

Gasto, financiación y sostenibilidad de los Servicios Sociales en Euskadi



Abril 2021



INDICE

RESUMEN EJECUTIVO	3
1. Presentación.....	7
1.1. Objetivos del informe	7
1.2. Metodología y estructura del informe.....	8
2. El gasto en los Servicios Sociales asociados al envejecimiento en Euskadi: evolución y comparación	10
2.1. Introducción.....	10
2.2. Evolución comparada del gasto en Servicios Sociales y en otros ámbitos de las políticas públicas en Euskadi	11
2.3. Evolución de la financiación y de la composición del gasto en Servicios Sociales para personas mayores	17
2.4. Evolución de los costes unitarios en el ámbito de los Servicios Sociales para personas mayores.....	22
2.5. El gasto vasco en el ámbito de la protección social en comparativa internacional	25
3. El gasto en los Servicios Sociales asociados al envejecimiento: análisis prospectivo	35
3.1. Introducción.....	35
3.2. El contexto demográfico y socioeconómico futuro.....	35
3.3. Aproximación prospectiva a la evolución del cuidado informal en Euskadi	42
3.4. Las proyecciones de gasto en Servicios Sociales asociados al envejecimiento desde una perspectiva general	46
4. Herramientas para la financiación de los servicios sociales vinculados al envejecimiento: panorama internacional	49
4.1. Introducción.....	49
4.2. Los seguros sociales públicos y la tributación finalista o afectada	51
4.3. Seguros privados y ahorro particular: el papel del patrimonio inmobiliario en la financiación de la dependencia	59
4.4. Presión fiscal y financiación de los servicios de atención a la dependencia	62
4.5. Participación otros ámbitos de la administración en la financiación de los servicios de atención a la dependencia.....	65
4.6. La participación económica de las personas usuarias	67
5. La sostenibilidad de los servicios sociales vinculados al envejecimiento: elementos para la reflexión	77
5.1. Introducción.....	77
5.2. Longevidad, esperanza de vida y sostenibilidad de las finanzas públicas	77
5.3. El efecto multiplicador del gasto en Servicios Sociales y el coste del no gasto en atención a la dependencia.....	80
5.4. La percepción social en relación a la financiación del gasto en Servicios Sociales.....	81
5.5. La dimensión intergeneracional y redistributiva del gasto en cuidados de larga duración.....	83
5.6. Redefinir el marco de la sostenibilidad	87
6. Bibliografía	91

RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo de este estudio es el de analizar los patrones de gasto y financiación de los servicios sociales en Gipuzkoa y en Euskadi desde una perspectiva comparada, al objeto de contextualizar y dimensionar los desafíos reales que el sistema de servicios sociales plantea de cara a la sostenibilidad de las finanzas públicas. En ese sentido, el estudio analiza tanto los patrones de gasto –pasados y, en la medida de lo posible, futuros– de los servicios sociales asociados al envejecimiento en Euskadi como las herramientas de financiación que se han desarrollado en otros países para hacer frente al reto de la financiación de los servicios sociales. A partir de ese análisis, el informe plantea algunas reflexiones en relación a la sostenibilidad futura de los servicios sociales asociados al envejecimiento, en relación a la dimensión intergeneracional de los modelos de gasto y financiación adoptados, y en relación al propio concepto de sostenibilidad.

Más concretamente, los objetivos del estudio son los siguientes:

- Describir los patrones de gasto relacionados con los servicios sociales asociados al envejecimiento en Euskadi y en Gipuzkoa.
- Determinar, en la medida de lo posible, la evolución de las necesidades asociadas a la dependencia –fundamentalmente, el crecimiento de la población mayor o muy mayor y la disponibilidad de cuidado informal–, así como las proyecciones del gasto destinado a los sistemas de protección social.
- Analizar las principales estrategias y herramientas desarrolladas en los países de nuestro entorno en relación a la financiación de los servicios sociales de atención a la dependencia.
- Revisar la literatura publicada en los últimos años sobre la sostenibilidad a medio y largo plazo del gasto derivado del envejecimiento demográfico –y, particularmente, del gasto en cuidados de larga duración– y determinar qué factores se relacionan con esa sostenibilidad, en qué medida la percepción de insostenibilidad del gasto en servicios sociales se ajusta a la realidad y/o en qué medida pueden establecerse estrategias que garanticen, precisamente, la sostenibilidad del gasto en el medio y largo plazo.

Los principales datos que cabe extraer del análisis realizado son los siguientes:

- Aunque el gasto en Servicios Sociales y, particularmente, en cuidados de larga duración o servicios de atención a la dependencia ha crecido en Euskadi durante las dos décadas del siglo XXI en mayor medida que otros indicadores económicos –como el PIB o la recaudación– y más que el gasto en otras partidas de la protección social –como el gasto en salud o pensiones–, sigue representando una parte muy reducida del gasto público o del gasto en protección social.
- Además, si se tiene en cuenta el efecto de la inflación y el incremento de la población potencialmente beneficiaria de estos servicios (la población mayor de 80 años), el incremento del gasto ha sido muy reducido.
- De cara al futuro, aunque este será el tipo de gasto social que se incrementará en mayor medida –hasta llegar a duplicarse–, su peso en el conjunto del gasto público o del gasto en protección social seguirá siendo pequeño.
- El incremento en el gasto que las instituciones vascas realizan en materia de Servicios Sociales de atención a la dependencia ha estado claramente descompensado desde el punto de vista institucional: frente a un muy notable incremento del gasto foral (tanto en términos absolutos como en relación a su presupuesto de gestión propia), el gasto municipal apenas ha crecido en los últimos 20 años. De hecho, el gasto municipal por habitante mayor de 80 años en euros constantes se ha reducido prácticamente a la mitad, pese a la

aprobación de la Ley de Dependencia en 2006 y la Ley vasca de Servicios Sociales en 2008. Además, el porcentaje del gasto municipal total destinado a los servicios sociales se ha mantenido casi estable a lo largo de estas dos décadas.

- A lo largo de los últimos 20 años, el incremento del gasto en servicios sociales de atención a la dependencia –y, más concretamente, del gasto en servicios residenciales– ha sido mayor en Bizkaia y en Gipuzkoa que en Álava, que partía de niveles de gasto superiores y que sigue en cualquier caso realizando un gasto más elevado por habitante en este ámbito. Sin embargo, mientras en Bizkaia el incremento del gasto en servicios residenciales se deriva fundamentalmente de un incremento en el número de plazas y en las tasas de cobertura, en Gipuzkoa se deriva fundamentalmente de un incremento en las ratios de atención y, secundariamente, en la remuneración del personal. En Álava, dados los elevados niveles de gasto pre-existentes, el crecimiento de los tres factores –plazas, ratios, remuneraciones– ha sido muy reducido.
- En relación a los patrones de gasto de otros países o regiones de la UE y de la OCDE, la Comunidad Autónoma del País Vasco destaca por un gasto social elevado por habitante, pese al escaso desarrollo de algunos ámbitos de la protección social, como los servicios para las familias y para la infancia, donde el gasto social vasco apenas alcanza el 50% del gasto medio europeo. Con todo, no puede decirse que el gasto vasco en protección social –y, particularmente, el gasto vasco en servicios y prestaciones para las personas mayores– sea inferior al promedio europeo.
- De hecho, si se compara con el gasto que realizan las demás regiones de la OCDE, la CAPV está entre las que más gastan en educación, sanidad o servicios sociales. Esto se debe tanto a la envergadura de las competencias asumidas por las instituciones vascas como a la mayor renta por habitante de Euskadi y una mayor disponibilidad social y política para ese tipo de gasto. Es obvio, al mismo tiempo, que las particulares reglas de financiación del gasto público en Euskadi –particularmente, la caja única de la Seguridad Social y el sistema de Concierto y de Cupo– han permitido que la CAPV pueda realizar un gasto social muy elevado con una recaudación fiscal muy inferior a la de los países europeos con niveles de renta similares.
- Sin embargo, Euskadi destina a la financiación de la protección social –ya sea mediante impuestos o mediante cotizaciones– un menor porcentaje del PIB que la mayor parte de los países de Europa.

Desde el punto de vista de la financiación de los sistemas de protección social (y, más concretamente, de atención a la dependencia), pueden distinguirse al menos cuatro modelos: a) países que basan su modelo en sistemas de aseguramiento social, como Alemania, Holanda, Corea o Japón; b) países que basan su modelo en la cobertura universal de los servicios de atención a la dependencia, financiados mediante impuestos generales; c) países que basan su modelo en una cobertura selectiva de los servicios, dirigida sólo a personas con recursos inferiores a un umbral determinado, y financiados también mediante impuestos generales, y d) sistemas híbridos, como el francés, que combinan características de diversos modelos.

El caso de la CAPV –y del conjunto del Estado español– podría considerarse también un modelo híbrido, ya que combina una aproximación teóricamente universal para la cobertura del riesgo de dependencia y el reconocimiento del derecho a un amplio catálogo de servicios sociales con unas tasas de presión fiscal comparativamente bajas –particularmente llamativas en lo que se refiere a la tributación local– y la renuncia al establecimiento de sistemas de aseguramiento social público, en la línea de Alemania, Japón o, mediante el desarrollo combinado de cotizaciones e impuestos finalistas, Francia. La inusual combinación que se produce en Euskadi –servicios universales, gasto elevado, presión fiscal baja y ausencia de mecanismos finalistas de financiación– plantea sin duda algunos problemas importantes de sostenibilidad financiera en el medio y largo plazo, especialmente si se quieren mantener los principios de universalidad y calidad de la atención que reconoce la nor-

mativa vigente.

También destaca en Euskadi la insuficiencia de las herramientas que se han articulado para la asunción de una parte del gasto en servicios sociales de atención a la dependencia por parte de otros niveles o sistemas de la administración –por ejemplo, el sistema de salud, el de vivienda o el de garantía de ingresos–, el escaso desarrollo de las herramientas que permiten utilizar el importante patrimonio inmobiliario de las personas mayores para la financiación de los servicios sociales –incluso en los casos en los que esa riqueza inmobiliaria se lega a los herederos/as de estas personas– y la tensión entre los principios de progresividad y universalidad a la hora de definir la participación económica de las personas usuarias en la financiación de los servicios. Como ya se ha señalado en otros trabajos anteriores del SIIS, el actual sistema de copago erosiona el principio del derecho subjetivo a los servicios sociales y disuade a las clases medias y altas de acceder a tales servicios, que pueden adquirir (a mejor precio y con mayor flexibilidad) en un mercado privado alegal y desregulado. En ese contexto, la demanda de los servicios sociales públicos, teóricamente universales, se concentra en las personas con pocos recursos, necesidades muy intensas y/o redes de apoyo muy débiles, de forma que un énfasis excesivo en la progresividad del sistema de copago contribuye a minar el principio de universalidad de los servicios sociales públicos, sin cuestionar necesariamente su carácter de derecho subjetivo.

Por último, la evidencia económica disponible parece poner con claridad de manifiesto que el envejecimiento demográfico supone un riesgo para la sostenibilidad del conjunto de las finanzas públicas, tanto por el previsible incremento del gasto en sanidad, pensiones y cuidados de larga duración como por la reducción en las perspectivas de crecimiento económico derivadas de la reducción de la población activa. De acuerdo a los datos de la OCDE [1], los ingresos fiscales de los países económicamente desarrollados deberán crecer entre 4,5 y 11,5 puntos porcentuales del PIB de cara a 2060 para mantener los niveles actuales de déficit y hacer frente al incremento del gasto en pensiones, sanidad y cuidados de larga duración, sin incrementar los ya elevados niveles de deuda. En el caso de España, el incremento deberá ser de casi el 10%.

La evidencia económica disponible también señala, sin embargo, que la sostenibilidad del gasto en servicios sociales no se deriva únicamente del incremento de la población potencialmente usuaria o incluso del gasto efectivamente realizado, y que resultan más relevantes otros elementos como los sistemas de financiación establecidos, el crecimiento de la productividad o los cambios en las perspectivas de crecimiento económico que se derivan del cambio en las capacidades educativas de la población. Se ha puesto al respecto de manifiesto el impacto intergeneracional de los modelos de gasto y financiación de los servicios sociales públicos, en un contexto en el que el gasto social se reparte de forma muy asimétrica en función de la edad.

En ese sentido, la abundante literatura basada en la contabilidad intergeneracional que se ha ido produciendo en los últimos años plantea dos conclusiones de interés en lo que se refiere a la sostenibilidad del gasto en materia de protección social: por una parte, permite identificar el grado de insostenibilidad del gasto previsto, y evaluar las reformas que podrían ser necesarias para garantizar esa sostenibilidad; por otra, pone de manifiesto en qué medida la sostenibilidad de ese gasto depende, paradójicamente, de la inversión que se haga en medidas dirigidas a la inversión en el capital humano de las cohortes que hoy son jóvenes –es decir, en políticas de infancia, de familia y educativas–, en la medida en que se constata que la mejora del capital educativo de las cohortes jóvenes tienen un impacto superior al resto de los cambios demográficos en lo que se refiere a la sostenibilidad fiscal del conjunto del Estado del Bienestar. Una orientación excesivamente marcada del actual gasto social hacia las personas mayores compromete, paradójicamente, la posibilidad de financiar el gasto de las personas mayores del futuro, que son, también paradójicamente, las personas adultas que están financiando el actual gasto en personas mayores.

En todo caso, como se señala en último punto del informe, pese a parecer obvio, el concepto de sostenibilidad dista de estar suficientemente definido en el marco de las políticas de salud o de atención a la dependencia, más allá de la idea de que los gastos e ingresos deben estar alineados, sin que los primeros crezcan por encima de los segundos. Se olvida a menudo sin embargo que la

sostenibilidad del gasto en salud o en atención a la dependencia –y, por extensión, de cualquier otro ámbito de las políticas públicas– es una cuestión eminentemente política y que debe vincularse a los resultados que una sociedad determinada desea garantizar en ese ámbito de las políticas públicas. La pregunta no es tanto la de cuánto podemos pagar por unos servicios públicos determinados, sino, más bien, la de qué resultados queremos obtener mediante esos servicios y cómo los podemos obtener de la forma más eficiente posible.

En otras palabras, la cuestión de cuánto está la ciudadanía dispuesta a pagar para alcanzar unos objetivos determinados en el ámbito de la salud –y, por extensión, de la atención a la dependencia– es una cuestión política. Subrayar el carácter político del debate sobre la sostenibilidad permite situar la discusión más allá de los niveles de gasto e, incluso, de recaudación, y centrar la atención en otros elementos, como la disponibilidad social para alcanzar mediante el sistema de Servicios Sociales unos resultados determinados, el crecimiento económico necesario para la financiación del gasto que la obtención de esos resultados requiere, el retorno que ese gasto genera o su efectividad a la hora de obtener los resultados previstos.

1. Presentación

1.1. Objetivos del informe

No cabe duda –como ya se decía en un trabajo realizado por el SIIS para la Diputación Foral de Gipuzkoa hace más de diez años– que el incremento en la demanda de Servicios Sociales prevista para los próximos años traerá consigo, a medio y largo plazo, la necesidad de destinar un mayor volumen de recursos económicos a este sector de la protección social [2]. En ese contexto, la sostenibilidad económica del Estado de Bienestar –y, especialmente, de las prestaciones y servicios asociados al envejecimiento– en el medio y largo plazo supone un motivo de preocupación social y política evidente, especialmente si se tienen en cuenta la senda de incremento de gasto de los últimos años y las limitaciones que el sistema de atención a las personas mayores todavía muestra tanto en términos de cobertura como de calidad e intensidad de la atención.

Efectivamente, el incremento en los costes unitarios relacionados con los servicios sociales y de salud, la multiplicación de las necesidades atendidas por estos sistemas –debido tanto al envejecimiento de la población y al incremento de la esperanza de vida, como a la reducción en la disponibilidad del cuidado informal– y la reducción de las perspectivas de crecimiento económico derivadas de la disminución en el tamaño de la población activa hacen que las perspectivas en relación a la sostenibilidad del gasto en servicios sociales sean poco halagüeñas.

Tal y como explican Cylus et al. [3], “el discurso político, académico y social tiende a afirmar que el envejecimiento de la población tendrá consecuencias negativas para el crecimiento económico, las finanzas públicas y el bienestar de las familias. A medida que aumenta el porcentaje de población de edad avanzada, preocupa cómo las sociedades podrán satisfacer las necesidades previstas de salud y cuidados de larga duración de las personas mayores y, al mismo tiempo, hacer frente a un menor crecimiento económico debido a la reducción de la población en edad activa. Dada la magnitud de esos retos, muchos expertos predicen un menor crecimiento de la producción económica, cuestionan la sostenibilidad de los estados de bienestar y sugieren que se reduzca la escala y el alcance de la cobertura”. Estos autores afirman también, sin embargo, que “la mayor parte de los datos empíricos disponibles no indican que el envejecimiento de la población vaya a acarrear problemas económicos inmanejables”.

En efecto, la sostenibilidad del gasto en protección social durante los próximos años depende también de otros factores, como las decisiones que se adopten para la financiación de estos gastos, el cambio en las necesidades de atención sanitaria o social que pueden requerir las futuras cohortes de personas mayores, la evolución de los costes unitarios o el nivel de crecimiento económico que se produzca en el futuro, lo que se relaciona a su vez con otras cuestiones como el incremento de la productividad, el desarrollo tecnológico o la inversión educativa. En ese sentido, es evidente que el debate sobre la sostenibilidad del gasto en servicios sociales debe contextualizarse teniendo en cuenta otros elementos, como el crecimiento del conjunto del gasto público, el incremento de la demanda o los niveles de gasto que se realizan en otros países. También es necesario reflexionar sobre los factores que determinan el gasto público (coberturas, intensidades, costes unitarios y niveles retributivos, niveles de copago de las personas usuarias...) y sobre las estrategias que se han aplicado en otros países para la financiación de los servicios sociales y/o para hacer frente a las previsiones de incremento del gasto que se plantean.

A partir de esas consideraciones, el objetivo de este estudio es el de analizar los patrones de gasto y financiación de los servicios sociales en Gipuzkoa desde una perspectiva comparada, al objeto de contextualizar y dimensionar los desafíos reales que el sistema de servicios sociales plantea de cara a la sostenibilidad de las finanzas públicas. En ese sentido, el estudio analiza tanto los patrones de gasto –pasados y, en la medida de lo posible, futuros– de los servicios sociales asociados al envejecimiento en Euskadi como las herramientas de financiación que se han desarrollado en otros países para hacer frente al reto de la financiación de los servicios sociales. A partir de ese análisis, el in-

forme plantea algunas reflexiones en relación a la sostenibilidad futura de los servicios sociales asociados al envejecimiento, en relación a la dimensión intergeneracional de los modelos de gasto y financiación adoptados, y en relación al propio concepto de sostenibilidad.

A partir de esos planteamientos, los objetivos del estudio son los siguientes:

- Describir los patrones de gasto relacionados con los servicios sociales asociados al envejecimiento en Euskadi, relacionando esos niveles de gasto con otros indicadores –la recaudación, la riqueza, el gasto en otros ámbitos de la protección social...–, con el incremento en las necesidades sociales a las que los servicios sociales dan respuesta –básicamente, el incremento en el número de personas dependientes y/o mayores de 80 años– y con los niveles de gasto, y los modelos de financiación, de los países y las regiones de nuestro entorno.
- Determinar, en la medida de lo posible, la evolución de las necesidades asociadas a la dependencia –fundamentalmente, el crecimiento de la población mayor o muy mayor y la disponibilidad de cuidado informal–, así como las proyecciones del gasto destinado a los sistemas de protección social.
- Analizar las principales estrategias y herramientas desarrolladas en los países de nuestro entorno en relación a la financiación de los servicios sociales de atención a la dependencia. Dejando de lado otras estrategias relacionadas con la reducción o la racionalización del gasto que se realiza en el ámbito de la atención a la dependencia, las cuestiones que se analizan se refieren básicamente a las herramientas aplicadas en otros ámbitos territoriales para la financiación –pública o privada– de los servicios.
- Revisar la literatura publicada en los últimos años sobre la sostenibilidad a medio y largo plazo del gasto derivado del envejecimiento demográfico –y, particularmente, del gasto en cuidados de larga duración– y determinar qué factores se relacionan con esa sostenibilidad, en qué medida la percepción de insostenibilidad del gasto en servicios sociales se ajusta a la realidad y/o en qué medida pueden establecerse estrategias que garanticen, precisamente, la sostenibilidad del gasto en el medio y largo plazo.

1.2. Metodología y estructura del informe

Desde el punto de vista metodológico, se ha recurrido básicamente a dos tipos de fuentes:

- Los datos sobre el gasto y la financiación de los servicios sociales en Gipuzkoa y/o Euskadi se han extraído fundamentalmente de la Encuesta de Servicios Sociales desarrollada por el Órgano Estadístico Específico del Departamento de Justicia, Igualdad y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, y de la Cuenta de la Protección Social, realizada por EUSTAT. Por su parte, los datos sobre el gasto y la financiación de los sistemas de protección social en Europa y/o en los países de la OCDE se ha recogido tanto de las estadísticas de EUROSTAT sobre gasto en protección social como de la base de datos sobre protección social de la OCDE. También se ha recurrido a la estadísticas que respecto el gasto social regional publica el *World Observatory on Subnational Government Finance and Investment (WOSGFI)* de la OCDE y a algunas estadísticas elaboradas por el Ministerio de Hacienda.
- La información sobre las estrategias utilizadas en los países de nuestro entorno, así como la documentación sobre la sostenibilidad de los servicios sociales de atención a la dependencia, se ha obtenido de diversas fuentes, entre las que cabe destacar la base de datos del MISSOC (*Mutual Information System on Social Protection in the European Union*), los informes de la Unión Europea sobre el diseño de los sistemas de atención a la dependencia en cada país y la abundante literatura científica publicada al respecto.

La estructura del informe se corresponde con los objetivos previamente señalados:

- El segundo apartado analiza la evolución del gasto en servicios sociales asociados al envejecimiento en Euskadi, compara los niveles de gasto de la CAPV con los de otros países y regiones de Europa,
- El tercer capítulo resume las proyecciones de gasto previstas para los próximos años en la UE y en el Estado español en el ámbito de la protección social.
- El siguiente apartado describe los principales mecanismos para la financiación de los servicios de atención a la dependencia. Las cuestiones que se analizan son:
 - o El papel de los seguros sociales públicos y de la tributación finalista o afectada en la financiación de los servicios.
 - o El potencial de los seguros privados como mecanismo alternativo de financiación y el recurso al patrimonio –y, especialmente, al patrimonio inmobiliario– de las personas mayores como herramienta para la financiación de los servicios sociales de atención a la dependencia.
 - o El papel de los impuestos generales en la financiación de los servicios sociales de atención a la dependencia.
 - o La participación de los ámbitos institucionales ajenos a los servicios sociales en la financiación de los servicios de atención a la dependencia
 - o La participación económica de las personas usuarias en la financiación de los servicios sociales de atención a la dependencia y su impacto en la universalidad de los servicios.
- El último capítulo recoge la revisión de la literatura sobre la sostenibilidad del gasto en servicios sociales y sobre sus determinantes.

2. El gasto en los Servicios Sociales asociados al envejecimiento en Euskadi: evolución y comparación

2.1. Introducción

Como acaba de señalarse, el objetivo de este capítulo es el de describir los patrones de gasto relacionados con los servicios sociales asociados al envejecimiento en Euskadi, relacionando esos niveles de gasto con otros indicadores –la recaudación, la riqueza, el gasto en otros ámbitos de la protección social... –, con el incremento en las necesidades sociales a las que los servicios sociales dan respuesta –básicamente, el incremento en el número de personas dependientes y/o mayores de 80 años– y con los niveles de gasto, y los patrones de financiación, de los países y las regiones de nuestro entorno.

Como también se ha señalado, los datos sobre el gasto y la financiación de los servicios sociales en Gipuzkoa y/o Euskadi se han extraído fundamentalmente de la Encuesta de Servicios Sociales desarrollada por el Órgano Estadístico Específico del Departamento de Justicia, Igualdad y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, y de la Cuenta de la Protección Social, realizada por EUSTAT. Por su parte, los datos sobre el gasto y la financiación de los sistemas de protección social en Europa y/o en los países de la OCDE se ha recogido tanto de las estadísticas de EUROSTAT sobre gasto en protección social como de la base de datos sobre protección social de la OCDE. También se ha recurrido a la estadísticas que respecto el gasto social regional publica el *World Observatory on Subnational Government Finance and Investment (WOSGFI)* de la OCDE y a algunas estadísticas elaboradas por el Ministerio de Hacienda.

Desde el punto de vista metodológico, conviene señalar algunas cuestiones:

- En general, se ha optado por recoger los datos relativos al conjunto de la CAPV, aunque en ocasiones también se recogen los datos relativos a Gipuzkoa. Se ha considerado en cualquier caso que –pese a las importantes diferencias que existen entre los territorios históricos de la CAPV en relación al gasto, la extensión o las formas de financiación de los servicios sociales– los datos relativos al conjunto de la comunidad permiten ofrecer una visión más completa de la evolución del gasto.
- Los indicadores analizados se refieren en general al gasto público y privado en servicios sociales asociados al envejecimiento y/o a la dependencia. No es sencillo sin embargo distinguir estos datos del conjunto del gasto en servicios sociales, por lo que en algunas ocasiones se ha optado –debido a la mayor disponibilidad de los datos– por centrarse en el conjunto del gasto en servicios sociales (que, en las estadísticas utilizadas, incluyen los programas de prestaciones de garantía de ingresos, centros especiales de empleo y otras partidas no incluidas en el catálogo de servicios sociales establecido en la Ley vasca de Servicios Sociales).
- Cuando se ha considerado conveniente, se ha optado por recoger los datos en términos de euros constantes, aunque en algunas tablas y gráficos los datos recogidos se ofrecen en términos de euros corrientes.
- El periodo analizado es el comprendido entre 2000 y 2020, si bien para muchos indicadores la disponibilidad de datos finaliza en 2018 o 2019.

La estructura del capítulo es la siguiente:

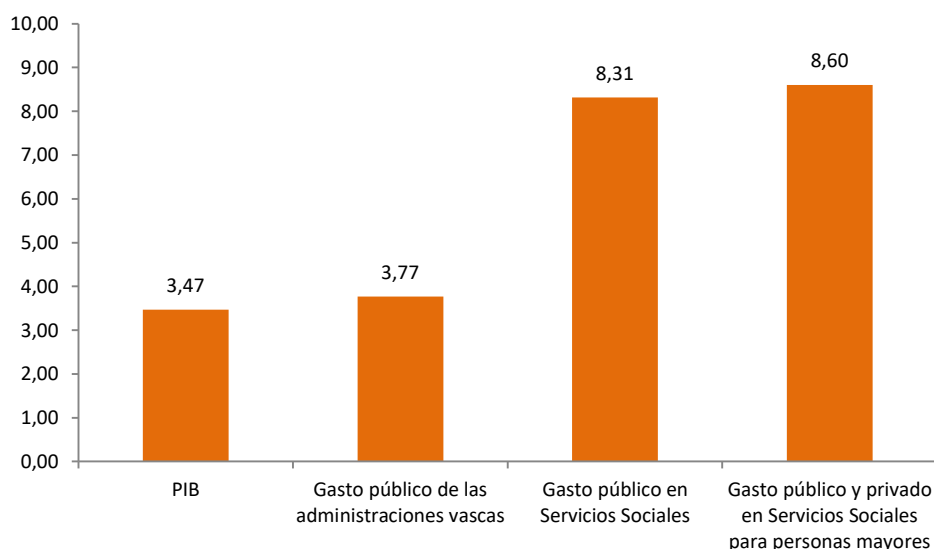
- El primer epígrafe recoge la evolución comparada del gasto en Servicios Sociales y en otros ámbitos de las políticas públicas en Euskadi

- El segundo analiza la evolución de la financiación y de la composición del gasto en Servicios Sociales para personas mayores
- El tercer epígrafe analiza la evolución de los costes unitarios en el ámbito de los Servicios Sociales para personas mayores, con especial atención a los indicadores económicos relativos a los centros residenciales para personas mayores.
- Finalmente, el gasto vasco en el ámbito de la protección social se compara con el que realizan otros Estados de la UE y de la OCDE, así como con el que realizan las regiones o administraciones subestatales de esos mismos países.

2.2. Evolución comparada del gasto en Servicios Sociales y en otros ámbitos de las políticas públicas en Euskadi

Si se analiza el crecimiento interanual medio de diversos indicadores económicos entre 2000 y 2018 se observa crecimientos más elevados en el ámbito de los servicios sociales que en otros ámbitos de la economía. Así, en términos de euros corrientes, mientras que el PIB vasco ha crecido entre 2000 y 2018 a una tasa interanual media del 3,47% y el gasto público de las administraciones vascas lo ha hecho a una tasa interanual media del 3,77%, el gasto público en el conjunto de los Servicios Sociales ha crecido a una tasa del 8,3% y el gasto público y privado en servicios sociales para personas mayores lo ha hecho a una tasa del 8,6%. Así pues, en primera instancia, el gasto en servicios sociales ha crecido durante este periodo a un ritmo más elevado que el PIB y que el conjunto del gasto público en Euskadi.

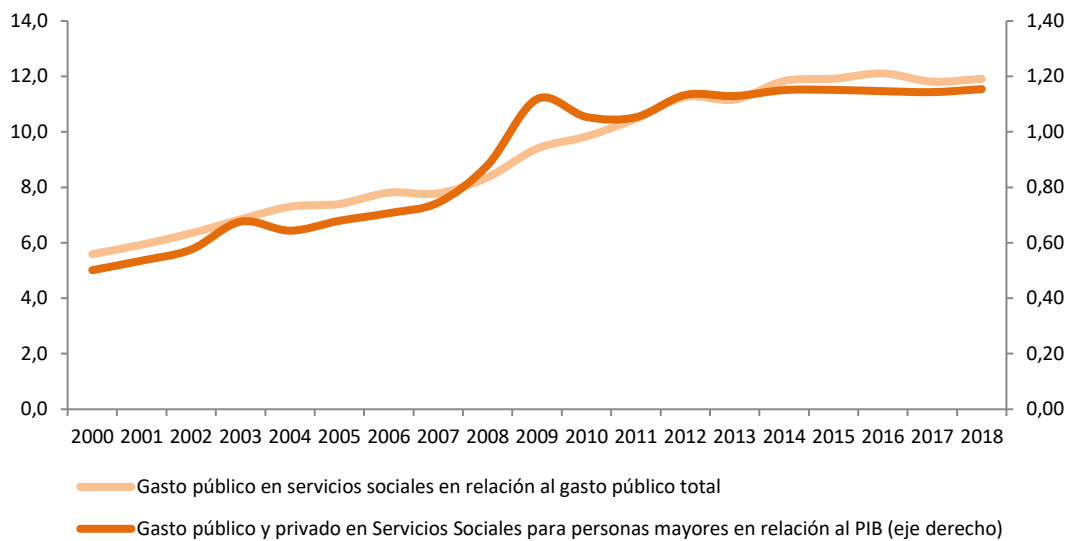
Gráfico 1. Crecimiento interanual medio de diversos indicadores económicos entre 2000 y 2018 en Euskadi



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESSEC del OEE y Cuentas Económicas de Eustat.

Debido a este diferente ritmo de crecimiento, el porcentaje que representa el gasto público en servicios sociales en relación al gasto público total no ha dejado de crecer en este periodo y ha pasado del 5,9% al 11,9%, con una cierta estabilización de ese crecimiento a partir de 2013. En sentido parecido, el peso del gasto público y privado en servicios sociales en relación al PIB también ha ido creciendo de forma notable, y ha pasado del 0,54% al principio del periodo al 1,15% en 2018. En este segundo caso, la ralentización del ritmo de crecimiento a partir de 2012 es aún más evidente, dado que el PIB crece de forma más rápida que el gasto público y privado destinado a la financiación de los servicios sociales para personas mayores. En ese sentido, el porcentaje del PIB que se destina a estos servicios ha oscilado entre el 1,13% y el 1,15% a lo largo de los cinco últimos años de la serie.

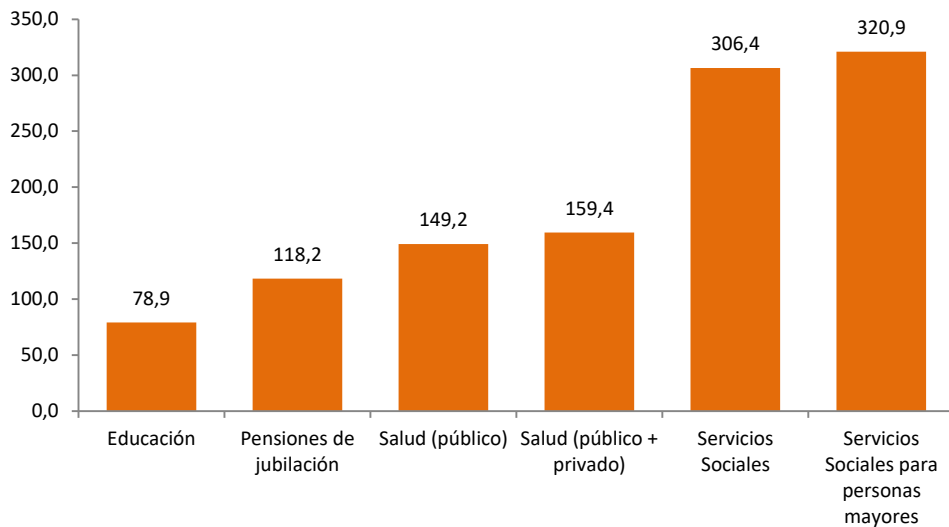
Gráfico 2. Evolución del porcentaje del PIB y del gasto público destinado a los servicios sociales para personas mayores y al conjunto de los servicios sociales entre 2000 y 2018 en Euskadi



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESSEC del OEE y Cuentas Económicas de Eustat.

El análisis de la evolución es similar cuando se analiza la variación del gasto que se ha producido en este mismo periodo en otros ámbitos de la protección social, es decir, cuando el incremento del gasto en servicios sociales se compara con el incremento del gasto en educación, sanidad o pensiones, y no con el PIB o con el conjunto del gasto público. En este caso, el gráfico recoge la tasa de variación (en %) entre 2000 y 2018 del gasto público en educación, el gasto de la Seguridad Social en pensiones para personas mayores, el gasto público en salud y el gasto público y privado en salud, así como el gasto público y privado en Servicios Sociales para personas mayores y el gasto público en Servicios Sociales. Es importante señalar que se recoge la variación del gasto en términos de euros corrientes y que el incremento del IPC ha sido en este periodo (enero de 2000 a diciembre de 2018) del 50,5%, por lo que el incremento real del gasto en todas las partidas señaladas es en realidad más bajo del que se recoge en el gráfico.

Los datos del gráfico permiten ver que, en términos de euros corrientes, el gasto público y privado en Servicios Sociales para personas mayores y el gasto público en Servicios Sociales ha crecido en Euskadi desde 2000 a un ritmo mucho más intenso que el gasto en pensiones de la Seguridad Social que el gasto en educación o que el gasto en salud.

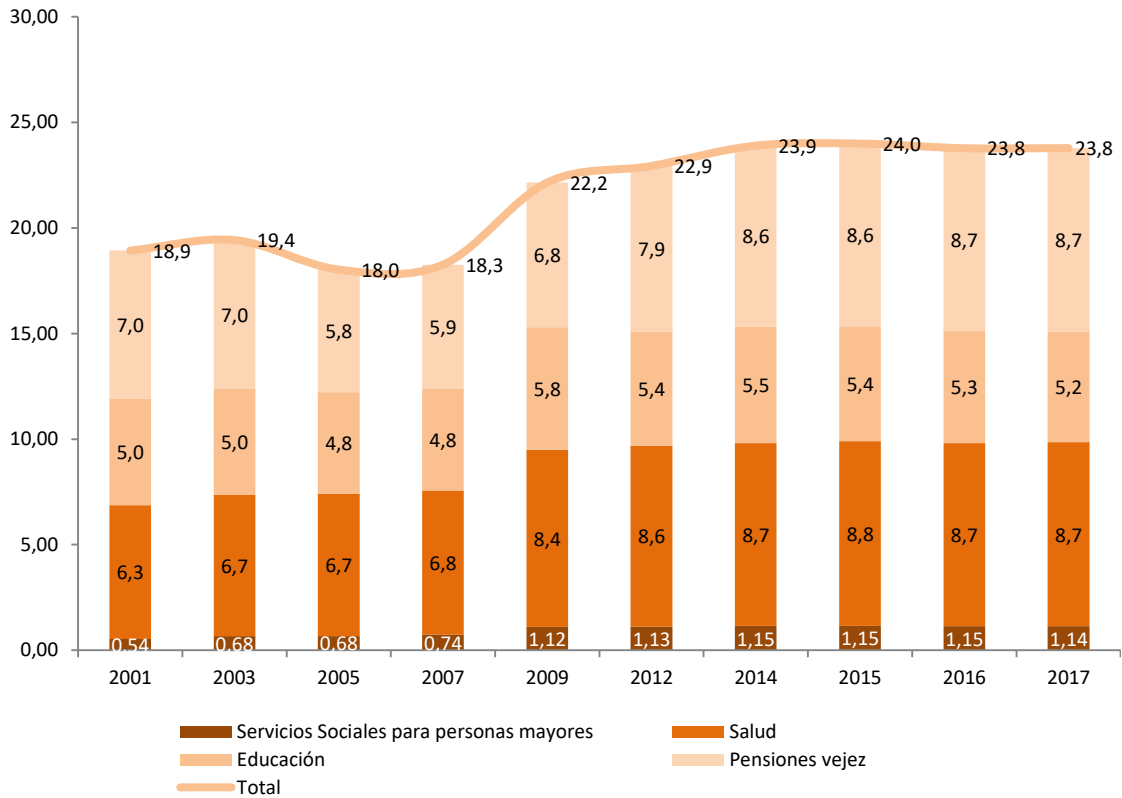
Gráfico 3. Porcentaje de variación del gasto en diversos ámbitos de la protección social entre 2000 y 2018 en Euskadi

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESSEC, Cuenta de la Salud, Cuenta de la Protección Social, Cuenta de la Educación e INE.

