Por eso los autores insisten en respuestas integrales y comunitarias, no solo en tratamiento individual, y señalan como barreras el estigma, la dificultad para pedir ayuda y el coste del apoyo psicológico.

7. Conclusiones

A punto de cumplirse dos décadas de la entrada en vigor de la Ley 39/2006, el SAAD atraviesa un punto de inflexión en su financiación. El Real Decreto-ley 17/2026 y la reforma de la Ley de Dependencia aprobada por el Congreso han sentado las bases para un cambio estructural. La duplicación de la cuantía del nivel mínimo para el Grado II y su incremento de más del 120 % en el Grado III situarán la aportación del Estado en torno al 50 % del gasto total del sistema. Al blindar legalmente esta aportación, se reduce la vulnerabilidad de la financiación ante los vaivenes políticos y se refuerza la atención a la dependencia como derecho garantizado. Aun así, el gasto en cuidados de larga duración (en torno al 1 % del PIB) sigue lejos del promedio de la OCDE (1,9 %), y queda por ver cómo gestionarán las comunidades autónomas los nuevos recursos.

En el ámbito de la gestión, los datos muestran una mejora importante de las listas de espera o limbo de la dependencia, que se mantienen en torno a sus mínimos históricos, con 112.002 personas a junio de 2026 (107.327 en diciembre de 2025) y una tasa de pendencia del 6 %. Esta cifra se sitúa sensiblemente por debajo de los objetivos del Plan de Choque de 2021 (tasa máxima del 12,7 %) y supone un recorte de 13 puntos porcentuales respecto a 2019. Además, las personas beneficiarias crecen ya a mayor ritmo que las personas con derecho a prestación (11,2 % frente a 9,7 % interanual). No obstante, persisten importantes diferencias territoriales, con regiones donde la pendencia es prácticamente nula y otras que aún superan el 10 %, y 8.631 personas fallecieron en el primer semestre de 2026 sin llegar a recibir la prestación.

Se constata una paulatina transformación en la estructura de las prestaciones, orientada a reducir el peso de las ayudas económicas no profesionales en favor de los servicios formales. Las prestaciones para cuidados familiares, que representaban más del 50 % en 2009, se han reducido al 31 % en 2026, aunque las prestaciones económicas suponen todavía el 41 % del total. Paralelamente, el sector sociosanitario ha mostrado un gran dinamismo en el mercado laboral, hasta alcanzar cerca de 758.000 personas ocupadas. Esta expansión ha venido acompañada de una mayor estabilidad contractual, con un empleo indefinido en torno al 85 % tras la reforma laboral, y de una notable incorporación de personas trabajadoras de origen extranjero o con doble nacionalidad, que representan ya en torno al 25 % de la ocupación. Sin embargo, los salarios del sector se mantienen en torno al 75 % del salario medio.

Finalmente, el envejecimiento poblacional hace imprescindible abordar de forma prioritaria la salud mental de las personas mayores, un colectivo especialmente vulnerable al aislamiento, los duelos y el deterioro de sus capacidades físicas y cognitivas. Los elevados índices de trastornos afectivos y la mayor tasa de suicidio en las edades más avanzadas exigen un modelo de atención comunitaria e integrada entre los servicios sociales y sanitarios. El deterioro cognitivo, que afecta a casi una de cada cinco personas de 65 años o más, es una de las principales puertas de entrada a la dependencia, y su coste recae sobre todo en los cuidados informales (Costa-i-Font et al., 2026). Una vez encauzados los grandes problemas de volumen y acceso, los retos del SAAD deben priorizar la calidad de las prestaciones, la equidad territorial y la mejora de las condiciones formativas y retributivas de los profesionales.

Referencias

Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (2021). Plan de reducción de la lista de espera en el SAAD, abril, disponible en: https://imserso.es/documents/20123/97064/acuerdolistaespera20210430.pdf

Costa-i-Font, J., Jiménez-Martín, S., Oliva, J., Vilaplana-Prieto, C. y Viola, A. (2026). Long Term Care and Cognitive Impairment in Spain. NBER Working Paper 35464, julio.

