

CAPÍTULO 2. DEMOGRAFÍA, ECONOMÍA E INFRAESTRUCTURAS DE LA DEPENDENCIA

José A. Herce*

José A. Puertas*

2.1. Introducción

2.1.1. El ecosistema de los cuidados de larga duración

En diciembre de 2006 se aprobó por amplia mayoría la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, denominada en corto “Ley de dependencia”¹. En su título preliminar, art. 2.2. se lee: “Dependencia [es] el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria [ADVB] o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.”

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, recomendó en 2022 un marco integrado para afrontar la dependencia en un mundo caracterizado por grandes diferencias socioeconómicas entre países y dentro de cada país, como un derecho básico de acceso a los cuidados de larga duración para las personas dependientes. Así, en su *Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care*, define el “sistema de cuidados de larga duración” como un “sistema nacional que asegura cuidados integrales y sin fisuras de larga duración que sean apropiados, asequibles y accesibles y que preserva por igual los derechos de las personas mayores [dependientes] y los de sus cuidadores” (WHO, 2022). Añade la OMS que el sistema de dependencia, entendido como sistema de cuidados de larga duración, no debería ser un sistema separado, sino construido sobre los sistemas laborales, sanitarios y de servicios sociales existentes, en la medida en que estos contribuyen a mejorar las capacidades físicas y mentales, y las habilidades funcionales, de sus usuarios.

El término “dependencia”, no obstante, apenas refleja la complejidad del ecosistema que debe crearse para asegurar la atención permanente e indefinida a personas que no pueden valerse por sí mismas, aquejadas de problemas de movilidad, otras discapacidades y/o enfermedades físicas y/o cognitivas. Dicho ecosistema comprende:

* Socios fundadores de LoRIS (Longevity & Retirement Income Solutions).

¹ Véase BOE, núm. 299, de 15/12/2006.

- la infraestructura necesaria para la atención permanente a grupos muy amplios de la población, llamados a crecer como consecuencia del envejecimiento² (tales como residencias y centros de día);
- los recursos humanos al servicio directo de las personas dependientes (cuidadores profesionales y no profesionales);
- el complejo sanitario al cuidado de personas dependientes, aquejadas a la vez de problemas de salud que se tratan en hospitales y centros de salud (intervenciones, consultas y visitas a domicilio);
- los proveedores de otros bienes y servicios (equipos, prótesis, seguros, asesoramiento financiero);
- la red de I+D e innovación que, a la postre, hace más eficiente al sistema y mejora continuamente la asistencia y calidad de vida de las personas dependientes, y, finalmente,
- la regulación que protege los derechos de las personas dependientes estimula y encauza la emergencia del sector de los cuidados e incentiva la rápida aplicación de los recursos necesarios.

Durante toda su historia, las sociedades humanas han tenido que afrontar, en el grupo familiar o en la comunidad más amplia, este tipo de problemas y siempre se han encontrado soluciones a una u otra altura del problema, no sin que, en cada caso, según la disponibilidad de recursos (financieros, materiales y humanos), se pudiesen resolver todos los problemas satisfactoriamente.

Lo que es nuevo en los tiempos recientes, debido a la inusitada prolongación de la vida experimentada desde la segunda mitad del siglo pasado, es la enorme incidencia de discapacidades y enfermedades físicas y cognitivas que se da a edades avanzadas. Incidencia que aumenta con la edad, al tiempo que lo hace el propio colectivo de personas de edad avanzada³.

² La vejez no es la causa necesaria ni directa de la dependencia, pero, como se verá más adelante, la probabilidad de ser una persona dependiente aumenta pronunciadamente con la edad. A los 80 y más años, un 39 % de las personas sufren dependencia severa. La proporción octogenaria en el grupo de 65 y más años está llamada a multiplicarse en los próximos 25 años.

³ No es el propósito de este capítulo profundizar en la "historia de los cuidados". Pero la historiografía y hasta el registro fósil muestran cómo esta es una constante del devenir de las sociedades más primitivas. Véase Tilley (2015) para la descripción de lo que muestra el registro fósil y la manera de identificar los cuidados en este tipo de evidencia, Laslett (1995) para un recuento del envejecimiento a través de la historia y Geremek (1987) para la historia del tránsito de la caridad informal a la asistencia institucionalizada. Las conclusiones de estas referencias pioneras y ampliamente citadas no han sido refutadas por la historiografía más reciente, si bien se han matizado algunas conclusiones y se han revisado algunos de los casos más espectaculares descritos en ellas en la línea de alejarse de la sobreinterpretación observable en algunas de las descripciones de esa literatura precursora. Pero, en general, se confirma con fuerza el hecho de que en la antigüedad (especialmente en la Edad Media, periodo con abundancia de textos, restos arqueológicos y huesos) el cuidado era frecuente, se hallaba organizado y social y comunitariamente integrado; no era excepcional ni exclusivamente caritativo.

En este capítulo queremos establecer el caso de la “economía de la dependencia” y explorar, con la intención de derivar implicaciones de *policy*, el enorme reto que la dependencia representa para la sociedad en los planos financiero, residencial y de toda la cadena de servicios. No entramos en los aspectos personales, familiares, comunitarios y socioinstitucionales de la dependencia, y tampoco en la esfera médica y de las enfermedades causantes de situaciones que exigen cuidados de larga duración, que se abordan en otros capítulos del volumen. Con todo, hay que dejar claro que este enfoque más material está estrechamente ligado a los anteriores, a los que abastece de soluciones prácticas tan necesarias como las soluciones procedentes de las ciencias de la salud.

A diferencia de lo que se observa en otros países de nuestro entorno, en España se utiliza, en el discurso social y político, más la expresión “dependencia” que “cuidados de larga duración”. En el imaginario español, el primer término viene asociado a historias personales y familiares muy cercanas, algunas de ellas devastadoras para las personas que sufren la dependencia y para sus familiares. Devastadoras en el plano emocional, pero también en el plano financiero, que, en muchos casos, ahonda el primero en una dramática espiral de impotencia y tristeza.

2.1.2. La dependencia y la *silver economy*

Cortos, a la vez que muy necesarios, nos parecen estos párrafos previos antes de empezar a tratar “la economía de la dependencia”, como pretendemos hacerlo en este capítulo, aportando cifras, argumentos financieros y contables, criterios de sostenibilidad, reglas de escasez, justificando copagos, cotizaciones o impuestos o estableciendo límites físicos y financieros dictados por la necesidad de asignar los recursos escasos de la manera más racional y equitativa posible, a la vez que sostenible en el tiempo⁴.

Cada ladrillo, euro, hora de servicio o sonrisa que se presta a una persona que lo necesita se le deja de prestar a otra persona o a sí mismo, y se actúa dentro de marcos normativos, familiares, comunitarios, sociales e institucionales y también sujetos a restricciones de todo tipo. La coherencia entre aspiraciones en este campo y recursos disponibles suele escasear, pero la economía nos recuerda la premisa mayor (de los recursos escasos) a cada instante con una frialdad exasperante. Y si la ignoramos, tarde o temprano nos pasa factura, a veces de la manera menos esperada.

La dependencia emerge, diríase que para nuestro disgusto, entre dos manifestaciones muy agudas y un tanto disociadas del envejecimiento: la escasez de medios y recursos de todo tipo, por un lado, y el espejismo de la *silver economy*, por otro. Desde esta

⁴ En la sección final de conclusiones y recomendaciones, para no cargar el texto principal, se avanzarán medidas, en nuestra opinión, necesarias para la sostenibilidad, la suficiencia y la equidad del SAAD y, por ende, de todo el sistema de bienestar español, hoy muy sesgado hacia las pensiones públicas. Este programa del estado del bienestar, claramente refractario a reformas para contener el crecimiento de su gasto, absorbe crecientes recursos sin reparar suficientemente en el hecho, bien probado por los datos, de que detrás de una persona pensionista, con probabilidad creciente con la edad, hay una persona dependiente.

última, se nos presenta la vida sénior como una estampa de “sonrisa profident”: él y ella cogidos de la mano, cabellos rubios o plateados, exhibiendo la susodicha sonrisa, paseando descalzos por una apacible playa de fina arena y vestidos de blanco *ad-lib*. Acompaña a esta idílica estampa el anuncio de una cornucopia sectorial de bienes y servicios, nichos de empleo y multimillonarias cifras de negocio. Por otra parte, todo este entramado contrasta vivamente con la otra cara de la realidad, la que se escamotea en el espacio público, la que está desasistida de medios, la de las listas de espera nutridas de personas que no pueden esperar.

Contra una visión edulcorada de la vejez, legítima, pero poco realista, la dependencia proyecta una luz problemática, carente de medios y soluciones innovadoras. Y contra la perspectiva de las cifras de negocio que se proyectan, una concepción lúcida de la dependencia nos advierte que la economía de los cuidados de larga duración solo puede desarrollarse aplicando reglas de trato con las personas mayores que respondan a una elevada exigencia ética, reglas que vayan más allá de los estándares exigibles en las meras transacciones mercantiles o financieras.

2.1.3. La ineludible dimensión financiera y patrimonial de la dependencia

Una sociedad avanzada en su organización política y económica y en su cultura no puede obviarla: la dimensión financiera y patrimonial de la dependencia es enorme y las complicaciones que surgen de estas esferas no hacen sino agravar las circunstancias individuales, familiares y comunitarias hasta extremos rayanos en la quiebra de la economía de los hogares, situación en la que la salud financiera es una cara más de la salud general, pues el enfoque financiero de la dependencia no es sino una cara de aquella. Según estimaciones preliminares, de aplicarse el modelo descrito en el magnífico *Libro Blanco de la Dependencia* (2005) que precedió a la adopción de la ley del mismo nombre, el despliegue del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) —incluyendo tal modelo residencias, centros de día, cuidadores formales a domicilio y prestaciones económicas— exigía unos 26 millardos de euros en el periodo de 2007 a 2015. La realidad, sin embargo, superó con mucho las estimaciones. En efecto, el montante aplicado durante este periodo fue más de dos veces mayor y, en la actualidad (2026), pueden estimarse en algo más de 20 millardos de euros anuales los gastos, estatales, autonómicos y locales y los copagos familiares.