Los datos que se han analizado hasta ahora se refieren en cualquier caso al ritmo de incremento de diversos indicadores; no se tiene en cuenta el nivel del que cada uno de esos indicadores partía en el año 2000 ni el peso que el gasto en los diversos tipos de gastos representaba al inicio y al final del periodo que se está analizando. El gráfico siguiente permite observar la evolución del peso del gasto de la seguridad social en pensiones, el gasto público y privado en educación, el gasto público y privado en salud y el gasto público y privado en servicios sociales para las personas mayores en relación al PIB.

El primer elemento que se observa es el incremento del peso total de estos gastos a partir de 2007, debido tanto a la reducción del PIB como al propio incremento de los gastos analizados: del 18,9% del PIB de 2001 la suma de los cuatro tipos de gasto considerados pasa el 23,8% en 2017. El segundo elemento que se observa es el escaso peso que el gasto en los Servicios Sociales para personas mayores tiene en 2017 en el conjunto de este gasto. Si bien es cierto que es el gasto que en mayor medida crece, pasa del 0,54% al 1,14% del PIB, su nivel de partida es tan bajo que sigue representando un porcentaje muy reducido de todo el gasto destinado a la protección social. De hecho, el incremento del gasto en los servicios sociales para personas mayores apenas explica un 12% de todo el incremento experimentado por el peso de estas partidas de gasto en el PIB, mientras que el 48% del incremento se relaciona con la salud y el 34% con las pensiones. Hay que recordar, además, que ese peso ha crecido tanto por el crecimiento del gasto en estas partidas como por la reducción –o, al menos, menor incremento– del PIB, lo que tiene una influencia directa en el debate sobre la sostenibilidad de estos gastos.

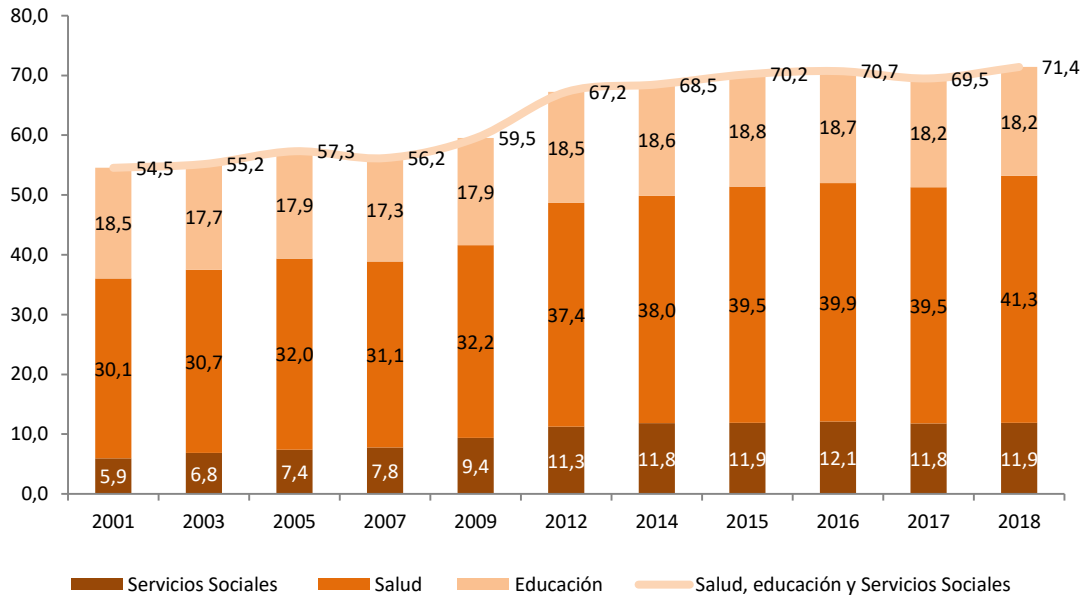
Gráfico 4. Evolución del gasto en diversos ámbitos de la protección social en relación al PIB entre 2001 y 2017 en Euskadi



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESSEC, Cuenta de la Salud, Cuenta de la Protección Social, Cuenta de la Educación e INE.

La misma evolución se observa cuando lo que se analiza es el peso del gasto público en salud, educación y servicios sociales en relación al conjunto del gasto público realizado por las administraciones vascas (no se ha tenido en cuenta en este caso el gasto en pensiones debido a su diferente sistema de financiación). Por una parte, el peso de estos tres ámbitos sumados ha pasado entre 2001 y 2017 del 54,5% del gasto público total realizado por las administraciones vascas al 71,4%. Por otra, aunque ha crecido, el gasto en el ámbito de los Servicios Sociales –que en este caso incluyen partidas como la Renta de Garantía de Ingresos– suponía tanto en 2001 como en 2018 un porcentaje muy reducido de ese gasto (5,9% en 2001 y 11,9% en 2018). En este caso, el incremento del gasto en el ámbito de los servicios sociales explica en torno a un tercio del incremento del gasto, mientras que dos tercios de ese incremento se relacionan con el peso del gasto en salud en relación al conjunto del gasto público vasco.

Gráfico 5. Evolución del gasto público en diversos ámbitos de la protección social en relación al gasto público de la CAPV entre 2000 y 2018 en Euskadi



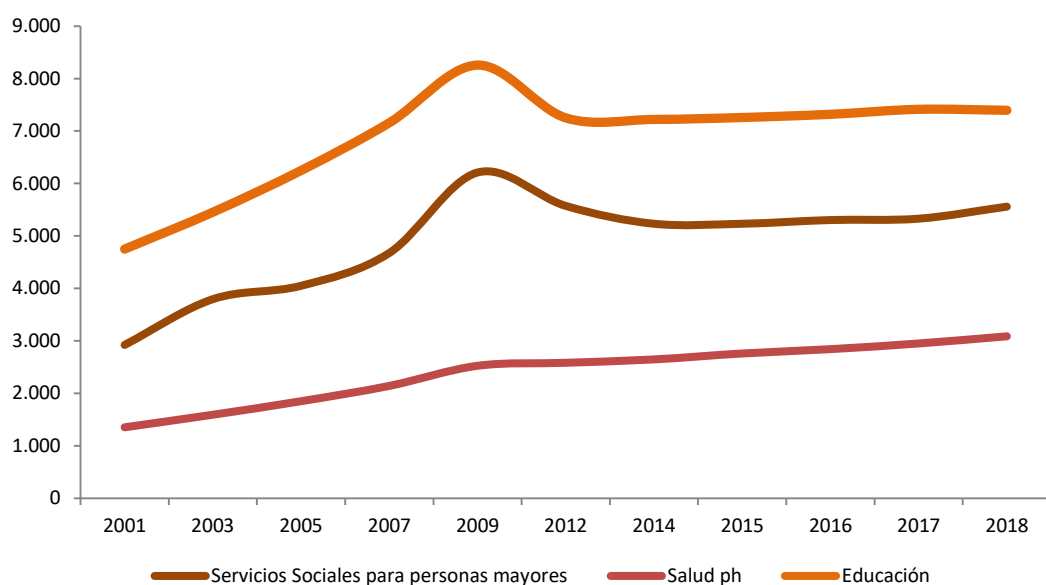
Fuente: Elaboración propia a partir de la ESSEC, Cuenta de la Salud, Cuenta de la Protección Social, Cuenta de la Educación e INE.

Hasta ahora se ha visto por tanto que, si bien el ritmo de crecimiento del gasto en servicios sociales es mayor que el que corresponde a otros ámbitos de la protección social o a otros indicadores económicos, su peso real en el incremento del gasto –tanto en relación al PIB como en relación al conjunto del gasto público– es muy reducido, debido sobre todo al reducido nivel de gasto del que se partía. También se ha visto que la mayor aportación al crecimiento del gasto –ya sea en relación al PIB o en relación al conjunto del gasto– se vincula al crecimiento del gasto en sanidad y en pensiones.

En todo caso, los datos que se han analizado hasta ahora no tienen en cuenta el cambio que se ha producido a lo largo de estos casi 20 años en el número de personas potencialmente usuarias. Si el incremento del gasto se relaciona con el incremento de las personas potencialmente usuarias de los diferentes servicios analizados, las conclusiones que se han ido obteniendo hasta ahora cambian en buena medida.

El gráfico siguiente recoge la evolución del gasto público en diversos ámbitos de la protección social por persona potencialmente usuaria considerando como personas usuarias a las personas mayores de 80 años en el caso del gasto público y privado en servicios sociales para personas mayores, a las personas menores de 18 años en el caso del gasto público y privado en educación y al conjunto de la población en el caso del gasto público y privado en salud.

Cuando los datos se analizan de esta manera, se observan dos datos de interés: por una parte, el gasto unitario más elevado es el relativo a la educación que ronda en 2018 los 7.300 euros por cada persona menor de edad. Le sigue el gasto en servicios sociales para personas mayores –en torno a 5.500 por cada persona mayor de 80 años– y el gasto en salud, que asciende a unos tres mil euros por habitante.

Gráfico 6. Evolución del gasto público en diversos ámbitos de la protección social por persona potencialmente usuaria en Euskadi (2001-2018)

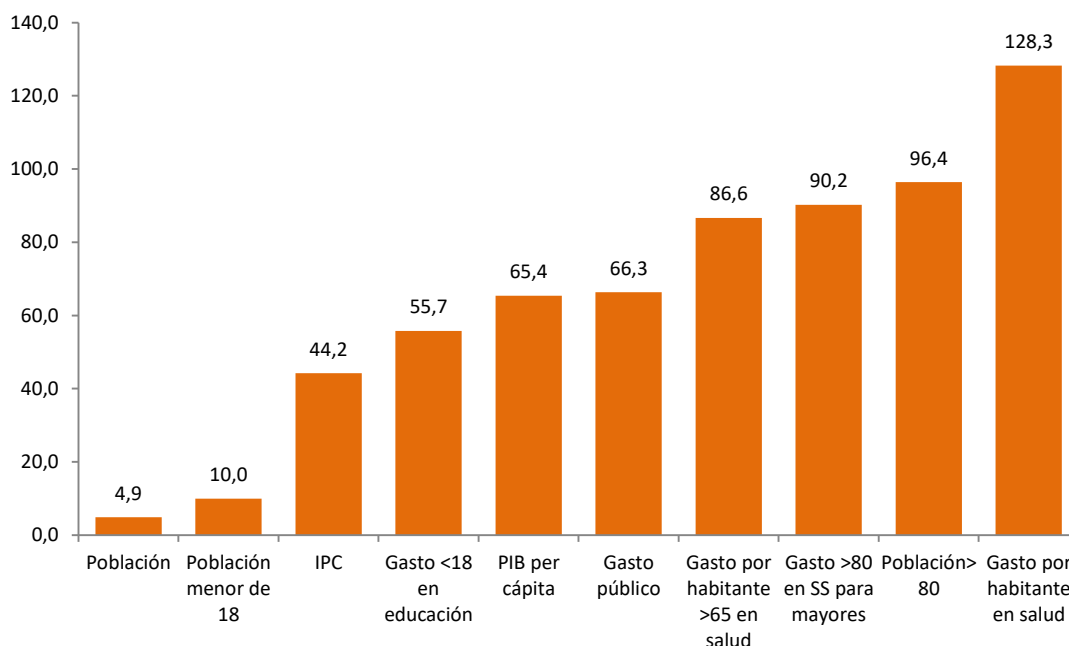
Fuente: Elaboración propia a partir de la ESSEC, Cuenta de la Salud, Cuenta de la Protección Social, Cuenta de la Educación e INE.

Más allá de esos gastos unitarios –muy condicionados por la elección de la población de referencia–, interesa analizar cuál ha sido el incremento de esos y otros indicadores, es decir, en qué medida han crecido esos gastos cuando se tiene en cuenta el crecimiento de la población potencialmente beneficiaria de los diferentes tipos de gastos.

El gráfico siguiente ofrece esa información y tiene en cuenta la tasa de variación entre 2000 y 2018 del conjunto de la población, de la población menor de 18 años, de la población mayor de 80 años, del IPC y de los diversos indicadores de gasto que se han manejado hasta ahora: el PIB per cápita y el conjunto del gasto público, por una parte, y el gasto en diversos servicios en relación a la población potencialmente beneficiaria por otra (el gasto en educación por cada menor de 18 años, el gasto en servicios sociales por cada persona mayor de 80, y el gasto en salud tanto por cada persona mayor de 65 años como en relación al conjunto de la población). En todos los casos se ha tenido en cuenta tanto el gasto público como el gasto privado.

Los datos del gráfico indican que los indicadores que menos se han incrementado en este periodo son los relativos al volumen de población total –apenas ha crecido un 5% en dos décadas– y de población menor de edad (10%). El número de personas mayores de 80 años ha crecido por el contrario en un 96%. Si se tienen en cuenta estas variaciones en la población potencialmente destinataria, se observa que el gasto en Servicios Sociales para personas mayores ha crecido en un 90%, mientras que el gasto en salud ha crecido entre un 86% y un 128%, en función de si se calcula en relación a la población mayor de 65 años o en relación al conjunto de la población. El IPC ha crecido en un 50,5%, algo menos que el gasto en educación por cada menor de 18 años (55%), el PIB per cápita (65%) y el gasto público (66%).

Gráfico 7. Tasa de variación de diferentes indicadores entre 2001 y 2018 en Euskadi



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESSEC, Cuenta de la Salud, Cuenta de la Protección Social, Cuenta de la Educación e INE.

2.3. Evolución de la financiación y de la composición del gasto en Servicios Sociales para personas mayores

Más allá de la cuestión del gasto destinado a los diferentes servicios públicos, es también conveniente analizar cómo ha variado el gasto destinado a cada uno de los principales servicios destinados a las personas mayores, así como la variación en el peso de la financiación que aportan los diferentes niveles de la Administración. En lo que se refiere al gasto destinado a los diferentes servicios sociales para las personas mayores, la tabla siguiente recoge la evolución del gasto público destinado a los principales centros, servicios y prestaciones –en euros constantes–, así como la evolución de su distribución. La última columna de la tabla recoge la ratio de incremento del gasto en euros constantes, es decir por qué cantidad se ha multiplicado en 2018 el gasto realizado en 2002 teniendo en cuenta el efecto de la inflación.

De acuerdo a los datos de la tabla, el gasto público total destinado a estos servicios ha pasado –en euros constantes– de 358 millones de euros a 656 millones, con lo que el gasto destinado a este sector de la población se habría multiplicado por 1,8. El incremento del gasto más importante se refiere a la teleasistencia, puesto que el gasto se ha multiplicado por 4,8, mientras que el gasto en SAD se ha multiplicado por 1,1. El gasto en servicios residenciales se ha multiplicado por 1,4 y el gasto en centros de día se ha multiplicado por 2,6. Desde el punto de vista de la composición del gasto, los servicios de atención directa han perdido peso debido a la irrupción de las prestaciones económicas (PECEF y PEAP), que junto a las PNCs representan en 2018 el 31% del gasto. El SAD ha pasado del 18,7% al 11,5% y los servicios residenciales del 62% al 48% de todo el gasto público.

Tabla 1. Evolución en euros constantes del gasto público en determinados servicios sociales orientados a las personas mayores en Euskadi (2002-2018)

	Euros		%		Incremento
	2002	2018	2002	2018	
SAD	67.028.680	75.484.157	18,7	11,5	1,13
Teleasistencia	1.238.728	5.984.542	0,3	0,9	4,83
Centros de día	19.408.355	51.719.432	5,4	7,9	2,66
Servicios residenciales	225.537.267	319.716.770	62,8	48,7	1,42
PECEF	0	103.418.665	0,0	15,8	-
PEAP y ayudas ec. autonomía	0	34.078.298	0,0	5,2	-
FBS-PNC	45.749.961	65.626.973	12,7	10,0	1,43
Total	358.962.991	656.028.837	100,0	100,0	1,83

Fuentes: Encuesta de Servicios Sociales. OEE / EUSTAT

La situación es bastante distinta, sin embargo, si los mismos datos se analizan teniendo en cuenta la población potencialmente usuaria, es decir, la población mayor de 80 años. De acuerdo a los datos de la tabla, el gasto total por habitante mayor de 80 años ha pasado en euros constantes de 4.244 en 2002 a 4.109 en 2018, con lo que el gasto se habría multiplicado por 0,97: es decir, se habría mantenido prácticamente estable, con una ligera tendencia a la baja, con incrementos reales únicamente en el caso de la teleasistencia y los centros de día.

Tabla 2. Evolución del gasto público por persona mayor de 80 años en determinados servicios orientados a las personas mayores en Euskadi por tipo de servicio (2002-2018)

	Euros		Incremento
	2002	2018	
SAD	792	472,8	0,60
Teleasistencia	15	37,5	2,57
Centros de día	230	324,0	1,41
Servicios residenciales	2.667	2.002,7	0,75
PECEF	0	647,8	
PEAP y ayudas ec. autonomía	0	213,5	
FBS-PNC	541	411,1	0,76
Total	4.244	4.109,4	0,97
Población <80	84.575	159.641	1,89

Fuentes: Encuesta de Servicios Sociales. OEE / EUSTAT

Junto al gasto y el peso de los diferentes servicios, es posible también analizar cuál ha sido la evolución del gasto público realizado por los diferentes niveles institucionales y la evolución de su distribución, nuevamente en términos de euros constantes. Como en las tablas anteriores, la siguiente recoge la evolución del gasto público realizado en la CAPV por los diferentes niveles de la administración en el ámbito de los Servicios Sociales para las personas mayores

De acuerdo a los datos de la tabla 3, el incremento del gasto ha sido muy desigual en función del nivel de la administración que se considere. En el caso de la Administración General del Estado (AGE) y del Gobierno Vasco no puede calcularse una ratio de incremento, ya que en 2002 no participaban en la financiación de este tipo de servicios sociales para personas mayores. En el caso de los ayuntamientos, el gasto se ha multiplicado por 0,9 –es, decir, se ha reducido ligeramente–, mientras que en el caso de las Diputaciones se ha multiplicado por 1,8. Desde el punto de vista de la distribución de las responsabilidades financieras, la administración central asume ahora –en virtud

de los acuerdos establecidos para la financiación del sistema estatal de atención a la dependencia– cerca del 10% del gasto público, mientras que el Gobierno Vasco –para la financiación de la teleasistencia– asume el 1,4% del gasto. Las Diputaciones Forales siguen asumiendo la parte mayoritaria de este gasto –en torno al 75%– mientras que la participación de los ayuntamientos ha pasado del 25% al 13% a lo largo de los 16 años analizados.

Tabla 3. Evolución del gasto público en determinados servicios sociales orientados a las personas mayores en Euskadi por fuente de financiación (2002-2018)

	Euros		%		Incremento
	2002	2018	2002	2018	
Administración Estatal	0	62.322.329	0,0	9,5	-
Gobierno Vasco	0	8.956.025	0,0	1,4	-
Diputaciones Forales	267.849.377	499.668.612	74,6	76,2	1,87
Ayuntamientos	91.113.615	85.081.871	25,4	13,0	0,93
Total	358.962.991	656.028.837	100,0	100,0	1,83

Fuentes: Encuesta de Servicios Sociales. OEE / EUSTAT

Más allá del incremento del gasto en términos absolutos, es también conveniente analizar cómo ha evolucionado el gasto que la AGE, el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales y los Ayuntamientos realizan teniendo en cuenta el cambio en la población potencialmente demandante de estos servicios. En este caso, el gasto de las DDFF ha pasado en términos de euros constantes de 3.166 euros por persona mayor de 80 años a 3.130, lo que supone una ratio de incremento de 0,99. En el caso de los ayuntamientos, en euros constantes, la evolución ha sido aún más negativa y el gasto ha pasado de 1.077 euros a 533, reduciéndose por tanto a la mitad el gasto por cada persona mayor de 80 años.

Tabla 4. Evolución del gasto público por persona mayor de 80 años en determinados servicios orientados a las personas mayores en Euskadi por fuente de financiación (2002-2018)

	Euros		Incremento
	2002	2018	
Administración Estatal	0,0	390,4	-
Gobierno Vasco	0,0	56,1	-
Diputaciones Forales	3.166,96	3.130,0	0,99
Ayuntamientos	1.077,36	533,0	0,49
Total	4.244,32	4.109,4	0,97

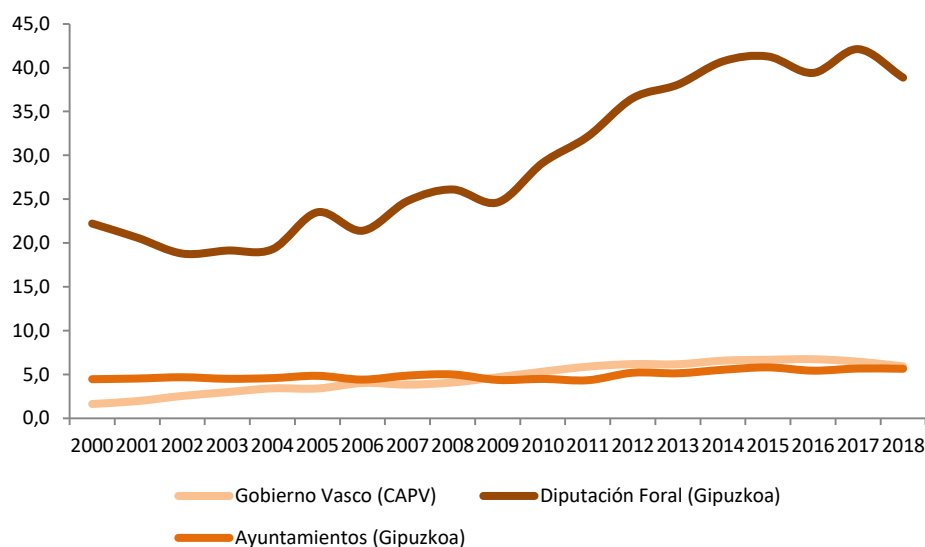
Fuentes: Encuesta de Servicios Sociales. OEE / EUSTAT

Los datos recogidos hasta ahora en relación a la financiación de los servicios sociales se corresponden con la evolución del porcentaje del gasto público que los diferentes niveles institucionales han destinado a los servicios sociales. El gráfico siguiente recoge la relación entre el gasto público total que cada nivel institucional realiza y el gasto público que cada uno de esos niveles administrativos destina a los servicios sociales: el gasto en Servicios Sociales está recogido de la Encuesta de Servicios Sociales de EUSTAT e incluye tanto el gasto en servicios sociales para personas mayores como otros gastos, como la RGI; en el caso del gasto autonómico se recoge el gasto realizado en el conjunto de la CAPV y en el caso del gasto foral y municipal se recoge el gasto realizado por la Diputación y los ayuntamientos guipuzcoanos. En lo que se refiere al gasto de los diferentes niveles institucionales, el gasto foral hace referencia al presupuesto de gasto propio ejecutado por la DFG,

recogido de la información publicada por el Departamento de Hacienda, mientras que el gasto autonómico y municipal se recoge de las estadísticas sobre ejecución presupuestaria de Eustat.

Los datos del gráfico ponen claramente de manifiesto el crecimiento del gasto foral en servicios sociales en relación al presupuesto de gasto propio foral, especialmente a partir de 2004. Si en 2004 el peso del ámbito de los servicios sociales alcanzaba el 20%, en el año 2017 se incrementa hasta el 42%. Cabe pensar que el incremento se debe tanto al incremento en las necesidades derivadas del envejecimiento de la población, como a la aprobación de la Ley de Dependencia –que introdujo las prestaciones económicas para las personas dependientes, financiadas en gran parte por la administración foral– y al menor incremento en las partidas de gasto destinadas a otras áreas de intervención pública foral. En el caso del Gobierno Vasco, el incremento ha sido también importante –pasa del 1,6% de su presupuesto al 5,6%, debido sobre todo al incremento del gasto en RGI–, pero el peso de esa partida no deja de ser reducido. En el caso de los ayuntamientos guipuzcoanos, no parece que ni la aprobación de la Ley de Dependencia ni la de la Ley vasca de Servicios Sociales hayan influido en su nivel de gasto en Servicios Sociales, que se ha mantenido a lo largo de las dos décadas analizadas en torno al 5% (entre 2000 y 2018 ha pasado del 4,5% al 5,6%).

Gráfico 8. Evolución del porcentaje del gasto público total destinado por los diversos niveles institucionales al ámbito de los servicios sociales en Euskadi (2002-2018)



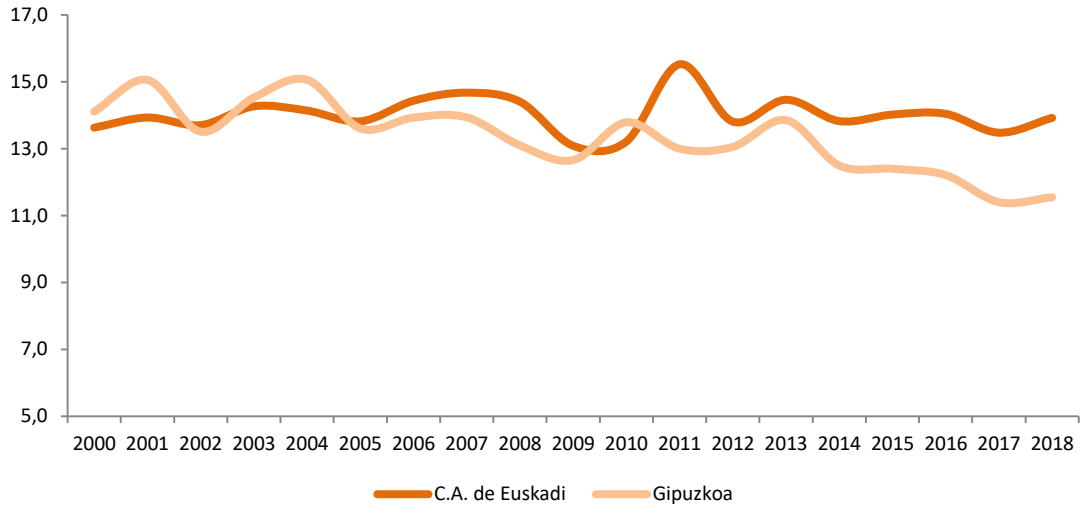
Fuente: Elaboración propia a partir de la ESSEC y la Estadística de Ejecución Presupuestaria de EUSTAT y memorias del Departamento de Hacienda de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

Una vez analizada la evolución de la composición del gasto en materia de servicios sociales para personas mayores en Euskadi, así como el reparto interinstitucional del gasto en el conjunto de los servicios sociales guipuzcoanos, se analiza a continuación la evolución de la financiación privada de los Servicios Sociales y, más concretamente, la forma en la que ha evolucionado la aportación de las familias a la financiación de los servicios sociales. Para ello, en primer lugar se analiza cómo ha evolucionado el peso de la financiación privada en relación al conjunto del gasto en servicios sociales y, posteriormente, el porcentaje de copago y la cuota media abonada por las personas usuarias de servicios residenciales.

En lo que se refiere al peso de la financiación de las familias sobre el conjunto del gasto en Servicios Sociales, como se observa en el gráfico siguiente, se ha mantenido relativamente estable, con una relativa tendencia a la baja en Gipuzkoa: en el año 2001 el porcentaje de financiación era del 15,1% y en el 2018 ha pasado al 11,5%, mientras que en el conjunto de la CAPV se mantiene en el entorno del

15%. Si se tiene en cuenta el incremento interanual medio a lo largo de todo el periodo de estos indicadores, el incremento de la aportación media de las familias ha sido en Gipuzkoa del 7,3%, mientras que el conjunto del gasto en Servicios Sociales ha crecido a un ritmo interanual medio del 8,4%.

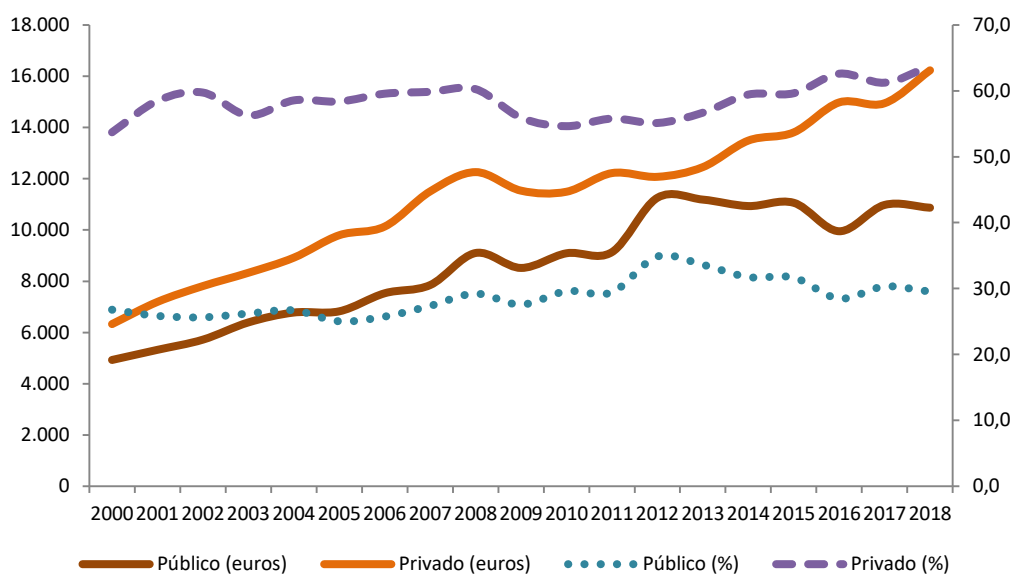
Gráfico 9. Evolución del porcentaje que representa la financiación de las familias en relación al conjunto del gasto en Servicios Sociales en Euskadi (2002-2018)



Fuentes: Encuesta de Servicios Sociales. OEE / EUSTAT

En lo que se refiere al copago en los centros residenciales, el gráfico siguiente recoge cómo ha evolucionado la cuota media que abonan las personas usuarias en el conjunto de la CAPV, por una parte, y el porcentaje que esa cuota representa en relación al coste plaza total. Como se observa en el gráfico, la cuota media ha pasado de unos 6.000 euros en 2000 a más de 16.000 en los centros privados, mientras que en los centros públicos ha pasado de 5.000 a 10.000, con una estabilización – incluso reducción– de la cuota media en los últimos seis años. El incremento interanual medio de la cuota en los centros públicos ha sido del 4,8%, mientras que en los centros privados el incremento interanual medio ha sido del 5,5%.

Si se observa el porcentaje del coste plaza total que representa la cuota media, en el caso de los centros privados ha pasado del 53% al 63% y en el caso de los centros públicos del 25% al 30%, aproximadamente.

Gráfico 10. Evolución de la cuota media por plaza en centros residenciales y del porcentaje que representa la cuota en relación al coste plaza en Euskadi por titularidad (2002-2018)

Fuentes: Encuesta de Servicios Sociales. OEE / EUSTAT

2.4. Evolución de los costes unitarios en el ámbito de los Servicios Sociales para personas mayores

Hasta ahora se ha analizado el incremento del gasto en diversas partidas relacionadas con los servicios sociales, comparándolo con otros gastos en el ámbito de la protección social, los cambios en la composición del gasto y los cambios en la estructura de financiación de los servicios sociales. En este epígrafe se analizan algunas cuestiones relacionadas con los costes unitarios de los servicios, es decir, con el coste plaza y con los factores que explican su evolución (fundamentalmente, la remuneración del personal y las ratios de atención). Dada la mayor disponibilidad de datos, el análisis se centra exclusivamente en las residencias para personas mayores. Los datos se recogen en términos de euros constantes.

Los indicadores cuya evolución se tiene en cuenta en este análisis son: el gasto total y el gasto público destinado a los servicios residenciales, el número de plazas residenciales existentes, el coste medio por plaza, la ratio de personal a dedicación plena equivalente (DPE) por cada 100 plazas y la retribución media por cada trabajador/a a DPE. El análisis parte de la idea de que el gasto en servicios residenciales es consecuencia tanto del número de plazas como del coste plaza promedio, y que éste a su vez se deriva básicamente de la ratio media de atención y de la retribución media. El gasto total puede variar en función de la variación de cualquiera de estos parámetros y, en función tanto de su situación de partida como de sus preferencias sociales y políticas, los diversos territorios pueden modificar el gasto residencial (incrementarlo en mayor o menor medida) modificando en distinta medida los diferentes parámetros que se tienen en cuenta.

A partir de ese esquema, la tabla siguiente recoge el incremento desde 2004 del número de plazas residenciales para personas mayores en la CAPV, del coste plaza medio y del gasto total destinado a centros residenciales para personas mayores. Como se observa en la tabla, entre 2004 y 2018 el gasto total en servicios residenciales se ha multiplicado –en euros constantes– 1,6 veces, debido a que las plazas se han multiplicado por 1,37 y el coste plaza por 1,19. Desde ese punto, el incremento del gasto –cifrado en 234 millones de euros– se debería en un 60% al incremento de las plazas y en un 40% al incremento del coste plaza.

Tabla 5. Incremento del gasto, el coste plaza y el número de plazas residenciales en Euskadi (2004-2018)

	2004	2018	Variación (abs)	Variación (%)	Distribución
Plazas	15.038	20.654	5.616	1,37	59,2
Coste plaza	24.907	29.569	4.662	1,19	40,8
Gasto*	392.018	626.044	234.026	1,60	100,0

Fuentes: Encuesta de Servicios Sociales. OEE / EUSTAT. *Miles de euros.

Como se explica más adelante, la evolución en Gipuzkoa es diferente. El incremento del gasto es muy similar en euros constantes –se multiplica por 1,63– pero en este caso el incremento de las plazas es menor (1,24) y el incremento del coste plaza es mayor (1,33), de forma que el 63% del incremento en el coste se le puede achacar al incremento en el coste plaza, mientras que sólo el 36% se debe al incremento en el número de plazas y, en ese sentido, a la adaptación de las coberturas a las necesidades derivadas del crecimiento de la población potencialmente demandante.

Tabla 6. Incremento del gasto, el coste plaza y el número de plazas residenciales en Gipuzkoa (2004-2018)

	2004	2018	Variación (abs)	Variación (%)	Distribución
Plazas	4.920	6.088	1.168	1,24	36,8
Coste plaza	23.406	31.103	7.697	1,33	63,2
Gasto*	117.105	191.328	74.223	1,63	100,0

Fuentes: Encuesta de Servicios Sociales. OEE / EUSTAT. *Miles de euros.

Estos cambios se deben, como se observa en las siguientes tablas, al diferente ritmo de incremento de los factores relacionados con el coste plaza de los centros residenciales –las ratios de atención y la retribución de los trabajadores/as– en el conjunto de la CAPV y en el Territorios Histórico de Gipuzkoa. La tabla siguiente recoge la variación entre 2004 y 2018, en el conjunto de la CAPV, del coste plaza de los centros residenciales, la ratio de personal a DPE en los centros residenciales públicos y privados, y la retribución media de estos centros. El coste plaza, como ya se ha señalado previamente, se ha multiplicado por 1,19, la ratio por 1,20 y la retribución media de los profesionales por 1,11 –en euros constantes–, frente al 1,08 del conjunto de los trabajadores/as de la CAPV. De estos datos se deduce que, para el conjunto de la CAPV, el 64% del incremento del coste plaza se deriva de un incremento en las ratios y el 35% de un incremento en la retribución media del personal.

Tabla 7. Incremento del coste plaza, la ratio y la retribución media en los centros residenciales en Euskadi (2004-2018)

	2004	2018	Variación (abs)	Variación (%)	Distribución
Coste plaza	24.907	29.569	4.661,9	1,19	100,0
Ratio*	47,4	56,8	9,4	1,20	64,1
Retribución media	31.812	35.319	3.507	1,11	35,7
Coste por hora trabajada**	17,44	18,87	1,43	1,08	–

Fuentes: Encuesta de Servicios Sociales. OEE / EUSTAT. *Trabajadores/as a DPE por 100 personas usuarias. **En el conjunto de los sectores económicos

También en este caso la situación de Gipuzkoa es diferente a la del conjunto de la CAPV, ya que tanto el incremento en las ratios como el incremento en la remuneración ha sido superior que en el conjunto de la CAPV. Como en la CAPV, sin embargo, el incremento de la ratio a DPE ha tenido mayor peso en el incremento del coste plaza que el incremento en la retribución media, superior también en Euskadi al que se ha producido en el conjunto de la economía.