Fundación ONCE y Fundación AXA (2024). Barómetro de la soledad no deseada en España 2024. Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (SoledadES), disponible en: https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Informe_Barometro%20soledad-v2.pdf

Fundación ONCE y Fundación AXA (2026). Estudio sobre soledad no deseada y salud mental en España 2026. SoledadES, disponible en: https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/VF_INF.FRE_.OBSESTUDIOSALUDMENTAL_4.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2026). Proyecciones de Población. Años 2026-2076. Nota de prensa, 18 de junio. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/Prensa/PROP20262076.htm

Jiménez-Martín, S. y Viola, A. (2026a). El gasto en dependencia en España. En Cadaval, M., X. Fernández, S. Lago, J. Martínez y F. Pérez (coords.) ¿Son sostenibles las trayectorias de gasto? XIII Jornadas RIFDE. Finanzas autonómicas. Valencia: Generalitat Valenciana e Ivie. pp. 82-105. Disponible en: https://www.ivie.es/wp-content/uploads/2026/05/Libro-completo-XIII-Jornadas-RIFDE-Valencia-2025.pdf

Jiménez-Martín, S. y Viola, A. (2026b). Los retos del Sistema de la dependencia, Apuntes 2026/04, Fedea, enero.

Jiménez-Martín, S. (coord.), Coll, V., J. Costa-Font, J. Estany, H. Hernández-Pizarro, G. Perera, A. Prades y T. Vilà (2026c). Atención a la dependencia en Catalunya. Retos, propuestas y lecciones para el conjunto de España. Fedea Policy Paper n.º 2026-04, julio. Disponible en: https://documentos.fedea.net/pubs/fpp/2026/07/FPP2026-04.pdf.

Jiménez-Martín, S. y Viola, A. (2024). Quinto informe del Observatorio de la Dependencia Fedea, Estudios sobre la Economía Española 2024-36, Fedea, julio.

Jiménez-Martín, S. y Viola, A. (2022). Cuarto informe del Observatorio de la Dependencia Fedea, Estudios sobre la Economía Española 2022-16, Fedea, julio.

Jiménez-Martín, S. y Viola, A. (2019). Tercer informe del Observatorio de la Dependencia Fedea, Estudios sobre la Economía Española 2019-42, Fedea, diciembre.

Ministerio de Sanidad (2025a). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2024. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm

Ministerio de Sanidad (2025b). El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprueba el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 (Nota de prensa). https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6650

Ministerio de Sanidad (2025c). Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_accion_salud_mental_2025_27.pdf

Ministerio de Sanidad (2025d). Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 (Nota de prensa sobre el reparto de fondos). https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6698

Muñoz-Segovia, A., Gómez-Latorre, I., Martín-Peña, I., Vivó-García, C., Lafarga-Molina, L., y Casanovas-Marsal, J.-O. (2026). Epidemiology of Severe Mental Disorders in Older Adults: A Population-Based Longitudinal Study in Aragón, Spain. Healthcare, *14*(17), 2687. https://doi.org/10.3390/healthcare14172687

Organización Mundial de la Salud (2021). Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029

Organización Mundial de la Salud (2022). Informe mundial sobre la salud mental: transformar la salud mental para todos. Ginebra: OMS. https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338

Organización Mundial de la Salud (2026). Salud mental de las personas mayores (Nota descriptiva). https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults

Zumeta-Olaskoaga, L., Ibarrondo, O., del Pozo, R., Zapiain, A., Larrañaga, I. y Mar, J. (2025). The Excess Direct Social Costs of Dementia-Related Neuropsychiatric Symptoms: A Regionwide Cohort Study Beyond Silos. *Value in Health*, 28(4), 536-544. https://doi.org/10.1016/j.jval.2024.10.3855

Información estadística (páginas web destacadas)

- Indicadores de dependencia en España y Europa:
  OECD Stat: http://stats.oecd.org
  Eurostat: https://ec.europa.eu/eurostat/data/database

- Mercado laboral:

Microdatos Muestra Continua de Vidas Laborales (Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones)
EPA-INE:
http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735976595

- Dependencia
  Portal de la Dependencia-SAAD:
  https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad
  Financiación SAAD:
  https://imserso.es/autonomia-personal-dependencia/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/financiacion-saad

- Datos población INE: Estadística continua de población a 1 de enero:
  https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177095&menu=ultiDatos&idp=1254735572981