Independientemente de que un programa público de atención a la dependencia nos parezca caro o barato, el problema es que escalar de esos 20 millardos (gasto público más copagos actual) a varias veces más (incluyendo el gasto formal privado e internalizando el gasto informal y oculto) no se hace de la noche a la mañana cuando el margen existente es prácticamente nulo ante la necesidad de financiar las pensiones con el recurso a transferencias anuales cada vez mayores que ya se cifran por encima del equivalente a las emisiones de deuda soberana netas. Un 1,5 % del PIB no es un gasto público excesivo para un sistema de dependencia; esta ratio es, de hecho, la que se observa hoy en la OCDE, siendo la de España del 1 % (gasto estrictamente público). Pero el envejecimiento hace que el número de personas dependientes (básicamente personas octogenarias) se multiplique a medida que pasa el tiempo, con el peligro potencial de llegar a absorber el 5 % o el 6 % del PIB en 25 o 30 años (*vid. infra*).

Transcurridas dos décadas desde la aprobación de la Ley de dependencia, este resultado resulta desalentador. La dependencia no se afronta solo con cuidadores, que, por supuesto, son imprescindibles, sino también con infraestructuras, equipos, I+D y regulaciones que organicen y estimulen la colaboración entre las instituciones, los sectores productivos y de servicios y los hogares.

2.1.4. La dependencia, contingencia previsional por excelencia del siglo XXI

La dependencia es ya un pilar básico del estado del bienestar, junto a la educación y la sanidad universales, las pensiones contributivas y no contributivas, los complementos de renta mínima (ingreso mínimo vital – IMV y programas autonómicos). Es, de hecho, la gran contingencia previsional del siglo XXI, como lo fueron el seguro de accidentes de trabajo y la viudedad y orfandad, a finales y principios de los siglos XIX y XX, respectivamente, y las pensiones de jubilación en la segunda mitad del siglo XX.

Este ensayo complementa los restantes capítulos del presente volumen con un análisis ordenado de los aspectos económicos, financieros y “patrimoniales” de la dependencia para establecer el perímetro del gran reto que supone su estallido. Sí, “estallido”, porque, a pesar de que las cifras vienen advirtiendo (y augurando) un futuro muy problemático, diríase que los responsables públicos no entienden lo que está por pasar.

La dependencia se expresa en un espacio funcional y económico ya considerable, y rápidamente cambiante, entre lo social y lo sanitario, sin acabar de pertenecer a ninguno de estos ámbitos, aunque mantenga estrechas ligazones con ambos. Pero mientras “lo social”, *stricto sensu*, solamente precisa de partidas presupuestarias relativamente modestas y buenas regulaciones de elegibilidad de los beneficiarios de sus prestaciones, y “lo sanitario”, ya dotado desde hace décadas de recursos humanos, infraestructuras, equipos y proveedores, también requiere presupuestos más considerables para personal, mantenimiento e I+D, la dependencia necesita una brutal escalada en todo tipo de recursos especializados (muchos de los cuales, sencillamente, hoy no existen) en funciones que no corresponden ni a lo social ni a lo sanitario, sino a la que denominaremos frecuentemente en lo sucesivo con la expresión “cadena de los cuidados de larga duración”, o “cadena de los cuidados”, a secas.

Esta escalada es lo que, en España y en muchos otros países, parece muy difícil de lograr, incluso en los próximos 25 años, si no se planifica con la premura e intensidad necesarias. Esta será, seguramente, la tarea más importante que deberán afrontar los agentes políticos, institucionales y sociales, y también los hogares, en los próximos años.

2.2. La demografía de la dependencia

2.2.1. Los grupos poblacionales afectados

La espina dorsal de la delimitación funcional de la dependencia y de su clúster de oferta y demanda, así como de la estimación de sus principales variables y paráme-

tros, es el número de “personas dependientes que reciben prestaciones”. Hasta llegar a esta categoría, no obstante, la primera categoría poblacional relevante es la “población potencialmente dependiente”⁵.

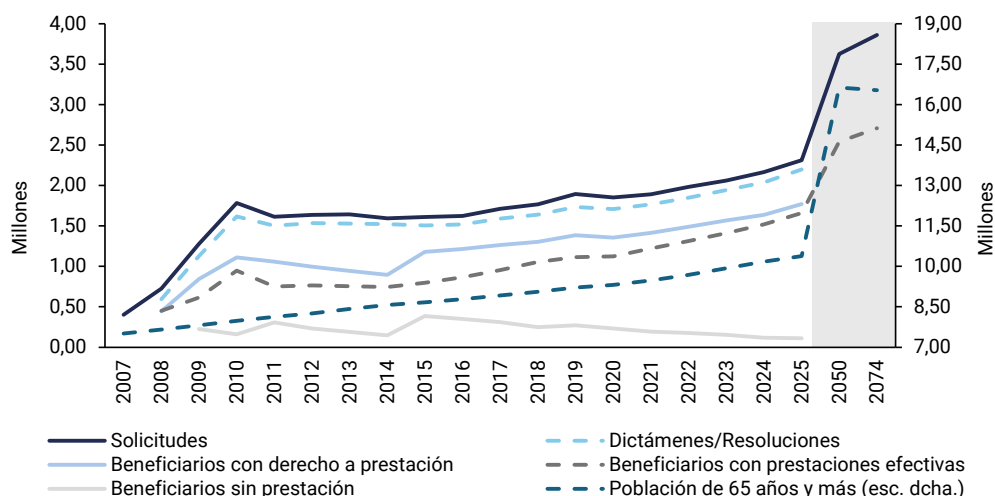
Este grupo de población de todas las edades se estimaba a finales de 2025 en 6,8 millones de personas (un 13,8 % del total de la población residente) y podría pasar a ser de unos 12,1 millones en 2050 (un 22,1 % del total) y de 13,1 millones en 2074 (un 23,9 % del total); es decir, en la segunda mitad de este siglo, entre una quinta y una cuarta parte de la población residente sería potencialmente dependiente. La población pensionista representa hoy más de una quinta parte de la población total. Entre este grupo se encuentra el grueso de la población potencialmente dependiente. De ahí que se pueda afirmar, lo que tiene importantes derivadas para la formulación de las políticas correspondientes, que *detrás de cada persona pensionista hay una persona dependiente con probabilidad creciente con la edad*⁶.

A partir de esta categoría, hoy nos encontramos con un número de solicitudes de prestaciones de dependencia de 2,3 millones y con un número de beneficiarios de prestaciones de 1,7 millones. En 2050, estos números podrían haber crecido a, respectivamente, 3,6 y 2,5 millones, y en 2074 a 3,9 y 2,7 millones, como se refleja en el gráfico 1.

Gráfico 1

La demografía de la dependencia en España

Dependencia y población de 65 y más años (2007-2025-2074)



Fuentes: Elaboración LoRIS con datos de SAAD e INE.

⁵ Se denomina así a una estimación realizada con metodología del IMSERSO para cuantificar, por grupos de edad, el riesgo potencial de padecer una situación de dependencia. Puede consultarse esta metodología en las páginas 16 y 17 de: https://imsero.es/documents/20123/118708/metodologiasaad_20250228.pdf/bd8b2c4d-083e-cf77-6299-2f90145a41fe

⁶ Véase la nota al pie precedente y más abajo, en el cuerpo principal de este capítulo.

Este imponente aumento futuro, básicamente debido a la concentración de la población total en los tramos de edad más afectados por la dependencia, se puede establecer usando los datos del IMSERSO sobre incidencia de la dependencia como palanca de la proyección, incluso adoptando hipótesis moderadas sobre la incidencia de la dependencia en la población por grupos de edad⁷.

2.2.2. Detrás de una persona jubilada hay una persona dependiente con probabilidad creciente con la edad

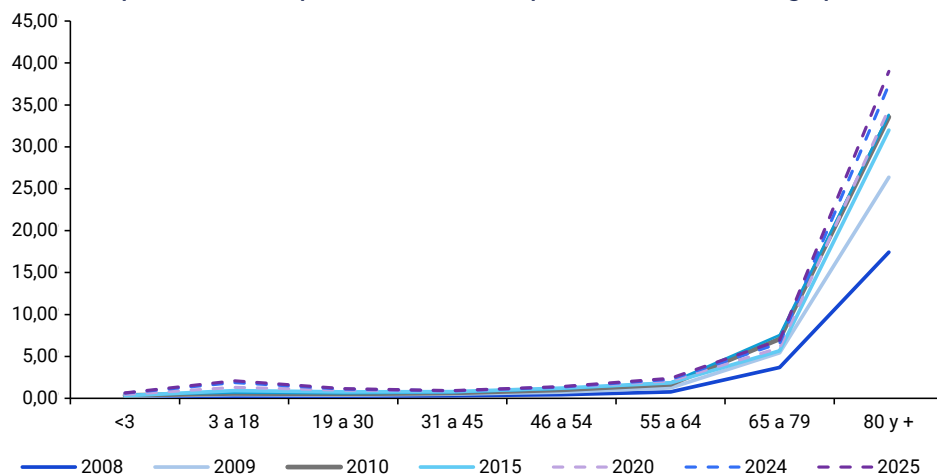
Este encabezamiento resume la naturaleza del problema al que se enfrenta la sociedad. Si la financiación de las pensiones plantea problemas por la cuantía de cada prestación y por el elevado número de pensionistas, la afirmación anterior no deja lugar a dudas de que, además de la naturaleza tan especial de los cuidados de larga duración, por su dimensión humana y por su coste, cabalgamos a lomos de un corcel desbocado. Lo que literalmente significa el encabezamiento de este epígrafe es que, a partir de los 80 años, la probabilidad de ser una persona dependiente es casi del 40 %. Hoy, en la población española, hay 3,1 millones de personas de 80 y más años, cifra que en 2050 podría haber ascendido a 5,9 millones (y a 6,3 millones en 2074).

El gráfico 2 recoge las solicitudes de prestación de dependencia por grupos de edad desde la implantación de la Ley de dependencia. Así calculadas, las tasas de incidencia de la dependencia muestran con claridad la explosión de la dependencia a edades

Gráfico 2

Tasas de incidencia de la dependencia por edad (2008–2025)

Solicitudes de prestación de dependencia en % de la población total de cada grupo de edad



Fuentes: Elaboración LoRIS con datos de SAAD e INE.