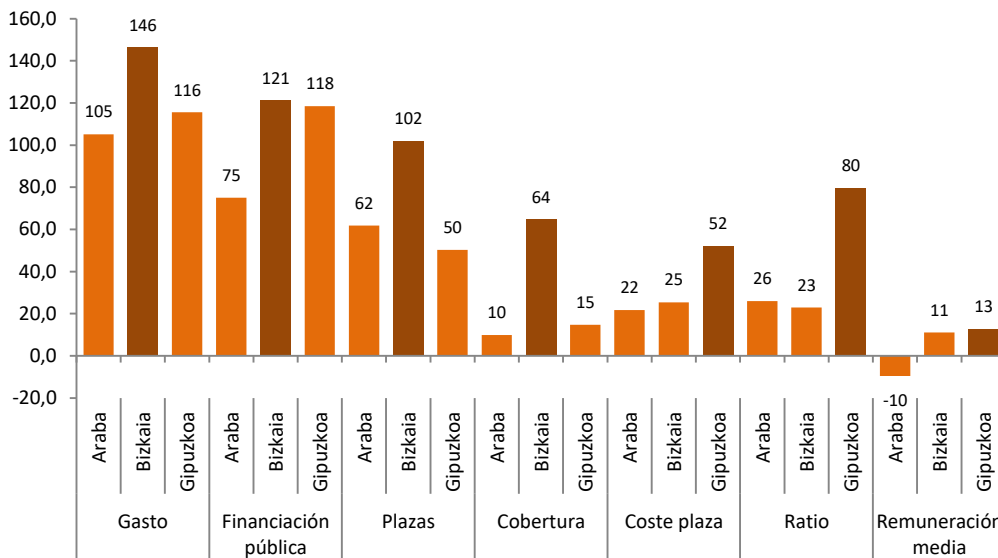
Tabla 8. Incremento del coste plaza, la ratio y la retribución media en los centros residenciales en Euskadi (2004-2018)

	2004	2018	Variación (abs)	Variación (%)	Distribución
Coste plaza	23.406	31.103	7.696,76	1,33	100,0
Ratio*	41,1	55,5	14,40	1,35	53,8
Retribución media	28.776	36.429	7.653	1,27	40,9
Coste por hora trabajada**	17,44	18,87	1,43	1,08	-

Fuentes: Encuesta de Servicios Sociales. OEE / EUSTAT. *Trabajadores/as a DPE por 100 personas usuarias. **En el conjunto de los sectores económicos

Los elementos señalados hasta ahora se reflejan en el gráfico siguiente, en el que el periodo considerado es algo más largo (2000 a 2018). En este periodo, Bizkaia es el territorio que en mayor medida ha incrementado su gasto residencial, así como su gasto público en residencias, debido sobre todo al mayor incremento del número de plazas y de la cobertura. Gipuzkoa es por el contrario el territorio que en mayor medida ha incrementado el coste plaza, debido sobre todo a un mayor incremento de las ratios. Álava, por su parte, es el territorio que ha registrado un menor incremento del gasto, debido a un reducido incremento del número plazas –mayor en cualquier caso que en Gipuzkoa–, a un reducido incremento de las ratios y a un decremento de los costes de personal. Bizkaia ha optado por tanto, por incrementar el gasto ampliando las plazas, a costa de las ratios; Gipuzkoa lo ha hecho incrementando las ratios y los salarios –a costa de las coberturas–, y Araba ha apostado por incrementar en menor medida el gasto, a costa de un menor crecimiento tanto de las coberturas como de las ratios y las remuneraciones.

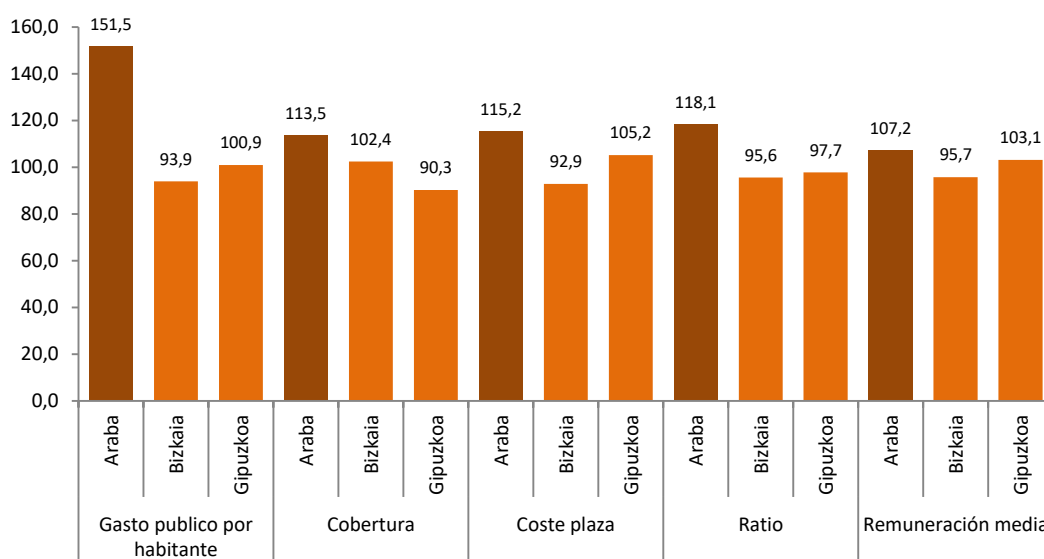
Gráfico 11. Incremento de diversos indicadores económicos relacionados con la atención residencial por TH en Euskadi (2000-2018)



Fuentes: Encuesta de Servicios Sociales. OEE / EUSTAT

Estos diferentes ritmos de incremento no implican que los territorios que más han crecido, en relación a los diferentes indicadores analizados, registren niveles superiores a los de los otros territorios, o que los que menos han crecido están ahora en peor situación que los territorios vecinos. De hecho, como se observa en la tabla, Araba sigue siendo en 2018 el TH que registra un mayor gasto público por habitante, una mayor cobertura, un mayor coste plaza, mayores ratios y una retribución media más elevada.

Gráfico 12. Situación en relación a diversos indicadores económicos relacionados con la atención residencial por TH en Euskadi (2018)*



Fuentes: Encuesta de Servicios Sociales. OEE / EUSTAT. *CAPV=100.

2.5. El gasto vasco en el ámbito de la protección social en comparativa internacional

a) Introducción

El objetivo de este epígrafe es el de analizar el gasto vasco en el ámbito de la protección social en el contexto internacional. Para ello, se analiza tanto los niveles actuales de gasto en el ámbito de la protección social, y su evolución, en relación a los demás países de la Unión Europea, como algunos indicadores relativos al gasto social que realizan las administraciones subestatales –estados federados, regiones, condados, cantones, provincias, municipios... – en el contexto internacional, a partir de los datos sobre el gasto social de las administraciones subestatales que publica la OCDE.

Los datos comparados sobre gasto en el ámbito de la protección social deben considerarse en cualquier caso de forma orientativa, ya que las limitaciones respecto a la disponibilidad de datos son muy importantes:

- Por una parte, los gastos relativos a Gipuzkoa y a la CAPV se comparan con los gastos correspondientes a Estados generalmente mayores, que pueden esconder diferencias interterritoriales muy importantes. Aún en el caso del gasto subestatal, los datos no hacen referencia a cada una de las regiones analizadas, sino a la media correspondiente al conjunto de esas regiones dentro de cada país. Los datos relativos al gasto que realiza cada una de

las regiones europeas no están de momento disponibles ni en EUROSTAT ni en la OCDE, como sí lo están otros indicadores regionales sobre bienestar social.

- Es difícil aislar en las fuentes consultadas los gastos específicamente centrados en los servicios sociales o en los servicios de atención a la dependencia. En general, los gastos correspondientes a las actividades que en Euskadi se engloban en el ámbito de los Servicios Sociales se clasifican en diferentes funciones dentro del ámbito de la protección social (vejez, discapacidad, familia e infancia, exclusión...) y los datos relativos al gasto en dependencia resultan en ocasiones difíciles de determinar y de comparar a nivel internacional.
- No existen bases de datos comunes que permitan comparar cuestiones de interés desde el punto de vista del gasto en servicios sociales, como el coste plaza, el porcentaje de copago de las personas usuarias o las ratios de personal.
- En cualquier caso, se ha realizado un esfuerzo por comparar los gastos realizados en los mismos términos (porcentaje del PIB y gasto por habitante en poderes de paridad de compra) y utilizando clasificaciones del gasto comunes. En el caso de la UE, se ha utilizado la clasificación del gasto en protección social del sistema SEPROOS, mientras que en el caso de la OCDE se ha utilizado la Clasificación Funcional del Gasto Público (COFOG).

b) El gasto en protección social realizado en la CAPV

La tabla siguiente recoge el gasto que se realiza en los países de la Eurozona, en el Estado español, en la CAPV y en Gipuzkoa en el ámbito de la protección social, que incluye los gastos en vejez (pensiones y atención a la dependencia), invalidez y discapacidad, vivienda, enfermedad y atención sanitaria, familia, supervivientes (viudedad y orfandad), familia e infancia y exclusión social. Los datos se ofrecen en euros por habitante en poderes de paridad de compra y en porcentaje del PIB, y se ofrece también la distribución porcentual del gasto en cada función en cada una de los territorios analizados. La última columna recoge el valor correspondiente a Gipuzkoa siendo 100 la media de la Eurozona.

De acuerdo a los datos de la tabla, el gasto por habitante guipuzcoano y vasco en el conjunto de la protección social es en 2018, en poderes de paridad de compra, muy superior al español y casi idéntico al que se realiza en los 19 países de la Eurozona. Si el gasto total se analiza por funciones, sin embargo, se observa que el gasto en enfermedad, en discapacidad y –sobre todo– en familia, es inferior a la media de la Eurozona, mientras que el gasto en vejez, exclusión y otros (desempleo, vivienda y supervivientes) es mayor, debido probablemente en el último caso al mayor gasto en prestaciones por desempleo y en pensiones de viudedad.

Sin embargo, si los datos se analizan desde el punto de vista del gasto en relación al PIB, Euskadi y Gipuzkoa están –salvo en el caso de las prestaciones por vejez– por debajo del gasto medio, dado el mayor PIB por habitante vasco y guipuzcoano. Esto es, si bien es cierto que el gasto por habitante que la CAPV destina al conjunto de la protección social es similar al de la Eurozona, el porcentaje de la riqueza total que se destina a estos servicios es menor en Gipuzkoa o en Euskadi que en el resto de la Eurozona. Se mida de una u otra forma, parece claro que el modelo de protección social vasco y guipuzcoano está más orientado a la vejez y al desempleo que el de la Eurozona, con un gasto total similar. En efecto, el gasto en la función vejez representa en Gipuzkoa el 46% del gasto, frente al 39% en la Eurozona

Tabla 9. Gasto en protección social en Gipuzkoa, Euskadi, Eurozona y España en PPP por habitante y en % del PIB y distribución del gasto por funciones (2018)

		Gipuzkoa	Euskadi	Eurozona	España	Gipuzkoa =UE100
PPP	Total	9.088,0	9.037,6	9.055,6	6.346,1	100,4
	Enfermedad	2.221,6	2.319,2	2.691,4	1.692,7	82,5
	Discapacidad	595,6	621,9	670,1	447,1	88,9
	Vejez	4.224,6	3.974,9	3.601,1	2.687,5	117,3
	Familia	323,1	315,1	719,1	348,8	44,9
	Exclusión	219,9	279,0	204,6	63,5	107,5
	Otros	1.503,2	1.527,6	1.169,3	1.106,6	128,6
% PIB	Total	23,7	24,0	27,4	23,1	86,4
	Enfermedad	5,8	6,2	8,2	6,2	70,6
	Discapacidad	1,6	1,7	2,0	1,6	77,6
	Vejez	11,0	10,6	10,9	9,8	100,9
	Familia	0,8	0,8	2,2	1,3	38,2
	Exclusión	0,6	0,7	0,6	0,2	95,5
	Otros	3,9	4,1	3,5	4,0	111,9
% del gasto	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Enfermedad	24,4	25,7	29,7	26,7	82,3
	Discapacidad	6,6	6,9	7,4	7,0	88,6
	Vejez	46,5	44,0	39,8	42,3	116,9
	Familia	3,6	3,5	7,9	5,5	44,8
	Exclusión	2,4	3,1	2,3	1,0	107,1
	Otros	16,5	16,9	12,9	17,4	128,1

Fuentes: Elaboración propia a partir de Cuentas de la Protección Social de EUSTAT y EUROSTAT

A su vez, el gasto en vejez está en Euskadi más orientado que en el conjunto de la Eurozona al gasto en servicios de atención directa a las personas mayores dependientes. De hecho, el gasto por habitante que realizan Gipuzkoa y el conjunto de la CAPV en servicios de atención directa para personas mayores asciende a 231 euros PPP y el 0,6% del PIB, frente a 109 euros y el 0,3% del PIB en la Eurozona. También el gasto español en servicios de atención directa es superior al de la Eurozona, de acuerdo a los datos que ofrece la Cuenta de la Protección Social de Eurostat.

Tabla 10. Gasto en vejez en Gipuzkoa, Euskadi, Eurozona y España en PPP por habitante y en % del PIB y distribución del gasto por funciones (2018)

		Gipuzkoa	Euskadi	Eurozona	España	Gipuzkoa =UE100
PPP	Total	4.224,6	3.974,9	3.601,1	2.687,5	117,3
	Pensiones	3.916,3	3.675,9	3.238,5	2.253,0	120,9
	Servicios	231,9	245,8	109,0	148,7	212,7
	Otros	76,4	53,1	253,5	285,8	30,1
% PIB	Total	11,0	10,6	10,9	9,8	100,9
	Pensiones	10,2	9,8	9,8	8,2	104,1
	Servicios	0,6	0,7	0,3	0,5	201,3
	Otros	0,2	0,1	0,8	1,1	24,9
% del gasto	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Pensiones	92,7	92,5	89,9	83,8	103,1
	Servicios	5,5	6,2	3,0	5,5	181,3
	Otros	1,8	1,3	7,0	10,6	25,7

Fuentes: Elaboración propia a partir de Cuentas de la Protección Social de EUSTAT y EUROSTAT

En lo que se refiere a las pensiones, el gasto vasco o guipuzcoano es superior al europeo, especialmente si se compara en términos de PPP por habitante, ya que cuando se compara desde la perspectiva del PIB las diferencias son muy reducidas.

¿Cómo ha evolucionado el gasto en estas partidas desde principios de siglo? La tabla siguiente recoge la evolución del gasto por habitante en diversas partidas de la protección social entre 2000 y 2018, tanto para la CAPV y para Gipuzkoa como para la Eurozona y el Estado español. Nuevamente, se diferencia el gasto por habitante y el gasto en porcentaje del PIB.

En términos de euros en poderes de paridad de compra, el incremento del gasto en el conjunto de la protección social ha sido en Gipuzkoa y en la CAPV mayor que en la Eurozona y España: si en Gipuzkoa el gasto por habitante se ha multiplicado por 2,3 en la Eurozona lo ha hecho por 1,6 y en España por 1,7. En la CAPV y en Gipuzkoa, los mayores incrementos se han producido en el ámbito de la familia, la exclusión –como consecuencia del incremento del gasto en la RGI– y los servicios de atención directa en el ámbito de la vejez (si bien en este caso el ritmo de incremento es similar al del resto de Europa) y los menores en el ámbito de la discapacidad, que partían en el año 2000 de niveles de gasto más cercanos a la media europea.

Tabla 11. Incremento del gasto en protección social en Gipuzkoa, Euskadi, Eurozona y España en PPP por habitante y en % del PIB (2000-2018)

		Gipuzkoa	Euskadi	Eurozona	España
PPP	Total	2,36	2,34	1,64	1,76
	Enfermedad	2,03	2,08	1,71	1,57
	Discapacidad	1,79	2,03	1,61	1,54
	Vejez (total)	2,30	2,19	1,71	2,14
	Vejez (efectivo)	2,27	2,15	1,68	2,09
	Vejez (especie)	3,06	3,07	3,10	3,50
	Familia	3,87	3,88	1,53	1,95
	Exclusión	6,87	6,07	3,09	2,70
% PIB	Total	1,38	1,35	1,11	1,22
	Enfermedad	1,19	1,19	1,17	1,09
	Discapacidad	1,04	1,17	1,05	1,07
	Vejez	1,34	1,26	1,16	1,48
	Vejez (efectivo)	1,33	1,24	1,15	1,44
	Vejez (especie)	1,78	1,76	1,5	2,5
	Familia	2,27	2,24	1,05	1,44
	Exclusión	4,05	3,47	2,00	2,00

Fuentes: Elaboración propia a partir de Cuentas de la Protección Social de EUSTAT y EUROSTAT

Sin embargo, si el incremento se analiza teniendo en cuenta el porcentaje del gasto en relación al PIB se observa que: a) los incrementos son menores (el gasto total se multiplica por 1,3 tanto en Gipuzkoa como en Euskadi); b) las diferencias con la Eurozona son menores, dado el menor incremento del PIB en el conjunto de la zona euro en relación a la CAPV.

c) La financiación del gasto en protección social

Como se ha señalado en el apartado introductorio, los gastos sobre la financiación de las prestaciones de protección social que pueden ser comparados con el resto de los países de la UE son escasos, ya que ni EUSTAT ni EUROSTAT desagregan la financiación de estos servicios por funciones. En todo caso, sí es posible analizar la composición en los diversos territorios analizados de las fuentes de financiación del conjunto de los gastos del sistema de protección social.

Como se observa en la tabla, los ingresos para la financiación de la protección social son tanto en Gipuzkoa como en la CAPV muy inferiores a los de la Eurozona, tanto si se miden en términos de paridades de poder de compra como –de forma aún más acusada– en términos de porcentaje respecto al PIB. De hecho, mientras que los países de la Eurozona destinan casi el 30% de su PIB a financiar el coste de la protección social, Gipuzkoa y la CAPV –en la línea del conjunto del Estado español– apenas destinan un 21% del PIB a la financiación de la protección social.

Por otra parte, Gipuzkoa y Euskadi destacan por un peso algo mayor de las cotizaciones en la financiación de la protección social, frente a un menor peso de las aportaciones que realizan mediante impuestos las administraciones públicas.

Tabla 12. Financiación de las prestaciones de protección social en Gipuzkoa, Euskadi, Eurozona y España en PPP por habitante y en % del PIB y distribución de las fuentes de financiación (2018)

		Gipuzkoa	Euskadi	Eurozona	España	Gipuzkoa =UE100
PPP	Total	7.868	7.913	9.849	6.164	79,9
	Cotizaciones	5.037	4.828	5.834	3.640	86,4
	Admin. públicas	2.796	2.999	3.697	2.451	75,6
	Otros	34	86	318	72	10,8
% PIB	Total	20,49	21,03	29,8	22,4	68,8
	Cotizaciones	13,12	12,83	17,7	13,3	74,1
	Admin. públicas	7,28	7,97	11,2	8,9	65,0
	Otros	0,09	0,23	1,0	0,3	8,9
% de la financiación	Total	100	100	100	100	100,0
	Cotizaciones	64,0	61,0	59,23	59,06	108,1
	Admin. públicas	35,5	37,9	37,54	39,77	94,7
	Otros	0,4	1,1	3,23	1,18	13,5

Fuentes: Elaboración propia a partir de Cuentas de la Protección Social de EUSTAT y EUROSTAT

d) El gasto en protección social realizado por las entidades subestatales

Los gráficos anteriores han recogido el gasto y la financiación del conjunto de los servicios y prestaciones englobados en el ámbito de la protección social, comparando la situación de la CAPV con la de los países de la UE, tomados en su conjunto. Utilizando una clasificación funcional del gasto diferente¹, los siguientes gráficos analizan el gasto en lo que se puede entender como servicios públicos fundamentales –protección social, salud y educación– en los países de la OCDE, teniendo en cuenta si ese gasto es realizado por la administración estatal –en el caso de la CAPV, la Administración General del Estado (AGE) y la Seguridad Social– o por la administración subestatal –en el caso de la CAPV, el Gobierno Vasco, las Diputaciones forales y los Ayuntamientos–.

Desde el punto de vista metodológico, los gastos para los países de la OCDE están extraídos de las estadísticas que al respecto publica el *World Observatory on Subnational Government Finance and Investment (WOSGFI)* de la OCDE. Los datos para la CAPV, por su parte, están extraídos de tres fuentes diferentes:

- El gasto en Salud y Educación está extraído de los datos publicados por el Ministerio de Hacienda y la Intervención General de la Administración del Estado, elaborados en términos de contabilidad nacional, de acuerdo con los criterios de delimitación institucional y va-

¹ Frente a la clasificación sobre el gasto en protección social que realizan EUSTAT y EUROSTAT en sus estadísticas sobre protección social, en este caso se utiliza la Clasificación Funcional del Gasto Público (COFOG), que distingue el gasto en sanidad, educación, vivienda y protección social, entre otros. En este último apartado se incluye el grueso del gasto en Servicios Sociales y garantía de ingresos, así como el gasto en pensiones.

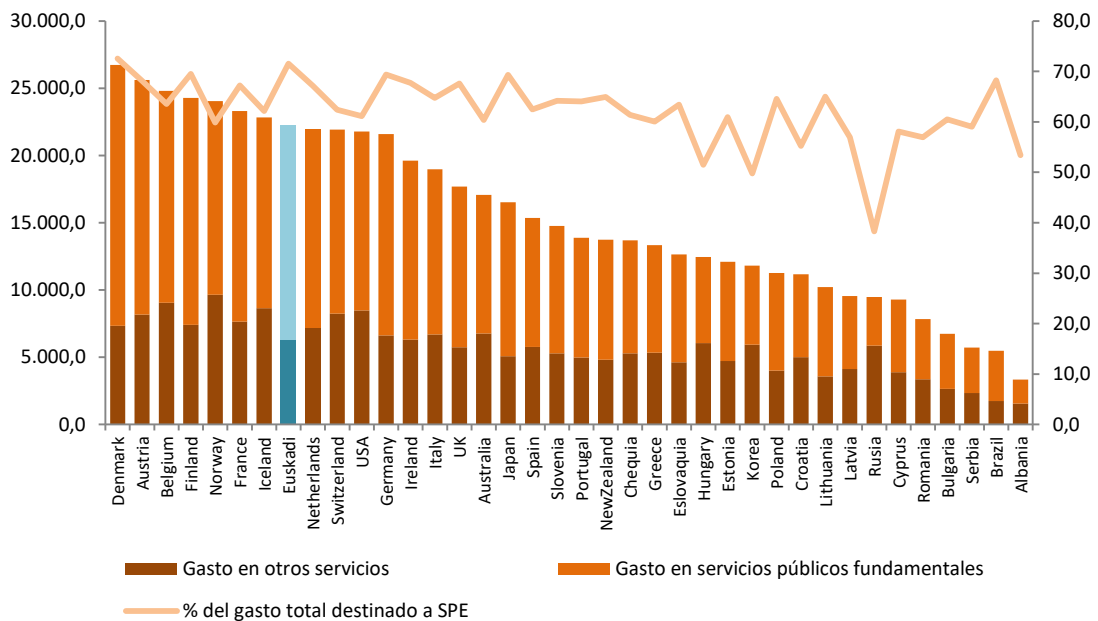
loración de operaciones establecidos por el Sistema Europeo de Cuentas Nacionales y Regionales de la Unión Europea. Esta contabilidad recoge el gasto del Gobierno Vasco desagregado en función de su clasificación funcional, que incluye, entre otros, los ámbitos de la educación, la salud y la protección social.

- Dado que esta fuente de datos no recoge el gasto foral y municipal en protección social, el gasto destinado a vejez, invalidez, exclusión, desempleo y familia se ha obtenido del gasto atribuido a al Gobierno Vasco, los Ayuntamientos y las Diputaciones en esas funciones en la Cuenta de la Protección Social de EUSTAT para 2018.
- El gasto total de las administraciones públicas vascas, así como el gasto territorializado de la Seguridad Social y la Administración General del Estado (AGE) en Euskadi, se ha obtenido de la Cuenta de las Administraciones Públicas de EUSTAT, con datos para 2018. El gasto total asciende a más de 28.000 millones de euros, de los que 13.400 corresponden a la administración central –fundamentalmente a la Seguridad Social– y 14.600 a las administraciones autonómicas. De esos 28.000 millones, como se explica más adelante, 3.800 se dedican a los servicios sanitarios, 2.900 a educación y 13.300 a la protección social (servicios sociales, Seguridad Social, desempleo, familia y exclusión social, fundamentalmente).

En los gráficos, todos los datos se recogen en dólares norteamericanos en unidades de paridad de compra.

El primero de los gráficos recoge el gasto total realizado en Euskadi y en diversos países de la OCDE en servicios públicos fundamentales (educación, salud y protección social) en dólares PPP en 2018 y el porcentaje del gasto realizado en servicios públicos fundamentales en relación a todo el gasto público. Como se observa en el gráfico, los países de la OCDE destinan la mayor parte de su gasto público a estos servicios públicos fundamentales –de media, el 62%– y hay una correlación altísima entre el gasto total y el gasto destinado a estos servicios.

Gráfico 13. Gasto en servicios públicos fundamentales (educación, salud y protección social) en dólares PPP en 2018 y % del gasto público total destinado a servicios públicos fundamentales en los países de la OCDE y en Euskadi

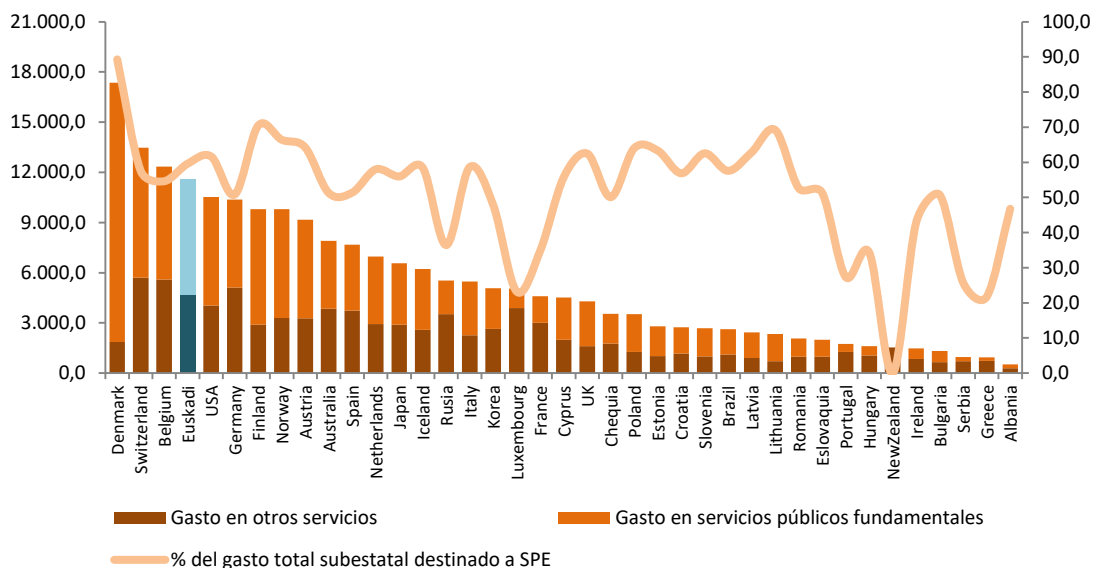


Fuentes: EUSTAT, CIGAE y WOSGFI

Los datos del gráfico anterior ponen también de manifiesto que Euskadi está entre los territorios de la OCDE –si bien no debe olvidarse que se compara una Comunidad Autónoma con Estados independientes generalmente de mayor tamaño– que realiza tanto un mayor gasto público por habitante como un mayor gasto público, también por habitante, en servicios públicos fundamentales. Sin embargo, si en el caso de los demás servicios públicos el gasto vasco se sitúa en la media de la OCDE, en el caso de los servicios públicos fundamentales se sitúa muy por encima, sólo por detrás de Suecia, Finlandia, Dinamarca y Austria, así como Luxemburgo, que por sus especiales características no se recoge en el gráfico. De hecho, la CAPV sería el territorio, tras Dinamarca, que destina un mayor porcentaje de su gasto público (el 71%) a los servicios públicos fundamentales. En otras palabras, el mayor gasto público vasco se explica sobre todo debido a su mayor gasto en salud, educación, pensiones y servicios sociales.

El segundo gráfico recoge el gasto público total que realizan las administraciones regionales y locales en cada país, el gasto que realizan específicamente en servicios públicos fundamentales y el porcentaje de todo el gasto regional y local destinado a esos servicios. De acuerdo a los datos del gráfico, Euskadi se encuentra entre los territorios que realizan un gasto más elevado por parte de sus administraciones regionales y locales, lo que se deriva tanto de las competencias asumidas como del gasto destinado a estas competencias. Como ocurría cuando se analizaba el conjunto del gasto, Euskadi destaca por un gasto muy superior a la media tanto en el gasto subestatal destinado a los servicios públicos fundamentales como en el gasto destinado al resto de las partidas, con una orientación algo más marcada del gasto subestatal hacia el gasto en servicios públicos fundamentales en comparación con el resto de los países de la OCDE.

Gráfico 14. Gasto subestatal en servicios públicos fundamentales (educación, salud y protección social) en dólares PPP en 2018 y % del gasto público subestatal destinado a los servicios públicos fundamentales en los países de la OCDE y en Euskadi

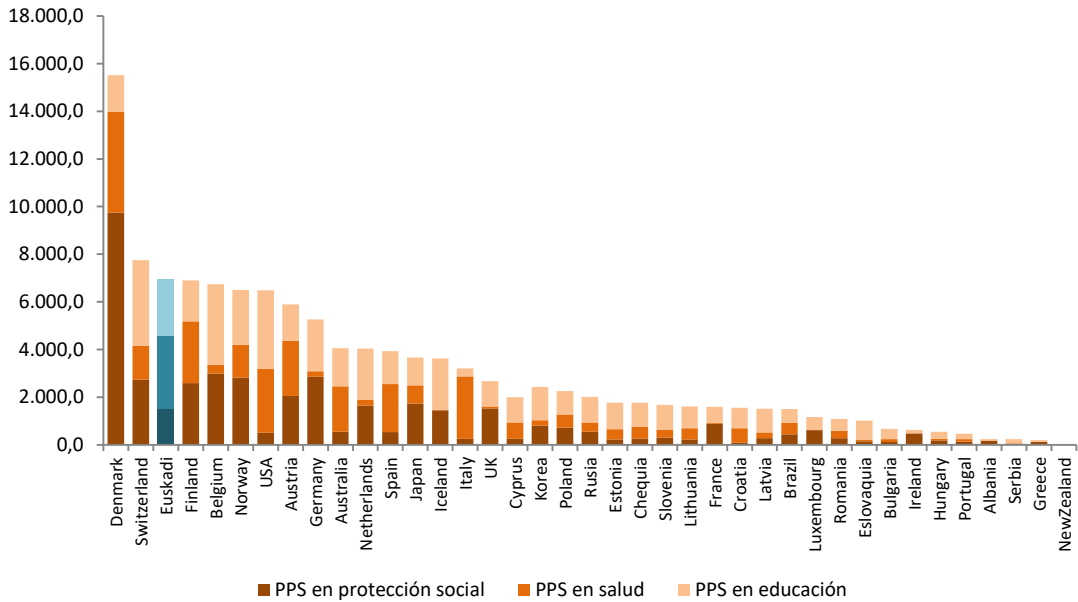


Fuentes: EUSTAT, CIGAE y WOSGFI

El tercer gráfico recoge el gasto por habitante que cada territorio destina a los tres ámbitos incluidos en los servicios públicos fundamentales: de acuerdo a los datos recogidos en él, Euskadi sería el segundo territorio –tras Dinamarca– cuya administración regional más gasta en salud; el cuarto territorio –tras USA, Suiza y Bélgica– cuya administración regional más gasta en educación; y el noveno territorio cuya administración regional más gasta en protección social. En otras palabras, el mayor gasto por habitante de las administraciones subestatales vascas en servicios públicos fundamentales se debe sobre todo a su mayor gasto en salud y educación y, en menor medida, en pro-

tección social (que incluye, como hemos dicho, el gasto en materia de servicios sociales, envejecimiento o inclusión social).

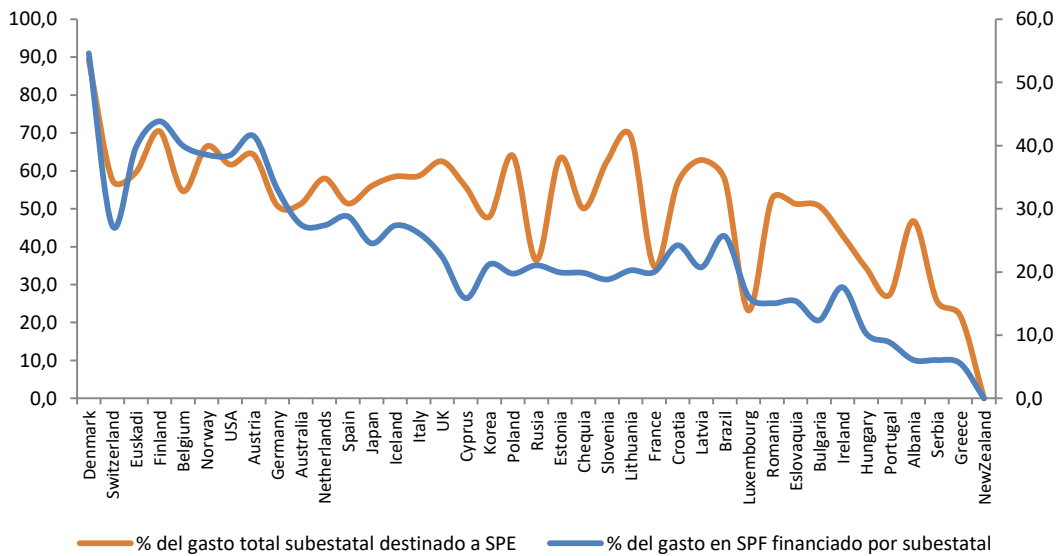
Gráfico 15. Gasto subestatal en servicios públicos fundamentales (educación, salud y protección social) en dólares PPP en 2018 en los países de la OCDE y en Euskadi



Fuentes: EUSTAT, CIGAE y WOSGFI

El último gráfico recoge, por una parte, el porcentaje del gasto total en servicios públicos fundamentales que corresponde a las administraciones subestatales en cada país y, por otra, el porcentaje del gasto en servicios públicos fundamentales en relación a todo el gasto público subestatal en los países de la OCDE.

Gráfico 16. Porcentaje del gasto subestatal total destinado en servicios públicos fundamentales y % de todo el gasto en servicios públicos fundamentales financiado por la administración subestatal 2018 en los países de la OCDE y en Euskadi



Fuentes: EUSTAT, CIGAE y WOSGFI

De acuerdo a los datos del gráfico, Euskadi se cuenta entre los territorios que destinan una mayor parte de su gasto regional y local a los servicios públicos fundamentales y, al mismo tiempo, uno de los que financia en mayor medida el gasto público en servicios fundamentales mediante la aportación de las administraciones regionales y locales.

Las conclusiones que se derivan de este análisis son las siguientes:

- En relación a otros Estados de la OCDE, la CAPV realiza tanto un mayor gasto público por habitante como un mayor gasto público, también por habitante, en servicios públicos fundamentales. Sin embargo, si en el caso de los demás servicios públicos el gasto vasco se sitúa en la media de la OCDE, en el caso de los servicios públicos fundamentales se sitúa muy por encima. De hecho, la CAPV sería el territorio, tras Dinamarca, que destina un mayor porcentaje de su gasto público total (el 71%) a los servicios públicos fundamentales. El mayor gasto público realizado por el conjunto de las administraciones en Euskadi se vincula por tanto, fundamentalmente, a un mayor gasto en los servicios públicos fundamentales.
- La CAPV se encuentra entre los territorios que realizan un gasto público total más elevado por parte de sus administraciones regionales y locales, lo que se deriva tanto de las competencias asumidas como del gasto destinado a estas competencias. Como ocurría cuando se analizaba el conjunto del gasto, Euskadi destaca por un gasto muy superior a la media en lo que se refiere a los servicios públicos fundamentales y un gasto similar a la media en el resto de las partidas, es decir, una orientación muy clara del gasto subestatal hacia los servicios públicos fundamentales (educación, salud y protección social, como ya se ha dicho).
- El mayor gasto por habitante de las administraciones subestatales vascas en servicios públicos fundamentales se debe sobre todo al gasto en salud y educación y, en menor medida, al gasto en protección social (que incluye, como hemos dicho, el gasto en materia de servicios sociales, envejecimiento o inclusión social). De hecho, Euskadi sería el cuarto territorio –tras USA, Suiza y Bélgica– cuya administración regional más gasta en educación; el segundo territorio –tras Dinamarca– cuya administración regional más gasta en salud, y el noveno territorio cuya administración regional más gasta en protección social
- Euskadi se cuenta entre los territorios que destinan una mayor parte de su gasto regional y local a los servicios públicos fundamentales y, al mismo tiempo, uno de los que financia en mayor medida el gasto público en servicios fundamentales mediante la aportación de las administraciones regionales y locales.

Para terminar con este análisis, la tabla siguiente recoge el gasto total y el gasto subestatal en servicios públicos fundamentales en Euskadi y en España en dólares PPE y en relación a la media OCDE. Las diferencias son muy importantes: el gasto del conjunto de las administraciones en Euskadi es de 22.257 dólares PPP, frente a 15.355 en España y 16.501 en la media de los países de la OCDE analizados. En el caso de los servicios públicos fundamentales, el gasto que el conjunto de las administraciones realizan en Euskadi representa el 151% de la media de la OCDE, frente al 90% en el caso de España.

El gasto subestatal en estas partidas es también en Euskadi muy superior al que se realiza en la OCDE –debido a la estructura competencial existente en la CAPV y en el conjunto del Estado–, y también muy superior al que se realiza el Estado español, especialmente en el ámbito de la protección social, debido, cabe pensar, al mayor gasto que se realiza en materia de Servicios Sociales y de garantía de ingresos.