- INE,
  Estadísticas de defunciones según la causa de muerte, https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=2589&capsel=2591
  Encuesta Nacional de Salud 2023, https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=11995&capsel=12531

- PIB regional: Contabilidad Regional de España. Base 2021.
  https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736167628&menu=ultiDatos&idp=1254735576581

- Presupuestos Generales del Estado. Ministerio de Hacienda.
  https://www.hacienda.gob.es/es-ES/Areas%20Tematicas/Presupuestos%20Generales%20del%20Estado/paginas/Presupuestos.aspx

ANEXO DE DEFINICIONES
Tabla A1: Definiciones y conceptos clave del SAAD

Variables clave del SAAD	Definición
Solicitante/solicitud activa	Trámite necesario que realiza una persona que padece algún tipo de dependencia para poder cobrar las prestaciones.
Resolución de grado	Una vez culminada la etapa de solicitud (que incluye la valoración del individuo), el órgano de valoración emite un dictamen propuesta donde se recoge el diagnóstico, el grado de dependencia y los cuidados que la persona pueda requerir.
Pendientes de resolución de grado	Solicitudes activas que no cuentan con resolución de grado. Solo incluye las solicitudes que no hayan sido valoradas ya con anterioridad. Es decir, si una persona solicita una revisión de su situación de dependencia, como ya tiene una resolución de grado, no está incluida en las personas solicitantes pendientes de resolución de grado.
Persona con grado reconocido/ Personas con derecho a prestación	Resoluciones de grado Grado III, Grado III Nivel 2, Grado III Nivel 1, Grado II, Grado II Nivel 2, Grado II Nivel 1, Grado I, Grado I Nivel 2 o Grado I Nivel 1.
Resoluciones PIA realizadas	Personas con grado reconocido que tienen una resolución de Programa Individual de Atención (PIA) activa registrada en SISAAD. Incluye las resoluciones de PIA con fecha de efectos (la persona ya recibe prestación) y sin fecha de efectos (la persona aún no recibe la prestación).
Pendientes resolución PIA	Personas con grado reconocido que no cuentan con una resolución de PIA activa ("Personas con grado reconocido-Resoluciones PIA realizadas").
PIA efectivo (entregado)/Personas con prestación	Resoluciones de PIA realizadas que ya tienen la fecha de efecto recogida en SISAAD. Es decir, la persona ya recibe el servicio o prestación.
Pendientes PIA efectivo	Resoluciones de PIA realizadas que no tienen fecha de efectos (la persona aún no recibe la prestación). Puede ser por diversos motivos, tanto por causas ajenas a la Administración como por causas imputables a la Administración, como por ejemplo que la persona aún no ha ingresado en la residencia y por lo tanto no ha empezado a recibir la prestación económica vinculada a dicho servicio, o que el Ayuntamiento que le corresponde está gestionando el servicio de ayuda a

	domicilio. Se calcula como "Resoluciones PIA realizadas-PIA efectivo (entregado)".
Prestaciones	El conjunto de servicios/prestaciones que se ofrecen para aquellas personas en situación de dependencia que se pueden clasificar en dos tipos: por un lado, las prestaciones económicas y, por otro, las prestaciones de servicios:
Prestaciones económicas	
Prestaciones para cuidadores en el entorno familiar	Se reconoce excepcionalmente y su finalidad es mantener al beneficiario en su domicilio atendido por cuidadores no profesionales (cónyuge, parientes por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco), siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda.
Prestación económica vinculada al servicio	Es de carácter periódico y se reconoce únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado. Esta prestación económica de carácter personal está, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio. Las Administraciones Públicas competentes supervisarán, en todo caso, el destino y utilización de estas prestaciones al cumplimiento de la finalidad para la que fueron concedidas.
Prestación económica para asistencia personal	Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.
Prestaciones de servicios	
La promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia	Tienen por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos.
Teleasistencia	Tiene el objetivo de atender a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la

	información y apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento y con el fin de favorecer la permanencia de los usuarios en su medio habitual.
Ayuda a domicilio	Comprende el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria o domésticas prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función.
Centros de día y de noche	Ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores.
Atención residencial	Ofrece una atención integral y continuada, de carácter personal, social y sanitario, que se prestará en centros residenciales, públicos o acreditados, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.

Fuente: elaboración propia a partir de IMSERSO, disponible en: https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/metodologia