⁷ La proyección del número de personas dependientes se ha realizado de manera ilustrativa asumiendo como estables las ratios de incidencia por edades de los últimos años, pero puede observarse que estas tasas de incidencia aumentan a medida que transcurre el tiempo y con más fuerza a edades más avanzadas. Al mismo tiempo, cabe esperar que los avances terapéuticos contribuyan a frenar, quizá a revertir, al menos en parte, esta deriva de las tasas de incidencia (véase gráfico 2, más abajo).

más elevadas y en las que se viene concentrando cada vez más población, tendencia que se acentuará en las próximas décadas. Esta “explosión de la dependencia” a la que se acaba de aludir es, en realidad, debida a la composición de la población, cada vez más sesgada hacia las cohortes de edades avanzadas, en las que se aglomera la incidencia de la dependencia.

Entre las personas de 80 y más años, la tasa de dependencia se acercaba, en 2025, al 40 %, mientras que, por debajo de los 65 años, apenas superaba el 2 % en ese año (media de los grupos de 3 a 18 años y de 55 a 64 años). Como se observa en el gráfico 2, las curvas de 2008 y 2009 reflejan la implantación gradual, si bien rápida, del SAAD en el tiempo, desde poco después de la aprobación de la Ley de dependencia en 2006, mientras que las curvas de 2010 a 2025 reflejan en parte este fenómeno de maduración progresiva de implantación del sistema, según se desplazan hacia arriba, con el tiempo, las curvas de los primeros años.

La evolución de las tasas de incidencia durante estas dos primeras décadas de implantación de la Ley de dependencia permite anticipar, sin necesidad de hacer hipótesis inciertas o debatibles sobre la mayor o menor incidencia futura, una perspectiva bastante fiable: el crecimiento sostenido, en términos absolutos y relativos, del número de personas dependientes en la sociedad española.

2.2.3. La dimensión poblacional de la dependencia

La clave de la “Economía de la Dependencia y los Cuidados” se encuentra, pues, en la proporción de la población mayor española, de cuyo creciente peso en el conjunto de la población se desprende la necesidad de desplegar la red de infraestructuras y servicios de cuidados públicos, privados (formales, concertados o no) y directos (prestados por familiares o contratados formales e informales).

Sin que se pueda decir que las cifras estadísticas disponibles capten bien la verdadera dimensión del problema, pues los recursos domésticos (no catalogados) se aplican con profusión, es ineludible partir de una base cuantitativa de la población oficializada por el SAAD, como la que se presenta en el cuadro 1.

Los datos del cuadro 1 hablan por sí solos, y si todavía fuese necesario reiterarlo, permiten ver tanto el destacable desarrollo demográfico de la población española como la emergencia del grave problema de la dependencia que solo va a acrecentarse en los próximos lustros. Ni siquiera el freno que, según proyecta el INE, podría tener el crecimiento de la población española en el tercer cuarto del presente siglo, va a mitigar la explosión de la dependencia debido justamente al incesante aumento de las personas de edades avanzadas o muy avanzadas. Nótese, simplemente, el vertiginoso aumento proyectado en el número de personas de 100 y más años, que pasa de algo más de 19.000 en 2025 a algo más de 91.000 en 2050 y a casi 250.000 en 2074.

La dependencia, más que ninguna otra pata del estado del bienestar, es la que más agudamente sufre la deriva observable en la composición por edades de la población, dado que su incidencia crece exponencialmente con la edad. No deja de aumentar intensamente incluso ante el estancamiento proyectado de la población en el periodo 2050-2074.

Cuadro 1

La explosión de la dependencia en España

Población y dependencia en España 2010-2074				
	2010	2025	2050 (c)	2075 (c)
Población total	46.667.174	49.442.844	54.884.721	54.588.195
Población de 65 y + años	7.982.998	10.378.179	16.635.798	16.535.027
En % de la población total	17,11	20,99	30,31	30,29
Población de 80 y + años	2.367.173	3.105.570	5.912.864	6.657.761
En % de la población total	5,07	6,28	10,77	12,20
Población de 100 y + años	9.289	19.491	90.930	245.154
En % de la población total	0,02	0,04	0,17	0,45
Población PD (a)	5.519.302	6.834.469	12.118.061	13.044.844
En % de la población total	11,83	13,82	22,08	23,90
Solicitudes	1.783.047	2.313.201	3.626.187	3.861.109
En % de la población total	3,82	4,68	6,61	7,07
Beneficiarios CP (b)	948.019	1.659.164	2.542.467	2.707.181
En % de la población total	2,03	3,36	4,63	4,96

(a) Población potencialmente dependiente (véase: https://imserso.es/documents/20123/118708/metodologiasaad_20250228.pdf/bd8b2c4d-083e-cf77-6299-2f90145a41fe)

(b) Beneficiarios con prestación (reconocida y en percepción).

(c) Proyección INE (población) y LoRIS (población dependiente, ver nota más abajo).

Nota: Para 2050 y 2074 se han proyectado las cifras de población de dependencia con las tasas de incidencia observadas en 2025.

Fuentes: Elaboración LoRIS con datos del INE y del SAAD (<https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad>).

2.3. La geometría normativa, funcional y espacial de la dependencia en España: objetivos, necesidades y recursos

2.3.1. Marco legal y regulatorio

La Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y a las Familias se aprobó el 30 de noviembre de 2006 y entró en vigor el 15 de diciembre de ese mismo año. La respaldaron 295 votos a favor del PSOE y el PP (un 84 % del Congreso de los Diputados). Votaron en contra CiU, EA y PNV (y Navarra Bai se abstuvo), por entender que la ley invadía competencias exclusivas de las comunidades autónomas reconocidas en sus respectivos Estatutos de Autonomía y, en el caso de las comunidades forales, que afectaban a su autonomía financiera.

La esperanza de los partidos que votaron en contra o se abstuvieron, en su momento, de que con el tiempo se corregirían los problemas que causaron su rechazo, no se ha visto reflejada en cambios legales ni pactos bilaterales. No solo no se han resuelto los contenciosos competenciales, sino que, al poco de aprobarse la ley, la crisis de 2008 redujo la participación financiera del Estado muy sensiblemente, dejando, hasta hoy, la asunción del elevado coste de la dependencia que, no obstante, sigue muy por debajo de lo que sería preciso, en manos de las comunidades autónomas (un 27,1 % a

cargo de aquel frente a un 72,9 % a cargo de estas, según datos de 2024). De poco ha servido, sin embargo, como se verá más adelante, la defensa de la igualdad de todos los ciudadanos, vivan donde vivan, motivo que el gobierno de José Luis Rodríguez Zapatero, impulsor de esta norma, esgrimía para justificar la asunción de competencias susceptibles de ser definidas como autonómicas. De hecho, las diferencias en materia de protección de las personas dependientes son acusadas entre las comunidades autónomas españolas.

El derecho de los ciudadanos a las prestaciones del SAAD no es un derecho constitucional (no está en los artículos 14 a 29 de la CE), sino un derecho subjetivo de ciudadanía —garantizado por el artículo 1 de la Ley de dependencia— a recibir prestaciones, y exigible, si se cumplen los requisitos establecidos, ante la administración y, en su caso, ante los tribunales. Aparte del artículo 1, la ley contempla una definición precisa de los derechos y obligaciones de las personas con dependencia (art. 4) y de las prestaciones en efectivo y en especie (servicios) para estas personas (art. 24), así como la atribución de grado (y nivel, en su momento) (arts. 26 y 27) y la valoración y el reconocimiento administrativo de la condición de persona dependiente (art. 28).

El SAAD se encuentra, pues, plenamente estructurado desde la promulgación de la Ley 39/2006, en la arquitectura prevista en el Libro Blanco, y entra ya en su vigésimo año de puesta en marcha. Pero la ley nació sin ficha financiera y, de ello, junto a los ineludibles ajustes tras veinte años de funcionamiento y los imponderables del camino (en particular, la pandemia), se deducen importantes retos de cara al futuro, como son la mejor definición de la “cadena de cuidados”, las listas de espera, el modelo residencial y el modelo de financiación.

Pero hay una segunda parte que tiene que ver con la descentralización de la gestión del SAAD: son las comunidades autónomas las que, mediante acuerdos bilaterales con la Administración General del Estado (AGE), gestionan el día a día de la dependencia en sus respectivas jurisdicciones, con la salvedad del País Vasco, donde son las diputaciones forales las que mantienen convenios bilaterales con el Gobierno Vasco. El IMSERSO se encarga de una coordinación general que, a juzgar por la fuerte dispersión de resultados de gestión, no está resultando fácil de ejercer. Lo cierto es que los problemas financieros del SAAD se han visto agravados por este modelo de gobernanza que ha acabado desplazando la carga sobre las espaldas de las comunidades autónomas y los hogares (*vid. infra*).

2.3.2. Infraestructuras y recursos humanos para la dependencia

La atención a la dependencia requiere infraestructura física, propiamente dicha, equipamientos, especialistas, cuidadores y conexiones con el hogar y/o el complejo sanitario. La dependencia es una condición que evoluciona en cada individuo, demandando, en general, un alargamiento y una mayor complejidad en la cadena de cuidados. Implica de manera progresiva a todos los eslabones de esta cadena, con el concurso decisivo de los familiares de la persona dependiente, y reclama cada vez más recursos de todo tipo.

En el aspecto material, se requiere, de entrada, la adaptación del hogar de la persona dependiente y la aportación de cuidados formales o informales: la adopción del botón de aviso y la teleasistencia, la asistencia de cuidadores o servicios a domicilio, la estancia por unas horas de la persona dependiente en un centro de día o, finalmente, el ingreso en una residencia.

En cuanto al ineludible proceso de salud, que discurre paralelamente a la trayectoria de servicios recién descrita, la mayor prevalencia de incidentes y problemas de salud de la persona dependiente exige una coordinación especial entre los cuidados de dependencia, propiamente dichos, y la atención médica. Esta coordinación requiere una “continuidad” funcional que no puede llegar, por razones obvias, a convertir los hogares o las residencias en hospitales, ni a convertir los hospitales en residencias. La coordinación, por tanto, más que material, debe ser funcional, siendo el médico de familia el eslabón clave en la cadena de cuidados. Eslabón que no siempre está presente, por escasez de recursos, cuando la persona dependiente transita desde su hogar hasta una residencia en la que el médico de familia queda sustituido por un equipo de profesionales sanitarios al que habitualmente supera la carga de trabajo (Herce, 2025).

Y, más allá de la funcionalidad estricta, el problema real es el de la financiación de la cadena de cuidados y, en particular, su traducción en una oferta de infraestructuras y recursos humanos para la dependencia. Veamos estos aspectos en lo que queda de esta sección, centrando la atención más adelante en los aspectos financieros (apartado 6.4).