Tabla 13. Gasto total y subestatal en servicios públicos fundamentales en Euskadi y en España en dólares PPE y en relación a la media OCDE

		Protección social	Salud	Educación	Otros	SPE	Gasto total
Gasto total	Euskadi*	10.537,2	3.045,4	2.342,2	6.332,6	15.924,8	22.257,4
	España*	5.987,7	2.159,5	1.440,9	5.767,4	9.588,1	15.355,4
	Media OCDE*	6.221,0	2.406,9	1.917,5	5.955,7	10.545,4	16.501,1
	Euskadi**	169,4	126,5	122,1	106,3	151,0	134,9
	España**	96,2	89,7	75,1	96,8	90,9	93,1
Gasto subestatal	Euskadi*	1.538,3	3.045,4	2.342,2	4.691,5	6.925,9	11.617,5
	España*	534,9	2.020,6	1.386,6	3.731,9	3.942,2	7.674,1
	Media OCDE*	1.147,8	812,0	1.200,0	2.280,0	3.159,8	5.439,7
	Euskadi**	134,0	375,0	195,2	205,8	219,2	213,6
	España**	46,6	248,8	115,6	163,7	124,8	141,1

Fuentes: Fuentes: EUSTAT, CIGAE y WOSGFI. *Dólares en PPP por habitante. **OCDE=100.

Las razones que explican las diferencias que se observan entre el conjunto del Estado español y la CAPV, o entre la CAPV y el resto de los países de la OCDE, son diversas. Además de una estructura demográfica más envejecida y un mayor PIB per cápita, cabe pensar también en la estructura de financiación del gasto social y del conjunto del gasto público en Euskadi. En ese sentido, Euskadi se caracteriza por combinar dos elementos:

- un sistema casi autónomo de financiación del gasto público no vinculado a la Seguridad Social, que incluye la financiación del gasto en salud, educación, servicios sociales y garantía de ingresos y que, mediante el sistema del cupo, no se ve mermado por las transferencias interterritoriales que en los demás países las regiones ricas realizan a las regiones pobres del Estado en el que se integran,
- un sistema de Seguridad Social en el que prevalece el principio de caja única y del que se ven particularmente beneficiadas las comunidades más envejecidas y/o económicamente menos dinámicas.

e) El coste de los servicios de atención a la dependencia

Junto al gasto realizado para la financiación de los servicios sociales, es interesante también comparar el coste que en los países de nuestro entorno tienen los diferentes servicios de atención a la dependencia. Un reciente trabajo de la OCDE [4] calcula para diferentes países el coste que supone la atención domiciliaria y residencial en relación a la renta mediana disponible de cada país. De acuerdo a ese estudio, el coste de la atención residencial a personas con una dependencia moderada oscila en la OCDE entre el 95% de la renta mediana en Eslovaquia y el 600% en Suecia, ubicándose la mayor parte de los países analizados entre el 200% y el 300% de ese ingreso mediano. En el caso de la CAPV, el coste anual medio de una plaza de atención residencial equivale aproximadamente al 150% de la renta personal media de las personas mayores de 65 años, en la línea del coste señalado en el estudio para España.

En el caso de la atención domiciliaria para una persona con necesidades intensas de atención (que requiere una atención semanal de 40 horas), el coste oscila entre valores cercanos al 100% de la renta media en los países del Este de Europa y 400% en países como Irlanda o Finlandia. En el caso de Euskadi, si se utiliza como base un coste hora de 25 euros hora, el coste (en torno a 55.000 euros) resulta mucho más elevado que el correspondiente a la atención institucional y equivale al 276% de la renta media de las personas pensionistas, por encima de la mayor parte de los países de la OCDE y muy por encima del porcentaje correspondiente a España.

3. El gasto en los Servicios Sociales asociados al envejecimiento: análisis prospectivo

3.1. Introducción

Una vez examinada la evolución de gasto en los Servicios Sociales asociados al envejecimiento en sus distintas dimensiones y desde una perspectiva comparativa, en este apartado se recoge un ejercicio prospectivo de cara a perfilar los posibles escenarios que pueden surgir a corto, medio y largo plazo en relación al gasto relacionado con los cuidados a las personas en situación de dependencia. Para ello, a fin de caracterizar esos posibles escenarios, en primer lugar se tratará de describir, a grandes rasgos, el contexto que resultará del proceso de envejecimiento de población. La exposición se centra principalmente en las variables que repercuten directamente en los niveles de dependencia de la población, así como en los indicadores demográficos y del mercado laboral que resultan centrales a la hora de tratar sobre cuestiones ligadas a la sostenibilidad financiera de los distintos mecanismos de protección social.

A continuación, descrito el hipotético escenario futuro, se plantean algunas de las cuestiones centrales para los Servicios Sociales asociados al envejecimiento que seguramente salgan a relucir con el cambio esperado del contexto. El foco del análisis se dirige a la posible intensificación de las necesidades y expectativas de cuidado, y a las incertidumbres que planean sobre su provisión.

Habiendo trazado los contornos generales de los posibles escenarios futuros, se presentan las proyecciones de gasto en distintos ámbitos de la protección social para el periodo 2016-2070. Se pretende poner en perspectiva la tendencia evolutiva del gasto en Servicios Sociales asociados al envejecimiento, para poder así obtener algunas pistas acerca de las posibles compatibilidades o tensiones que pueden surgir en la distribución de los recursos públicos orientados a la protección social. Además de esta rúbrica de gasto, también se hace un inciso especial en el devenir del gasto en pensiones, debido a su importancia en lo que al gasto en protección social se refiere.

Las proyecciones de gasto y de variables demográficas y socioeconómicas que se incluyen en este apartado se han recogido de los informes que se señalan a continuación:

- *The ageing report 2021. Underlying assumptions and projection methodologies.* (Comisión Europea, 2021).
- *The ageing report 2018. Economic and budgetary projections for the EU Member States (2016-2070).* (Comisión Europea, 2018).
- *Health at a Glance 2019: OECD Indicators.* (OCDE, 2019).

Si bien la realidad social, institucional y macroeconómica de Gipuzkoa puede diferir considerablemente a la del resto del estado en algunos casos, se ha considerado que las proyecciones realizadas para el conjunto del Estado pueden ayudar a caracterizar, en cierta medida, el posible escenario futuro en el que se verá inmerso el Territorio Histórico.

3.2. El contexto demográfico y socioeconómico futuro

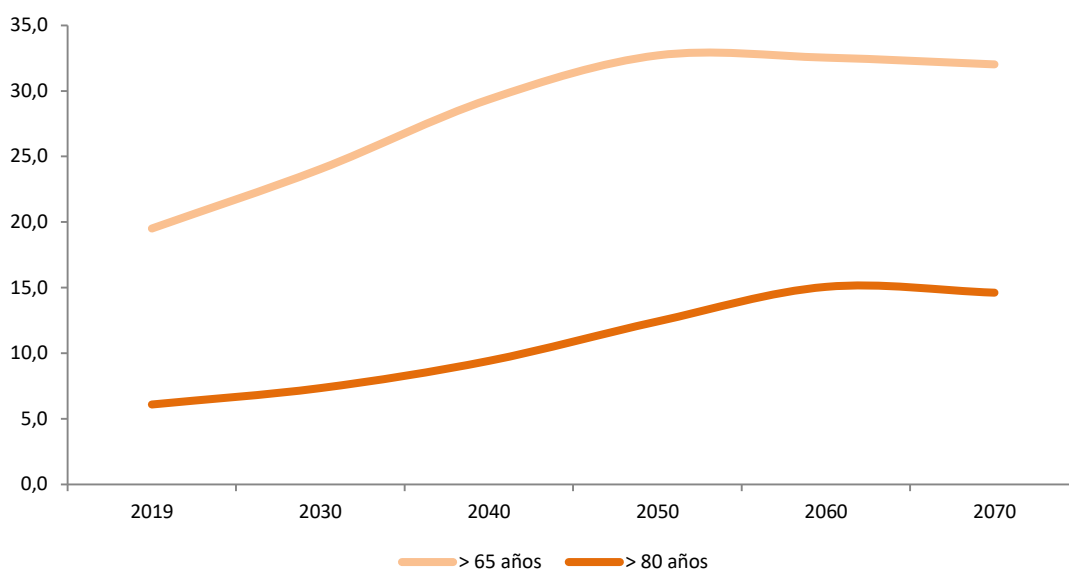
a) Indicadores demográficos

Utilizando la proporción de la población de más de 65 años como indicador para reflejar el proceso de envejecimiento poblacional, en línea con la trayectoria ascendente dibujada en las últimas décadas, todos los análisis prevén que durante los próximos años el peso relativo de este segmento de población continúe aumentando, y de forma significativa. En el año 2019, en España, la proporción

de personas mayores de 65 años en relación a la población era del 19,5 %. Para el año 2070, se espera que dicha proporción ascienda hasta el 32,0 %, es decir, se prevé que casi un tercio de la población tenga más de 65 años o más. Sin embargo, el incremento señalado se produciría a un ritmo un tanto desigual durante las décadas venideras. El grueso del incremento se espera en las próximas tres décadas, y equivaldría a un crecimiento de casi medio punto porcentual anual en la proporción de personas mayores de 65 respecto a la población, lo que conduciría a este indicador a alcanzar un nivel del 32,7 %. A partir de ahí, en el periodo comprendido entre 2050 y 2070, los niveles tenderían a estabilizarse.

Paralelamente, fruto también de los incrementos en la esperanza de vida, se pronostica que la proporción de personas mayores de 80 años también tenderá a aumentar. En cuanto este segmento, las dinámicas evolutivas serían similares, aunque algo más moderadas y con cierto retardo, como cabría esperar. Del 6,1% del 2019, este segmento pasaría a suponer el 14,6 % de la población en 2070. El punto más alto se alcanzaría en 2060, con unos niveles equivalentes al 15,1 % de la población.

Gráfico 17. Proporción de la población mayor de 65 y 80 años. Proyecciones para España (2019-2070)



Fuente: *The ageing report 2021. Underlying assumptions and projection methodologies*

Esta transformación estructural de la población viene determinada, básicamente, por la interacción de tres factores: los niveles de fertilidad, la esperanza de vida y el flujo migratorio.

- Fertilidad. En 2019, se producían en España 1,27 nacimientos por mujer, siendo este un nivel considerablemente inferior en comparación con el promedio de la UE (1,52). Las proyecciones para el 2070 apuntan que la tasa de fertilidad escalará hasta 1,49 nacimientos por mujer. Pese a la mejoría, España continuaría estando en este aspecto a la cola de la UE, con niveles marcadamente inferiores al promedio.
- Esperanza de vida. Tomando como referencia la esperanza de vida a los 65 años, entre 2019 y 2070, se espera un incremento de 19,9 años a 24,1 años para los hombres, y de 23,9 años a 27,7 años para las mujeres. Si bien tenderá a reducirse, la diferencia de género en la esperanza de vida continuará siendo marcada. En el marco de este trabajo, resulta especialmente relevante tener en consideración que no todos los años adicionales se viven con una buena salud. Según los últimos datos disponibles al respecto, a partir de los 65 años, los hombres estarían libres de cualquier tipo de limitación, en promedio, durante 12,7 años (64% de la esperanza de vida restante). Las mujeres en cambio, pese a su mayor esperanza

de vida, estarían libres de limitaciones por 12,6 años (53% de la esperanza de vida restante). Entre las razones que podrían aducirse para tratar de explicar esta diferencia, cabría destacar que a partir de los 50 años, las mujeres padecen con mayor frecuencia enfermedades no mortales pero sí incapacitantes, en tanto que los hombres, por su parte, sufren con más frecuencia enfermedades mortales.

Según la Organización Mundial de la Salud, desde el año 2000, cerca del 90% del aumento en la esperanza de vida habría correspondido a años libres de discapacidades [5]. Por tanto, si bien no se cuenta con ninguna proyección al respecto, la tendencia trazada durante los últimos años daría pie a confiar en un aumento del periodo libre de limitaciones en los próximos años.

- Flujos migratorios. A nivel de la UE, España ha sido en las últimas décadas uno de los países con mayor afluencia migratoria tanto en términos absolutos como relativos. De acuerdo a las previsiones, se espera que el influjo de inmigrantes continúe siendo muy importante, proyectándose unos niveles de inmigración neta acumulada (en relación a la población total en el año 2019) del 21,3% para el periodo 2019-2070. Si bien estas cifras sitúan a España muy por encima del promedio proyectado para la UE (11,8%), cabe señalar que se espera que las tasas migratorias netas anuales en relación a la población se reduzcan del 0,93% actual² a niveles inferiores al 0,40% para las próximas décadas.

Las dinámicas descritas se recogen en el indicador relativo a la Tasa de Dependencia de la Tercera Edad (TDTE, en adelante). Las previsiones correspondientes a este indicador, que relaciona la población en edad de trabajar (20-64) y la población mayor de 65 años, señalan que de una situación en la que por cada persona mayor de 65 años hay 3,1 personas en edad de trabajar, se pasará a una cifra de 1,6 en el año 2070. Es decir, la TDTE pasará del 32,1% al 62,5%. Este aumento de la ratio será especialmente acusada hasta el 2050 (64,7%), tendiendo a estabilizarse, e incluso reducirse, en los años siguientes.

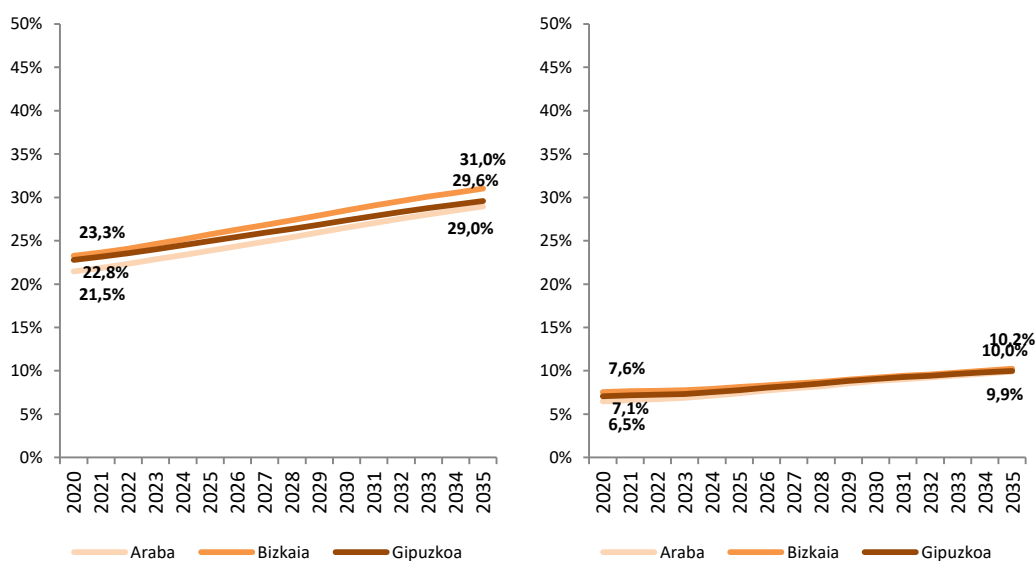
En el caso de la CAPV, para el corto-medio plazo, el INE ofrece una serie de proyecciones demográficas a nivel provincial para el periodo 2020-2035 que merece rescatar. Una de las primeras constataciones que se desprenden para Gipuzkoa, así como el conjunto de la CAPV, señala que de partida, se dispone de una estructura poblacional más envejecida en relación al conjunto del Estado. En este sentido, se observa que las diferencias iniciales tenderían a mantenerse durante la década siguiente, siendo la proporción de personas mayores de 65 años, según las proyecciones para el 2030, un 3,3% superior en Gipuzkoa respecto al resto del estado. En el contexto de la CAPV, por su parte, Gipuzkoa ocuparía una posición intermedia (29,5% de personas mayores de 65 años para el 2035), con una estructura menos envejecida que la vizcaína (31,0%), pero con niveles superiores a los de Araba (28,9%). En cuanto al peso poblacional de las personas mayores de 80 años, para el 2030, se espera que la proporción en Gipuzkoa sea un 1,7 % superior al promedio estatal. Dentro de la CAPV, por su parte, pese a que la proporción inicial de personas mayores de 80 muestra notables diferencias, se espera que para el año 2035 los niveles tiendan a converger alrededor del 10 % de la población.

Observando las dinámicas que subyacen a estas tendencias estructurales, por un lado, cabe señalar que en consonancia a lo proyectado para el resto del Estado, el número de nacimientos por mujer tenderá a incrementarse en los próximos años. Para el 2030, se espera que el indicador coyuntural de fecundidad en Gipuzkoa pase del 1,34 a 1,38 nacimientos por mujer, superando de nuevo los niveles estimados para el conjunto del estado (1,33). Dentro de la CAPV, sin embargo, afloran diferencias notables en cuanto a los niveles de fertilidad entre TTHH. Partiendo de niveles relativamente superiores, para 2035 se espera que Araba alcance unos niveles cercanos a 1,48 hijos/as por mujer, lo que supone un claro contraste con Bizkaia, donde se espera que el indicador en cuestión sea alrededor de 1,33. Gipuzkoa, con una proyección de 1,41 nacimientos por mujer, se situaría en un

² El dato corresponde al año 2019. El flujo migratorio neto fue cercano 438.531 personas, equivalente al 0,93 % de la población.

terreno intermedio.

Gráfico 18. Proyección de la proporción de la población mayor de 65 años y mayor de 80 años en Euskadi. Proyecciones por TTHH (2020-2035).

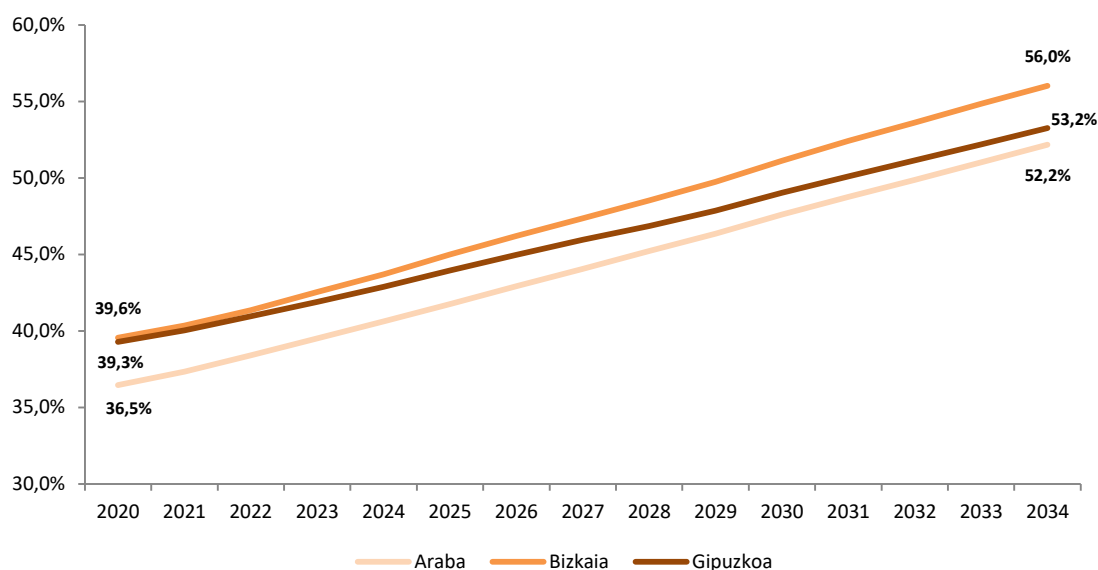


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyecciones de la Población de España. 2020-2070.

En cuanto a los flujos migratorios desde el extranjero, se prevé que la afluencia aumente de forma significativa en los próximos años, llevando a aumentar la tasa bruta migración en Gipuzkoa de las 6,18 personas por cada mil habitantes actuales, a las 13,95 proyectadas para el 2035. Es decir, un aumento de alrededor del 125 %. En el caso de Araba y Bizkaia, partiendo de niveles similares (aunque ligeramente inferiores en Bizkaia), también se esperan incrementos del orden del 112 % y 126 %, respectivamente. La migración interior, por otro lado, si bien tiene y tendrá un efecto poco significativo en lo que a la magnitud respecta, se espera que también dibuje una trayectoria evolutiva positiva (con saldos más favorables) en los tres TTHH.

Si bien las tendencias migratorias y de fertilidad que se acaban de señalar vendrían a contrarrestar en parte las dinámicas de envejecimiento de la población, no resultarían suficientes para revertirlas. Como se desprende de los datos del indicador de la TDTE, en Gipuzkoa se pasaría del 39,3% actual al 53,2% en el año 2035. En otras palabras, se pasaría de una situación en la que por cada persona mayor de 65 años habría 2,55 personas en edad de trabajar a una cifra de 1,88. Cabe apuntar en este sentido, que tanto los valores de partida (39,3% vs 32,1%) como las proyecciones para el 2030 (49,0% vs 40,9%) de este indicador son considerablemente superiores en Gipuzkoa en relación al conjunto del estado. En el contexto de la CAPV, pese a que Araba muestra actualmente una TDTE algo inferior (36,4%, ante el 39,5% de Bizkaia y el 39,3% de Gipuzkoa), para el año 2035 se espera que el indicador crezca hasta el 52,2% situándola en niveles cercanos al de Gipuzkoa. La trayectoria evolutiva de Bizkaia, en cambio, trazaría un incremento más acentuado elevándose la TDTE hasta el 56,0% para el mismo año.

Gráfico 19. Tasas de dependencia de la tercera edad en Euskadi. Proyecciones por TTHH (2020-2035)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyecciones de la Población de España. 2020-2070.

b) Indicadores del mercado laboral

La composición de la población activa ha sufrido profundos cambios en las últimas décadas, resultado de una serie de procesos que se esperan que continúen ejerciendo una notable influencia en las próximas décadas. De forma sintética, las generaciones más jóvenes tienden a entrar más tarde en el mercado laboral, y por su parte, las mujeres y las personas mayores ven aumentada de forma constante su participación en el mismo. Detrás de estos cambios que han venido moldeando, y que previsiblemente seguirán ejerciendo una influencia notoria en la composición de la fuerza laboral, se encontrarían dinámicas de muy distinta naturaleza. Entre otras:

- Dinámicas sociales, como a dilatación en el tiempo de las trayectorias educativas o la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo.
- Dinámicas demográficas, como el declive de la fecundidad o el retraso en la edad de tener hijos/as.
- Dinámicas económicas, como la mayor prevalencia del trabajo a tiempo parcial o la transición hacia una economía basada en los servicios.
- Dinámicas institucionales, en particular los cambios acaecidos en los sistemas de pensiones.

De cara al futuro, uno de los cambios más significativos que se proyectan sobre el mercado laboral corresponde al sustancial aumento de la tasa de participación de las personas de mayor edad. En efecto, se espera que las tasas de participación laboral para el segmento de 55-64 años y el de 65-74 aumenten en un 15,4% y un 13,0%, respectivamente para el 2030. Junto a los cambios socioeconómicos mencionados, un factor de peso detrás de esta tendencia evolutiva serían los cambios futuros en la configuración del sistema de pensiones derivados de las últimas reformas. En este sentido, cabe señalar por un lado que la reforma llevada a cabo en el año 2013 contemplaba un paulatino aumento en la edad de jubilación, de 65 a 67 en 2027, además de la extensión del periodo contributivo mínimo de 35 a 37 años. Por otro lado, la reforma también introdujo mayores penalizacio-

nes para las jubilaciones voluntarias y anticipadas. De acuerdo a las proyecciones realizadas, estas reformas harían aumentar significativamente la edad de salida del mercado laboral en España en la próxima década (de 63,8 años a 66,3 años), lo cual incidiría de forma directa en los niveles de participación laboral en edades avanzadas.

Complementando lo anterior, cabe apuntar la variable de género resulta especialmente relevante a la hora de explicar el aumento de las tasas participación laboral entre las personas de mayor edad, y la población en general. En el segmento de entre 55 y 64 años, el aumento de la participación laboral femenina entre 2019-2070 sería del 22,7%, superando claramente a los incrementos correspondientes al segmento masculino, que serían del 10,1%. Más aún, mientras que la tasa de participación laboral femenina aumentaría en un 4,0%, la masculina se reduciría ligeramente con un balance del -0,63%.

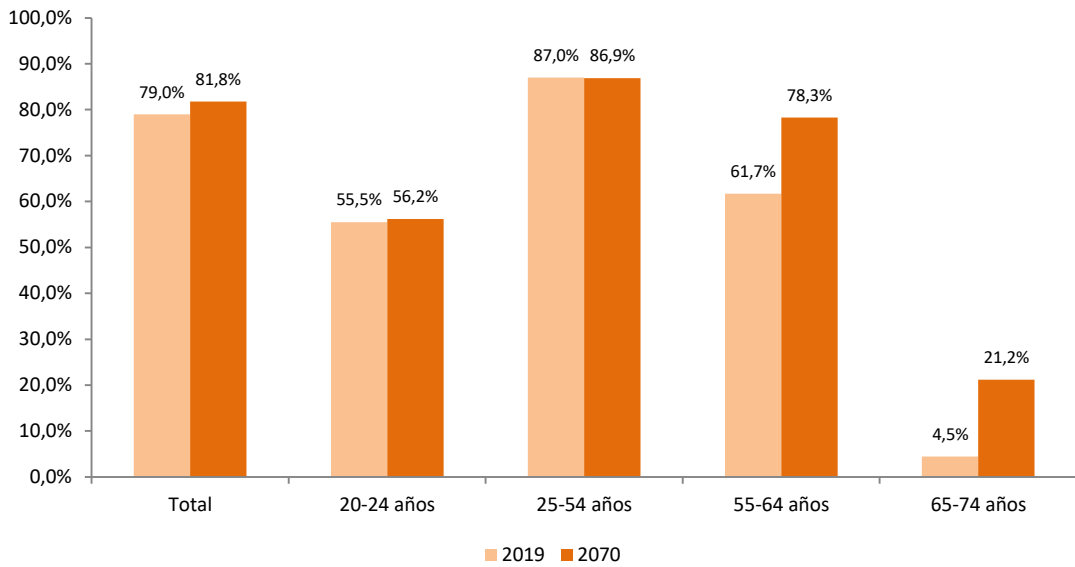
Otra de las cuestiones centrales ligadas al mercado de trabajo, y que afecta especialmente al Estado español, corresponde a las transformaciones previstas en los niveles de desempleo. Tras Grecia, España es el país con mayores niveles de desempleo de toda la UE³, pero a largo plazo, tras un ligero repunte para el año 2030 (14,6%), las previsiones apuntan a que los niveles de desempleo estructural tenderán a reducirse a la mitad para el año 2050 (7,2%), y que se mantendrán en niveles semejantes al menos hasta el 2070. En términos comparativos, se espera que de una tasa que equivale a más de la mitad del promedio actual de la UE (6,0%), se reduzca la distancia respecto a la media comunitaria (5,8%) hasta un 1,2 % para el año 2070.

Consecuencia, en gran medida, de las potenciales evoluciones recién descritas, la tasa de empleo también muestra visos de mejora para el periodo 2019-2070, ya que se espera que ascienda del 68,1% actual al 76,2% en el año 2070. Pese a la mayor propensión al empleo que reflejan las tendencias de los indicadores analizados, no resultan suficientes para compensar la merma de la fuerza de trabajo que se derivará de los procesos demográficos. En consecuencia, se espera que la oferta laboral se reduzca en casi 3.000.000 de trabajadores/as para el año 2070, lo cual supone una reducción de la fuerza laboral del 13,0% respecto a los niveles actuales.

Un último indicador de interés en relación al futuro del mercado laboral es la Tasa de Dependencia Económica de la Tercera Edad (TDETE). Este indicador refleja la proporción entre personas mayores inactivas (+65 años) y la población empleada (20-74 años) y permite evaluar el hipotético impacto del envejecimiento en materia de gasto público, y particularmente, en el gasto en pensiones. En lo que respecta a sus futuras pautas evolutivas, se distinguen dos etapas diferenciadas. En un primer periodo comprendido entre 2019 y 2045, la TDETE se dispararía en un 23,3%, pasando de un 45,6% en el 2019 a un 68,9% en el 2045. En otras palabras, por cada persona inactiva mayor de 65 años, se pasaría de contar con 2,2 trabajadores a 1,5. A continuación, para el periodo correspondiente a los años 2045-2070, se produciría un freno considerable en la velocidad de incremento de la TDETE, aumentando este en un orden del 2,2%.

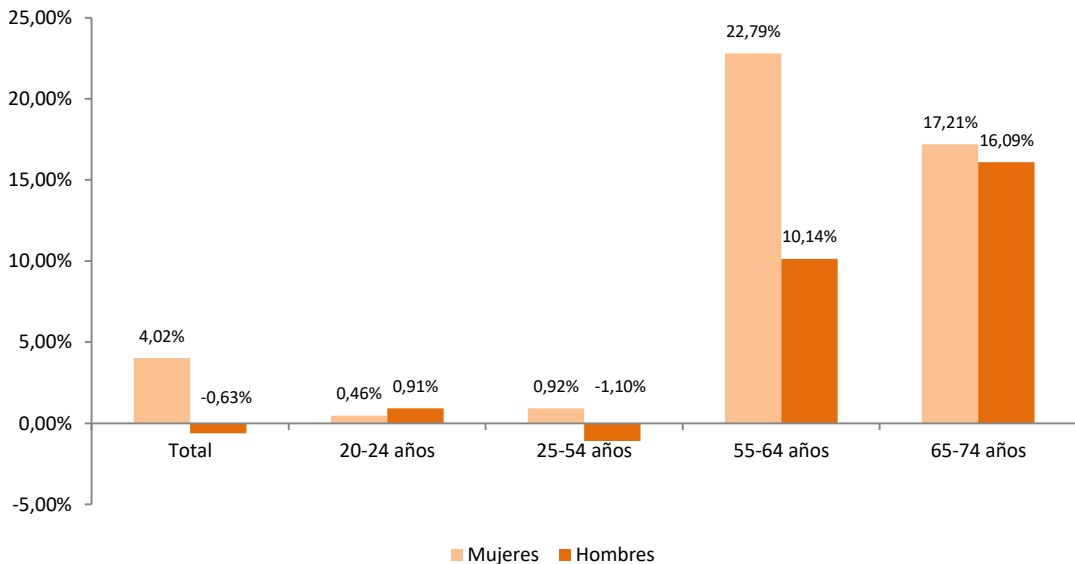
³ En el año 2019, la tasa media de desempleo fue del 14,1%.

Gráfico 20. Tasas de participación laboral por distintos grupos de edad. Proyecciones para España (2019-2070)



Fuente: *The ageing report 2021. Underlying assumptions and projection methodologies*

Gráfico 21. Evolución de las tasas de participación laboral por sexos 2019-2070. Proyecciones para España (2019-2070)



Fuente: *The ageing report 2021. Underlying assumptions and projection methodologies*

c) Indicadores económicos

Brevemente, de cara a su posterior utilización en los apartados relativos a las proyecciones de gasto, cabe realizar algunos apuntes acerca de los posibles escenarios de crecimiento económico que podrían presentarse en los próximos años. Si bien las proyecciones resultan variables dependiendo de los posibles escenarios que pueden presentarse, el ritmo promedio de crecimiento interanual que se baraja para el periodo 2019-2070 para la economía española es del 1,4 %, una décima superior

a la media europea. Se espera que la tasa de crecimiento vaya a menos a medida que transcurran los años. De esta suerte, de manera paulatina, se prevé pasar de unos niveles interanuales del 1,6 % en 2030, a unos niveles cercanos al 1,3 % en 2070⁴.

No obstante, el impacto económico de la crisis COVID-19 ha provocado una incertidumbre excepcionalmente grande, y cabe el riesgo de que las anteriores correcciones hayan de ser corregidas a la baja. La pandemia de COVID-19 y las medidas de contención resultantes han perturbado profundamente la vida de las personas y la economía. La demanda mundial, las cadenas de suministro, los mercados laborales, la producción industrial, los precios de los productos básicos, el comercio exterior y los flujos de capital se han visto afectados. La pandemia ha golpeado a la economía de la UE cuando crecía a un ritmo moderado y todavía resultaba vulnerable ante nuevas perturbaciones. La severidad del impacto ha sido de magnitudes hasta ahora desconocidas, suponiendo la contracción económica más profunda en la historia de la UE.

3.3. Aproximación prospectiva a la evolución del cuidado informal en Euskadi

Uno de los elementos que en mayor medida se relacionan con la evolución de la demanda de cuidados formales en el ámbito de la dependencia y, por tanto, con la evolución del gasto en este ámbito, es la evolución prevista de la disponibilidad del cuidado informal. Desde una perspectiva demográfica, se han descrito dos grandes transformaciones directamente relacionadas con el cuidado informal. En primer lugar, el aumento de la población mayor con necesidades de cuidado y, en segundo lugar, el descenso de la población que tradicionalmente ha asumido este tipo de cuidados informales. En este sentido, la anticipación en materia de planificación y gestión de estas necesidades sociodemográficas podría contribuir a mitigar los efectos de este reto demográfico para las próximas décadas.

En este apartado se presenta una aproximación demográfica a este fenómeno, con datos de la magnitud e intensidad del balance entre ambos grupos de población, en base a la propuesta metodológica del estudio realizado por Gómez Redondo *et al.* [6] para el conjunto de España.

- a) Evolución y proyección demográfica de la disponibilidad de personas cuidadoras informales potenciales en Euskadi

En el ámbito del cuidado informal, existen diversas propuestas metodológicas para determinar la evolución de la población cuidadora. Entre ellas, las diversas versiones de la Ratio de Personas Cuidadoras (*Caregiving Ratios*). Estos indicadores tienen como objetivo bien realizar una aproximación a la disponibilidad de la población potencial para el cuidado de la población mayor, o bien aproximarse al número de personas mayores por cada persona potencialmente cuidadora. Los indicadores para medir la Razón de Personas Cuidadoras permiten un mejor ajuste al rango de edad de la población que presta o recibe dicha ayuda; sin embargo, no están basados en patrones de cuidado reales mediante poblaciones contrastadas, sino en el volumen de población potencialmente cuidadora y de población potencialmente cuidada.

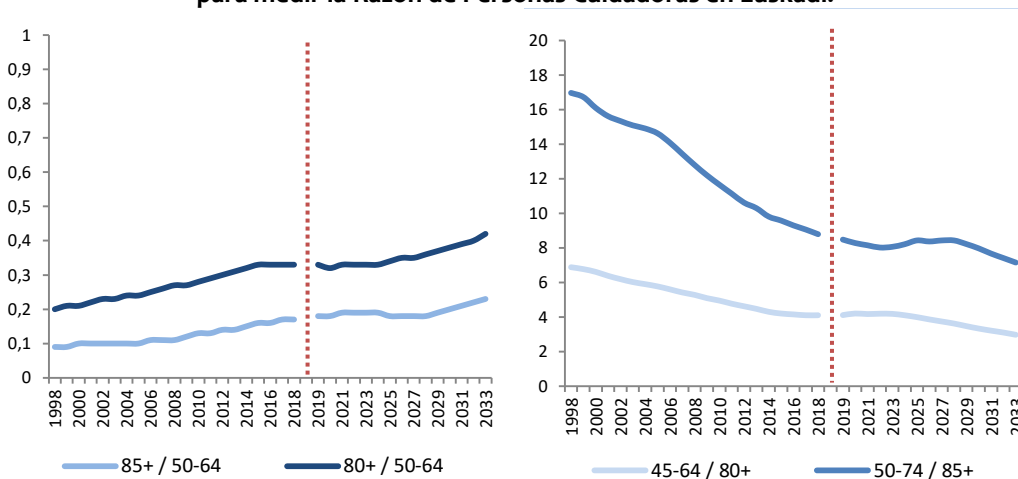
Más allá del cuidado intergeneracional –es decir, el cuidado que sigue un patrón ascendente de hijos/as adultos/as a padres/madres de edad avanzada–, también se analiza en este apartado el cuidado intrageneracional. Este enfoque pone el foco de atención en otros perfiles demográficos emergentes como el cuidado provisto por personas de edad avanzada (a partir de los 80 años), así como las desigualdades de género entre las personas cuidadoras (aumento de la participación masculina en el cuidado a partir de los 80 años).

El siguiente gráfico presenta el cálculo de principales indicadores para medir la Ratio de Personas Cuidadoras para Euskadi durante el periodo 1998-2018. Las dos primeras columnas hacen referencia

⁴ *The ageing report 2021. Underlying assumptions and projection methodologies.*

a los indicadores que ponen el foco en el número de personas mayores por cuidadores/as, mientras que las últimas dos columnas reflejan la relación inversa; es decir, el número de personas cuidadoras por persona mayor.

Gráfico 22. Evolución (1998-2018) y proyección (2019-2033) de los principales indicadores para medir la Razón de Personas Cuidadoras en Euskadi.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Datos de Población de la Estadística del Padrón Continuo (1998-2018) y Proyecciones de Población (2019-2033).

En primer lugar se observa un aumento progresivo del número de personas de edad avanzada (más de 80 y 85 años de edad) con respecto al número de personas cuidadoras potenciales –establecido como aquellas personas de 50 a 64 años de edad–. En relación a las proyecciones de futuro⁵, parece que este aumento va a continuar en los próximos años.

En segundo lugar, se confirma una importante reducción del número de personas cuidadoras potenciales. El descenso más importante se observa en el en el indicador *Oldest-Old Support Ratio*, que estima el número de personas cuidadoras de edades maduras y avanzadas (entre 50 y 74 años) para la población de edad muy avanzada (85 y más años). En base a los resultados –que coinciden con la tendencia observada a nivel del estado español [6]– en los últimos veinte años Euskadi ha pasado de contar con 17 potenciales cuidadores y cuidadoras en 1998 a 9 potenciales cuidadores/as en 2018⁶. Según la proyección para el año 2033, es probable que este número descienda hasta los siete potenciales cuidadores/as en un futuro próximo.

Los resultados indican, por tanto, que los potenciales cuidadores y cuidadoras en Euskadi están decreciendo con rapidez. Sin embargo, como veremos a continuación, es importante considerar las nuevas tendencias en el cuidado, con el objetivo de minimizar los posibles errores de estimación. Para ello, se analizan en primer lugar los patrones de cuidado intergeneracional y, en segundo lugar, los patrones de cuidado intrageneracional

b) Cuidado intergeneracional

Los patrones intergeneracionales de cuidados hacen referencia al flujo de cuidado provisto por las generaciones más jóvenes a la población dependiente de más edad. En este caso se han establecido tres indicadores con diferentes edades: población de menos de 40 años de ambos sexos en relación a las mujeres de 65 a 79 años; la población de 40 a 59 años de ambos sexos en relación a las mujeres de 80 a 89 años, y las mujeres de 60 a 79 años en relación a las mujeres de 90 o más años

⁵ Los resultados prospectivos deben tomarse con cautela debido a que son proyecciones basadas en simulaciones de población y no en datos poblacionales reales.

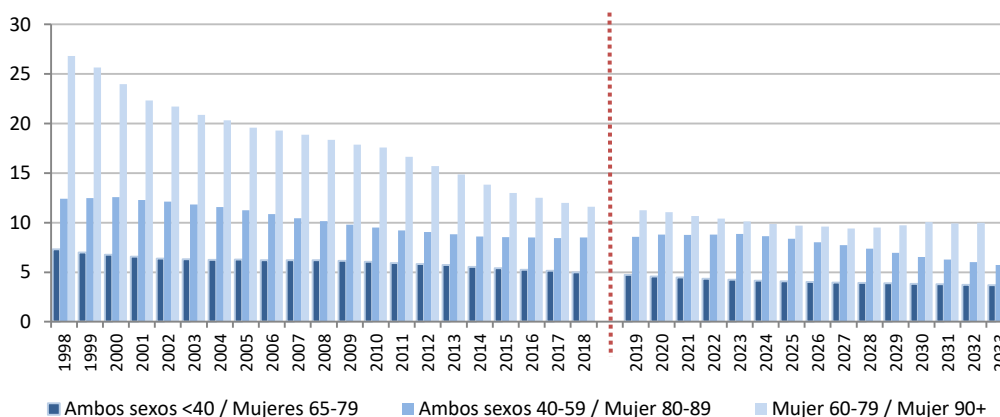
⁶ En el caso de del estado español las personas potencialmente cuidadoras han pasado de 15 en 1998 a 9 en 2018 [6].

de edad. En los tres casos se ha considerado a la población del numerador como potenciales cuidadores/as y a la población del denominador como potenciales dependientes.

Los resultados de los tres ratios muestran un descenso de personas cuidadoras informales durante el periodo 1998-2018, aunque con diferente intensidad. Las mujeres de entre 60 y 79 años a cargo de otras mujeres dependientes de 90 o más años son el colectivo de potenciales cuidadoras que más desciende. En 1998 había en Euskadi 27 potenciales cuidadoras de esa edad para cuidar a cada mujer de 90 o más años, mientras que en 2018, esta cifra se ha reducido más de la mitad, hasta las 11,6 mujeres cuidadoras potenciales. En los otros dos indicadores también se observa este mismo descenso, aunque con menor intensidad. Los cuidadores y las cuidadoras potenciales de ambos sexos menores de 40 años se reducen de 7 a 5, y los/las cuidadores/as de entre 40 y 59 años pasan de 12 a 8. El descenso y mantenimiento de un nivel tan bajo de fecundidad⁷, junto con el desequilibrio entre la población potencialmente cuidadora y la cohorte envejecida del baby-boom comprometen de cara al futuro la viabilidad del sistema de cuidados informales en las próximas décadas.

En relación a las características que presenta la población que supera los 80 años cabe destacar tres aspectos importantes. Por un lado, a partir de los 65 años la proporción de personas que presentan problemas de discapacidad y que reciben cuidados informales aumenta progresivamente. En segundo lugar, hay que mencionar el fenómeno de la “feminización de la discapacidad”, que hace referencia a la mayor proporción de mujeres que de hombres entre la población que presenta estas situaciones. Finalmente, es importante señalar que, pese al aumento progresivo en la proporción de personas con discapacidad de 65 y más años, como se ha apuntado, a partir de los 85 años el volumen de población mayor que recibe cuidados informales desciende, debido a dos principales motivos. En primer lugar, el fallecimiento y, en segundo lugar, debido a que el cuidado formal aumenta.

Gráfico 23. Evolución (1998-2018) y proyección (2019-2033) de los principales indicadores para medir los patrones intergeneracionales de Personas Cuidadoras en Euskadi



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Datos de Población de la Estadística del Padrón Continuo (1998-2018) y Proyecciones de Población (2019-2033).

c) Cuidado intrageneracional

Los patrones intrageneracionales de cuidados hacen referencia al flujo de cuidado establecido entre personas cuidadoras y personas dependientes de edades muy similares. En este caso se han establecido tres indicadores con diferentes edades: mujeres de 60 a 79 años de edad que cuidan a hombres de 65 a 79 años y viceversa, y población de hombres de 80 o más años que cuidan de mu-

⁷ En base a los resultados de Eustat para 2016, el Índice Sintético de Fecundidad en Euskadi era de 1,34 hijos/as por mujer – habitualmente garantizado a partir de los 2,1 hijos/as por mujer– que, junto con un Saldo Vegetativo Negativo, dificulta el reemplazo poblacional.

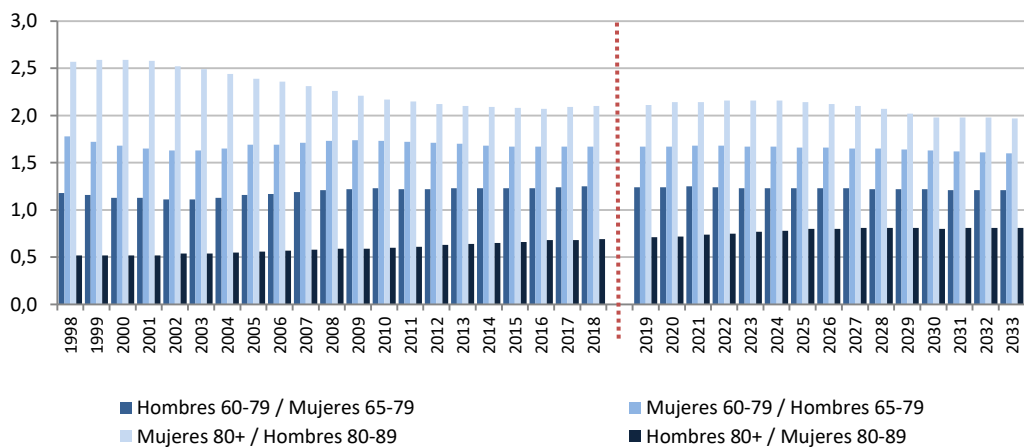
jeros de 80 o más años y viceversa.

La evolución de la disponibilidad de potenciales cuidadores y cuidadoras en el patrón intrageneracional varía en función del género. Las ratios relativas a la población masculina potencialmente cuidadora se han mantenido prácticamente estables desde la década de los 90, e incluso parecen aumentar al final del periodo –las proyecciones también apuntan a un aumento entre estos hombres cuidadores de 80 y más años–. La disponibilidad de mujeres cuidadoras de edades avanzadas, sin embargo, muestra una tendencia descendente. En 1998 había 2,5 mujeres potencialmente cuidadoras de 80 o más años por cada hombre de 80-89 años, cifra que ha descendido hasta los 2,1.

Pese a que el número de potenciales cuidadores/as de 60-79 años se sitúa en la actualidad por debajo de 1, de cara a los próximos años es esperable que el aumento en la esperanza de vida de los hombres conlleve una mayor disponibilidad de hombres de edad avanzada asumiendo el rol de cuidadores [6].

En relación a la brecha de género, cabe apuntar que, tal y como se ha descrito en otros estudios, la proporción de personas que reciben cuidados informales aumenta a medida que aumenta también la edad, y siempre es mayor entre las mujeres. Esta brecha de género además, se va ampliando progresivamente. Sin embargo, hay estudios que apuntan a que el porcentaje de varones cuidadores tiende a superar al de las mujeres a partir de los 80 años, y especialmente a partir de los 90 años. Entre las posibles explicaciones ofrecidas para esta mayor implicación de los hombres en el cuidado a la dependencia caben mencionar los siguientes: el aumento de la esperanza de vida masculina, el aumento del tiempo de convivencia entre las parejas, y una mayor probabilidad de que los y las cónyuges asuman el rol de personas cuidadoras [7]. Asimismo, cabe destacar un proceso de institucionalización más acelerado entre las mujeres [8]. Si bien las mujeres entre 75 y 80 años están ligeramente menos institucionalizadas que los hombres, a partir de los 80 años superan ampliamente el número de hombres en instituciones y a los 100 años los duplican [8].

Gráfico 24. Evolución (1998-2018) y proyección (2019-2033) de los principales indicadores para medir los patrones intrageneracionales de Personas Cuidadoras en Euskadi



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Datos de Población de la Estadística del Padrón Continuo (1998-2018) y Proyecciones de Población (2019-2033).

3.4. Las proyecciones de gasto en Servicios Sociales asociados al envejecimiento desde una perspectiva general

Conviene dejar claro que las proyecciones de gasto que se ofrecen a continuación son en relación al PIB. Un PIB que, como ya se ha señalado previamente, tenderá a incrementarse en promedio un 1,4% interanual en el periodo 2016-2070. Dicho esto, cabe apuntar que las reducciones de cualquier partida de gasto en relación al PIB no implican, de entrada, una reducción efectiva del gasto realizado, sino que su incremento ha resultado ser inferior a la velocidad del crecimiento económico.

Si se analizan las proyecciones para el conjunto de las principales partidas de gasto en protección social, en términos generales, se pueden distinguir dos etapas diferenciadas en el recorrido evolutivo esperado. Durante algo más de las primeras dos décadas siguientes, se espera un periodo de crecimiento relativo del conjunto del gasto en protección social, que será especialmente marcado entre 2025 y 2045, alcanzando su cúspide entre 2045 y 2050. A partir de 2050, sin embargo, se espera que se produzca una reducción semejante, previéndose para el 2070 un nivel de gasto en protección social en relación al PIB solamente un 0,66 % superior al del 2016. Dicho descenso será especialmente acentuado en entre 2055 y 2060.

Sin embargo, si se observan las diferentes partidas que componen el gasto agregado en protección social, se constata que no todas siguen el mismo patrón. De hecho, podría decirse que es el gasto en pensiones es el que determina en mayor medida la evolución del gasto agregado en protección social. Al igual que el gasto agregado en protección social, se espera un crecimiento continuado del gasto en pensiones hasta el 2045, donde se alcanzará la cota máxima de gasto, representando un 14,4 % del PIB. Después de estos años de alza continuada, se proyecta una fuerte bajada, especialmente acentuada entre 2055 y 2060 (con reducciones del orden del 8-10%), esperándose una caída por debajo a los niveles actuales de gasto para 2070, con un 10,7% del PIB). Con todo, las pensiones continuarán siendo el gasto más importante en materia de protección social (45,9% sobre el total).

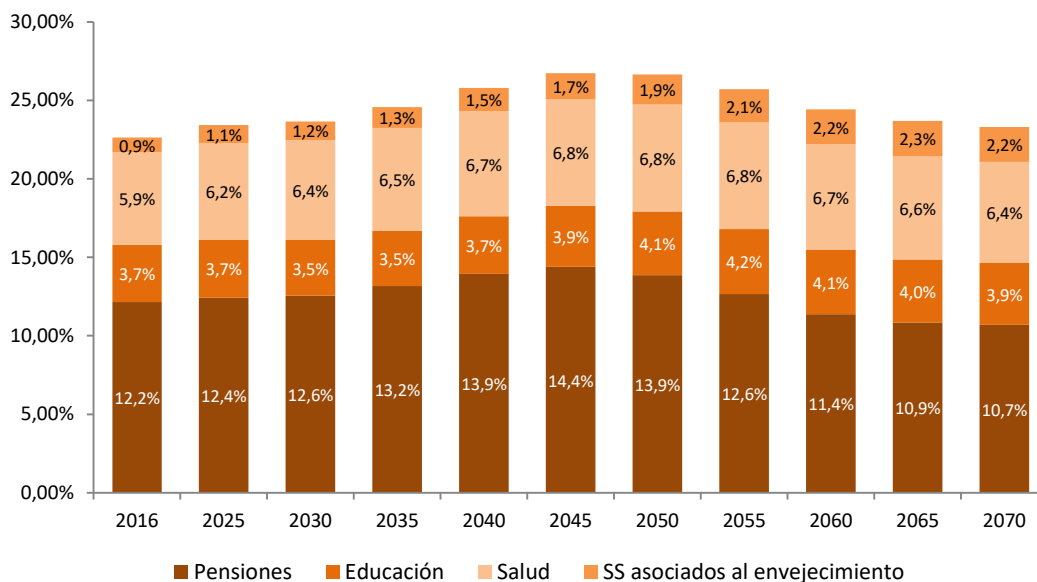
El gasto en salud dibujará un patrón evolutivo similar. Tras un periodo de crecimiento sostenido (se prevé un mayor ritmo de crecimiento durante la década de 2020 y 2030) hasta 2050, donde se espera un nivel de gasto en salud en relación al PIB del 6,81%, las proyecciones apuntan a una caída en la importancia de esta partida. No obstante, a diferencia del gasto en pensiones, el nivel del gasto en relación al PIB esperado para el 2070 (6,44%), resulta un 9,3% superior en comparación al actual.

Otra de las partidas que gana en relevancia respecto a los niveles de gasto actuales en relación al PIB es la correspondiente a la educación. Las dinámicas evolutivas esperadas, sin embargo, son completamente distintas a las descritas anteriormente, tanto en lo que respecta a las dinámicas de crecimiento y reducción, como en lo correspondiente a los patrones temporales. Por un lado, durante los primeros años el gasto en Educación tenderá a perder relevancia, reduciéndose en un 3,4% en relación a los niveles iniciales (pasando del 3,65% al 3,53% del PIB). Posteriormente, entre 2040 y 2055 se espera que esta partida vaya ganando peso relativo, llegando a suponer el 4,15% del PIB en el año 2055, un 13,2% más en relación a los niveles actuales. No obstante, a partir de dicho año, se espera retomar de nuevo la senda negativa, que concluiría en 2070 con un nivel de gasto en Educación en relación al PIB del 3,95%.

En último lugar, y sobre el que interesa poner el acento en el marco de este trabajo, cabe resaltar que la partida que concierne al gasto en Servicios Sociales asociados al envejecimiento, o puesto en otros términos, el cuidado de larga duración, es la única que espera un crecimiento continuo a lo largo de la totalidad del periodo considerado para las proyecciones. A excepción del último quinquenio considerado (2065-2070), en el que la relevancia del gasto disminuye en un 2,3 %, se produce un crecimiento constante y de magnitud considerable, con un incremento interanual medio del gasto en relación al PIB del 9,12%. Hasta el año 2055, estas cifras de crecimiento se espera que sean de dobles dígitos, reduciéndose esa fuerza en el periodo siguiente. Así, de los niveles de gasto actuales del 0,94% del PIB se pasaría al 2,22% del gasto en 2070. En otras palabras, el gasto realizado

en cuidados de larga duración en relación al PIB se incrementaría en más de un 135,3%.

Gráfico 25. Proyecciones del gasto público en diversos ámbitos de la protección social en relación al PIB en España (2016-2070)



Fuente: *The ageing report 2018. Economic and budgetary projections for the EU Member States (2016-2070)*.

Con todo, aunque se duplicará, el peso del gasto en servicios sociales o cuidados de larga duración en relación al conjunto del gasto en protección social seguirá siendo relativamente pequeño, puesto que pasará del 4,1% de todo el gasto en 2016 al 10% en 2070. En 2030, una fecha relativamente cercana, el gasto en servicios sociales de atención a la dependencia representará el 1,2% del PIB y el 5% del gasto en protección social.

Si bien la evidencia disponible al respecto no resulta concluyente, cabe realizar algunos apuntes acerca de los factores que pueden incidir en el crecimiento proyectado del gasto en cuidados de larga duración. A fin de matizar la naturaleza de las dinámicas de incremento de gasto, y en concreto, para profundizar en el análisis sobre en qué medida el crecimiento va a estar impulsado más por el cambio demográfico o por el crecimiento en los gastos unitarios, a continuación se ofrecen algunas de las reflexiones más relevantes presentes en la literatura especializada.

Por una parte, considerando que la incidencia de la dependencia es más elevada para los grupos de mayor edad, a medida que la estructura poblacional envejezca es de esperar que aumente el número de personas con necesidades de cuidados, y con ello, la cantidad de recursos dirigidos a los cuidados de larga duración. Con todo, la envergadura de esas necesidades adicionales dependerá, en parte, de la medida en que la longevidad vaya acompañada de la correspondiente mejora o empeoramiento de la "calidad" de vida. Así, el incremento de gasto motivado por el 'efecto de composición' podría verse atenuado, en parte, por el aumento de los años libres de cualquier tipo de dependencia durante la vejez.

Por otra parte, algunos trabajos apuntan a que el gasto se verá incrementado por el aumento en los costes unitarios de los servicios de cuidado. Entre las razones que se aducen para ello, destacarían las siguientes:

- Producto del incremento de los niveles de longevidad, se espera una mayor prevalencia de algunos problemas que afectan especialmente a la población de mayor edad, que intensifican considerablemente sus necesidades de cuidado, y por ende, los costes unitarios correspondientes. Un ejemplo representativo sería la mayor prevalencia esperada de la de-

mencia. Las proyecciones apuntan que en España, de una incidencia de alrededor de 20 casos por cada 1.000 habitantes, se pasará a 41,8 en el año 2050.

- En un contexto de mejora generalizada en los niveles de vida, algunos trabajos señalan que es más que probable que las expectativas sobre la calidad de vida en edades avanzadas se incrementen, ejerciendo una presión al alza sobre la cantidad y calidad de cuidados que esperan ser recibidos por las personas mayores, y por consiguiente, sobre los costes unitarios correspondientes.
- Algunos trabajos auguran una reducción en la oferta laboral de las personas cuidadoras, producto de la conjunción entre la extensión de la educación terciaria (y la consiguiente reducción de la mano de obra poco cualificada), y la disminución efectiva proyectada del número de personas trabajadoras. Esta dinámica, unida al posible incremento de las necesidades y expectativas de cuidado, podría derivar en un alza de los salarios del sector de los cuidados. Considerando que se trata de un sector altamente intensivo en trabajo, unos mayores costes salariales implicarían un incremento de los costes unitarios y una absorción creciente de recursos económicos por parte del sector de los cuidados de larga duración.
- Las previsiones de una creciente participación laboral femenina en edades más avanzadas dificultarían la provisión de cuidados informales. Uno de los posibles resultados de esta situación podría ser la reducción de los cuidados provistos en el ámbito informal, y tendría como contrapartida un incremento de los cuidados provistos en el ámbito formal, presionando al alza los costes unitarios. Por el contrario, al esperarse que las personas de edad avanzada vivan más frecuentemente con una pareja (resultado de la mayor esperanza de vida), y considerando que la pareja suele ser el principal proveedor de cuidados de larga duración en muchos casos, la provisión de cuidados en la esfera informal podría verse reforzada.

4. Herramientas para la financiación de los servicios sociales vinculados al envejecimiento: panorama internacional

4.1. Introducción

En los capítulos anteriores de este informe se ha planteado una descripción de las principales magnitudes del gasto que se realiza en el marco de la CAPV en Servicios Sociales, especialmente en el ámbito de los servicios sociales destinados a las personas mayores, y se han recogido además algunas previsiones respecto al incremento del gasto en este ámbito en los próximos años. Parece en ese sentido obvio, como ya lo era hace doce años, que el incremento en la demanda de Servicios Sociales prevista para los próximos años traerá consigo, a medio y largo plazo, la necesidad de destinar un mayor volumen de recursos económicos a este sector de la protección social. En ese contexto, y antes de plantear algunas reflexiones sobre el concepto de sostenibilidad en el marco de los Servicios Sociales, este capítulo plantea una reflexión sobre las herramientas para la financiación de estos servicios, a partir del estudio de los mecanismos utilizados en otros países de nuestro entorno.

Como se ha señalado en estudios anteriores [2], la sostenibilidad del gasto en Servicios Sociales –tal y como se define habitualmente– puede alcanzarse por medio de diversas herramientas, complementarias entre sí:

- mediante la aplicación de estrategias de contención, racionalización y priorización del gasto,
- mediante la captación de recursos económicos adicionales.
- mediante la puesta en práctica de estrategias para la reordenación de los flujos económicos interinstitucionales

Aun reconociendo la importancia de las estrategias orientadas a la contención, racionalización y priorización del gasto, este informe se centra fundamentalmente en las estrategias y herramientas que otros países han utilizado para financiar el gasto derivado de la atención a las personas mayores dependientes, tanto desde el punto de vista de la captación de recursos económicos como desde el punto de vista de la reordenación de los flujos económicos institucionales.

Algunos autores, como Costa i Font et al. [9], diferencian los modelos de financiación de la atención a la dependencia entre los que operan *ex-ante* (antes de que el riesgo de dependencia se materialice y se produzca la necesidad de cuidados) y los que operan *ex-post*, cuando el riesgo de dependencia se ha concretado en una situación real de dependencia y se produce por tanto una necesidad de cuidados. Entre los mecanismos *ex-ante*, Costa i Font hace referencia al ahorro y los seguros privados, los seguros públicos y la prevención de la dependencia. Entre los mecanismos *ex-post*, se señalan la cobertura pública de los cuidados mediante impuestos generales –que puede ser universal o focalizada en la población con menos recursos–, la atención informal, la autofinanciación de los cuidados y las hipotecas inversas. Obviamente, se trata de fuentes de financiación complementarias –no alternativas–, si bien cada país o grupo de países tiende a dar prioridad a un enfoque determinado sobre los demás. En efecto, como se observa en la tabla siguiente, hay países como Holanda que financian el 90% del gasto mediante el uso de mecanismos de seguro social, mientras que en otros países –como Suecia– el 99% del gasto se financia mediante impuestos generales. De acuerdo a los datos de la tabla, el copago oscila entre el 0,2% de Islandia y el 58% de Suiza⁸.

⁸ Es un error en cualquier caso confundir copago con autofinanciación. El copago se refiere a la parte de un servicio de responsabilidad pública que abona directamente la persona usuaria. La autofinanciación puede incluir ese gasto, pero también el gasto realizado para acceder a servicios contratados de forma privada, sin intervención de la administración pública.

Tabla 14. Fuentes de financiación del gasto en protección social en la OCDE (2011)

	Seguridad Social	Seguros privados	Total ex ante	Impuestos	Copago	Otros	Total ex-post
Suiza	27,1	0,4	27,5	11,7	58,4	2,4	72,5
Portugal	51,4	1,1	52,5	2	45,4	-	47,4
Alemania	54,7	1,7	56,4	12,5	30,4	1,4	44,3
España	10,2	-	10,2	61,7	28,1	-	89,8
Eslovenia	57,1	0,5	57,6	18,3	24	-	42,3
Corea	30,7	-	30,7	46,2	17,8	5,3	69,3
Austria	0,7	-	0,7	81,1	17,1	1	99,2
Canadá	0,4	0,4	0,8	81,6	16,8	1,6	100
Finlandia	7,6	-	7,6	77,2	14,2	2	93,4
Estonia	39,3	0,1	39,4	48,2	12,4	0,1	60,7
Noruega	-	-	-	89,3	10,7	-	100
Dinamarca	-	-	-	89,6	10,4	-	100
Australia	-	0,3	0,3	88,9	8,5	2,3	99,7
Japón	44,8	4	48,8	44,2	7,1	-	51,3
Nueva Zelanda	-	1,3	1,3	92	4,4	2,3	98,7
Hungría	30,2	0,9	31,1	60,1	2,4	6,4	68,9
Suecia	-	-	-	99,2	0,8	-	100
Francia	54,4	1,0	55,4	44,9	0,4	-	45,3
Polonia	49,2	-	49,2	43,1	0,3	7,4	50,8
Bélgica	58,7	9,8	68,5	31,3	0,2	0	31,5
Islandia	60,6	-	60,6	39,4	-	-	39,4
Rep. Checa	69,5	-	69,5	30,5	-	-	30,5
Holanda	90,4	-	90,4	9,5	-	0,2	9,7

Fuentes: Adaptado de Costa i Font et al. [9]

Siguiendo un modelo parecido, Joshua [10] clasifica los países en cuatro grandes grupos, en función del tipo de financiación de los servicios de atención a la dependencia:

- países que basan su modelo en sistemas de aseguramiento social, como Alemania, Holanda, Corea o Japón.
- países que basan su modelo en la cobertura universal de los servicios de atención a la dependencia, financiados mediante impuestos generales. Sería el caso de los países nórdicos, y también de España y Euskadi, al menos tras la aprobación de la Ley de Dependencia y la Ley vasca de Servicios Sociales.
- países que basan su modelo en una cobertura selectiva de los servicios, dirigida sólo a personas con recursos inferiores a un umbral determinado, y financiados también mediante impuestos generales. Sería el caso del Reino Unido o Estados Unidos.
- modelos híbridos, como el francés, que combinan características de diversos modelos.

A partir de esos esquemas y clasificaciones, este capítulo analiza algunos elementos básicos relacionados con la financiación de los servicios de atención a la dependencia, detallando algunos mecanismos y experiencias de interés desarrollados en los países de nuestro entorno. Las cuestiones que se analizan son:

- El papel de los seguros sociales públicos y de la tributación finalista o afectada en la financiación de los servicios.

- El potencial de los seguros privados como mecanismo alternativo de financiación y el recurso al patrimonio –y, especialmente, al patrimonio inmobiliario– de las personas mayores como herramienta para la financiación de los servicios sociales de atención a la dependencia.
- El papel de los impuestos generales en la financiación de los servicios sociales de atención a la dependencia.
- La participación de los ámbitos institucionales ajenos a los servicios sociales en la financiación de los servicios de atención a la dependencia
- La participación económica de las personas usuarias en la financiación de los servicios sociales de atención a la dependencia y su impacto en la universalidad de los servicios.

4.2. Los seguros sociales públicos y la tributación finalista o afectada

Especialmente a partir de los años 90, diversos países han puesto en marcha sistemas de aseguramiento público y tributación finalista o hipotecada para la financiación de los servicios sociales asociados al envejecimiento. En algunos casos –como Alemania, Japón, Flandes, Corea u Holanda– se trata de seguros sociales de carácter obligatorio financiados mediante cotizaciones sociales, en la línea de la financiación de las pensiones, las prestaciones por desempleo y, en algunos casos, los servicios de salud. También se analizan en este apartado otros sistemas de tributación finalista o hipotecada, en los cuales la recaudación obtenida mediante determinados impuestos se destina íntegramente –es decir, se afecta– a unos gastos determinados.

Las principales características de los seguros públicos de dependencia son las siguientes:

- Se basa en una lógica de aseguramiento público, en virtud de la cual toda la población abona unas cotizaciones determinadas, de forma que puede acceder a unos servicios previamente definidos en el caso de que el riesgo cubierto –en este caso, la dependencia– se materialice. Las cotizaciones se derivan, en general, de los ingresos laborales de las personas aseguradas e implican unas cotizaciones determinadas sobre la masa salarial, abonadas por las personas trabajadoras y/o por las empresas.
- A menudo, se trata de sistemas obligatorios y de carácter universal, si bien pueden ser complementados por sistemas de aseguramiento privado, y son por otra parte compatibles con la participación económica de las personas usuarias en el pago de determinadas prestaciones (fundamentalmente las relacionadas con el alojamiento y la manutención). Los sistemas de aseguramiento público garantizan un amplio nivel de mutualización del riesgo de dependencia –es decir, el coste de la atención se financia entre todas las personas potencialmente afectadas por ese riesgo, y no solo por aquellas que se ven efectivamente afectadas por esa situación– y evita la necesidad de recurrir a mecanismos selectivos vinculados a la beneficencia [11].
- A diferencia de lo que ocurre en el caso de las pensiones o las prestaciones por desempleo, el montante o el nivel de las prestaciones y servicios que se reciben en el marco de este seguro no dependen de las cotizaciones previas, sino del nivel de necesidad (en este caso, del nivel de dependencia establecido a partir de una valoración objetiva).
- Por otra parte, toda la población queda cubierta por el sistema de aseguramiento público, independientemente de su estatus laboral. En el caso alemán, por ejemplo, las personas pensionistas abonan su correspondiente cotización en función de su pensión, mientras que la cotización de las personas desempleadas o inactivas es cubierta por la administración. En general, por tanto, el sistema de aseguramiento público no es obstáculo para la

cobertura universal de las personas en situación de necesidad.

- Por lo general, una vez cubierta una persona por un seguro de este tipo, la renta de la persona asegurada no incide en el tipo de servicio recibido o en el copago del mismo (a diferencia de lo que ocurre, por ejemplo, en Francia o en España). La renta se tiene en cuenta obviamente en el momento de la cotización, pero no en el momento del acceso a los servicios.
- En general, los sistemas de aseguramiento público son gestionados por cajas o mutuas, a menudo vinculadas a los seguros de enfermedad, que en muchos países del centro de Europa tienen carácter semipúblico.
- Aunque en general se trata de sistemas establecidos a nivel estatal, hay también experiencias de seguros de dependencia establecidos a nivel regional, como el seguro de dependencia de Flandes (que se limita en cualquier caso a complementar el gasto que en ese ámbito realiza la administración estatal).

Para Joshua [10], una de las ventajas de estos sistemas se refiere a su transparencia, tanto en lo que se refiere al acceso y las características de las prestaciones como a su financiación, que resulta en general más estable y predecible que en aquellos casos en los que depende de una decisión presupuestaria anual y de la disponibilidad de fondos suficientes. Para este autor, los seguros públicos –en la medida en que se basan en cotizaciones progresivas– implican una redistribución económica vertical (de las personas con más renta a las personas con menos renta) sin necesidad de reducir las prestaciones o incrementar el copago a las personas con mayor renta, puesto que ellas ya han hecho un mayor esfuerzo en el momento de la cotización. El sistema de seguro también permite adaptar la base financiera –es decir, las tasas de cotización⁹– a las necesidades del sistema para poder mantener su sostenibilidad en el caso de un incremento de los gastos a financiar, lo que permite una mayor flexibilidad ante posibles cambios.

Entre sus desventajas, pueden señalarse el riesgo de gravar en exceso determinadas fuentes de renta –como pueden ser los salarios–, frente a una gama de bases imponibles más amplia en el caso de los impuestos (renta, ahorro, consumo, patrimonio, beneficios empresariales, etc.) y los riesgos para la solidaridad intergeneracional que implica el hecho de que –como en el caso de las pensiones– las cotizaciones abonadas en un momento dado se utilizan para financiar los servicios que se prestan en ese momento, mientras que los servicios de esos cotizantes habrán de ser eventualmente financiados por los cotizantes futuros. Las implicaciones intergeneracionales de los modelos de financiación de los cuidados de larga duración se analizan en mayor detalle en el capítulo siguiente.

Planteadas en líneas generales las principales características de los sistemas de aseguramiento público, se describen a continuación los elementos fundamentales de cinco sistemas concretos desarrollados en otros tantos países de nuestro entorno:

a) Alemania

En la lógica del conjunto del modelo de protección social alemán, la atención a la dependencia se articula en Alemania mediante un sistema de aseguramiento social. El seguro de cuidados o de dependencia es un pilar independiente de la Seguridad Social junto a los seguros de enfermedad, pensiones y desempleo y accidentes de trabajo, y está funcionalmente adscrito a los seguros de enfermedad (*Krankenkassen*). El 90% de la población alemana está cubierta por los seguros obligatorios públicos, mientras que el 10% de la población accede a seguros privados de carácter opcional.

La financiación del sistema se basa en una cotización obligatoria de las empresas y los trabajadores

⁹ Alemania, por ejemplo, ha ido incrementando progresivamente la tasa de cotización del seguro de dependencia, pasando del 1,7% del salario al 3,05%.

que asciende normalmente al 3,05% del salario, que se abonan a partes iguales por la persona trabajadora y la empresa (1,525% por cada parte)¹⁰. En el caso de las personas sin hijos/as –en la medida en que se piensa que requerirán en el futuro mayor apoyo formal– la cotización de la persona trabajadora es del 1,775% del salario¹¹. En el caso de las personas pensionistas, la cotización es del 3,30% y es íntegramente abonada por las personas aseguradas. En el caso de las personas desempleadas o inactivas, las cotizaciones se abonan en el marco del seguro de dependencia o de las prestaciones de garantía de ingresos, o mediante seguros privados en el caso de las personas inactivas no cubiertas por prestaciones de desempleo o de asistencia social. Cabe señalar, por otra parte, que las cotizaciones del seguro de dependencia se han prácticamente duplicado desde 1995, cuando se establecieron en el 1,7% del salario.

El acceso a las prestaciones del Seguro de Dependencia alemán se realiza mediante un baremo de valoración que, desde 2017, establece cinco niveles de necesidad diferentes. A partir de esa determinación de necesidades, el seguro abona a las personas aseguradas una prestación económica, que puede ser utilizada para el acceso a servicios de atención directa –atención residencial, atención diurna, atención domiciliaria, etc.– o para la compensación de los cuidados prestados en el entorno familiar.

Si bien el seguro de dependencia contempla hasta quince prestaciones diferentes, las prestaciones fundamentales están orientadas a cofinanciar el acceso a los servicios de apoyo en el domicilio y a los de atención residencial, mediante prestaciones económicas determinadas por el nivel de dependencia. En el caso de la prestación para el acceso a los centros residenciales, la cuantía recibida financia los servicios de cuidado y atención personal, mientras que los servicios de alojamiento y manutención son directamente abonados por la persona usuaria. Salvo en el caso de la prestación por cuidados no profesionales, la prestación se abona directamente al proveedor del servicio. Como se observa en la tabla siguiente, la prestación para el acceso al servicio de atención residencial oscila entre los 770 euros mensuales en el grado II de dependencia y los 2.005 euros en el grado V.

Tabla 15. Cuantías mensuales en euros de las principales prestaciones del Seguro de Dependencia alemán en 2020

Prestación	Grados				
	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV	Grado V
Prestación económica para atención en el domicilio por cuidadores no profesionales (<i>pflegeld</i>)		316	545	728	901
Prestación económica para atención en el domicilio por cuidadores profesionales (<i>pflegesachleistung</i>)		689	1.298	1.612	1.995
Servicio de día o de noche	125	689	1.298	1.612	1.995
Servicio de atención residencial	125	770	1.262	1.775	2.005

Fuente: MISSOC

El acceso a las prestaciones requiere de un periodo de cotización previa de dos años.

El sistema es gestionado por las mutuas o cajas gestoras del seguro de dependencia (*Pflegekassen*), dependientes a su vez de las cajas gestoras del seguro de salud. En la actualidad, existen 161 seguros públicos y 43 seguros privados, y su alcance es generalmente regional. Se trata de corporaciones de derecho público dotadas de capacidad jurídica y responsables de asegurar la atención a la dependencia de sus asegurados. Vinculadas en todos los casos a un seguro de salud, están asociadas a nivel de cada Estado federado, aunque se encuentran jerárquicamente sometidas a las directrices de la Asociación Central de la Federación de Cajas de Dependencia (*Spitzenverband Bund der Pflegekassen*), cuya misión es garantizar una aplicación jurídica unitaria de la normativa relativa al

¹⁰ Si se estima que en Euskadi el número de personas afiliadas a la Seguridad Social supera los 900.000 y que la base media de cotización es de 2.211 euros, la recaudación de esta cotización podría alcanzar en Euskadi los 760 millones de euros anuales.

¹¹ Para la cotización no se tienen en cuenta los ingresos que exceden de los 3.938 euros mensuales.

seguro de dependencia en toda Alemania. La asociación central está tutelada, a su vez, por el Ministerio Federal de Salud.

b) Holanda

Tras su reforma en 2007 y 2015, el sistema holandés de atención a la dependencia se articula a través de tres leyes complementarias:

- La Ley de Atención Social que regula las competencias municipales en las políticas de permanencia en la propia vivienda mediante la atención domiciliaria, los presupuestos individuales y las ayudas para la adaptación de las viviendas. En el marco de esa norma, la atención comunitaria a las personas dependientes es fundamentalmente competencia de los ayuntamientos.
- La Ley del Seguro de Salud que establece que todas las personas que residen y/o pagan impuestos sobre la renta en los Países Bajos están obligadas a contratar un seguro de salud, lo que garantiza la cobertura obligatoria básica con una prima legal nominal. La Ley del Seguro de Salud incluye, entre sus prestaciones, servicios de enfermería a domicilio, así como otras prestaciones para las personas con enfermedades crónicas.
- Ley de Atención a la Dependencia (*Wet Langdurige Zorg*), que sustituye la normativa desarrollada desde los años 60 en ese ámbito (la Ley de Gastos Médicos Excepcionales de 1968) y restringe los requisitos de acceso a la atención residencial, al objeto de contener los gastos asociados al sistema. La Ley de dependencia se orienta a las personas con necesidades intensas de apoyo, ya sea en centro residencial o a domicilio, y es competencia de la administración central.