El cuadro 2 muestra las dotaciones de infraestructuras y personal para la dependencia a partir del primer “Censo de Centros Residenciales de Servicios Sociales en España” (situación a 2022) publicado por el IMSERSO en septiembre de 2025. Conviene precisar que este censo no es exhaustivo y que algunas de sus cifras difieren en apartados más detallados para los que no se ha recibido el mismo grado de respuesta.

Los datos resumidos en el cuadro 2 ponen de nuevo de manifiesto la base demográfica de la población potencialmente dependiente como un “bajo continuo” de la disonante melodía de los cuidados en nuestro país. Es decir, si la situación actual ya presenta carencias, esta situación palidece frente al reto de las próximas dos décadas y media (última fila del cuadro).

En primer lugar, solo en materia de infraestructuras (residencias y plazas residenciales) ya estamos en déficit. Frente al “criterio del 5 %” (de la población de 65 y más años)⁸, que demandaría unas 520.000 plazas residenciales en 2025, contamos con unas 408.000, con un aparente “exceso de capacidad” frente a los residentes estimados (de unos 365.000) de casi un 12 %. Este exceso de capacidad denota la existencia de dificultades y/u obstáculos para que esa capacidad altamente necesaria se ocupe

⁸ El “criterio del 5 %”, es decir, cinco plazas residenciales por cada 100 personas de 65 y más años, no es, como se cree, una recomendación de la OMS, sino la evidencia que la OCDE describe en su informe *Health at a Glance* (2017), una de sus publicaciones más señeras, concretamente, en su capítulo “Ageing and long-term care” (véase OECD, 2017, páginas 212 y 213). En España, se ha hecho eco de este indicador la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales (véase AEDGSS, 2021). En la citada publicación de la OCDE, la ratio media de los países englobados en esta organización era de 49,7 por 1.000 personas de 65 y más años, casi 2,5 puntos por encima de la española (47,3 por 1.000 personas de 65 y más años). Aunque son dos ratios relativamente cercanas, lo cierto es que esa distancia se traduce en un “déficit” de unas 100.000 plazas residenciales en nuestro país.

Cuadro 2

La explosión de la dependencia en España

Infraestructuras y personal para la dependencia		
Indicadores	2025	2050 (a)
N.º de personas dependientes (b)	1.659.164	2.542.467
N.º de centros	8.629	13.223
Residencias (c)	6.554	10.043
Otros centros (d)	2.075	3.180
Residentes (c)	364.775	558.973
Plazas (c)	408.365	625.769
Residentes por centro (e)		55,7
Plazas medias (e)		62,3
Personal	308.761	473.138
En residencias (c)	260.851	399.722
En otros centros (c)	47.910	73.417
Promemoria: Plazas residenciales necesarias (f)	1.037.818	1.663.580
Promemoria: Centros necesarios (g)	18.646	28.572
Promemoria: Población potencialmente dependiente	6.834.469	12.118.061

(a) Proyecciones a 2050 de los autores.

(b) Que perciben prestaciones.

(c) Centros de mayores. Extrapolación a 2025 del dato de 2022 de IMSERSO (2025).

(d) Centros de día (1.455 en 2022) y centros mixtos (188 en 2022).

(e) Tasas observadas en 2022.

(f) A razón de 5 plazas por 100 personas de 65 y +. Véase el texto principal para una importante aclaración sobre esta ratio.

(g) A las tasas de residentes y plazas por centro de 2025.

Fuente: Elaboración propia con datos IMSERSO (Censo de Centros Residenciales 2022).

efectivamente (acceso financiero al recurso), si bien existe también un problema de ocupación de la “plaza sobrante” en habitaciones de dos (o más) plazas, por razones de intimidad y/o encaje entre los residentes susceptibles de compartir una habitación.

La media antes citada de la OCDE de 50 plazas (camas, en realidad) por cada 1.000 personas de 65 y más años, observada por este organismo alrededor de 2015, es muy dinámica y no conviene tomarla como un criterio estricto, ya que, a futuro, puede imponerse la corriente, actualmente perceptible, de favorecer que se atienda a las personas necesitadas de cuidados de larga duración en sus hogares, debidamente adaptados, con un mayor despliegue de ayudas a domicilio, hoy en día minoritarias.

El empleo formal en el sector, por su parte, sigue una pauta similar a la de las infraestructuras. La cifra de puestos de trabajo en el sector residencial en 2025 asciende a algo más de 261.000 (un 86,1 % son mujeres y un 73,1 % trabajan a jornada completa), a los que habría que añadir 48.000 en los centros de día (un 78,4 % son mujeres y un 72,5 % trabajan a jornada completa). En relación al número de residentes, en los centros de mayores se observa una ratio de 72 trabajadores por cada 100 residentes, bastante menor que en los centros de día (145 trabajadores por cada 100 usuarios), según datos publicados por el IMSERSO (2025).

2.3.3. Dependencia y territorio

La dependencia se expresa, tanto en su prevalencia como en su atención, de manera muy diversificada en las diferentes comunidades autónomas. Veremos a continuación que, a escala estatal y por comunidades autónomas, el SAAD presenta relevantes listas de espera (duración y número de personas afectadas) en las fases que van desde la solicitud hasta el percibo de prestaciones. Como se apreciará a continuación, el corte territorial de este análisis se ve multiplicado por la dispersión que el modelo de gobernanza, al que se aludía anteriormente, acaba produciendo. Los datos incluidos en el cuadro 3a ilustran este problema de la dispersión de resultados de gestión del SAAD.

Cuadro 3a

Dispersión territorial de los indicadores del SAAD I

Indicadores de gestión SAAD-2025					
Comunidad autónoma	Población potencialmente dependiente	Solicitudes (a)		Beneficiarios	
		Número	% sobre población potencialmente dependiente	Número	% sobre solicitudes
Andalucía	1.059.893	456.133	43,04	326.811	71,65
Aragón	185.859	61.425	33,05	48.724	79,32
Asturias	187.814	50.073	26,66	32.835	65,57
Balears	123.205	50.646	41,11	34.208	67,54
Canarias	262.023	79.243	30,24	48.708	61,47
Cantabria	102.326	23.795	23,25	18.131	76,20
Castilla y León	417.744	162.682	38,94	124.105	76,29
Castilla-La Mancha	286.422	104.062	36,33	80.900	77,74
Cataluña	1.087.880	419.673	38,58	248.373	59,18
Comunitat Valenciana	655.895	236.730	36,09	176.873	74,72
Extremadura	151.399	62.130	41,04	37.455	60,28
Galicia	482.428	100.525	20,84	92.878	92,39
Madrid	834.941	277.807	33,27	209.961	75,58
Murcia	199.412	74.588	37,40	49.885	66,88
Navarra	84.373	24.200	28,68	17.562	72,57
País Vasco	337.108	121.716	36,11	74.802	61,46
La Rioja	43.810	14.974	34,18	9.402	62,79
Ceuta y Melilla	21.423	5.913	27,60	3.849	65,09
<i>Dispersión</i>	<i>Máximo</i>	(Andalucía)	43,04	(Galicia)	92,39
	<i>Mínimo</i>	(Galicia)	20,84	(Cataluña)	59,18
<i>Total Nacional</i>	6.502.532	2.326.315	35,78	1.635.462	70,30

a) El término "solicitudes" refleja exactamente el número de (expedientes de) solicitud de reconocimiento o revisión de grado de dependencia que están vigentes en el SAAD a 31 de diciembre, con independencia de cuándo entraron en el sistema Incluye las solicitudes presentadas en el año y las solicitudes arrastradas de años anteriores y excluye las solicitudes que ya han salido del circuito administrativo antes del 31 de diciembre por resolución, archivo, desistimiento, denegación o fallecimiento.

Fuentes: Elaboración propia con datos INE y SAAD.

En diciembre de 2025, el SAAD tenía registrado un saldo total de 2,3 millones de solicitudes de calificación (o revisión) por grado de dependencia equivalentes al 35,78 % de la población potencialmente dependiente. Alrededor de esta proporción para el conjunto del país, que marca una elevada percepción de la necesidad de cuidados entre la población, se observa una enorme dispersión de la incidencia que llevaría a las familias de las personas con discapacidades físicas y/o cognitivas a solicitar la calificación de grado al SAAD en sus respectivas comunidades autónomas.

No cabe, sin embargo, atribuir semejante dispersión solo a un problema de gestión. Para empezar, la adjudicación de grado o incluso la revisión se insta por parte de familiares, aunque los servicios sociales de cada comunidad pueden inducir la solicitud, y ahí cabe mayor o menor activismo administrativo porque no se hacen cribados sistemáticos en materia de dependencia. Por otra parte, la proporción de personas muy mayores (80 y más años) dentro del grupo de población potencialmente dependiente, además de muchos otros factores, no necesariamente idiosincráticos por territorios, influye en la métrica de solicitudes. Como la solicitud se gesta en el entorno familiar y, en parte, se origina en la autopercepción del problema, las diferencias entre comunidades autónomas reflejan tanto cómo se vive la dependencia (vivencia que seguramente no arroja diferencias regionales) como la manera en la que se organiza el sistema en cada territorio⁹.

El cuadro 3b muestra otro de los aspectos más controvertidos del SAAD, los denominados “limbos” (columnas b y c) en los que los trámites se demoran, a la espera del reconocimiento del grado o la prestación y, en su caso, del pago efectivo de esta última, agolpando a los potenciales beneficiarios.

La demora general de casi un año (341 días en el conjunto del sistema) en los diferentes trámites que llevan de la solicitud a la percepción efectiva de la prestación se concentra en el periodo transcurrido desde la solicitud hasta el primer reconocimiento del grado (255 días). También en este indicador se observa una dispersión notable en el plano territorial, con Andalucía llegando casi a los 17 meses (496 días) y Castilla y León quedándose por debajo de los cuatro meses (113 días).

Esta demora tiene la contrapartida de docenas de miles de personas a la espera de los reconocimientos que les permitirán acceder al reconocimiento del grado y, por lo tanto, a la percepción de prestaciones. En el conjunto del SAAD, a 31 de diciembre de 2025, había más de 150.000 personas, lo que representa un 9,34 % de las personas dependientes que percibían prestaciones. Y, de nuevo, nos encontramos con la dispersión regional de este indicador: en Asturias, Cataluña y Murcia, los porcentajes de personas en el “limbo de la dependencia” superan el 20 % de los beneficiarios efectivos de prestaciones, mientras que en Aragón, Cantabria, Castilla y León, Galicia y La Rioja no llegan al 2 %.