En ese marco, el sistema holandés de atención a la dependencia se financia mediante un seguro obligatorio, al que deben aportar sus cotizaciones todas las personas obligadas al pago del impuesto de la renta. No se trata por tanto, como en Alemania, de un pago directamente vinculado al desempeño de un puesto de trabajo y/o abonado por los empresarios, sino a los ingresos de cualquier tipo que implican el pago del impuesto sobre la renta. La cotización asciende al 9,35% de los primeros 34.712 euros de ingresos, por lo que la cotización máxima es de 3.245 euros anuales. Las personas que no perciben un salario o no están cubiertas por prestaciones de garantía de ingresos deben abonar el coste del seguro por sus propios medios. Esta prima se destina al Fondo de Atención a la Dependencia, que es administrado por el Instituto de Atención Holandés.

La financiación mediante el sistema señalado de cotización no impide, como ocurre en el caso de Alemania, la consideración de la renta personal a la hora del establecimiento del copago. Las personas que hacen uso de los servicios financiados a través del seguro contribuyen, mediante copago, en el coste del servicio. Esta contribución se calcula en base a los ingresos, los bienes y la naturaleza de los cuidados. Los primeros cuatro meses de uso del servicio, la persona usuaria paga la denominada contribución baja –que va desde 168 euros hasta 881,60 euros al mes– para, a continuación, pasar a abonar la alta contribución personal –de un máximo de 2.419,40 euros–.

c) Japón

Japón estableció en el año 2000 un seguro de atención a la dependencia orientado a las personas de más de 65 años, así como a las personas de más de 40 años que desarrollan unas enfermedades o limitaciones determinadas. Se calcula que el sistema atiende a más del 15% de las personas mayores de 65 años de Japón, con cerca de seis millones de personas usuarias.

El programa es administrado por las autoridades municipales (el tamaño medio de los municipios en Japón ronda los 75.000 habitantes) y ofrece únicamente servicios de atención directa (atención diurna, residencial, atención domiciliaria, etc.). El coste total del sistema asciende a unos 81.000 millones de euros, que equivale aproximadamente al 1,8% del PIB japonés. De esa cantidad, el 10% es

abonado por las personas usuarias, en concepto de copago (uniforme para todos los servicios), si bien en el caso de las personas de mayor renta el copago puede ascender hasta el 30% del coste del servicio. La financiación pública de los servicios de atención a la dependencia se divide a partes iguales entre los fondos derivados del seguro de dependencia y los derivados de los impuestos generales, que se reparten entre los diferentes niveles de la administración: el Estado central financia en torno al 25% del gasto, las administraciones provinciales un 12,5% y las municipales otro 12,5%.

Los seguros se establecen a nivel municipal, y cada municipio establece las cotizaciones que deben pagar los asegurados, en función de su edad¹², sus ingresos y su situación ocupacional, así como el sistema de valoración utilizado. Las cotizaciones son en cualquier caso abonadas tanto por las personas ocupadas como por las personas jubiladas, y se recaudan en general a través de un suplemento en el seguro de salud. Se calcula que la cotización media asciende a 42 euros mensuales (en torno al 1,5% de los ingresos mensuales medios en Japón), y, en el caso de las personas ocupadas, se financia al 50% por parte de la empresa y las personas trabajadoras.

d) Corea del Sur

- El sistema de seguro social establecido a partir de 2008 en Corea se asemeja en diversos aspectos al establecido en Japón:
- El sistema está específicamente orientado a las personas mayores de 65 años, aunque también incluye a determinados perfiles de personas de menor edad
- La cotización se abona en el marco del seguro de salud, con un suplemento del 6% respecto a la cotización abonada a ese seguro. La cotización de las personas con ingresos insuficientes es cubierta por los sistemas de asistencia social
- La administración complementa la financiación obtenidas mediante el seguro, aportando un 20% de las cantidades recaudadas a través de las cotizaciones.
- Se establece además un copago del 15% para los servicios de asistencia domiciliaria y del 20% para los servicios en centros de día y residenciales.

A diferencia del modelo japonés, y como ocurre en el caso del seguro alemán, el seguro de dependencia coreano contempla el pago de prestaciones en metálico, aunque sólo en casos excepcionales.

e) Flandes

La protección social flamenca (*Vlaamse Sociale Bescherming*) se base en un seguro obligatorio que deben suscribir todas las personas mayores de 26 años residentes en la región, así como, voluntariamente, los habitantes de la región de Bruselas. El seguro se gestiona mediante una caja específica (*Vlaamse Zorgkas*) o mediante alguna de las seis cajas existentes en la región para la gestión del seguro de salud. La cotización asciende 53 euros anuales¹³.

La cobertura del seguro da derecho a una prestación económica (presupuesto personal), adicional a las prestaciones que se puedan derivar del seguro de salud, que se divide en tres modalidades, en función de la edad y del grado de dependencia. La prestación oscila entre 130 y 594 euros, en función de la modalidad de la atención y el grado de dependencia.

Es importante señalar que las prestaciones de este seguro cubren los costes adicionales a los que ya cubre el seguro federal de salud, que incluye, entre otras, prestaciones por asistencia de tercera persona, atención domiciliaria y acceso a centros residenciales.

¹² Sólo las personas mayores de 40 años están obligadas a cotizar.

¹³ En el caso de la CAPV, esta cotización supondría una recaudación de unos 90 millones de euros al año.

f) Francia

El caso francés resulta de interés por dos razones diferentes:

- por una parte, aunque el modelo francés no se define como un seguro social, la financiación de los servicios de atención a la dependencia sí está basada en una cotización vinculada al salario (para cuya introducción, como en el caso alemán, se eliminó un día festivo del calendario laboral con el fin de compensar a los empresarios por las cotizaciones empresariales introducidas);
- por otra parte, el sistema francés es uno de los que en mayor medida recurren a los impuestos hipotecados o afectados para la financiación de diversas partidas relacionadas con la protección social. La tributación afectada consiste fundamentalmente en destinar una parte o la totalidad de la recaudación obtenida mediante un impuesto determinado a un gasto o contingencia específica.

El acceso a los servicios de atención a la dependencia se realiza en todo el Estado francés a través de la *Allocation Personnalisée d'Autonomie* (APA) en el caso de las personas mayores y de la *Prestation de Compensation du Handicap* (PCH) en el caso de las personas con discapacidad menores de 60 años. Ambas son financiadas por los Departamentos, que reciben a su vez fondos de la *Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie* (CNSA). Una parte de los fondos de esa caja provienen de una cotización específica (Cotización Solidaridad Autonomía) establecida en 2004 para la financiación de los gastos ligados a la dependencia, mediante la cual las empresas abonan una cotización del 0,3% de los salarios abonados. Esta cotización se introdujo en 2004, a cambio de la eliminación de un día festivo del calendario laboral, y representa una recaudación de unos 2.000 millones de euros. Otra parte de la financiación del sistema de atención a la dependencia se realiza a través de una cotización adicional, también del 0,3%, que se aplica a las pensiones de jubilación e invalidez. Ambas cotizaciones recaudan en torno a 3.000 millones de euros, que representan en torno al 35% del gasto en atención a la dependencia (estimado en unos 8.500 millones), cubriendo los departamentos regionales el restante 65%¹⁴.

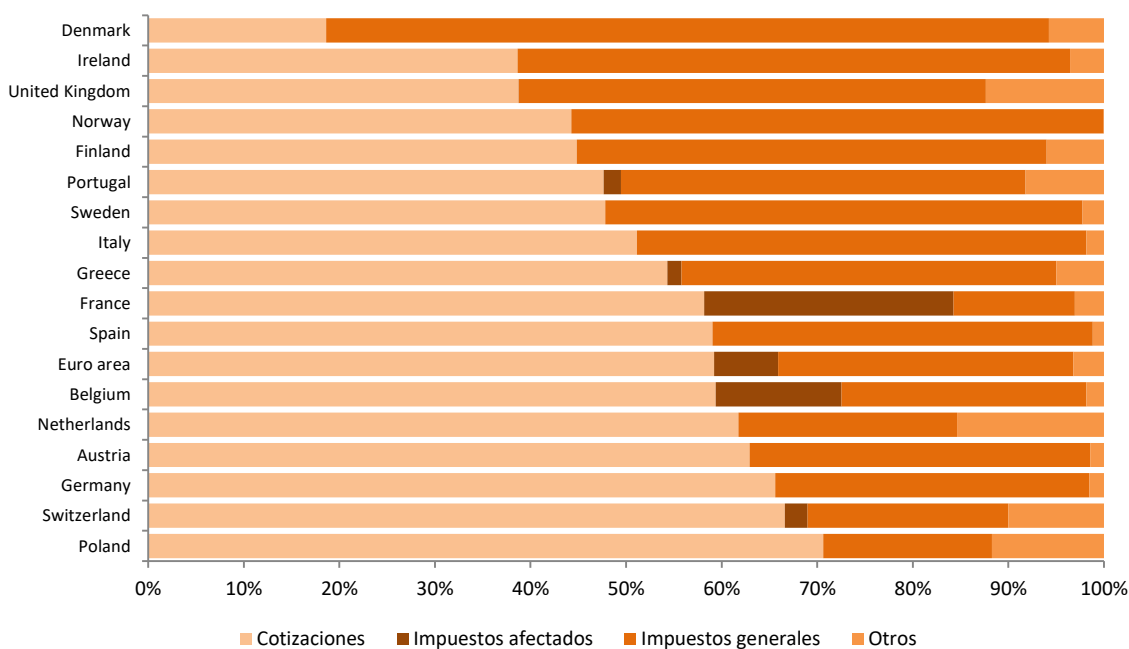
Las dos cotizaciones señaladas son dos de las herramientas de tributación finalista o hipotecada que existen en Francia. Francia cuenta además con otras herramientas de financiación hipotecada en el ámbito de la protección social, como la llamada Contribución Social Generalizada (CSG) o la Contribución para el Reembolso de la Deuda Social (CRDS), mediante las cuales se financian –entre otros gastos– los servicios de atención a la dependencia. Las personas que tienen su domicilio fiscal en Francia y que están incluidas, por cualquier concepto, en un régimen francés obligatorio de Seguro de Enfermedad tienen la obligación de pagar estas cotizaciones. La primera asciende al 0,5 % del salario y a la segunda se le aplican los tipos siguientes:

- 9,2% para los rendimientos del trabajo;
- 6,2% para los rendimientos de sustitución (subsidiarios diarios de enfermedad, prestaciones por desempleo).
- entre 0% y 8,3% en el caso de las pensiones.

De hecho, como se observa en el gráfico, Francia es el país que en mayor medida financia los gastos de protección social mediante este tipo de herramientas, puesto que el 26% del gasto en protección social lo financia a través de estas herramientas, frente al 13% en Bélgica, y el 6% en el conjunto de la eurozona. En todo caso, como se observa en el gráfico siguiente, sólo diez de los países de la UE28 recurren a este tipo de herramientas.

¹⁴ Es importante señalar en cualquier caso que el gasto señalado no incluye ni los costes de atención sanitaria que se prestan en las residencias ni los costes hoteleros, que se financian, como se explica más adelante, por otras vías

Gráfico 26. Distribución (%) de los ingresos para la financiación de las prestaciones de protección social por tipo de ingresos algunos países de la UE (2018)



Fuente: EUROSTAT (SEEPROS)

¿Cuáles son las ventajas y desventajas de estos sistemas de tributación afectada? De acuerdo a R. Murray [12], las ventajas de este tipo de herramientas son las siguientes:

- puede garantizar unos recursos económicos específicos, previamente determinados, lo que garantiza teóricamente al menos la estabilidad y la continuidad en la financiación de los servicios a lo que esos impuestos se afectan. En otras palabras, el uso directo de las cantidades recaudadas en las políticas señaladas hace que la disponibilidad presupuestaría para esas partidas no quede al albur de las discusiones o decisiones políticas.
- ofrecen una mayor visibilidad de los servicios financiados mediante tales tributos y una vinculación más clara entre los recursos financieros y los servicios prestados, así como un mayor grado de transparencia.
- pueden contribuir a una percepción social favorable en relación al incremento de los impuestos, que no se produciría si ese incremento de la presión fiscal se diluyera en el conjunto de las políticas públicas. Vincular la subida de impuestos al gasto en salud o en envejecimiento, por tanto, podría hacer más factible políticamente la consecución de nuevos recursos fiscales.

Entre sus desventajas, se señala las siguientes:

- La afectación de los impuestos a unos gastos determinados reduce el margen de maniobra de los responsables políticos para la fijación de sus prioridades de gasto y podría tener como consecuencia una reducción en la capacidad de asignación de recursos de quienes están al frente de las administraciones a las diferentes políticas públicas¹⁵. Esa afectación

¹⁵ Como ocurre con los beneficios fiscales que conforman lo que se ha dado en llamar *Estado del Bienestar oculto*, el mayor inconveniente de este modelo es que la asignación de determinados recursos económicos a determinados fines sociales se realiza desde el momento mismo de la recaudación, reduciéndose la capacidad de los decisores públicos para asignar unos presupuestos determinados a unas políticas determinadas y “capturando” de antemano un porcentaje determinado de la recaudación [13].

puede inducir, además, a una infrafinanciación de otras áreas del gasto, pese a la relativa protección de aquellas que disponen de una financiación afectada.

- Si la afectación es total –es decir, los impuestos afectados son la única o la principal fuente de financiación de esas políticas–, cualquier reducción en esa tributación puede tener un efecto directo en las políticas afectadas, que quedan por tanto a expensas de la evolución de la recaudación de esos impuestos en particular.
- Como ocurre en el caso de las cotizaciones, es difícil establecer sobre qué bases imponibles debería establecerse un impuesto de este tipo. Como hemos visto, las cotizaciones se calculan en general a partir de los salarios y son abonadas por las empresas y/o por los empresarios, y encarecen en cualquier caso el factor trabajo. Aunque la gama de impuestos afectados es más variable, suelen a menudo derivarse de la renta de las personas físicas, lo que implica también un incremento de la presión fiscal sobre los ingresos salariales (y no sobre las rentas derivadas del ahorro, el patrimonio o el capital)¹⁶.

En nuestro ámbito más cercano, se han planteado reservas significativas a este tipo de herramientas, en gran medida coincidentes con las que se acaban de citar. Más concretamente, Zubiri plantea tres objeciones básicas, que se reproducen a continuación de forma literal:

- “Cuando se propone asignar un impuesto a los servicios sociales, lo primero que había que clarificar es si se desea que todos ellos se financien con un impuesto o si sólo debe financiarse una parte de ellos con el impuesto (por ejemplo, la renta básica o los aumentos del gasto a partir de la aprobación del impuesto). En el primer caso, se estaría transmitiendo la idea de un coste excesivo de los servicios sociales. En el segundo, el impuesto sería sólo un complemento a lo ya recibido, y no está demasiado claro qué se ganaría estableciéndolo. Por otro lado, dadas las limitaciones normativas de la CAPV a la hora de crear nuevos impuestos las únicas opciones viables serían dedicar el impuesto sobre el patrimonio a servicios sociales o, más razonable, establecer un recargo en el IRPF. En ambos casos, sin embargo, sólo se podría aspirar a financiar parcialmente los servicios sociales”¹⁷.
- “Un segundo problema es que al ligar una parte sustancial de los ingresos a una sola figura tributaria se asume el riesgo de que, en épocas de crisis, esa figura quede por encima del promedio de los demás impuestos o, en épocas de bonanza, crezca menos que el promedio. El IRPF es, por ejemplo, lo que se denomina un estabilizador automático, lo que implica que en épocas de crisis (cuando hay mayor necesidad de prestaciones sociales) su recaudación cae más rápido que la economía. Simplemente no es prudente jugarse las prestaciones sociales a la evolución de un solo impuesto. Peor aún, si se establece que el impuesto debe financiar una parte sustancial de las prestaciones, se estaría renunciando a financiarlas, si necesario fuera durante una crisis, con endeudamiento”.
- “Finalmente, desde un punto de vista conceptual no tiene sentido imputar un impuesto a los servicios sociales. Si, como en Alemania, los servicios sociales siguieran un modelo de

¹⁶ En ese sentido, como se explica más adelante, entre las propuestas realizadas para la creación de fuentes de financiación afectadas al gasto en dependencia y envejecimiento resulta de particular interés la que aboga por un incremento del impuesto de sucesiones y donaciones y su afectación al gasto en dependencia.

¹⁷ Para Zubiri, “no está claro por qué sería bueno asignar un impuesto a la financiación de los servicios sociales. Algunos parecen pensar que esto aportaría ingresos que serían independientes de las decisiones políticas y que serviría para garantizar los servicios sociales. En realidad, no sería así, porque la final, el tipo del impuesto lo determinarían las Juntas Generales y, por tanto, estaría sujeto a debate político. Peor aún, salvo que se limitara a la renta de garantía, los tipos deberían ser diferentes en cada Territorio (porque el coste del envejecimiento es distinto en cada territorio). En realidad, imputar un impuesto a los servicios sociales aunque a corto plazo pudiera aportar ingresos adicionales a medio y largo plazo plantearía numerosos problemas. Además, desde un punto de vista conceptual no tiene mucho sentido. El problema del impuesto es, de entrada, que marcaría una diferencia entre la financiación de los servicios sociales y la de otras prestaciones básicas, como la sanidad y la educación. En cierta forma, sería como transmitir a la sociedad el coste de los servicios sociales, pero no decir el de otras prestaciones. En momentos de crisis, esto puede llevar a que las primeras víctimas sean los servicios sociales. Este problema sería especialmente grave si el impuesto financiara todos los servicios sociales o una parte sustancial de ellos”.

protección social, tendría sentido que se financiara con cotizaciones sociales. Pero en la CAPV los servicios sociales son una prestación general que, por tanto, debe financiarse con impuestos generales. Simplemente no tiene más sentido imputar un impuesto a los servicios sociales que imputar otro a la sanidad o un tercero a la educación”.

Pese a la diferenciación que hace Zubiri, puede pensarse que buena parte de las ventajas y desventajas que se aplican a la tributación hipotecada se pueden extender a la lógica del aseguramiento público. La figura del seguro podría plantear, además, un problema adicional al que plantean los impuestos afectados y que se relaciona con la cobertura del seguro entre las personas que no tengan un historial suficiente de cotización. En efecto, aunque en los países en los que esta figura tiene un mayor desarrollo –como Alemania– la combinación del seguro público y de pólizas privadas hace que la totalidad de la población esté cubierta por el seguro de dependencia, el establecimiento de este tipo de sistemas podría facilitar que determinadas personas no accedan al sistema de atención por no haber cotizado durante el tiempo o en la cuantía necesaria, lo que obligaría bien a crear sistemas paralelos de carácter asistencial, bien a desatender a una parte de la población.

4.3. Seguros privados y ahorro particular: el papel del patrimonio inmobiliario en la financiación de la dependencia

En el marco del esquema planteado por Costa i Font [9], se engloban dentro de las herramientas de financiación *ex ante* los seguros de dependencia privados y el ahorro privado. También se puede entender como una herramienta de financiación *ex ante* la utilización del patrimonio inmobiliario de las personas usuarias como herramienta para la financiación de los servicios, en la medida en que se recurre por parte de las personas afectadas a un capital privado acumulado con anterioridad al uso de los servicios.

En lo que se refiere a los seguros privados, puede decirse que, salvo en Francia, tienen un desarrollo muy limitado en todos los países de nuestro entorno. De acuerdo a Joshua [10], entre las razones de este escaso desarrollo destacan los problemas relativos a la selección adversa –las personas con mayor riesgo de dependencia tienden a asegurarse en mayor medida que las personas con menos riesgo–, que obliga al incremento de las pólizas del seguro. También se han señalado como obstáculos al desarrollo de este tipo de herramientas los problemas de “riesgo moral¹⁸” que se asocian a estos seguros, su excesivo coste en relación a la disponibilidad económica de las personas potencialmente beneficiarias, la escasa percepción que las personas jóvenes o de mediana edad tienen en relación al riesgo de dependencia, y el efecto que la existencia de una red de servicios sociales públicos tiene sobre la disposición a contratar voluntariamente un seguro privado [14]. Algunos estudios ponen de manifiesto sin embargo, por ejemplo para el caso de España, que la suscripción de un seguro privado voluntario, que funcione de forma complementaria a los servicios de responsabilidad pública, podría reducir de forma considerable el riesgo de padecer problemas de liquidez de las personas mayores durante sus últimos años de vida [15].

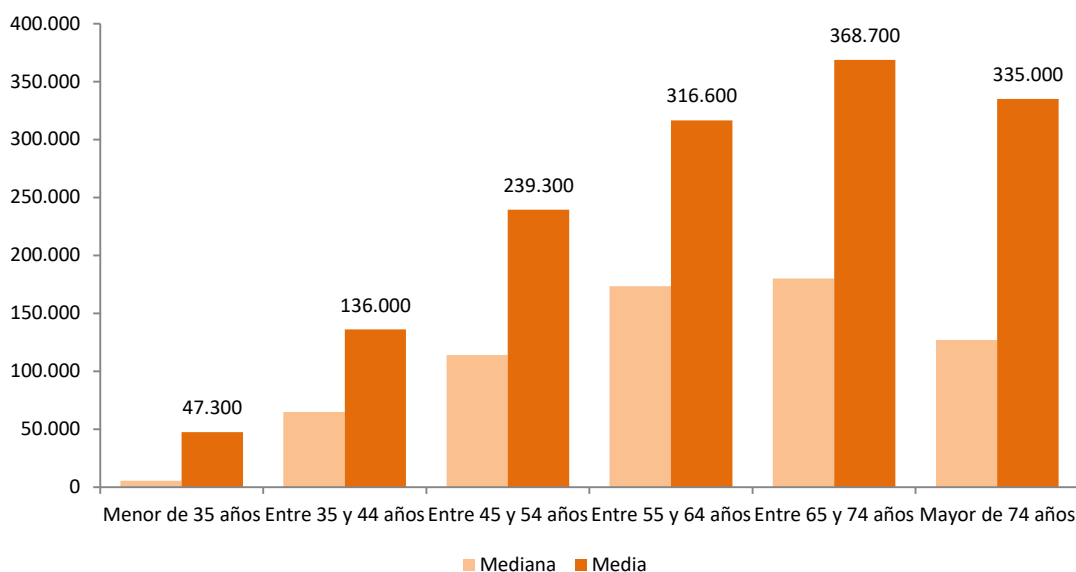
En todo caso, aunque los seguros privados de dependencia existen en la mayor parte de los países de nuestro entorno, sólo en Francia han alcanzado un cierto desarrollo, de forma que apenas representan un 2% de la financiación de los servicios de atención a la dependencia [14]. En otros países, como Estados Unidos, los programas de apoyo al aseguramiento privado fueron anulados debido a su escasa utilización [10]. En definitiva, señala Colombo [16], “los seguros privados tienen un alcance muy limitado, que se reduce básicamente a las personas con ingresos o patrimonio eleva-

¹⁸ Según Blasco Torrejón, se dice que estamos ante un problema de riesgo moral cuando en un mercado con información asimétrica, un agente realiza acciones que el otro no puede controlar e influyen en la probabilidad de que tenga lugar un acontecimiento. Por ejemplo, las compañías aseguradoras observan que cuando una persona está asegurada contra robo en su domicilio, frecuentemente es menos cuidadosa con su seguridad, precisamente por estar asegurada. Es decir, que el hecho de haber suscrito una póliza de seguro en ocasiones modifica la conducta de la persona asegurada aumentando la probabilidad de que necesite utilizar su póliza. Este tipo de problema se conoce como riesgo moral.

do. Si bien es cierto que el mercado podría expandirse a medida que las generaciones más jóvenes sean más conscientes de los riesgos financieros asociados a la dependencia, basándose en la experiencia de sus mayores, y se sientan más cómodos este tipo de productos, a menos que sea obligatorio, cualquier expansión del mercado voluntario voluntaria estará sujeta a los problemas de oferta y demanda inherentes a la cobertura privada”. En el mejor de los casos, añaden Mosca et al, “los seguros privados sólo representan una solución parcial al problema de la financiación de los servicios de atención a la dependencia” [14].

Como se ha señalado antes, la acumulación de patrimonio –y, más concretamente, de patrimonio inmobiliario– también puede entenderse como una herramienta de financiación *ex ante* de los gastos asociados a la dependencia. En ese contexto, no puede olvidarse el patrimonio inmobiliario con el que cuentan las actuales cohortes de personas mayores. De acuerdo los datos de la Encuesta Financiera de las Familias de 2017, la riqueza neta media de los hogares encabezados por una persona de entre 65 y 74 años es en España de 368.700 euros, mientras que la de las familias encabezadas por una persona mayor de 75 años es de 335.000. Como se observa en el gráfico, la riqueza mediana es en todos los casos menor, pero sigue el mismo patrón. En torno a la mitad de esa riqueza neta corresponde, en el caso de las personas mayores de 65 años, a los activos inmobiliarios.

Gráfico 27. Riqueza neta de los hogares según edad de la persona principal del hogar en España (2017)



Fuente: Encuesta Financiera de las Familias 2017 del Banco de España.

En ese contexto, las posibilidades para el aprovechamiento del capital de las personas mayores como herramienta de financiación son básicamente tres:

- La consideración del patrimonio inmobiliario en el copago y/o el recurso al reconocimiento de deuda. Como se explica posteriormente, al analizar la forma en la que se materializa el copago en los países de nuestro entorno, en algunos sistemas se tiene en cuenta el valor de la vivienda habitual a la hora de determinar la capacidad económica de las personas usuarias y se establecen mecanismos de pago diferido o reconocimiento de deuda, para evitar la necesidad de recurrir a la venta de la vivienda u otras propiedades inmobiliarias.
 - o En el caso de Escocia, las personas con un patrimonio superior a las 28.500 libras – incluyendo la vivienda habitual, salvo que el o la cónyuge residan en ella– están obligadas abonar el coste íntegro de los servicios de alojamiento y manutención

que reciben en un centro residencial, mientras que en el caso de las personas con patrimonio inferior a 18.000 libras el pago se establece en función de la renta, pero no se tiene en cuenta el patrimonio. En ese caso, se establece una cantidad de libre disposición que permite mantener una parte determinada de los ingresos mensuales para los gastos ordinarios; esa cuantía de libre disposición asciende actualmente a unos 120 euros mensuales. En el caso de las personas con patrimonio de entre 18.000 y 28.000 libras se tiene en cuenta la renta y una parte variable del patrimonio para establecer el copago.

- En el caso inglés, las personas con un patrimonio superior a los 23.250 libras no pueden acceder a la co-financiación pública de su plaza residencial, y deben financiar íntegramente los servicios que requieren. Se aplican en cualquier caso algunas excepciones a la hora de contemplar el valor de la vivienda habitual y existen sistemas de reconocimiento o pago diferido de la deuda.
 - En Francia, la vivienda habitual no se tiene en cuenta a la hora de calcular la situación económica de las personas beneficiarias de la APA.
 - En el caso de la CAPV, la Ley vasca de Servicios Sociales no permite considerar la vivienda habitual a la hora de establecer el copago de los servicios de atención a la dependencia. El desarrollo reglamentarios de la Ley estatal de dependencia, por el contrario, permite tener en cuenta el valor de la vivienda habitual únicamente en el supuesto de que la persona beneficiaria reciba el servicio de atención residencial o la prestación económica vinculada a tal servicio y no tenga personas a su cargo que continúen residiendo en dicha vivienda .
- El recurso a la hipotecas inversa. Como en el caso de los seguros privados, las hipotecas inversas han tenido un desarrollo muy escaso en lo que se refiere a la financiación del riesgo de dependencia en los países de nuestro entorno, debido a la complejidad de estos productos, la devaluación del precio de la vivienda, la desconfianza respecto a la gestión de las entidades bancarias o el peso social de la figura de la herencia, que disuade a las personas mayores de recurrir a este tipo de mecanismos [17]. También se han puesto de manifiesto otras limitaciones para este tipo de herramientas, entre los que destacan las relacionadas con la desigual distribución de la propiedad inmobiliaria entre las personas mayores. En ese sentido, algunos estudios demuestran que este tipo de hipotecas refuerzan las desigualdades socioeconómicas precedentes [18] y que menos de la mitad de la población mayor europea podría financiar íntegramente los cuidados que precisa recurriendo a este tipo de herramientas [19]. En todo caso, en el caso español, según esta autora, la hipoteca inversa permitiría que las personas capaces de financiar los cuidados que precisan por sus propios medios pasen del 18% al 50%, siendo España e Italia los países en los que el recurso a la hipoteca inversa incrementa en mayor medida la capacidad de autofinanciación de los cuidados de las personas mayores.

En todo caso, los análisis realizados no tienen generalmente en cuenta la elasticidad de la demanda de los servicios formales de cuidado, que probablemente se reduciría de forma importante si se estableciera un mecanismo obligatorio de hipoteca inversa para las personas usuarias de estos servicios.

- La afectación del impuesto de sucesiones a la financiación de los gastos vinculados al envejecimiento. En algunos países, como el Reino Unido, se ha planteado la posibilidad de destinar la recaudación del impuesto de sucesiones y donaciones a los gastos en materia de dependencia, lo que constituiría una forma de afectación de ese tributo al ámbito de la dependencia.

Los defensores de esta opción sostienen que supondría una mayor mutualización del riesgo de dependencia, puesto que, en la práctica, en lugar de gravar vía copago el 100% del

patrimonio de las personas mayores que se ven obligadas a utilizar los servicios de atención domiciliaria o residencial, se pasaría a gravar vía impuestos –con tipos sensiblemente más bajos– el patrimonio que legan todas las personas mayores, hayan utilizado o no esos servicios. El aseguramiento frente al riesgo de dependencia es el mismo, pero la financiación se reparte entre todas las personas expuestas a tal riesgo o, más bien, entre sus herederos. Además, para sus defensores, el cambio tendría también la virtud de gravar en mayor medida las herencias y donaciones que, de acuerdo a algunos análisis, son el mecanismo más importante de perpetuación de la desigualdad entre generaciones, permiten la acumulación de grandes patrimonios y minan los principios básicos de una sociedad liberal y democrática.

No puede olvidarse a ese respecto que en Euskadi se transmiten por herencia, de acuerdo al INE, en torno a 8.500 viviendas por término medio al año, que representan en torno al 25% de todas las viviendas transmitidas¹⁹. Si se estima el valor medio de adquisición de las viviendas usadas en Euskadi, en 2020, en unos 235.000 euros, el valor de mercado de las viviendas transmitidas por esta vía ascendería cada año a unos 2.000 millones de euros. Aplicar a estas transmisiones el tipo mínimo que se aplica en el IRPF al ahorro (20%) equivaldría a unos ingresos adicionales cercanos a los 400 millones de euros en Euskadi.

4.4. Presión fiscal y financiación de los servicios de atención a la dependencia

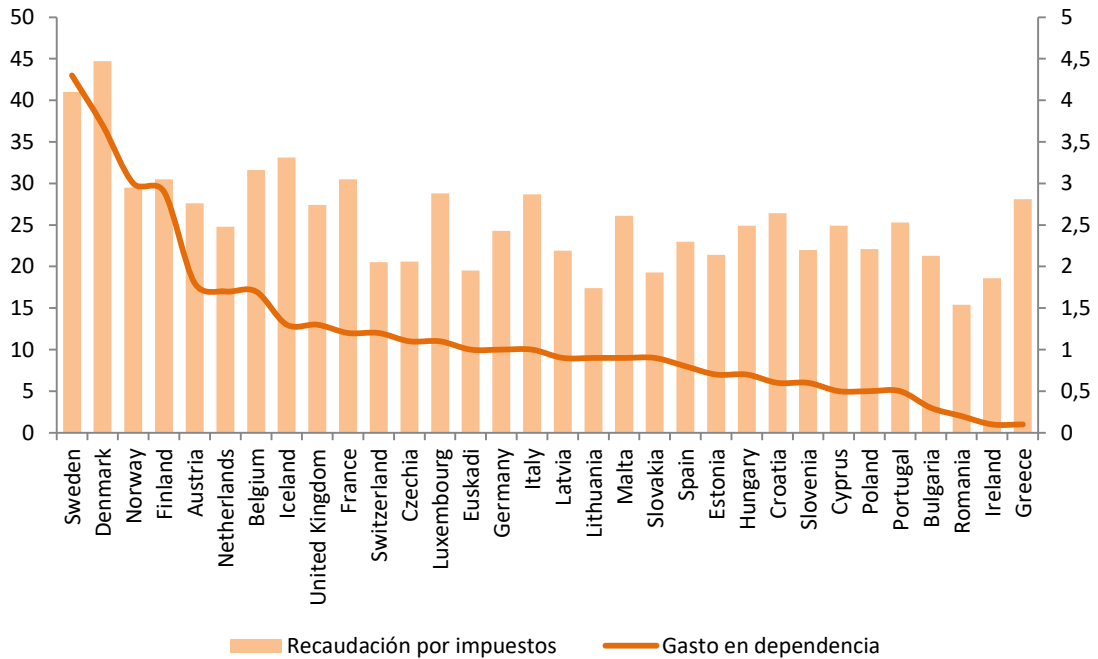
Como antes se ha explicado, la mayor parte de los análisis realizados para la realización de este informe dividen los distintos modelos de financiación de la dependencia en cuatro grandes grupos. Para Joshua [10] por ejemplo, los principales modelos serían los siguientes:

- El modelo basado en el aseguramiento social, del que forman parte Holanda, Alemania, Japón o Corea.
- El modelo universal, financiado mediante impuestos generales, formado por los países del Norte de Europa caracterizados por un gasto social y un nivel de presión fiscal elevado.
- El modelo selectivo, correspondiente al Reino Unido o Estados Unidos, en los que el gasto público se destina únicamente a las personas con dependencia con ingresos inferiores a un umbral determinado.
- Los modelos híbridos, como el francés, que comparten características de más de un modelo. En este caso, Francia combinaría un modelo de aseguramiento –o, al menos, la existencia de una cotización específica– con una presión fiscal elevada. También puede pensarse que los modelos vasco o español son modelos híbridos, en la medida en que combinan una aproximación universal en lo que se refiere al diseño del modelo de atención con niveles de presión fiscal bajos y con la inexistencia de un modelo de aseguramiento social.

No cabe duda, en cualquier caso, que el nivel de presión fiscal de cada país se relaciona con el gasto público en los servicios de atención a la dependencia. El gráfico siguiente recoge el gasto de los países de la UE y de la CAPV en servicios de atención directa a las personas mayores y con discapacidad en relación a su PIB, así como su nivel de presión fiscal, teniendo en cuenta el conjunto de los impuestos, pero no las cotizaciones sociales.

¹⁹ Los datos se refieren al periodo 2007-2020.

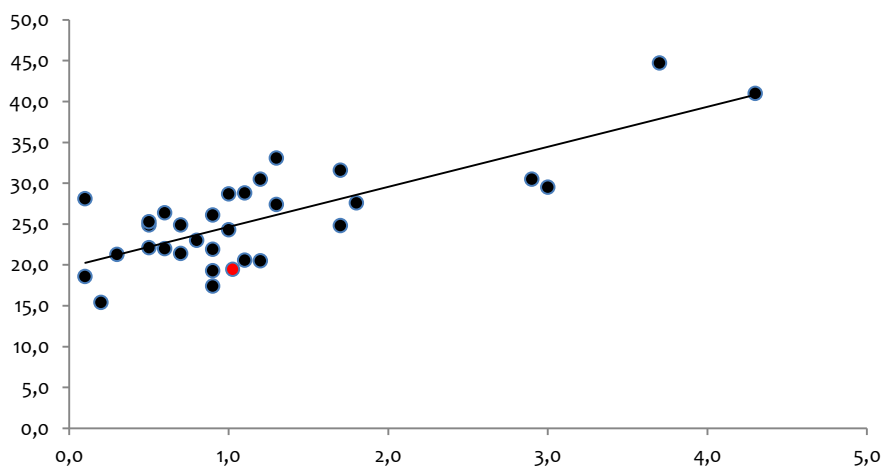
Gráfico 28. Gasto en servicios de atención directa a personas mayores y con discapacidad y recaudación fiscal por impuestos generales en relación al PIB en la UE y Euskadi (2018)



Fuentes: EUSTAT y EUROSTAT

Como se observa en el gráfico siguiente, hay una correlación clara entre el gasto destinado a los cuidados de larga duración y la capacidad de recaudación mediante impuestos generales de cada país, de forma que cuanto mayor es la presión fiscal mayor es el gasto en estas partidas (y viceversa). Si bien no puede establecerse una relación causal entre ambos elementos, parece obvio que presión fiscal elevado y gasto social elevado en materia de atención a la dependencia son elementos que en general van de la mano. Euskadi, por otra parte, es el único país de entre los que destinan más de un 1% del PIB a estos servicios que tiene una capacidad de recaudación fiscal inferior al 20%.