⁹ La literatura reciente muestra claramente la existencia de patrones territoriales significativos y persistentes en el tiempo en la propensión de las familias a solicitar el reconocimiento de la dependencia de sus familiares necesitados de cuidados. La causa de estas diferencias se atribuye a la interacción entre diseño institucional autonómico, experiencia administrativa acumulada y procesos de autopercepción de la necesidad, más que de diferencias puramente demográficas. Véase Jiménez Martín y Viola (2024), AEDGSS (2025) y Fundación CASER (2025).

Cuadro 3b

Dispersión territorial de los indicadores del SAAD II

Tiempos medios y listas de espera								
Comunidad autónoma	Tiempo medio (días) desde...			Lista de espera (n.º de personas) por...			Lista de espera total	
	Solicitud a grado	Grado a prestación	Solicitud a prestación (a)	Solicitudes sin resolución (b)	Beneficiarios sin prestación (c)	Beneficiarios con prestación no efectiva (c)	Efectivos	% de beneficiarios
Andalucía	443	39	496	14.401	12.953	3.194	30.548	9,35
Aragón	116	23	141	282	10	279	571	1,17
Asturias	305	11	327	6.136	319	689	7.144	21,76
Balears	118	93	215	1.522	2.454	0	3.976	11,62
Canarias	301	111	430	1.578	2.289	707	4.574	9,39
Cantabria	148	59	203	143	64	1	208	1,15
Castilla y León	108	0	113	0	0	0	0	0,00
Castilla-La Mancha	107	57	165	356	878	1.054	2.288	2,83
Cataluña	208	73	276	14.602	35.776	0	50.378	20,28
Comunitat Valenciana	260	40	300	9.676	5.988	785	16.449	9,30
Extremadura	148	120	259	900	3.499	207	4.606	12,30
Galicia	166	154	324	147	572	745	1.464	1,58
Madrid	223	63	348	108	9.206	0	9.314	4,44
Murcia	336	230	559	4.097	6.927	22	11.046	22,14
Navarra	131	74	201	80	415	0	495	2,82
País Vasco	78	50	129	135	9.076	0	9.211	12,31
La Rioja	79	113	174	4	98	2	104	1,11
Ceuta y Melilla	76	67	145	36	237	44	317	8,24
Total Nacional	255	66	341	54.203	90.761	7.729	152.693	9,34

(a) Este dato no es la suma de las celdas de la izquierda.

(b) De grado, con más de seis meses de antigüedad y sin motivo de exclusión.

(c) Con más de seis meses de antigüedad y sin motivo de exclusión.

Fuente: Elaboración propia con datos SAAD.

Cabe destacar que, mientras la demora de los trámites, medida en días, no disminuye en los últimos años, la lista de espera sí lo viene haciendo de manera sostenida, desde los más de 300.000 efectivos en 2020 (un 27,67 % de los beneficiarios efectivos) hasta los 153.000 efectivos de 2025, el 9,34 % antes mencionado. Este sorprendente doble resultado refleja claramente la voluntad de resolver las listas de espera (número de personas) y la dificultad de reducir los tiempos de espera, dos dimensiones del “limbo” que se resuelven en el seno de la misma administración gestora, pero con desigual éxito.

La consecuencia más indeseable de las dificultades reseñadas es que, en la medida en que los cuidados llegan a tiempo y en la intensidad adecuada, mejoran tanto la calidad como la duración de la vida de las personas beneficiarias. Su ausencia, por el contrario, o su escasez, se traduce en menor calidad y duración de la vida. En España, los cuidados en el seno de la familia, reducidos al mero valor económico o entendidos

incluso como “trabajo oculto”¹⁰, son tres veces más importantes que los cuidados formales en las infraestructuras de la dependencia (*vid. infra*).

Si algo demuestra la crisis del modelo residencial de la COVID-19 es que los cuidados informales son absolutamente necesarios en nuestro país y que, sin ellos, la vida de las personas que los necesitan sería mucho peor y más breve, dado el limitado alcance de la cobertura del SAAD. En este marco, el análisis de los “limbos” se vuelve muy relevante y cobra especial significación el delicado tema de los fallecimientos de personas que, habiendo solicitado el reconocimiento de grado, requisito para poder entrar al sistema de cuidados del SAAD, no lo han recibido a tiempo. A este respecto, cabe destacar las constantes advertencias que se vienen haciendo desde fuentes del sector residencial acerca de este asunto, por ejemplo, los informes de la ADGSS que apuntan a que en 2025 fallecieron 32.704 personas que figuraban en las listas de espera (ADGSS, 2026).

2.4. Cuenta de resultados y balance de la dependencia en España

2.4.1. Economía de la dependencia: panorama general

La economía de la dependencia puede definirse como el estudio de los aspectos económicos (oferta y demanda de servicios y soluciones, costes, precios, estructura del mercado formal e informal), laborales (formales e informales), financieros (inversión, financiación, patrimonio, infraestructuras), el clúster de empresas del sector, la regulación y la I+D y tecnología que giran, de una u otra manera, alrededor de las personas dependientes y sus familias.

En cualquier sector de actividad, sea en el ámbito público, privado, del denominado “tercer sector” o, incluso —muy importante en el campo de la dependencia— en el ámbito “oculto” o “informal”, la cuantificación de su peso económico parte del giro de demanda y oferta de los bienes que lo definen y de todas las ramificaciones que el cruce del mercado en cuestión presenta. En el sector de los cuidados a personas dependientes nos encontramos con algunas dificultades muy relevantes, como es el hecho de que buena parte de la demanda no se expresa en un mercado explícito, sino en el hogar, en el que también se expresa, de manera informal, una buena parte de la oferta de los servicios que necesitan las personas dependientes y su demanda.

El perímetro económico de los cuidados es amplísimo, con fronteras y parcelas difusas por la fuerte presencia de elementos ocultos muy sustanciales, debido a la intensa implicación de las familias en los cuidados informales en casa. La evidencia internacional muestra que una buena mitad del valor/coste económico de la dependencia es informal y que el grueso del valor formal que se puede seguir en los datos publicados es aportado por el sector público. Según informes sectoriales internacionales, el valor

¹⁰ Véase Durán (2020), publicación, a su vez, hito académico y fruto de una carrera de cinco décadas de su autora dedicada a analizar el “trabajo no remunerado” de la mujer en el seno de la familia y en el hogar en sus dimensiones personal, social y económica.

en 2024 del “mercado de los cuidados” ascendía a 1,2 billones de dólares y estaba llamado a multiplicarse hasta los 2,1 billones en 2034. Solo en EE. UU., la cifra para 2024 se estima en 447 millardos de dólares (0,45 billones)¹¹.

Como se verá más abajo en esta sección, en España, se ha estimado el valor de los cuidados formales en 2025 en 20,9 millardos de euros, y el de los cuidados informales, en otros 60,5 millardos de euros. El denominado “valor informal” no se refiere solamente al trabajo informal de cuidadores o al trabajo oculto de los miembros de la familia que se ocupan de las personas dependientes; también incluye todo tipo de gastos de mercado realizados fuera del circuito de prestaciones del SAAD, que impone copagos a las familias ya contabilizados en el coste de los cuidados formales antes mencionado.

De hecho, en este ámbito, haríamos mal en hablar de economía sumergida, sin que esta afirmación pretenda justificarla allí donde se da. Dadas las perspectivas del envejecimiento, la incapacidad para crear las infraestructuras y estructuras públicas necesarias y la vulnerabilidad económica de una buena parte de las familias con miembros dependientes en su seno que se observan en todos los países, avanzados o no, sin un enfoque que integre al sector público, el mercado y las familias y sus organizaciones comunitarias, no seremos capaces de diseñar políticas de cuidados sostenibles y suficientes dignas de tal nombre (Cremer et al., 2012). Cualquier estimación del coste de la dependencia quedará muy mermada si no se tienen en cuenta los costes ocultos, implícitos e informales soportados por las familias, costes que convendría reconocer sistemáticamente en el diseño de políticas para evitar una planificación en falso y, especialmente, la desigualdad de los hogares más precarios ante lo que se nos viene encima¹².

2.4.2. El gasto y el coste

Las cifras del gasto en dependencia están disponibles en el sistema estadístico del SAAD y los informes son regulares y bastante actualizados. Pero en el ámbito de los cuidados hay que distinguir entre el ámbito formal de la dependencia y el ámbito informal. El primero está delimitado por las personas dependientes a las que se les han reconocido el grado, la prestación y su percepción, atendidas oficialmente por los recursos del SAAD y, naturalmente, por sus familias; el segundo lo conforma el resto de las personas dependientes de las que sus familiares deben hacerse cargo sin el apoyo de los recursos públicos.

¹¹ Véase GMI (2024).

¹² Muy expresivamente, Gruber et al. (2023) concluyen de esta manera su repaso al panorama internacional de los cuidados: “Solo una minoría de las personas mayores que reciben asistencia depende exclusivamente de la atención formal (es decir, la atención en una institución o a través de servicios de asistencia a domicilio remunerados), mientras que la mayor parte de la atención la prestan de manera informal familiares u otros cuidadores no remunerados; sin el apoyo público, el coste de los cuidados de larga duración superaría las posibilidades económicas de una gran parte de las personas mayores de cada país, en particular de las de mayor edad y con mayor discapacidad; y el sector público asume la mayor parte de los costes de los cuidados formales de larga duración en todos los países”.

Los recursos públicos se expresan en las infraestructuras y servicios públicos, en las prestaciones directas a los hogares y en el mercado (servicios concertados) son objeto de medición y pueden cuantificarse adecuadamente. Los recursos familiares, por su parte, se expresan en los copagos que acompañan al disfrute de los recursos públicos, en el hogar, donde se desempeñan los familiares aplicando su tiempo y esfuerzo (que tienen un valor), y en el mercado, pagando los servicios que sus familiares dependientes deben adquirir. Los recursos y el valor del trabajo oculto familiar, el trabajo formal o informal de terceros y la adquisición de otros bienes y servicios para las personas dependientes del hogar, sin embargo, solo pueden aproximarse de manera indirecta e inexacta.

Con todo, la literatura sobre este particular permite avanzar datos fehacientes y estimaciones que ofrecen una perspectiva relativamente consensuada sobre este importante capítulo de la economía de la dependencia. Empecemos por el gasto formal cuyo desglose se ofrece en el cuadro 4, estimado para el periodo de vigencia del SAAD, es decir, desde 2007 hasta 2025.