Gráfico 29. Gasto en servicios de atención directa a personas mayores y con discapacidad y recaudación fiscal por impuestos generales en relación al PIB en la UE y Euskadi (2018)

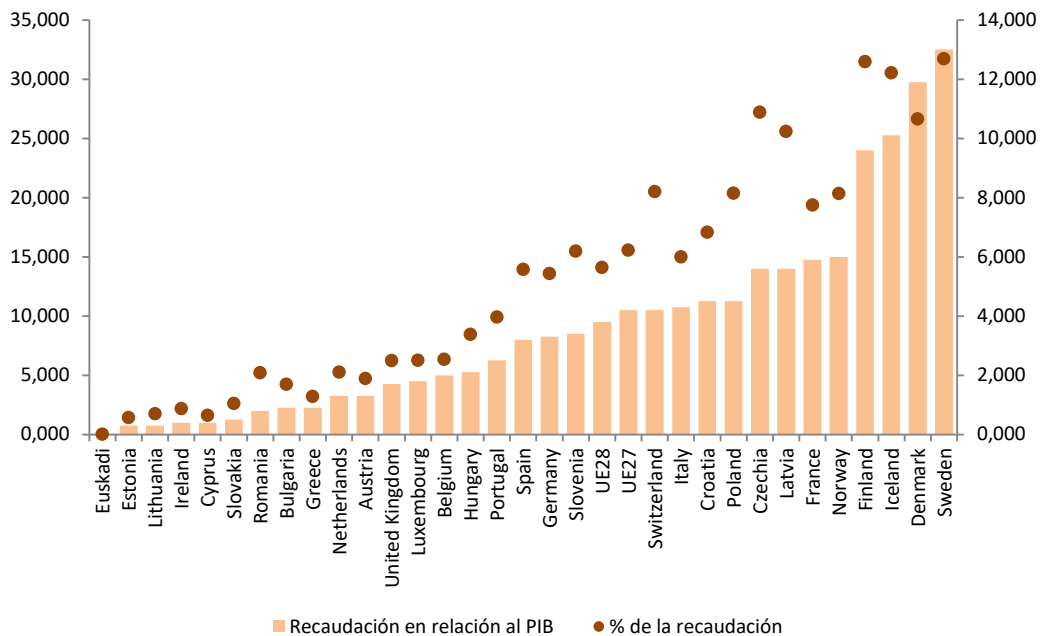


Fuentes: EUSTAT y EUROSTAT. En la escala vertical se recoge la recaudación por impuestos en relación al PIB y en la horizontal el gasto en servicios para personas mayores y con discapacidad en relación al PIB. El punto rojo corresponde a Euskadi.

Más allá de la cuestión de la presión fiscal general, resulta de interés analizar con cierto detalle la cuestión de la recaudación de la administración local, puesto que en algunos países las competencias en materia de atención a la dependencia están transferidas a esas administraciones. En ese ámbito, la escasísima presión fiscal local vasca –tanto a nivel internacional como estatal– contrasta con las amplias competencias que en materia de servicios sociales tienen los ayuntamientos de la CAPV.

En primer lugar, el gráfico siguiente recoge el porcentaje del PIB y de la recaudación que representa la recaudación fiscal local en los países de Europa y en la CAPV, también en relación al PIB²⁰. Se observa con claridad en la tabla que, en general, los países que tienen una mayor recaudación fiscal municipal recaudan mediante impuestos locales una parte más elevada del conjunto de los ingresos públicos. En relación a los países de la UE, la recaudación fiscal de los municipios vascos es casi insignificante, tanto en relación al PIB como al conjunto de la recaudación por impuestos.

Gráfico 30. Recaudación fiscal local en relación al PIB y al conjunto de la recaudación fiscal en la UE y en Euskadi (2018)



Fuentes: EUSTAT, EUROSTAT y Ministerio de Hacienda.

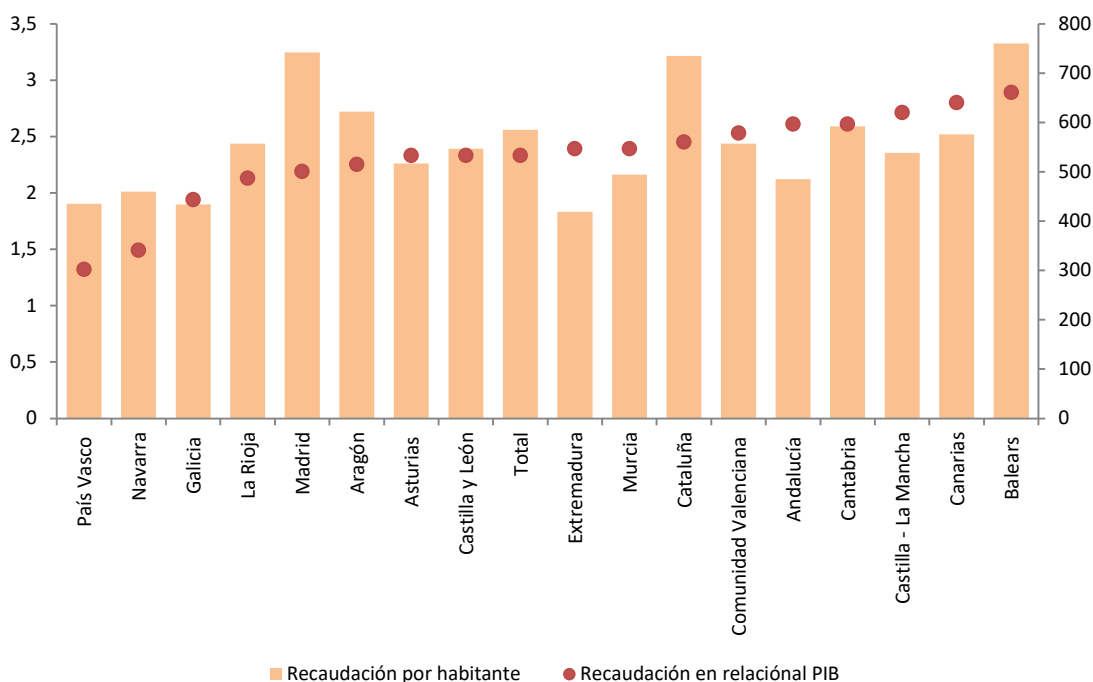
La capacidad de recaudación de las haciendas locales vascas es también baja, en términos relativos, cuando se compara con la capacidad de recaudación de los municipios del resto de las CCAA del Estado español. Se trata de una cuestión importante, en la medida en que los ayuntamientos vascos destacan –en relación a los ayuntamientos del resto de las CCAA– por unas muy amplias responsabilidades competenciales en el ámbito de los Servicios Sociales²¹. Sin embargo, como se observa en

²⁰ Para la realización de estos cálculos, se ha tenido en cuenta una recaudación fiscal municipal de 942 millones de euros para Euskadi, a partir de los datos del Ministerio de Hacienda.

²¹ Euskadi destaca además, en el contexto español, por ser una de las pocas CCAA en los que la administración central no financia parcialmente los Servicios Sociales municipales. Una de las principales diferencias entre los servicios sociales vascos y los del resto de las CCAA se refiere al modelo de financiación: en las demás comunidades autónomas, las instituciones supramunicipales contribuyen a la financiación de los servicios sociales municipales mediante transferencias finalistas, condicionadas a un uso determinado: en Navarra, por ejemplo, el Gobierno Foral financia entre el 50% y el 80% del coste de los programas obligatorios de los servicios sociales básicos; en Catalunya, al menos el 66%; en Castilla-La Mancha, entre el 80% y el 100%; en Castilla y León, entre el 65% y el 100%, dependiendo del servicio. En cambio, pese a la mayor envergadura del ‘encargo’ que se hace a los ayuntamientos vascos en lo que se refiere a la provisión de servicios sociales, en el modelo que la

el gráfico, con datos publicados por el Ministerio de Hacienda, la CAPV es la comunidad con una recaudación fiscal municipal más baja cuando se calcula en relación al PIB y una de las más bajas –tras Extremadura y Galicia– cuando se calcula en relación al número de habitantes.

Gráfico 31. Recaudación fiscal local en relación al PIB y por habitante en España por CCAA (2018)



Cabe añadir finalmente, tanto en relación a la financiación municipal como a la tributación afectada, que en algunos países se ha optado por afectar la financiación municipal a los servicios sociales, dadas las importantes competencias que en ese ámbito desarrollan las instituciones locales. En el caso inglés, por ejemplo, las entidades locales están autorizadas a aplicar un recargo del 3% sobre el Impuesto de Bienes Inmuebles (*Council Tax*).

4.5. Participación otros ámbitos de la administración en la financiación de los servicios de atención a la dependencia

El artículo 56 de la Ley 12/2008 de Servicios Sociales establece que las prestaciones técnicas que no tengan la consideración de prestaciones propias del Sistema Vasco de Servicios Sociales serán provistas por el mismo cuando se presten en el marco de los servicios incluidos en el Catálogo de Servicios Sociales. No obstante lo anterior, su financiación corresponderá a los sistemas públicos de los que sean propias dichas prestaciones y, si así se previera en dichos sistemas, a la persona usuaria; a tales efectos, las administraciones competentes deberán avanzar en la clarificación progresiva de sus responsabilidades de financiación de las prestaciones de las que son competentes. A su vez, el artículo 14.5 establece que Los servicios incluidos en el Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales podrán articular, junto con las prestaciones propias del sis-

Ley de Servicios Sociales establece teóricamente para la Comunidad Autónoma de Euskadi, las administraciones locales deberían financiar con sus propios fondos la totalidad de los servicios de su competencia. Si bien es cierto que con el fondo económico establecido en el Decreto de Cartera se ha generado en la Comunidad Autónoma de Euskadi un mecanismo de cofinanciación de algunos de los servicios municipales, las diferencias siguen siendo a este respecto muy importantes [20].

tema, prestaciones propias de otros sistemas o de otras políticas públicas de atención así como prestaciones complementarias de transporte, alojamiento, manutención, lavandería y limpieza.

En los países de nuestro entorno, la participación de otros ámbitos de la administración en la financiación de una parte de los servicios prestados en el marco de la atención a las personas con dependencia se realiza mediante fórmulas diversas, que en general se basa en la idea de diferenciar, al menos, los siguientes tipos de gastos:

- Los costes de alojamiento y manutención, que se financian en algunos casos a través de prestaciones de vivienda y/o de garantía de ingresos
- Los costes de atención sanitaria, que se financian en algunos casos mediante los servicios de salud.

Se repasan brevemente, a continuación, algunos de estos sistemas:

- En Francia, los seguros de salud financian íntegramente la atención sanitaria que se presta a las personas usuarias de los centros residenciales, quedando la financiación de estos servicios fuera del copago que abonan las personas usuarias.

Como se explica más adelante, la financiación de la atención residencial se articula en Francia mediante tres tarifas diferentes, una de las cuales –la *tarifa de cuidados* o atención sanitaria– cubre los costes derivados de la atención sanitaria. Esta tarifa puede ser global o parcial y puede o no incluir la presencia de un una farmacia propia para el centro. Si se opta por la tarifa parcial, el Seguro de Salud cubre gastos tales como la amortización del material médico, la prestación de servicios médicos, la remuneración de personal de enfermería que asiste al centro de forma itinerante y la intervención del personal médico que interviene en el centro. La tarifa global incluye además la remuneración por la intervención del personal médico y farmacéutico especializado, auxiliares que trabajan de forma autónoma en el centro, etc.

- También en Francia, las personas usuarias de los centros residenciales y que carecen de recursos suficientes para financiar la tarifa de alojamiento y manutención establecida por el centro residencial pueden solicitar diversas prestaciones económicas para el pago de esta tarifa. Así, los usuarios que no tienen recursos económicos suficientes para el pago de esa tarifa pueden recurrir a prestaciones de garantía de ingresos para su pago (*Aide Sociale a l'Hebergement, Allocation de Logement Sociale* o *Aide Personnalisée de Logement*). Para poder acoger usuarios/as que se benefician de alguna de esas ayudas sociales para el alojamiento los centros residenciales deben superar un proceso de acreditación o habilitación con el Departamento y/o establecer una convención con la Caja gestora de las prestaciones sociales.
- En el Reino Unido, la atención de enfermería que se presta en los *nursing homes* es íntegramente financiada por parte del Sistema Nacional de Salud (NHS). En el caso concreto de Inglaterra, existen dos vías u opciones para acceder a la co-financiación pública de los servicios residenciales, en función de que predomine o no un problema de salud:
 - o en el caso de que se determine una situación de dependencia sin problemas de salud severos, se accede a un centro residencial convencional (*residential care home*). El acceso a los servicios residenciales –o, como se ha dicho, la co-financiación pública de los mismos– tiene carácter selectivo y se realiza en función de los niveles de renta de la persona usuaria.
 - o por el contrario, cuando se determina que –además de las necesidades vinculadas a la dependencia– existen problemas de salud severos, se accede a los centros residenciales con enfermería (*nursing homes*). En tales casos, el NHS puede financiar únicamente los cuidados de enfermería mediante el llamado *Nursing Funded Care*

o incluso la totalidad del servicio residencial a través del programa *NHS Continuing Healthcare*. En este caso, si la persona está en una residencia el programa cubre todos los costes de la atención, incluidos los de alojamiento y manutención. El denominado *Nursing Funded Care* cubre en cualquier caso los gastos de enfermería de todas las personas residentes en estos centros que podrían considerarse medicalizados.

- En Alemania, las personas con ingresos bajos y necesidades de cuidados de larga duración que no pueden abonar las tarifas de los servicios que precisan pueden acceder a una serie de ayudas asistenciales de competencia municipal –*Hilfe zur Pflege*– complementarias a las prestaciones del seguro de dependencia.
- En Holanda, una parte importante de los servicios de atención domiciliaria que se prestan a las personas con dependencia son prestados y financiados en el marco del Seguro de Salud

4.6. La participación económica de las personas usuarias

La participación económica de las personas usuarias de los servicios o de sus familiares en la financiación de los servicios sociales entraría, en la clasificación de Costa i Font, entre las herramientas de financiación de la dependencia que se aplican *ex-post*, es decir, una vez se ha producido la situación de dependencia. Aunque las formas de determinación del copago son muy diferentes en los diversos países de nuestro entorno, es posible señalar algunas cuestiones generales –y comunes a la mayor parte de los países analizados– en torno a la participación económica de las personas usuarias:

- La participación económica en la financiación de los servicios de atención a la dependencia no debe confundirse con la autofinanciación de los cuidados. En ese sentido, debe distinguirse entre el copago como aportación parcial a la financiación de un servicio provisto por la administración y la autofinanciación de los cuidados en el caso en el que no hay aportación pública alguna y se contratan de forma privada. En muchos países –también en el caso de la CAPV–, el gasto que las personas dependientes realizan en el mercado para la compra de servicios de cuidado suele ser poco conocido y mayor en general que el copago realizado para la cofinanciación de servicios que cuentan con financiación pública.
- La práctica totalidad de los sistemas aplican mecanismos de copago, si bien la definición de esos mecanismos es muy diferente en los diversos países, en función de los gastos que están sujetos a copago y del grado de selectividad o universalidad de esos copagos [21] [4]. En ese sentido, los distintos modelos de copago se distinguen en función de al menos cinco ejes:
 - o Si el copago se aplica al conjunto de la atención recibida, o únicamente a los servicios hoteleros y de manutención. Como se verá a continuación, buena parte de los países de nuestro entorno establecen un régimen de copago diferente para los servicios hoteleros y de manutención y para los servicios de cuidado personal o sanitario²².
 - o Si el copago se establece en función de la renta o, por el contrario, se aplica una tarifa general vinculada al coste del servicio, independiente de la renta. Como se explica más adelante, el establecimiento de tarifas moduladas en función de la renta puede definirse con criterios de focalización –en la medida en que el apoyo público se orienta únicamente a las personas con ingresos inferiores a un umbral

²² El artículo 33 de la Ley de Dependencia establece en ese mismo sentido que “para fijar la participación del beneficiario, se tendrá en cuenta la distinción entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros”. Son pocas, por no decir ninguna, las CCAA o Territorios Históricos que aplican esa distinción a la hora de regular el copago de sus servicios.

determinado–, o con criterios de universalismo focalizado, ofreciendo a las personas con ingresos inferiores a un umbral determinado un apoyo más intenso que el ofrecido al conjunto de la población [16].

- En qué medida se tiene en cuenta el patrimonio y –especialmente, la vivienda habitual– a la hora de determinar el copago.
- Si el copago se establece como el resultado de la diferencia entre el coste real que abona la persona por el servicio y la cuantía de la prestación pública recibida para su financiación (sería el caso, en nuestro entorno, de las personas que acceden a un servicio mediante la Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP) o la Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS) o, por el contrario, mediante el precio público establecido para el pago del servicio.

Es difícil encontrar datos homogéneos y comparables sobre el nivel de copago que se aplica en los países de nuestro entorno en el ámbito de la atención a la dependencia. Un estudio de la OCDE publicado en 2011 [16], con datos relativos a 2007, pone de manifiesto que, en promedio, el copago representa el 13% del gasto en estos servicios en los países de la OCDE, con porcentajes muy variables entre los diversos países. Un estudio algo más reciente de ese mismo organismo [4] indica que en la mayor parte de los países de la OCDE el copago es inferior al 20% en el caso de la atención domiciliaria e inferior al 30% en el caso de la atención residencial. Registran niveles de copago inferiores a los señalados países como España, Estados Unidos y los países del Este de Europa, así como Francia, Inglaterra o Flandes.

Como se acaba de ver, por tanto, el grado de cobertura del coste total de los servicios de atención a la dependencia difiere en la mayor parte de los países en función del nivel de ingresos de cada persona, puesto que, en nombre del principio de progresividad, la mayor parte de los países practican algún tipo de prueba de ingresos para la determinación del apoyo económico al que tienen derecho las personas usuarias. La diferenciación del grado de apoyo recibido en función del nivel de renta no es, en cualquier caso, muy severa, y en la mayor parte de los países analizados las administraciones públicas cubren un porcentaje similar del gasto a las personas usuarias, independientemente de su renta o patrimonio. De hecho, en buena parte no se tiene en cuenta el patrimonio de las personas usuarias, al menos en el caso de los servicios de atención domiciliaria. La progresividad, por tanto, se aplica de forma laxa en la mayor parte de los países de nuestro entorno, al objeto –cabe pensar– de no vaciar de contenido el principio de universalidad.

Efectivamente, aunque el nivel de copago se establece en función de la renta y del patrimonio de las personas usuarias, en muchos de los países de la OCDE –por ejemplo, Holanda, Bélgica, Japón, Alemania, Finlandia, Japón o Francia– el efecto del patrimonio y de la renta sobre la determinación del copago es bajo. Por el contrario, en los países anglosajones –así como en España, de acuerdo a los datos de la OCDE– implica un incremento considerable del copago, lo que plantea el riesgo del agotamiento del patrimonio de las personas usuarias, especialmente cuando la atención recibida se prolonga durante muchos años. Por ello, los países más afectados por este fenómeno han introducido en los últimos años reformas tendentes a limitar el porcentaje del patrimonio que las personas dependientes han de destinar al copago de los servicios.

La cuestión del copago tiene por tanto una relación directa con dos principios como son la universalidad y la progresividad. Como hemos visto, en nombre de la progresividad, algunos de los sistemas de atención a la dependencia imponen niveles de copago vinculados a la renta, de manera que cuanto mayor es la renta o el patrimonio mayor es el copago, hasta poder cubrir el 100% del coste del servicio. Este principio de progresividad provoca sin embargo, como ya se ha dicho, un efecto de agotamiento patrimonial –quienes disponen de patrimonio se ven obligados a desprenderse de él para abonar los cuidados que reciben, pese a ser de responsabilidad pública– y contribuye a que las personas con rentas y patrimonios medios o altos renuncien a la utilización de los servicios sociales públicos debido al elevado copago establecido, especialmente si se tiene en cuenta la posibilidad de acceder a servicios alternativos en el mercado privado, que no tienen en cuenta la renta o

el patrimonio de las personas usuarias y que se sitúan a menudo en el marco de la economía sumergida.

Efectivamente, como ya se ha señalado en otros trabajos, el copago actúa hoy como regulador de la demanda y erosiona, de facto, el derecho subjetivo a los servicios sociales [22]. El actual sistema de copago erosiona el principio del derecho subjetivo a los servicios sociales y disuade a las clases medias y altas de acceder a tales servicios, que adquieren (a mejor precio y con mayor flexibilidad) en un mercado privado ilegal y desregulado. En ese contexto, la demanda de los servicios sociales públicos, teóricamente universales, se concentra en las personas con pocos recursos, necesidades muy intensas y/o redes de apoyo muy débiles, de forma que un énfasis excesivo en la progresividad del sistema de copago contribuye a minar el principio de universalidad de los servicios sociales públicos, sin cuestionar necesariamente su carácter de derecho subjetivo.

Aunque la no consideración del patrimonio podría resultar en cierta medida contraria al principio de progresividad, para mantener el principio de universalidad podría ser conveniente, a la hora de fijar la capacidad económica de las personas usuarias, tender a tener en cuenta en la menor medida posible la renta y, especialmente, el patrimonio de las personas usuarias de los servicios, o a establecer topes en su consideración, especialmente en el caso de los servicios domiciliarios y/o de los cuidados personales.

Planteadas estas cuestiones generales, se describen a continuación los elementos fundamentales de la definición de los copagos en cuatro países de Europa, con referencia tanto a la atención residencial como a la atención a domicilio.

a) Alemania

El sistema de copago alemán se estructura en función de la prestación de dependencia que reciben las personas dependientes en el marco del seguro de dependencia y no se vincula a la renta de las personas usuarias, sino a su grado de dependencia y al coste real del servicio al que acceden, en la medida en que el copago se corresponde a la diferencia entre el coste real del servicio y la prestación recibida.

Como se ha señalado previamente, el acceso a las prestaciones del Seguro de Dependencia alemán se realiza mediante un baremo de valoración que, desde 2017, establece cinco niveles de necesidad diferentes. A partir de esa determinación de necesidades, el seguro abona a las personas aseguradas una prestación económica, que puede ser utilizada para el acceso a servicios de atención directa –atención residencial, atención diurna, atención domiciliaria, etc.– o para la compensación de los cuidados prestados en el entorno familiar.

En el caso de las residencias, se establece en primer lugar una aportación para el copago de los servicios de cuidado personal que, ronda, por término medio, los 570 euros y que dependen tanto del grado de dependencia de la persona atendida como de la titularidad del centro. Además, de esta aportación, las residencias cargan a las personas usuarias el 100% de los costes hoteleros y de amortización del centro. Si bien la prestación económica que abonan los Seguros de Dependencia es común para todo el país, las tarifas que efectivamente aplica cada centro residencial se fija libremente por cada residencia, dentro de los márgenes que se establecen en cada Estado a partir de la negociación entre los seguros y las asociaciones de proveedores. El copago que abonan los residentes es el resultado de restar a las tarifas establecidas la prestación económica correspondiente a su grado de dependencia.

La tabla anexa recoge, para el año 2017 y diferenciando en función de la titularidad de los centros residenciales, el copago que asumen por término medio, por cada nivel de dependencia y red de atención, las personas usuarias. Descontada de los costes totales –que incluyen el gasto por alojamiento y manutención– la prestación económica previamente señalada, el copago medio mensual al que han de hacer frente las personas usuarias de los centros residenciales ronda en todos los ca-

los 1.500 euros²³, salvo en el caso del nivel I que, al recibir una prestación económica muy reducida, alcanza un copago cercano a los 2.000 euros. Esta homogeneidad de los niveles de copago en términos absolutos no se produce en términos relativos (es decir, en relación al coste real de la plaza), ya que el porcentaje del coste real que pagan las personas usuarias oscila entre el 42,6% de las personas de grado V, el 67% de las personas de grado II y el 94% de las personas de grado I. En todo caso, en la medida en que la prestación es la misma pero las tarifas abonadas son diferentes, estos porcentajes de copago pueden variar en función de los centros y sus características (titularidad, ubicación, servicios ofertados, etc.).

Tabla 16. Costes y niveles medios de copago en los centros residenciales alemanes por grado de dependencia (2017)

	Coste total	Prestación	Copago	% de copago
Grado I	2.081	125	1.956	94,0
Grado II	2.361	770	1.591	67,4
Grado III	2.812	1.262	1.550	55,1
Grado IV	3.280	1.775	1.505	45,9
Grado V	3.490	2.005	1.485	42,6

Fuente: Elaboración propia a partir de [Care Homes in Germany, 2018](#).

En el caso de los servicios de atención domiciliaria, el funcionamiento es parecido, en la medida en que con la prestación del seguro de dependencia se financian una parte de los costes que supone la atención recibida a domicilio. Los servicios que se financian mediante esta prestación pueden cubrir tanto las actividades básicas de la vida diaria como las actividades domésticas o menajeras, así como otras actividades de acompañamiento en actividades de ocio.

En Alemania existen diversos buscadores electrónicos de servicios de asistencia domiciliaria que permiten conocer los servicios que cada entidad presta y su coste –además de los resultados de las evaluaciones que cada año se realizan–, de manera que las personas puedan realizar un presupuesto de las posibles actividades previstas, su coste y el porcentaje cubierto por el Seguro de Dependencia. La tabla siguiente recoge los costes de los servicios ofrecidos a las personas con el nivel 2 de dependencia –las más numerosas entre las personas usuarias de la prestación– de una entidad sin fin de lucro elegida al azar.

Tabla 17. Servicios ofertados y coste presupuestado del SAD (2020, Berlín)

Tipo de atención	Prestación	Descripción	Precio unitario
Atención personal	Aseo básico	Ayuda para vestirse y aseo básico	11,72
	Aseo básico avanzado	Ayuda para levantarse, vestirse, aseo básico	17,5
	Aseo integral	Ayuda para levantarse, vestirse, bañarse o ducharse	26,3
	Hacer las camas	Ayuda para hacer la cama, movilizar o acostar	5,8
	Alimentación	Ayuda y supervisión durante las comidas	14,68
	Ayuda básica con las deposiciones	Ayuda para las deposiciones y eliminación de excreciones	4,6
	Ayuda integral con las deposiciones	Ayuda para las deposiciones y eliminación de excreciones, vestirse y desvestirse, higiene íntima	11,72
	Acompañamiento	Acompañamiento en salidas fuera de casa	35,0
Atención doméstica	Limpieza básica	Limpieza básica de la vivienda	5,12
	Limpieza integral	Limpieza integral de la vivienda	68,2
	Lavandería	Cambio y lavado de ropa	27,3
	Comida	Preparación de una comida caliente	15,36
	Compra	Planificación y realización de las compras	13,65

Fuente: <https://www.pflege-navigator.de/>

²³ Hay que recordar que se trata de costes medios y que pueden variar en función del centro y sus prestaciones. También es importante señalar que el sistema está diseñado para que el copago no se incremente cuando las personas pasan de un nivel de dependencia a otro.

A estos costes se añaden los costes de desplazamiento del personal, que ascienden a 3,7 euros por cada desplazamiento durante el día y 7,9 durante la noche. A partir de los precios establecidos en la tabla, cabe calcular que una atención domiciliaria de cierta intensidad²⁴ puede alcanzar un coste cercano a los 2.500 euros mensuales, de los cuales el Seguro de Dependencia cubre para este nivel de dependencia en torno al 25% del coste total.

b) Francia

Como en Alemania, el sistema de copago en Francia depende de la cuantía de la prestación de atención a la dependencia (APA) que reciben las personas dependientes mayores de 60 años, tanto en el caso de quienes reciben atención domiciliaria como en el caso de quienes reciben atención residencial. En ambos casos el copago se relaciona con la renta de las personas usuarias, ya que el montante de la prestación se determina teniendo en cuenta tanto el grado de dependencia como la renta de las personas usuarias. Esa consideración de la renta es en todo caso bastante laxa, ya que los tramos de renta más bajos que se tienen en cuenta en el sistema abarcan a personas con ingresos que pueden considerarse medios, tal y como se explica más adelante.

Se explica a continuación el sistema de triple tarificación de los centros residenciales y, posteriormente, el sistema de cálculo de la prestación.

En el caso de los centros residenciales, la APA financia únicamente el gasto derivado de los cuidados a la dependencia, ya que el resto de los gastos asociados a la atención residencial (alojamiento, manutención, cuidados sanitarios, etc.) se financian mediante otras fuentes, en el marco de un sistema de triple tarificación y financiación tripartita. En ese sistema, el coste relativo al funcionamiento de los centros se divide en tres categorías diferentes, con fuentes de financiación y formas de determinación de las tarifas también diferentes:

- La *tarifa dependencia* cubre el coste de la atención a las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia y de los apoyos necesarios para la realización de las actividades de la vida diaria. Se establece en función del grado de dependencia de las personas usuarias y en el marco de una negociación entre el Departamento y cada centro residencial. Cada centro aplica tarifas diferentes, a partir de una negociación con el Departamento y tomando en consideración las características y servicios del centro, aunque las variaciones entre los centros son en general pequeñas²⁵.

Esta tarifa se financia en gran medida mediante la APA, si bien, como se explica más adelante, la APA no cubre esa tarifa en su integridad.

- La *tarifa alojamiento* cubre los costes hoteleros y de manutención, así como otros costes relacionados con la limpieza y la lavandería, las actividades recreativas y de animación, la administración general del centro, etc.²⁶. Esta tarifa es íntegramente abonada por la persona usuaria, salvo que carezca de recursos económicos suficientes, en cuyo caso se accede a las prestaciones de asistencia social correspondiente. A diferencia de lo que ocurre en el caso de la tarifa de dependencia, la tarifa de alojamiento se fija libremente por los propios centros, salvo en el caso de que el centro esté habilitado para que los usuarios puedan percibir una prestación económica específica para el pago de esta tarifa (*Aide sociale à*

²⁴ Ayuda para levantarse, ordenar la vivienda, hacer las camas, comer y preparar la comida una vez al día durante seis días, así como una limpieza integral de la vivienda, una compra, un aseo integral y dos paseos a la semana.

²⁵ A título de ejemplo, en el caso del Departamento de Pirineos Atlánticos, la tarifa para el grado más reducido de dependencia se sitúa en torno a los 6 euros/día (180 euros/mes), la tarifa para los grados 3 y 4 en torno a los 13 euros día o 375 euros mes y la tarifa para el grado más elevado de dependencia en torno a los 22 euros día (650 euros mes).

²⁶ En el caso de los Pirineos Atlánticos, la tarifa por alojamiento ronda los 50 euros/día en habitación individual y los 45 en habitación doble, aunque el precio puede variar en función del establecimiento y de si se trata de la tarifa aplicable a los beneficiarios de las prestaciones por alojamiento. El importe de esta tarifa ronda, por término medio, los 1.500 euros mensuales, que como antes se ha señalado son en principio financiados por la persona usuaria

l'hébergement ASH)²⁷.

- La *tarifa sanitaria* cubre los costes derivados de la atención sanitaria y es financiada por el Seguro de Salud. Esta tarifa puede ser global o parcial y puede o no incluir la presencia de una farmacia propia para el centro. Si se opta por la tarifa parcial, el Seguro de Salud cubre gastos tales como la amortización del material médico, la prestación de servicios médicos, la remuneración de personal de enfermería que asiste al centro de forma itinerante y la intervención del personal médico que interviene en el centro. La tarifa global incluye además la remuneración por la intervención del personal médico y farmacéutico especializado, auxiliares que trabajan de forma autónoma en el centro, etc. La opción con farmacia propia incluye el suministro de determinados medicamentos.

En resumen, la persona usuaria abona de media en torno a 1.500 euros en concepto de alojamiento y manutención y una parte –dependiendo de la renta y del nivel de dependencia– de la tarifa de dependencia, mientras que la administración abona el coste de los servicios sanitarios, una parte de los costes de atención a la dependencia y una parte de los costes de alojamiento y manutención (en el caso de las personas con recursos insuficientes).

¿Cómo se determina el copago de la tarifa relativa a los cuidados por dependencia? Las cuantías se calculan de forma diferente en función de si se utilizan para servicios residenciales o servicios a domicilio:

- En el caso de los servicios residenciales, la cantidad percibida se modula en función del grado de dependencia y de los recursos económicos de la persona. En primer lugar, los centros residenciales establecen, a partir de una negociación previa con el Consejo del Departamento, tres tarifas diferentes para el pago de los servicios de atención a la dependencia, en función de la escala de valoración de la dependencia.
 - o Tarifa GIR 1 y 2 para las personas con mayor pérdida de autonomía. Es la tarifa más elevada.
 - o Tarifa GIR 3 y 4 para las personas con una pérdida de autonomía moderada. Es la tarifa intermedia.
 - o Tarifa GIR 5 y 6 para personas autónomas o con una pérdida de autonomía muy reducidas. Es la tarifa más económica.

A partir de la definición de esas tres tarifas, el montante de la prestación se calcula en función del grado de dependencia y de la renta de la persona usuaria:

- o En el caso de las personas con ingresos más bajos (inferiores a 2.486 euros mensuales), la persona usuaria abona siempre la tarifa más baja. Por lo tanto, la prestación que recibe es la correspondiente a la diferencia entre la tarifa que les correspondería por su grado de dependencia y la que efectivamente paga²⁸.
- o En el caso de las personas con ingresos más elevados (superiores a 3.825 euros mensuales) se abona la tarifa correspondiente al grado más bajo de dependencia y, además, el 80% de la tarifa correspondiente al grado de dependencia de la persona usuaria. La prestación equivale por tanto a la diferencia entre la tarifa correspondiente y la realmente abonada.
- o En el caso de las personas que están en una situación intermedia –es decir, con in-

²⁷ Esta prestación se concede a las personas mayores que carecen de recursos propios suficientes para el pago de la tarifa de alojamiento y cubre la diferencia entre los ingresos de la persona y el coste de la tarifa.

²⁸ Si su grado de dependencia es el más bajo, por tanto, no recibe prestación alguna, ya que abona íntegramente la que le corresponde.

gresos de entre 2.486 y 3.825 euros mensuales–, se abona la tarifa más económica y una parte creciente de la tarifa correspondiente al grado de dependencia de la persona usuaria, hasta el 80%. La prestación equivale a la diferencia entre la tarifa correspondiente y la efectivamente abonada.

A título de ejemplo, las tarifas mensuales de un centro determinado son de 196 euros para la tarifa más reducida (GIR 5 y 6), 464 para la tarifa intermedia (GIR 3 y 4) y 731 para la tarifa más elevada (GIR 1 y 2). En el caso de tener recursos bajos (menos de 2.486 euros mensuales) las personas residentes sólo pagan los 196 euros de la tarifa más reducida, por lo que reciben como prestación la diferencia de 534 euros (si les hubiera correspondido pagar la tarifa más elevada) o 267 (si les hubiera correspondido pagar la tarifa intermedia). En el caso de las personas con ingresos más elevados no reciben en la práctica prestación alguna, ya que la suma de la tarifa básica y el 80% de la que les corresponde es superior a la tarifa que les corresponde en función de su grado de dependencia.

- En el caso de la APA en domicilio, la cuantía de la prestación depende del importe del paquete de atención establecido en el plan individual de atención, puesto que la prestación equivale a un porcentaje determinado del coste de ese paquete. Como antes se ha señalado, el acceso a la prestación no está condicionado por el nivel de recursos económicos, aunque sí lo está la cuantía de la prestación, que se modula en función de los recursos económicos de la persona:
 - o La cuantía de la prestación para las personas con ingresos inferiores a 803 euros mensuales equivale al 100% del coste del paquete de atención, es decir, se financia íntegramente el paquete de servicios asignado.
 - o La cuantía de la prestación para las personas con ingresos superiores a 2.995 euros mensuales equivale al 10% del coste del paquete de atención, por lo que se establece un copago del 90%.
 - o La cuantía de la prestación para las personas con ingresos de entre 803 y 2.995 euros mensuales oscila entre el 100% y el 10% del paquete de atención, reduciéndose la prestación (y creciendo por tanto el copago) a medida que crecen los ingresos.

Así pues, a diferencia de lo que ocurre en el caso de las residencias, todas las personas – independientemente de su renta– acceden a la APA, si bien en el caso de las personas con mayores recursos la prestación se limita al 10% del importe del paquete de cuidados, estableciéndose un copago del 90%. En todo caso, se aplican a la prestación unas cuantías máximas para cada nivel de dependencia. A partir del 1º de enero de 2021, los importes máximos se fijan en:

- o Para GIR 1: 1.747,58 euros/mes
- o Para GIR 2: 1.403,24 euros/mes
- o Para GIR 3: 1.013,89 euros/mes
- o Para GIR 4: 676,30 euros/mes.

c) Escocia

Escocia establece desde 2002 un sistema de atención personal gratuita mediante el cual las personas que tienen una valoración de dependencia –que, en el Reino Unido, se realiza de forma independiente por parte de las administraciones locales– acceden de forma gratuita a los servicios de cuidado, tanto en el ámbito domiciliario como en el ámbito residencial. Este modelo –denominado *free personal and nursing care*– se enmarca en un sistema de acceso a los servicios –denominado *Self Directed Support* o apoyo autodirigido–, en virtud del cual las autoridades locales están obligadas a ofrecer a las personas con derecho a la recepción de servicios sociales cuatro opciones diferentes:

- una prestación económica (*direct payment*) que se abona a la persona usuaria y que ella administra para la contratación y el pago de los servicios comunitarios o domiciliarios que precisa;
- un presupuesto o fondo individual para la financiación de los servicios que se destina a una entidad proveedora elegida por la persona usuaria. En esa opción, el municipio establece el presupuesto destinado a cada persona, la persona usuaria elige a la entidad proveedora de los servicios y el municipio contrata la gestión de los mismos.
- un servicio de atención directa gestionado (aunque no necesariamente prestado) por la autoridad local. En ese caso, la autoridad local responsable puede recurrir tanto a una empresa privada, una entidad sin fin de lucro, como a la prestación directa de los servicios con sus propios recursos.
- una combinación de las tres opciones anteriores.

Al margen de la vía de acceso al sistema de cuidados, el componente de cuidados personales es gratuito en los servicios de asistencia domiciliaria para toda la población mayor de 65 años con necesidades de atención, independientemente de su renta. Por el contrario, la atención doméstica está sujeta a copago, con criterios y normas diferentes en función del municipio, al igual que el uso de los servicios de atención diurna. En todo caso, la atención doméstica es también gratuita para las personas mayores con ingresos inferiores a un umbral determinado (16.250 libras, en 2018).