Para el conjunto del periodo, se han destinado en España un total de 215,3 millardos de euros. De estos, 35,8 millardos se pueden atribuir a los copagos de las familias, y 179,5

Cuadro 4

La financiación formal del SAAD en el periodo 2007-2025

Gasto en dependencia por CC. AA., AGE y familias (millones de euros)						
Año	AGE		CC. AA	Total público	Copago	Total formal
	Nivel mínimo	Nivel acordado (a)				
2007	82,56	237,39	1.022,19	1.342,14	265,77	1.607,91
2008	647,22	261,23	3.026,37	3.934,83	786,86	4.721,69
2009	1.214,16	306,96	5.068,15	6.589,27	1.317,72	7.906,99
2010	1.510,04	306,91	6.054,26	7.871,21	1.574,11	9.445,32
2011	1.284,42	306,90	5.302,09	6.893,41	1.378,54	8.271,95
2012	1.380,48	0,00	6.867,12	8.247,60	1.649,52	9.897,12
2013	1.216,38	0,00	6.808,41	8.024,79	1.604,96	9.629,75
2014	1.128,26	0,00	6.636,74	7.765,01	1.553,00	9.318,01
2015	1.193,20	0,00	7.153,22	8.346,42	1.669,28	10.015,71
2016	1.191,55	0,00	7.304,33	8.495,88	1.699,18	10.195,06
2017	1.228,35	0,00	7.570,32	8.798,67	1.759,73	10.558,41
2018	1.347,60	0,00	8.073,55	9.421,15	1.884,23	11.305,38
2019	1.382,22	0,00	8.606,72	9.988,95	1.997,79	11.986,74
2020	1.384,06	0,00	8.907,45	10.291,51	2.058,30	12.349,81
2021	1.685,48	330,73	9.704,65	11.720,85	2.339,42	14.060,27
2022	2.137,51	564,29	10.253,83	12.955,63	2.583,02	15.538,64
2023	2.442,57	916,39	11.521,82	14.880,78	2.962,84	17.843,61
2024	2.628,41	916,38	12.901,63	16.446,42	3.275,97	19.722,39
2025	2.787,37	1.036,96	13.691,22	17.515,55	3.476,46	20.992,01
2007 - 2025	27.871,84	5.184,13	146.474,08	179.530,06	35.836,68	215.366,74

(a) Incluido en gasto de Navarra y País Vasco, excepto en 2012 (Navarra y Guipúzcoa) y en 2014 (Navarra).

Fuente: Elaboración propia con datos SAAD.

millardos corresponden al conjunto de las administraciones públicas que financian al SAAD. Estas son la AGE, a través de dos mecanismos (el nivel mínimo y el nivel acordado¹³), y las comunidades autónomas, con sus propios recursos presupuestarios. La AGE celebra convenios bilaterales con cada comunidad autónoma, incluidas las forales. En el periodo 2007-2025, la AGE aportó al SAAD 27,8 millardos de euros por el nivel mínimo, y otros 5,2 millardos por el nivel acordado, con la particularidad de que en los años 2012 a 2020 este segundo nivel no aportó ni un solo euro. Por su parte, las comunidades autónomas aportaron en el periodo 146,5 millardos de euros al SAAD.

La estructura porcentual del gasto total en el periodo muestra peculiaridades muy notables cuando se confronta esta evidencia con los antecedentes al despliegue del SAAD, a saber:

- ausencia de una planificación financiera del sistema en el propio *Libro Blanco* de 2005, cuando en la actualidad sigue habiendo una falta de planificación presupuestaria a medio plazo;
- registro de debates parlamentarios y mediáticos en 2006 en los que el gobierno estimaba el coste del despliegue en el periodo 2007-2015 en 26 millardos de euros, mientras los datos revelan que, en ese periodo, el gasto público en el SAAD se ha elevado a 59 millardos de euros, algo más del doble;
- registro en debates parlamentarios y mediáticos en 2006 en los que el gobierno afirmaba que el coste del SAAD estaría repartido por igual entre la AGE, las comunidades autónomas y las familias, cuando la realidad es que, en todo el periodo, los hogares han aportado el 16,64 % del gasto total vía copagos, la AGE el 15,35 % y las comunidades autónomas el 68,01 % restante, más de las dos terceras partes. Respecto a los recursos estrictamente públicos, la AGE ha aportado el 18,41 %, y las comunidades autónomas, el 81,59 %, más de las tres cuartas partes.

En el año 2025, el gasto público ascendió a 17,7 millardos de euros, de los cuales 13,7 se aportaron por las comunidades autónomas, y 3,5 millardos procedieron del copago de las familias. El gasto total formal ascendió a 20,86 millardos de euros.

La estimación del gasto informal de la dependencia en España cuenta con una base académica en los últimos años que permite avanzar cifras de síntesis actualizadas a 2025 a partir de los ratios de gasto informal sobre el PIB. El cuadro 5 muestra las fuentes y los órdenes de magnitud de este tipo de gasto. En resumen, el gasto directo de los hogares (formal e informal) y oculto (familiares sin remuneración) en dependencia en España puede estimarse para 2025 en torno a los 61,5 millardos de euros, un 3,65 % del PIB, que, sumado al gasto público más copagos, arroja un total de 82,4 millardos; esto es, el 4,9 % del PIB.

¹³ El nivel mínimo es la financiación garantizada que el Estado está obligado a aportar por cada persona dependiente atendida. El nivel acordado es la financiación adicional que el Estado distribuye a las comunidades autónomas según criterios pactados para mejorar el funcionamiento del SAAD.

Detrás de estas cifras se encuentran millones de personas fuertemente limitadas en su movilidad, capacidad cognitiva y requisitos generales para una vida plena, millones de hogares cuyos miembros, fundamentalmente mujeres, dedican un número desproporcionado de horas al día a cuidar a sus familiares necesitados y que, en buen número, han debido reducir o aparcas sus actividades laborales y profesionales. Y que, también en una proporción significativa, carecen de los recursos financieros suficientes para afrontar adecuadamente la situación que se vive en el hogar.

El cuadro 5 ofrece también, en sus tres últimas filas, algunas referencias útiles. En primer lugar, la media de la OCDE de gasto formal, 1,8 % del PIB, aunque no es una referencia normativa, sitúa a España lejos de ese umbral. La penúltima fila refleja que,

Cuadro 5

El coste creciente de la dependencia: una estimación preocupante

El coste formal e informal de los cuidados en España				
Coste	Estudio	Coste estimado (millones de euros)	% del PIB	Autores
Coste formal con copago	Gasto AGE, CC. AA. y copagos (estimados)	20.858	1,24	Herce y Puertas (2026) (este informe)
Coste informal	Valor económico del cuidado informal a mayores dependientes (método de sustitución; EDAD-08)	25.000–40.000	2,3–3,8	Oliva et al., <i>Gaceta Sanitaria</i> (2011)
	"El valor de los cuidados informales a personas dependientes en España equivale, al menos, al 2,1% del PIB"	23.065 - 50.160	2,2 - 4,6	FUNCAS (reseña evento, 2019)
	Valor económico del cuidado informal (distintos métodos; EDAD 2008) 2014	32.164 - 53.299	3,08 - 5,10	Oliva et al. (2014)
	Coste social oculto del cuidado informal en crónicos dependientes (remuneración mínima hipotética)	32.000–50.000	3–5	SEMI – Nota de prensa (coste social oculto, Oliva et al.) 2016
	Metaestimación: rango (max.-min.) y promedio (precios 2025)	23.065 - 53.299 61.539	2,20 - 5,10 3,65	Herce y Puertas (2026) (este informe)
Coste total	Coste total formal (SAAD+ Copagos)	82.397	4,88	(síntesis)
Media OCDE (formal)	Gasto total en cuidados de larga duración como % del PIB (aprox. 2021 o último disponible)	--	1,8	OECD / resumen comparativo de gasto LTC (% PIB)
Rango OMS (informal)	Valor económico del cuidado informal (tiempo/esfuerzo y pérdidas de productividad) como % del PIB	--	0,8–4,9	WHO Kobe Centre – Research brief (2024)
Coste informal (est. 2050)	Valoración económica de los cuidados a las personas mayores dependientes e impacto en la generación sándwich	--	6,0	Poveda y Llana (2024)

Fuente: Elaboración propia.

en el panorama internacional, el gasto informal es también muy elevado en proporción al PIB, mientras que la última fila contempla un escenario de gasto informal a 2050 igualmente preocupante, con un 6 % del PIB, para España.

El cuadro 6 recapitula la estimación de gasto total, formal e informal, en dependencia en el año 2025. Dadas las proyecciones del número de personas dependientes en 2050, se puede inferir de todas estas estimaciones la gran magnitud del reto que plantea la dependencia y la necesidad de cambios de mucha envergadura para internalizar en toda la medida posible el coste informal de la dependencia¹⁴.

Cuadro 6

El coste de la dependencia desborda los límites en 2025

Gasto formal e informal en dependencia 2025		
Origen del gasto	Millones de euros	% del PIB
Total público	17.382,29	1,03
AGE	3.691,07	0,22
CC. AA.	13.691,22	0,81
Copago	3.476,46	0,21
Total formal	20.858,75	1,24
Gasto informal/oculto	61.538,12	3,65
Total	82.396,87	4,88

Fuente: Elaboración propia.

2.4.3. El coste de las residencias y centros de día

El punto focal de la economía de la dependencia está en el coste del recurso más valioso para muchas personas que necesitan soluciones eficaces para sus miembros dependientes y para los cuidadores familiares cuando los presupuestos de los hogares, incluyendo las ayudas, no son suficientes: las plazas de residencia.

En 2025, como se comentaba más arriba en este capítulo, se estiman en unos 365.000 residentes en residencias públicas, privadas concertadas y privadas estrictas, a los que habría que añadir otros 55.000 como usuarios permanentes en su mayoría de centros de día. Aplicando el criterio de cinco plazas por cada 100 personas de 65 y más años, se precisarían 520.000 plazas en residencias hoy mismo, ya¹⁵.

Un dato muy importante que debe tenerse en cuenta para poder evaluar el esfuerzo que implica tener un familiar en uno de estos centros es la edad media de ingreso en

¹⁴ En el curso de revisión de este documento, se ha presentado por parte de CENIE un informe en que se lleva a cabo una estimación del coste informal de los cuidados en el que este, en función de diversos escenarios de valoración, alcanza un valor medio de 62.138,83 millones de euros, muy similar a nuestra estimación de 61.538 millones de euros. Véase CENIE (2026: 109).

¹⁵ Véase la nota 8 de este capítulo.

una residencia y la esperanza de vida de la persona recién ingresada. Según datos del IMSERSO y del ámbito geriátrico, respectivamente, en España, la edad media de ingreso en una residencia se sitúa en torno a los 82 años y 6 meses, y la esperanza de vida media tras el ingreso es relativamente corta, en torno a dos años y seis meses. Estos datos reflejan el elevado grado de fragilidad y dependencia con el que se accede al recurso residencial por parte de los hogares, y tampoco son ajenos a la relevante cuestión de la calidad que se ofrece en parte de estos establecimientos

El cuadro 7 muestra ilustraciones obtenidas de diversos informes del sector sobre el coste medio de una plaza en una residencia y en un centro de día en las comunidades autónomas. El rango regional es ilustrativo, pero la dispersión no es excesiva, lo que refleja ciertas diferencias de coste de los servicios y las inversiones que, obviamente, tienen que ver con el coste del suelo, la construcción y la operación, por una parte, y el nivel de la renta por habitante, por otra, de los diferentes territorios.

A un coste anual medio de 25.376 euros por una plaza residencial, el coste durante una estancia esperada media de una persona dependiente podría acercarse a los

Cuadro 7

El coste de las residencias

Coste estimado de las plazas en residencias y centros de día 2025 (a)					
Comunidad autónoma	Coste mensual centro de día (€)	Coste anual centro de día (€)	Coste mensual residencia (€)	Coste anual residencia (€)	"Ratio residencia/C. Día"
Andalucía	350	4.200	1.900	22.800	5,4
Aragón	400	4.800	2.000	24.000	5,0
Asturias	400	4.800	2.000	24.000	5,0
Islas Baleares	650	7.800	2.600	31.200	4,0
Canarias	400	4.800	2.000	24.000	5,0
Cantabria	450	5.400	2.100	25.200	4,7
Castilla y León	350	4.200	1.850	22.200	5,3
Castilla-La Mancha	350	4.200	1.900	22.800	5,4
Cataluña	550	6.600	2.300	27.600	4,2
Comunidad Valenciana	450	5.400	2.100	25.200	4,7
Extremadura	300	3.600	1.700	20.400	5,7
Galicia	350	4.200	1.900	22.800	5,4
Comunidad de Madrid	650	7.800	2.600	31.200	4,0
Región de Murcia	350	4.200	1.900	22.800	5,4
Navarra	500	6.000	2.400	28.800	4,8
País Vasco	600	7.200	2.800	33.600	4,7
La Rioja	400	4.800	2.000	24.000	5,0
Ceuta y Melilla	400	4.800	2.000	24.000	5,0
Media España	439	5.267	2.114	25.367	4,9

(a) Las estimaciones de costes se basan en informes sectoriales de precios de residencias, publicaciones especializadas sobre centros de día y resoluciones autonómicas sobre precios públicos y costes máximos de concertación. Los valores se presentan como medias orientativas homogéneas.

Fuente: Elaboración propia.

65.000 euros. En el caso de personas dependientes que perciben una pensión y una ayuda del SAAD, tal gasto podría verse compensado en buena medida, si bien las pensiones de personas de esa edad, mayoritariamente mujeres viudas, no son muy elevadas y las ayudas tampoco.

Debe tenerse en cuenta, no obstante, que una parte mayoritaria de la población dependiente no está en residencias, o no frecuenta asiduamente los centros de día. Reside en sus hogares, con sus familiares o sola. No todas las personas dependientes, de hecho, tienen reconocido un grado por el SAAD. La geometría de la dependencia es amplia y queda mucho por conocer.

2.5. Perspectivas, conclusiones y recomendaciones

2.5.1. Perspectivas de futuro

La necesidad de cuidados de larga duración entre la población española es ya muy pesante, y no está adecuadamente cubierta en la actualidad, cuando observamos carencias que agudizan la situación de las personas dependientes y sus familiares y deficiencias de gestión que agrandan la brecha de igualdad en esta materia. Este es un fenómeno compartido en todos los países en los que, junto a España, la sombra de un creciente envejecimiento de la población, agudizado a su vez por la compresión de las personas de edades avanzadas, entre las que se dispara la prevalencia de los cuidados, se vuelve cada vez más oscura. Las perspectivas para España, en este sentido, contemplan un incremento sin precedentes de la población potencialmente dependiente, que pasaría de los 6,8 millones actuales a los 12,1 millones en 2050, a tan solo 25 años de hoy, un aumento del 77 % inasumible sin un giro radical de las prioridades sociales de este país.

Frente a este descomunal reto, la alianza de las fuerzas públicas, del mercado y las familias debe encontrar soluciones en los próximos años que permitan superar las deficiencias con las que la “explosión” de los cuidados ha pillado por sorpresa a los ya saturados esquemas convencionales de la protección social convencional (pensiones y desempleo), a los que habría que sumar los no menos importantes, ni menos saturados, pilares del capital humano y la prosperidad, que son la educación y la sanidad.

Todos los países avanzados están innovando en materia de seguros públicos y privados de dependencia, cobertura universal y colaboración estado-mercado-hogares, políticas y recomendaciones de envejecimiento activo y prevención de la dependencia, soluciones residenciales con un enfoque “como en casa”. Nada de esto es evidente cómo encauzarlo, más allá del buen propósito general que el discurso sobre la dependencia suscita. Y la sociedad, alarmada y sensibilizada como está por lo que ya están sufriendo millones de personas y hogares, no encuentra cauces participativos (políticos, comunitarios, civiles) que le ayuden a afrontar el problema.

De la mano de la tecnología, afortunadamente, cabe esperar, aunque habría que impulsarla, la innovación necesaria para afrontar muchos problemas que todavía se suscitan en los ámbitos de la tele-asistencia avanzada y la monitorización remota de personas dependientes, la domótica aplicada a la autonomía personal, el *big data* y la

predicción de necesidades, la inteligencia artificial aplicada a la gestión de recursos y atención personalizada, los robots sociales y asistentes de movilidad o exo-esqueletos y las plataformas digitales de coordinación sociosanitaria. No menores son los retos éticos y de privacidad, asociados a todos estos ámbitos.

Ante esta ingente tarea, el país está distraído de lo esencial y polarizado en lo accesorio y, por lo tanto, “enfascado” con temas muy secundarios que, sin embargo, lo dividen y le restan mucha eficacia al esfuerzo cotidiano de levantarse cada mañana a trabajar, a cuidar a sus familiares o cuidarse a uno mismo, y tiene a sus representantes políticos, alejados de las tareas vitales de ordenar las instituciones y los servicios públicos de los cuidados y regular su mercado sin prejuicios ideológicos.

Pero lo cierto es que asistimos a un envejecimiento acelerado y un aumento desproporcionado de la demanda de cuidados, frente a lo cual se necesitan nuevos modelos residenciales y de transición supervisada entre el hogar y los centros asistenciales, la personalización de servicios y la atención centrada verdaderamente en la persona dependiente.

Urge una verdadera integración entre lo “sanitario” y lo “social”, en eso que vagamente definimos como lo “sociosanitario”, si queremos evitar la “exclusión estructural” (Jiménez Martín y Viola, 2024) de muchas personas vulnerables en la cadena de los cuidados, por no hablar de “descarte” (Herce, 2025). Urgen también la digitalización integral del sistema, la participación más activa de usuarios y familias en los cauces comunitarios locales y la innovación en soluciones financieras al alcance de las familias (seguros de mercado, sociales y comunitarios, soluciones de monetización de la vivienda, etc.)¹⁶. Ambas dimensiones se hallan poco presentes hoy en el dinámico ecosistema de la dependencia.

Urge, en fin, un verdadero Pacto de Estado por la Dependencia, vinculante, posibilista y financieramente solvente. Dos décadas tras la promulgación de la “Ley de dependencia”, las realizaciones hasta hoy merecen un calificativo positivo, más incluso de lo que una postura realista podría entonces imaginar. Pero el coste formal del SAAD ha sido el doble de lo que los más optimistas (sus promotores) pensaban. Sencillamente, no habían hecho los números, o no los hicieron con supuestos razonables. Y queda mucho por cubrir, como demuestran las apabullantes estimaciones del coste informal de la dependencia, que no cabe echar en saco roto.

2.5.2. Conclusiones y recomendaciones

El cuadro 8, recoge las principales conclusiones de este capítulo al que le acompañan otras tantas recomendaciones.

¹⁶ Los denominados “seguros de dependencia”, en oferta desde hace años por parte de diversas entidades aseguradoras, apenas ahora empiezan a reflejar una buena percepción de qué es la dependencia y qué soluciones financieras requiere, pero el mercado está en los primeros pasos tanto por el lado de la oferta de soluciones como por la demanda de estas. Las instituciones españolas tampoco parecen haber entendido que, desde hace muchos años, los países más avanzados están diseñando soluciones de seguro público de dependencia. En materia de “monetización de la vivienda” pasa algo muy parecido en España, un país en el que el ahorro inmobiliario es masivo. Productos como la hipoteca inversa, el contrato de cesión del arrendamiento de la vivienda (contrato de anticresis) o la nuda propiedad tampoco son soluciones muy demandadas, en el caso de que fuesen satisfactorias las que existen.

Cuadro 8

Conclusiones y recomendaciones		
Sección	Conclusiones	Recomendaciones
1. Introducción	• El ecosistema de los “cuidados de larga duración” abarca un ancho perímetro de actividades de la cadena de suministro de cuidados a la población. Es mal conocido y subsisten prejuicios que convendría contrarrestar. • La dependencia no es la <i>Silver Economy</i>, aunque está estrechamente ligada. Su (extenso) núcleo es el aspecto humano y socio sanitario. Tiene además, una ineludible dimensión financiera y patrimonial. • La dependencia es la contingencia previsional del siglo XXI por excelencia y no parece que nos estemos dando cuenta porque, incluidos en parte quienes la sufren, miramos a otras “prioridades”.	• Fomentar estudios e informes sobre este ecosistema, su perímetro y composición, los recursos que se movilizan y los roles públicos y privados de sus agentes. • La sociedad debe ubicar mediática y socialmente la silver economy en su casilla, en el ámbito de la dependencia no existe la “sonrisa pródigo”, sino luces y sombras. • Es urgente internalizar el coste oculto de la dependencia, sin que el sector público se haga cargo de todo, no podría. Y reequilibrarse las prioridades del bienestar.
2. Demografía de la dependencia	• Hoy, el 13,82 % de la población española es potencialmente dependiente, en 2050 este porcentaje será del 22,08 %. • La información disponible revela la fuerte “compresión” de la población de 65 y + años en los tramos de edades más elevadas. • En 2025, el SAAD tenía registradas 1,67 millones de personas dependientes percibiendo prestaciones. En 2050 podrían llegar a ser 2,54 millones.	• Mejorar el conocimiento estadístico fino, por edades, de las personas mayores. • Crear escenarios de tendencias a medio plazo usando las curvas de prevalencia por edad del SAAD. • Valorar cuidadosamente las implicaciones familiares, económicas y sociales de este vertiginoso aumento.
3. Geometría normativa, funcional y espacial de la dependencia	• El SAAD se implementa rápidamente tras la promulgación de la Ley 39/2026, con la coordinación estatal y gestión descentralizada mediante convenios bilaterales con las CC. AA. Estos convenios no han producido resultados homogéneos (<i>vid infra</i>). • El SAAD abarca una amplia gama de prestaciones en servicios y económicas, a domicilio y en centros de día o residenciales. Las CC. AA. son quienes otorgan los grados y deciden las prestaciones a cada persona dependiente. • En 2025 se estima en 6.554 el número de residencias y 2.075 el de centros de día con, respectivamente, 364.775 residentes y 55.691 usuarios permanentes. Según la media de la OCDE, de 5 plazas residenciales por cada 100 personas de 65 y + años, deberían existir 110 mil plazas más en nuestro país. • La evidencia estadística muestra una dispersión injustificable de resultados de gestión en los reconocimientos reflejada en las listas de espera (tiempo a la espera del reconocimiento y número de personas en la lista).	• Considerar, en el vigésimo aniversario de la ley, una revisión a fondo de las bases de coordinación del SAAD y los acuerdos bilaterales para lograr reducir la disparidad de resultados de gestión observada. • Mejorar el balance de prestaciones en servicios y económicas para que los hogares puedan acceder a una oferta de servicios públicos y de mercado amplia y de calidad. • Profundizar en el debate sobre nuevas soluciones residenciales y/o en el hogar para que la necesidad de aumentar las infraestructuras de cuidados no refuerce modelos ya obsoletos llamados a cambiar drásticamente en los próximos años. • Establecer las causas de la elevada dispersión territorial observada deslindando las que son propias a cada territorio de las inducidas por problemas administrativos.

Cuadro 8 (continuación)

Conclusiones y recomendaciones		
Sección	Conclusiones	Recomendaciones
4. Cuenta de resultados y balance de la dependencia en España	• La economía de los cuidados es la otra cara de la moneda del grave problema personal, familiar, social e institucional que supone la dependencia. Y su enorme dimensión económica y financiera palidece por el hecho de que, en España y en todo el mundo, la parte formal queda ampliamente superada por la parte informal y oculta de la provisión de los cuidados. • El SAAD, solo en cuidados formales, ha exigido en 2007-2015 recursos por valor de 215,3 millardos de euros, sin contar con el inmenso valor del cuidado oculto e informal. En 2025, a los 20,86 millardos de euros del cuidado formal habría que sumarle una estimación de 61,5 millardos de cuidados informales, alcanzándose una cifra total de 82,4 millardos de euros, un 4,88 % del PIB de ese año. • Las residencias, que son el núcleo del coste formal, inmersas en una redefinición del modelo, y escasas para las necesidades existentes, tienen un coste medio de 25.367 euros anuales, con diferencias territoriales de coste apreciables (de 20.400 euros en Extremadura a 33.600 en el País Vasco). • La dependencia castiga a todo tipo de hogares, y una mayoría de hogares con recursos medios e inferiores deben hacer frente a la carga física, emocional y económica de los cuidados de sus familiares con recursos manifiestamente insuficientes.	• Integrar e influir a través de ella, en los organismos internacionales que se ocupan de la dependencia, la visión y la experiencia españolas en esta materia, así como la puesta en común de problemas y carencias y soluciones tan necesarias en todo el mundo. • Aprender de la experiencia pasada de la Ley 39/2006, de sus logros y sus carencias y corregir el grave error de descuidar los aspectos económicos y financieros que deben acompañar a todo acto legislativo, especialmente de la envergadura del que supuso la creación del SAAD. • Concertar con el sector privado de los cuidados, cada vez más diversificado en España, el ineludible reparto de tareas que va a requerir la adaptación del SAAD a la “explosión de los cuidados” que ya se está produciendo en España. • Además del conocimiento sobre la faceta económica de la dependencia, debe fomentarse el debate y el conocimiento sobre la realidad de las personas dependientes y sus familias.
5. Perspectivas	• Las carencias materiales agudizan ya la situación de millones de familias con personas dependientes. Lo que se avecina no va a mejorar las cosas. • Asistimos a un envejecimiento acelerado y un aumento desproporcionado de la demanda de cuidados frente a lo cual se necesitan nuevos modelos residenciales y de transición supervisada entre el hogar y los centros asistenciales, la personalización de servicios y la atención centrada verdaderamente en la persona dependiente. • Hoy, y ante la “explosión de los cuidados”, la tecnología puede hacer lo que era imposible hace veinte años: monitorización de la persona dependiente, datos y predicciones, exoesqueletos inteligentes para la movilidad. • Y junto a las estructuras esenciales, los recursos presupuestarios, la integración público-privada, la sociosanitaria, la tecnología, la formación y la apuesta decidida por los estilos de vida preventivos se encuentra el acompañamiento emocional de las personas dependientes.	• Deben formularse planes presupuestarios plurianuales y especialmente reequilibrarse las prioridades de gasto social. • Urge la integración entre lo “sanitario” y lo “social”, en lo que llamamos lo “socio-sanitario” si queremos evitar la “exclusión estructural” de muchas personas vulnerables. Especialmente, la definición del eslabón médico de la cadena de los cuidados. • Urge la preparación de los futuros profesionales en los eslabones ocupacionales, superiores y universitarios, en las ciencias y tecnologías de los cuidados. • Urge un Pacto de Estado por la Dependencia, realista, solvente, basado en datos y estimaciones fiables, revisables. Con objetivos y recursos que permitan alcanzar a 2050 metas ambiciosas.

Bibliografía y fuentes sugeridas

AEDGSS. (2021). Datos oficiales sobre residencias de mayores publicados recientemente por el IMSERSO. <https://directoressociales.com/datos-oficiales-sobre-residencias-de-mayores-publicados-recientemente-por-el-imserso/>.

AEDGSS. (2025). XXV Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia. Análisis territorial.

AEDGSS. (2026). Informe del Observatorio Estatal para la Dependencia con datos oficiales a fecha de 31 de diciembre de 2025. 16 enero 2026. <https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2026/01/Informe-Observatorio-Estatal-Dependencia-DIC-25jrn.pdf>

BOE. (2006). Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

CENIE. (2026). El Derecho al Cuidado. La Economía de los Cuidados en España, Varios Autores, mayo 2026. https://cenie.eu/sites/default/files/Derecho_al_Cuidado.pdf

DURÁN, M. Á. (2020). *La riqueza invisible del cuidado*. Universidad de Valencia, Colección Honoris Causa, 2020.

FUNDACIÓN CASER. (2025). Estudio sobre las familias con personas en situación de dependencia en España, julio 2025.

GEREMEK, B. (1987). *La piedad y la horca. Europa y los pobres desde la Edad Media hasta nuestros días*. Gallimard, 1987 (ed. esp. Alianza, 1989).

GMI. (2024). Long Term Care Market Size & Share 2025 - 2034. https://www.gminsights.com/industry-analysis/long-term-care-market?gad_source=1&gad_campaignid=22563996697&g-braid=0AAAAACuPGhWmJfTLKrFlvYDtDzUxtKzP7&gclid=EA1aIQobChMI0ojdzdfRkAMV9l-JBAh2TeQnWEAAYAiAAEgKGHvD_BwE

GRUBER, J., KATHLEEN M. MCGARRY K. M., Y HANZEL, CH. (2023). Long-Term Care Around The World. *MBER Working Paper*, 31882. <http://www.nber.org/papers/w31882>

HERCE, J. A. (2025). *El Gran Descarte*. <https://www.abc.es/opinion/jose-a-herce-gran-descarte-20251215173746-nt.html>

HELMUTH, C., PESTIEAU, P., y PONTIÈRE, G. (2012). *The economics of long-term care: a survey*. CORE Universidad de Lovaina, 2012/30. https://www.researchgate.net/publication/264999883_The_Economics_of_Long-Term-Care_A_Survey

IMSERSO. (2025). Censo de Centros Residenciales de Servicios Sociales en España. <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/censo-de-centros-residenciales-en-espana>

JIMÉNEZ MARTÍN, S., y VIOLA, A. (2024). Observatorio de la Dependencia. Quinto Informe. FEDEA, noviembre 2024.

LASLETT, P. (ed.), 1995). *Aging in the Past: Demography, Society, and Old Age*. University of California Press.

LIBRO BLANCO. (2005). *Libro blanco de atención a las personas en situación de dependencia*. <https://imserso.es/documents/20123/133745/libroblanco.pdf/77b5f39f-5e13-6de9-88ed-fd5e0b2b1386>

OCDE. (2017). *Health at a Glance*. París. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2017/11/health-at-a-glance-2017_g1g800d8/health_glance-2017-en.pdf

OLIVA, J. (2014). Reseñado en Funcas, Seminario El valor y el coste de los cuidados familiares a personas dependientes. <https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/NotasPrensa/393.pdf>.

OLIVA, J., PEÑA, L. M., y VILAPLANA, C. (2014). *Una estimación del valor del cuidado informal provisto a personas dependientes en España*. [https://www.ub.edu/rfa/docs/LTC-Oliva %20valor %20cuidado %20informal %20BCN %20julio %202014.pdf](https://www.ub.edu/rfa/docs/LTC-Oliva%20valor%20cuidado%20informal%20BCN%20julio%202014.pdf).

OLIVA, J., VILAPLANA, C., y OSUNA, R. (2011). El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 25, N° 52, diciembre 2011.

OMS. (2022). *Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7eea5d40-06e6-4702-b42d-6f89c7c70474/content>.

TILLEY, L. (2015). *Theory and Practice in the Bioarchaeology of Care*. Springer.