En el caso de la atención residencial, la administración local abona directamente los gastos relativos a la atención sanitaria y personal a los centros residenciales, mientras que las personas usuarias abonan los gastos de manutención y alojamiento. El importe abonado a los centros residenciales es uniforme en toda Escocia y asciende a 842 euros mensuales por los cuidados personales, 379 euros por los cuidados sanitarios y 1.011 euros por ambos.

El pago de los costes de alojamiento y manutención se establece en función de la renta y el patrimonio de las personas usuarias. Las personas con un patrimonio superior a las 28.500 libras – incluyendo la vivienda habitual, salvo que el o la cónyuge residan en ella– están obligadas abonar el coste íntegro de los servicios de alojamiento, mientras que en el caso de las personas con patrimonio inferior a 18.000 libras el pago se establece en función de la renta, pero no se tiene en cuenta el patrimonio. En ese caso, se establece una cantidad de libre disposición que permite mantener una parte determinada de los ingresos mensuales para los gastos ordinarios; esa cuantía de libre disposición asciende actualmente a unos 120 euros mensuales. En el caso de las personas con patrimonio de entre 18.000 y 28.000 euros se tiene en cuenta la renta y una parte variable del patrimonio.

Por otra parte, todas las personas usuarias –independientemente de su renta– deben abonar una cantidad adicional si acceden a un centro residencial que establece tarifas superiores a las determinadas como básicas (en torno a 2.500 euros mensuales, en función del tipo de residencia). La cuantía que han de abonar equivale a la diferencia entre esa tarifa básica y la tarifa realmente establecida.

d) Suecia

Los principales elementos que definen el modelo de atención a las personas con dependencia en Suecia son los siguientes:

- Universalidad. El modelo de atención a las personas mayores dependientes se define en Suecia por su carácter universal, en la medida en que el derecho a los servicios (residenciales o domiciliarios) no está determinado por el nivel de renta de las personas usuarias y está abierto al conjunto de la población que acredita un nivel determinado de necesidad. Como se señala más adelante, además del carácter universal, el modelo sueco se caracteri-

za por el elevado gasto público que se destina a los servicios sociales de atención a las personas mayores y por los reducidos niveles de copago establecidos.

- Provisión pública de los servicios. La segunda de las características del modelo de atención a las personas mayores en Suecia se relaciona con el papel de la administración pública –en este caso, municipal–, no sólo como regulador, evaluador o financiador de los servicios, sino también como proveedor directo de los mismos. Como se señala más adelante, pese a que en los últimos años se ha producido un proceso relativamente intenso de mercantilización de los servicios con la irrupción de operadores privados, la provisión directa de los servicios por parte de la administración municipal sigue siendo generalizada, tanto en lo que se refiere a la atención residencial como a la atención domiciliaria.
- Autonomía local y descentralización. El modelo sueco de Servicios Sociales se caracteriza también por la descentralización y el amplio margen de autonomía local en la prestación de los servicios. Los ayuntamientos son los responsables de la gestión de los servicios sociales en un marco normativo relativamente laxo, que deja un amplio margen para la autonomía local. En ese sentido, las herramientas para la definición del modelo de atención en Suecia se caracterizan por su simplicidad: a diferencia del caso francés o alemán, no existe una normativa que regule en detalle la prestación de los servicios, ni existe tampoco un marco estricto para garantizar la calidad de la atención mediante inspecciones y evaluaciones –ya sean internas o externas–, como existe en Francia, Alemania o Reino Unido. En ese contexto, ni las instalaciones, ni las dotaciones de personal, ni los procedimientos de atención están explícitamente regulados en una norma de carácter estatal y se definen por los municipios, que marcan las características de los centros o servicios cuya titularidad ostentan.
- Desinstitucionalización. Otra de las características básicas del modelo sueco de atención a las personas mayores se refiere al concepto de desinstitucionalización, que se traduce en la prioridad que se da a los servicios de atención domiciliaria, por una parte, y a las características de los centros residenciales, tanto en lo que se refiere a su tamaño como a su diseño ambiental y arquitectónico, por otra.

Como se ha señalado previamente, los municipios suecos son responsables de la prestación del conjunto de los servicios a las personas mayores dependientes, incluyendo tanto los servicios domiciliarios como los servicios residenciales. No existe una escala o baremo de acceso a los servicios que se utilice a escala nacional, y cada municipio utiliza sus propios criterios para determinar qué personas pueden recibir servicios de atención a la dependencia y qué tipo de servicios (residenciales, domiciliarios, etc.) pueden corresponder a cada persona, así como, en el caso de optarse por la asistencia domiciliaria, el número de horas y las tareas a realizar.

En todo caso, las solicitudes de servicio son analizadas por un gestor/a de casos que, tras una entrevista individual, una visita a domicilio y una valoración de la situación y las necesidades de cada persona, establece un plan de atención en el que se establecen los servicios correspondientes a cada persona. Algunos de los elementos que se tienen en cuenta en la entrevista son:

- Condiciones de la vivienda y del entorno físico de residencia.
- Condiciones físicas y psíquicas.
- Actividades y hábitos cotidianos.
- Autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria.
- Intereses personales.

En el caso de optarse por la asistencia domiciliaria, una vez establecido el número de horas y las ta-

reas a realizar, las personas usuarias tienen la posibilidad de seleccionar la empresa o entidad que prestará el servicio²⁹. Estas entidades pueden ser bien de titularidad pública, bien de titularidad privada, correspondiendo a la persona usuaria la selección del proveedor (que, además, puede ser sustituido en caso de que la persona usuaria no esté satisfecha con el servicio). En caso de que la persona no elija una entidad específica, el Ayuntamiento le asigna una de las empresas o entidades que operan en el municipio.

Cada ayuntamiento determina el nivel de copago al que debe hacer frente la persona, de acuerdo a las horas de servicio prestadas, la renta de la persona usuaria y los límites establecidos al respecto por la normativa nacional. En ese sentido, la administración central establece cada año –tanto para la atención domiciliaria como para la atención residencial– un copago mensual máximo, independientemente de la titularidad del centro elegido y del municipio de residencia. En 2020, el copago máximo asciende a de 2.183 coronas mensuales (en torno a 210 euros). Así, por ejemplo, en el municipio de Estocolmo, los precios máximos del SAD oscilan entre los 50 euros y los 208 euros mensuales, correspondientes a más de 56 horas mensuales de atención. Los paquetes de atención ofrecidos por el Ayuntamiento de Estocolmo ofrecen también combinaciones de asistencia domiciliaria, atención diurna y servicios de respiro en el domicilio.

Además de tener carácter universal –en el sentido de que el nivel de renta individual no se tiene en cuenta a la hora de determinar el acceso a una plaza–, la atención residencial en Suecia tiene un nivel de copago muy bajo. Se calcula en ese sentido que el 90% del coste asistencial de las plazas residenciales es financiado por la administración territorial, mientras que el 5% es financiado por la administración central y entre el 4% y el 5% restante por las personas usuarias.

Como en el resto de los países analizados en este informe, el copago diferencia entre los aspectos sociosanitarios y los hoteleros (alojamiento y alimentación).

- En lo que se refiere a los costes asistenciales, el copago de las personas usuarias se determina en función de la renta, si bien se establece –como en el caso de la atención domiciliaria como para la atención residencial– un copago mensual máximo de 2.183 coronas mensuales en 2020 (en torno a 200 euros), independientemente de la titularidad del centro elegido y del municipio de residencial.
- En cuanto al componente hotelero, el alojamiento se cubre mediante un contrato de alquiler del apartamento o habitación y el precio se establece en función de los costes de alquiler de cada zona y el tamaño y características del apartamento o habitación, con un coste medio de unos 500 euros mensuales. A ello se suma el coste de la alimentación, que se factura aparte y de forma distinta por cada municipio, con un coste medio de unos 300 euros, si bien existe una cantidad obligatoria de libre disposición que la persona usuaria debe poder mantener y que se establece en torno a los 500 euros (5.338 coronas en 2020). Todo ello hace que el copago real de las personas usuarias asciende por término medio a unos 1.000 euros, que representarían en torno al 15% del coste total de la plaza (incluyendo los aspectos hoteleros).

²⁹ La posibilidad de elegir la entidad proveedora se deriva de la Ley de Libertad de Elección en los Servicios Públicos (*Lagen om valfrihetsystem*) de 2009, mediante la cual se fomenta la posibilidad de que las personas usuarias pueden elegir libremente los servicios a los que pueden acceder en el ámbito de la salud y los servicios sociales. El sistema de libertad de elección significa que el individuo tiene la oportunidad de elegir un proveedor de un determinado servicio entre los proveedores que han sido aprobados y con los que la autoridad contratante ha establecido un acuerdo.

5. La sostenibilidad de los servicios sociales vinculados al envejecimiento: elementos para la reflexión

5.1. Introducción

Una vez analizadas las cuestiones relacionados con los patrones de gasto en servicios sociales asociados al envejecimiento y las herramientas de financiación desarrolladas en otros países, en este apartado se resumen algunos elementos relacionados con la sostenibilidad del gasto y de la financiación de esos servicios. Como se ha señalado en el apartado introductorio, a partir de una revisión de la literatura publicada en relación a estas cuestiones, se analizan básicamente cinco aspectos:

- La relación entre longevidad, envejecimiento y sostenibilidad de las finanzas públicas.
- El impacto que el gasto en servicios de atención a la dependencia tiene en la generación de empleo y de crecimiento económico, y el retorno del gasto destinado a estas actividades en forma de impuestos y cotizaciones.
- La disposición social en relación a las herramientas de financiación de los servicios sociales asociados al envejecimiento.
- La dimensión intergeneracional de la financiación del gasto público y, especialmente, del gasto en atención a la dependencia.
- A partir de todo lo anterior, y como conclusión del estudio, la necesidad de resituar el marco desde el que se analiza la sostenibilidad económica de los servicios sociales y desde el que se transmiten los discursos en relación a esta cuestión.

5.2. Longevidad, esperanza de vida y sostenibilidad de las finanzas públicas

El impacto del envejecimiento demográfico sobre la sostenibilidad del conjunto de las finanzas públicas parece evidente. En ese sentido, los análisis consultados para la realización de este informe ponen claramente de manifiesto los retos que el envejecimiento poblacional supone para la política fiscal.

De acuerdo a Borrallo et al. [23], por ejemplo, “el aumento de la edad media de la población ha incrementado la preocupación sobre la sostenibilidad de las finanzas públicas, principalmente en las economías avanzadas, pero también en muchas emergentes, con una mayor velocidad en su transición demográfica. Por un lado, las sociedades más envejecidas demandan más gasto público, especialmente en pensiones y salud. Por otro lado, los cambios intertemporales de la renta y de los patrones de ahorro y de consumo a lo largo del ciclo vital pueden tener un impacto significativo sobre la recaudación impositiva. Por tanto, el envejecimiento de la población ejerce una doble presión sobre las finanzas públicas, aumentando el gasto y reduciendo la recaudación fiscal”.

Del mismo modo, un reciente trabajo del Servicio de Estudios de MAPFRE [24] señala que “los problemas asociados al estancamiento del crecimiento de la economía, de tipos de interés y de inflación que se derivan de una transición demográfica marcada por el envejecimiento poblacional, parecen encontrar su punto álgido en los problemas de sostenibilidad fiscal. Por una parte, la transición demográfica hacia poblaciones más envejecidas conlleva una reducción de los ingresos fiscales. Un bajo crecimiento del PIB implica una menor demanda y estancamiento salarial, lo que afecta a los ingresos fiscales empleados para sostener las cuentas públicas (...). De esta forma, ingresos fiscales crecientemente menores derivados del menor crecimiento de la actividad económica y de la depresión de la renta, unidos a crecientes gastos estatutarios en sanidad (como los que se derivarían de los gastos en salud y en cuidados de larga duración), necesariamente revertirán en un incremento del déficit público. El crecimiento de dicho déficit, en un contexto de una abultada deuda

pública, de cada vez menor crecimiento potencial y de baja (o incluso negativa) inflación, puede provocar una dinámica explosiva de la deuda pública, lo que de anticiparse por los mercados se traduciría en crecientes costes del servicio de la deuda, alimentando más el problema y pudiendo llevar a una economía hacia la pérdida de la sostenibilidad fiscal”.

En un sentido parecido, Ramos-Herrera y Sosvilla-Rivero [25] señalan que el envejecimiento demográfico supone un desafío importante para la sostenibilidad fiscal de los países de la zona euro, en la medida en que el balance primario de las administraciones se deteriora a medida que crece la ratio de dependencia –es decir, la proporción de personas dependientes sobre la población activa que se encuentra en edad de trabajar–, especialmente en los países más endeudados y/o más envejecidos. Para estos autores, el envejecimiento de la población traerá consigo un presión importante sobre los sistemas de apoyo a las personas mayores, especialmente si no se modifican los actuales patrones de tributación y de protección social.

En un reciente informe sobre esta cuestión, la OCDE [1] plantea un diagnóstico parecido: “El aumento de las tasas de dependencia supondrá una presión sin precedentes sobre la financiación de las pensiones públicas, la sanidad y los cuidados de larga duración, especialmente en un contexto de crecimiento débil. En ausencia de cambios políticos, las presiones del envejecimiento podrían aumentar la carga de la deuda pública en un 180% del PIB en las economías avanzadas del G20 y en un 130% del PIB en las emergentes en las próximas tres décadas. Por otra parte, los ingresos fiscales tendrían que aumentar entre 4,5 y 11,5 puntos porcentuales del PIB para 2060 en los países del G20 para estabilizar la relación entre la deuda pública y el PIB en sus niveles actuales (...). Uno de los principales retos del futuro –añade el informe de la OCDE– radica en hallar un punto de equilibrio adecuado entre la protección social a las personas con necesidades de cuidados de larga duración y la garantía de la sostenibilidad fiscal de ese gasto”.

Frente a estos pronósticos, otros autores han planteado sin embargo diagnósticos más matizados, cuestionando la asociación directa entre envejecimiento y mayor gasto sanitario, así como la pretendida insostenibilidad del sistema de pensiones.

En lo que se refiere a la primera de esas cuestiones, Martín Roncero [26] señala en primer lugar que “la idea en la que se basa el impacto del envejecimiento sobre la sostenibilidad del sistema sanitario es muy simple. Se trata de la constatación empírica de que existe una relación clara entre la edad y el gasto sanitario. Esta relación, que seguiría una curva en forma de «J», conllevaría un mayor gasto a medida que avanza la edad, salvo en las edades cercanas al nacimiento, y en las edades más avanzadas, ya que el gasto parece hacerse constante o incluso decrecer a partir de los 80-90 años. A partir de esta relación, hasta no hace más de dos décadas en la literatura científica al respecto existía cierto consenso en estimar el impacto del envejecimiento en el gasto sanitario multiplicando las proyecciones futuras del tamaño de población de cada grupo de edad por su perfil de gasto en el año en curso, manteniendo ese gasto como constante a lo largo de todo el periodo que abarca la proyección. Un ejercicio de proyección simple que aún se repite en no pocos estudios o informes y que sigue estando en la mente no solo de algunas personas investigadoras sino también de gerentes, periodistas, políticas e incluso población general, y que conlleva como consecuencia una sobrestimación del impacto del envejecimiento en el gasto sanitario que puede incluso superar el 50% en el caso de los gastos sanitarios agudos”.

El error de partida consiste de acuerdo a esta tesis “en considerar que esos gastos por grupos de edad se mantienen estables en el tiempo, a pesar de la enorme mejora en la mortalidad y el estado de salud de los diferentes grupos de edad, y sobre todo de los grupos de edad de 65 y más años. La literatura especializada sobre el tema ha mostrado que esa manera de calcular el impacto del envejecimiento en el gasto sanitario futuro parte del error de considerar la edad como el factor que determina el gasto sanitario, cuando realmente la edad cronológica no es más que un proxy de la cercanía de la muerte, y del estado de salud, que son dos factores individuales que determinan sustancialmente el gasto sanitario individual³⁰”.

³⁰ En ese mismo sentido, para Abellán y Martínez [27], “más aún que el estado de salud de la población, son otros factores

En sentido parecido, añade Martín, la consideración de la estructura de edades de una sociedad dada como único factor para la proyección del gasto en pensiones impide tener adecuadamente en cuenta otros elementos, como el incremento de la productividad, “cuya mejora puede hacer que el sistema sea más sostenible incluso con una menor relación entre personas trabajadoras y dependientes”.

Para Martín, “no parece correcto asimilar el crecimiento de la población mayor de 65 años a una expansión de la enfermedad y el consiguiente aumento del gasto sanitario hasta la propia insostenibilidad del sistema sanitario público (...). La evidencia estatal e internacional muestra que el envejecimiento demográfico no supone más del 10% del aumento de gasto sanitario, cuyo responsable principal habría que buscarlo en otros actores. En lo referente al sostenimiento del sistema de pensiones, el argumento demográfico también ha servido de coartada para justificar y proponer medidas que no se justifican por el argumento demográfico y que tienen que ver más con una propuesta política e ideológica”.

“El envejecimiento –concluye– no supone necesariamente una amenaza para la sostenibilidad del sistema sanitario y de las pensiones. Es verdad que el futuro de ambas instituciones es incierto, pero no tanto por el envejecimiento o el descenso de la natalidad, sino por los esfuerzos enormes que determinados sectores están realizando para deslegitimarlo y convertirlo, paulatinamente, en un nicho de mercado para el enriquecimiento de unos pocos. Su sostenibilidad depende, sobre todo, de su legitimidad social. Mientras socialmente tengamos claro que queremos mantener el derecho a una asistencia sanitaria universal, gratuita y de calidad, así como el derecho a una pensión digna, será fácil que hagamos ambos sistemas sostenibles. Sin embargo, mientras que la idea de la insostenibilidad se extiende, aunque sea basado en ideas falsas, la legitimidad social de los mismos irá decreciendo hasta que finalmente el sistema deje de ser sostenible porque dejará de tener apoyos”.

En un sentido parecido, Minoldo [28] plantea la insuficiencia de “las actuales herramientas metodológicas para evaluar el impacto económico del envejecimiento –y, particularmente, su impacto sobre el financiamiento de la previsión social– es que observan los procesos demográficos como si constituyeran variables independientes de los procesos económicos con los que se producen a lo largo del tiempo. Sin embargo, una vez que se ha establecido que las tasas de actividad económica, los niveles de empleo y los niveles de productividad pueden dar significaciones económicas diferentes a idénticas estructuras de edades, resulta analíticamente incorrecto evaluar las consecuencias materiales de los procesos demográficos abstraídas de los contextos productivos y laborales efectivos en que estos se producen”. A partir de esa idea, la autora desarrolla una serie de indicadores alternativos de sostenibilidad que permiten “ponderar en qué medida el consumo de los grupos de adultos mayores dependientes puede comprometer realmente los niveles de consumo de los demás grupos etarios o recursos relevantes para la evolución futura del producto (como el ahorro para ser invertido como capital, la inversión en desarrollo tecnológico, la inversión en capital humano –que favorece al grupo etario de los dependientes menores– o en cualquier política determinada relevante para que la productividad del trabajo permita, con la nueva estructura etaria, sostener los niveles de consumo de toda la sociedad)”.

Desde el punto de vista retrospectivo, su análisis pone de manifiesto, para el caso español, que el proceso de envejecimiento se ha producido en conjunto con un crecimiento económico tal, que no ha implicado una amenaza para el consumo de otros grupos, para los niveles de ahorro, el desarrollo económico o la sustentabilidad de la Seguridad Social. Desde el punto de vista prospectivo, al tener en cuenta la evolución efectiva de la producción durante la transformación de la estructura de edades, el enfoque de la autora “presta visibilidad a la importancia de que el envejecimiento se produzca en sociedades más productivas que las de otros equilibrios demográficos. Asimismo,

no demográficos los auténticos motores del crecimiento del gasto sanitario. En particular, el progreso técnico impulsado por la innovación biomédica que, según los países y periodos de tiempo considerados, llega a nutrir un crecimiento excedentario del gasto sanitario por habitante sobre el del PIB per cápita de entre el 1% y el 2% (...). Es hora, pues, de mirar hacia los determinantes del lado de la oferta, tecnologías sanitarias y precios relativos, racionalizando la introducción de las innovaciones, no todas del mismo valor, fijando sus precios de manera acorde a la salud que aportan”.

permite ponderar materialmente las implicancias de que, por el contrario, el envejecimiento se produzca sin un avance simultáneo en el desarrollo económico de la sociedad. En lugar de la preocupación por generar un ahorro monetario para afrontar los futuros desafíos del envejecimiento, o por la cantidad de contribuyentes y de ancianos, este abordaje pone en evidencia la relevancia de la relación entre estos y la producción, con lo que la productividad deviene una de las claves de la sostenibilidad del envejecimiento y de la previsión social”.

5.3. El efecto multiplicador del gasto en Servicios Sociales y el coste del no gasto en atención a la dependencia

Los análisis habituales sobre la financiación de los servicios de atención a la dependencia no tienen generalmente en cuenta, por otra parte, el impacto que el gasto en servicios sociales tiene desde el punto de vista de la creación de empleo y el impulso al crecimiento económico, así como desde el punto de vista del retorno que ese gasto tiene en términos de impuestos y cotizaciones a las arcas públicas. Tampoco se tiene habitualmente en cuenta el coste que la carencia o el escaso desarrollo de estos servicios tienen desde el punto de vista de los frenos que implican para la actividad económica de las personas cuidadora, y su consiguiente impacto fiscal.

Un análisis realizado por Zubiri, Martínez y Vallejo para la Diputación Foral de Gipuzkoa [29] ya ponía de manifiesto en 2009 el impacto económico del gasto en política social en Gipuzkoa, que en aquella época incluía el gasto en RGI. Como explican los autores, “todos los gastos sociales, al final, acaban produciendo renta, empleo, producción e impuestos: las transferencias a los individuos, las transferencias a las empresas aumentan los beneficios, los salarios y las demandas de inputs intermedios. Las transferencias a los ayuntamientos crean rentas salariales y demandas intermedias. Los salarios pagados por la DFG crean consumo y la inversión demanda de inputs intermedios”. A partir de ese esquema, el estudio ofrece los siguientes resultados:

- Cada euro de gasto en política social induce una producción por valor de casi dos euros. Aunque este impacto productivo es casi un 20% inferior al promedio del sector servicios y casi un 50% inferior al del sector de la construcción, es sin embargo superior al promedio de la industria y de la agricultura.
- Cada euro de gasto social genera 1,02 de rentas para los residentes en Gipuzkoa. Se trata en este caso de un multiplicador superior al del resto de los sectores económicos.
- Cada euro de gasto en políticas sociales genera casi 44 céntimos de recaudación, es decir, una tasa de retorno media del 44%. De esos 44 euros, 27 céntimos son impuestos generales y los 17 restantes cotizaciones a la Seguridad Social.
- El gasto en política social crea aproximadamente 25 empleos por cada millón de euros de gasto, lo que supera ampliamente la media correspondiente a los otros sectores económicos, mediante los cuales se creaban en la época 17 empleos por cada millón de euros de gasto.

Estudios posteriores han venido a confirmar estos resultados en otras CCAA. En el caso de Cantabria, un estudio de Díaz [30] pone de manifiesto que la tasa de retorno de los recursos asignados al sector de la dependencia es del 59%: de cada euro invertido, 0,59 retornan a la Administración. Si se incluye el ahorro derivado de las prestaciones por desempleo y la cotización a la Seguridad Social de los cuidadores, este retorno asciende en Cantabria a 0,66 euros, situándose en un valor intermedio al observado en otras regiones. El estudio también muestra que el sector de atención a la dependencia resulta intensivo en mano de obra y que la generación de empleo asciende a 36 trabajadores por cada millón de euros de gasto de la Administración. El multiplicador de la producción asciende a 2,38 de manera que por cada euro gastado por la Administración en el sector, la producción de la economía cántabra aumenta en 2,38 euros.

Un estudio más reciente relativo al conjunto del Estado [31] pone de manifiesto que el gasto en atención a la dependencia ha generado en el conjunto del Estado español cerca de 115.000 empleos, con un valor añadido de 5.000 millones de euros y un retorno a las administraciones de 1.400 millones. Las tasas de retorno que se derivan de los cálculos de los autores –20% del gasto realizado– son sin embargo más bajas que las obtenidas en otros estudios y más bajas que las atribuidas al resto de los sectores económicos, lo que puede estar motivado por el escaso nivel retributivo de los servicios de atención a la dependencia en el conjunto del Estado.

Otros estudios plantean la cuestión desde una perspectiva diferente y analizan la pérdida de producción y de crecimiento económico que se deriva de la opción por la atención informal, que implica la renuncia a la actividad laboral de las personas cuidadoras. Así, de acuerdo a Geyer, Haan y Korfhage [32], con datos para Alemania, un incremento del 20% en el acceso a servicios de atención formal, con el consiguiente decremento de las prestaciones para el cuidado informal, implica un crecimiento de los salarios de 1.366 euros por hogar, lo que supone un crecimiento del 5,2%, que en el caso de las mujeres es del 8% y en el caso de las personas cuidadoras de personas con dependencia severa del 14%. Estos incrementos de la actividad y los salarios se traducen en un crecimiento del 3,2% en los impuestos y en las cotizaciones, con el que se cubre el 14% del gasto atribuido al incremento del uso de atención formal.

5.4. La percepción social en relación a la financiación del gasto en Servicios Sociales

Aunque no se trata de argumentos económicos, es también conveniente analizar aunque sea brevemente cuáles son las actitudes sociales en relación a la financiación del Estado del Bienestar. Pese a que los estudios y los datos al respecto son relativamente escasos –y las conclusiones que se pueden derivar de ellos son poco concluyentes–, existe evidencia suficiente que apunta a que la ciudadanía vasca, española y europea está dispuesta a pagar más impuestos y/o a mejorar la financiación pública que se destina a los sistemas de protección social.

En lo que se refiere a la CAPV, un estudio realizado en 2015 por el Gabinete de Prospección Sociológica del Gobierno Vasco [33] ponía de manifiesto que el 62% de la población vasca se mostraba partidaria de “tener más prestaciones y servicios, pagando más impuestos”, mientras que el 19% prefería “tener menos servicios y prestaciones y pagar menos impuestos”. Casi el 20% de la población no se posicionaba al respecto. En 1999, las personas partidarias de pagar más impuestos para la mejora de los servicios eran el 56% y en 2013 –en plena crisis económica– el 50%. Más recientemente, el Gabinete de Prospección Sociológica realizó una encuesta similar en relación a la sanidad [34], con resultados parecidos: el 87% de la población considera que la sanidad debe pagarse únicamente con impuestos, mientras que el 8% cree que las personas deben aportar una parte de la financiación en función de su renta y el 1% que las personas usuarias deben abonar la totalidad del coste de los servicios por sus propios medios. Sólo el 46% considera sin embargo que en el futuro la sanidad se financiará únicamente mediante impuestos y el 32% cree que se introducirán a corto o medio plazo mecanismos de copago vinculados a la renta en la sanidad.

En el conjunto del Estado español, de acuerdo a los datos del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) el porcentaje de población partidario de mejorar los servicios públicos y prestaciones sociales aunque haya que pagar más impuestos cayó en 2010 –en plena crisis financiera– a su punto más bajo (25%) y se ha ido elevando hasta el 42% en 2020, en plena crisis sociosanitaria. Además, el 52% de la población española considera que la ciudadanía se beneficia poco de los impuestos que paga y el 58% considera que, personalmente, percibe menos impuestos y prestaciones de los que le corresponderían en función de los impuestos y cotizaciones que paga.

En cualquier caso, de acuerdo a Calzada y del Pino [35] las crisis parecen reforzar la confianza de la ciudadanía en el Estado de Bienestar y aumentar la disposición al pago de impuestos para su financiación: “el apoyo a los principios básicos del EB ha salido reforzado de los años de crisis (...). Mien-

tras la confianza en el estado como distribuidor/gestor se ha mantenido, la depositada en los mecanismos de mercado ha corrido peor suerte (...). En cuanto a la financiación de los programas de bienestar, las series temporales indican claramente que los ciudadanos no han considerado creíble el discurso sobre el “excesivo” gasto social”. En definitiva, concluyen estas autoras, “la hipótesis de que las crisis traen un desgaste en el apoyo al Estado del Bienestar no se verifica para el caso español. Los trabajadores se habrán sentido más o menos protegidos en los últimos años (posiblemente no mucho) pero en cualquier caso ese sentimiento no ha generado desafecto hacia el estado. Más que antes si cabe, se pide al estado que intervenga para conseguir una sociedad más igualitaria, para garantizar el derecho a la salud o a la educación y para protegernos de la pérdida de ingresos derivada de situaciones de vejez, enfermedad o desempleo. Lamentablemente la conclusión no es tan alentadora cuando miramos las opiniones sobre los impuestos”.

En un trabajo similar, Campelo e Ispizua [36] también destacan que “en los últimos años ha incrementado la idea de que los impuestos son necesarios para poder tener servicios públicos, llegando en el último año analizado a ser compartida por casi el 60% de la población, igualando las cifras de los años anteriores a la crisis. La idea referente a que los impuestos son algo que el Estado nos obliga a pagar sin saber a cambio de qué, ha perdido cierta fuerza y en los últimos datos tan solo es compartida por algo menos del 30% de la población, cuando a principios de la década era apoyada por un colectivo diez puntos mayor”. En lo que se refiere a la suficiencia del gasto en los diferentes ámbitos de la intervención pública, “el transporte, las obras públicas y la asistencia sanitaria son los que generan (comparativamente) más satisfacción, mientras la administración de justicia, las pensiones y las ayudas al desempleo o a las personas dependientes son de modo recurrente objeto de mayor crítica por parte de la sociedad”.

A nivel europeo, una reciente encuesta de la Comisión Europea [37] analiza también estas cuestiones y pone de manifiesto, por una parte, la amplia legitimidad social del modelo europeo de protección social, al menos desde el punto de vista de la percepción de la ciudadanía. Sin embargo, la posición de la ciudadanía europea en relación a la cuestión de la financiación de la atención a la dependencia es más matizada. De acuerdo al estudio, “muchos europeos están preocupados por tener un acceso suficiente a unos cuidados de larga duración buenos y asequibles para las personas mayores. Este sentimiento podría incluso haberse reforzado desde el estallido de la pandemia de Covid 19. Los europeos también consideran que el papel del Estado es clave en la financiación de los cuidados de larga duración para las personas mayores. Para la mayoría, el gobierno debería cubrir el coste de los cuidados para los ancianos; pero pocas personas (particularmente, entre los jóvenes y las personas con bajos ingresos) estarían dispuestas a pagar impuestos adicionales para ello”. El deseo de un mayor protagonismo público en la prestación de servicios sociales no siempre va acompañado de una mayor disposición al pago de más impuestos, concluyen los autores.

En esa línea, un reciente estudio de la OCDE [38] pone de manifiesto que apenas un 27% de los ciudadanos/as de la OCDE estaría dispuesto/a a pagar un 2% adicional de impuestos para mejorar los servicios de atención a la dependencia, con porcentajes de apoyo –por lo general– menores en los países que cuentan con mayores tasas de presión fiscal y/o Estados del Bienestar más desarrollados. En todo caso, los servicios de atención a la dependencia, junto a los servicios sanitarios y las pensiones, están entre los que concitan mayor apoyo de cara a una eventual subida de impuestos.

5.5. La dimensión intergeneracional y redistributiva del gasto en cuidados de larga duración

Los modelos de gasto y financiación del Estado del Bienestar –y, dentro de él, de los servicios sociales de atención a la dependencia– tienen un componente intergeneracional esencial, en la medida en que la financiación de los servicios corre básicamente a cargo de las generaciones adultas, mientras que los beneficiarios del gasto son las generaciones de personas dependientes o inactivas, es decir, la infancia y las personas mayores. Este mecanismo de transferencia de rentas entre las diversas generaciones está en la base del pacto o contrato intergeneracional, en virtud del cual las generaciones laboralmente activas financian el coste de los servicios que reciben quienes no lo son, sabiendo que, en el futuro, se beneficiarán a su vez de unos servicios financiados por las cohortes que serán en esa época laboralmente activas.

La dimensión intergeneracional de la financiación del Estado de Bienestar se relaciona con otros tres elementos adicionales, estrechamente vinculados entre sí, y que son en parte consecuencia de lo anterior:

- el gasto destinado a la financiación de los servicios sociales de atención a la dependencia tiene un carácter redistributivo, tanto a nivel intra como intergeneracional: es decir, la redistribución se produce tanto dentro de una misma cohorte –entre quienes tienen recursos y/o no están en una situación de dependencia, hacia quienes no los tienen y/o sí lo están–, como entre diferentes cohortes (de los jóvenes y adultos hacia los mayores).
- si no se articulan mecanismos suficientes para la financiación del gasto destinado a la cobertura de los servicios sociales prestados a las actuales cohortes de personas mayores, se genera un déficit público que debe ser financiado por la deuda que asumirán las generaciones futuras. En otros términos: los nietos pagarán en el futuro mediante deuda la atención que hoy reciben sus abuelos y que sus padres no están financiando suficientemente.
- cada modelo de financiación de la dependencia –impuestos, seguros públicos o privados, ahorro particular, recurso al patrimonio... – tiene un impacto diferente desde el punto de vista del comportamiento económico de las familias, con un claro sesgo intergeneracional: los hijos/as pueden por ejemplo renunciar a prestar apoyo informal si saben que sus padres/madres están cubiertos por un sistema de aseguramiento; las personas mayores pueden por ejemplo deshacerse de su patrimonio si creen que va a ser utilizado para la financiación de unos cuidados a los que pueden acceder –tanto en los modelos universales como en los selectivos– aunque carezcan de renta o patrimonio propio para financiarlos. Estos efectos de *riesgo moral* se producen tanto a nivel intrafamiliar como extrafamiliar, es decir, se relacionan tanto con la prestación de apoyo informal como con el recurso a los cuidados formales.

Esta dimensión intergeneracional de la financiación de los servicios de atención a la dependencia es particularmente clara si se tiene en cuenta la fuerte orientación que los actuales Estados del Bienestar tienen hacia el gasto en las cohortes de más edad. En ese sentido, se ha producido en los últimos años un importante desarrollo de la investigación basada en la contabilidad intergeneracional –a partir del desarrollo de las llamadas Cuentas Nacionales de Transferencias (NTA)– que permite analizar el consumo de prestaciones de protección social de las diferentes cohortes a lo largo de su vida, así como su aportación a la financiación de esos servicios, e identificar los déficits de financiación –en términos de *déficit de ciclo vital* (DCV)– que pueden producirse en función de los patrones demográficos, de consumo y de financiación de las prestaciones de protección social que se proyectan para el futuro. La abundante literatura basada en la contabilidad intergeneracional que se ha ido produciendo en los últimos años plantea dos conclusiones de interés en lo que se refiere a la sostenibilidad del gasto en materia de protección social [39] [40]:

- por una parte, permite identificar el grado de insostenibilidad del gasto previsto, y evaluar

las reformas que podrían ser necesarias para garantizar esa sostenibilidad;

- por otra, ponen de manifiesto en qué medida la sostenibilidad de ese gasto depende, paradójicamente, de la inversión que se haga en medidas dirigidas a la inversión en capital humano –es decir, en políticas de infancia, de familia y educativas– en la medida en que se constata que la mejora del capital educativo de las cohortes jóvenes tienen un impacto superior al resto de los cambios demográficos en lo que se refiere a la sostenibilidad fiscal del conjunto del Estado del Bienestar³¹. Una orientación excesivamente marcada del actual gasto social hacia las personas mayores compromete, paradójicamente, la posibilidad de financiar el gasto de las personas mayores del futuro, que son, también paradójicamente, las personas adultas que están financiando el actual gasto en personas mayores.

En lo que se refiere a la sostenibilidad intergeneracional del gasto en protección social, a partir del uso de las Cuentas Nacionales de Transferencias, Arévalo et al. [41] miden los desequilibrios intertemporales e intergeneracionales que se derivan de los actuales patrones de financiación y gasto de las finanzas públicas de los países de la UE. Desde la perspectiva temporal, sus resultados miden en qué medida los compromisos financieros que se derivan del gasto actual comprometen la riqueza que se genera en el medio y largo plazo; desde el punto de vista intergeneracional, los resultados de este enfoque miden en qué medida las generaciones futuras deberán ajustar sus aportaciones fiscales para responder a los compromisos asumidos para el medio y largo plazo por las actuales cohortes.

De acuerdo a sus resultados, los actuales patrones de gasto en España estarían generando un déficit futuro equivalente al 400% del PIB de 2016 –uno de los déficits más altos de la UE–, debido en su mayor parte a los compromisos de gasto asumidos por (o para) las actuales generaciones. Para asumir esos gastos, de acuerdo al análisis realizado por los autores, las generaciones jóvenes deberán en España multiplicar casi por 2,5 la aportación fiscal que realizan las actuales generaciones. De acuerdo a este análisis, en cualquier caso, la sostenibilidad de ese gasto está directamente ligada a las normas de estabilidad presupuestaria que sigan las administraciones públicas, de forma que si, en el caso de España, se mantuvieran las normas de estabilidad impulsadas por la UE la ratio de incremento de la carga fiscal prevista para el futuro sería del 1,4 y no de 2,5. En todo caso, la aportación de los cuidados de larga duración al déficit previsto es mucho menor, en cualquiera de los países de Europa, que el correspondiente al gasto en salud o en pensiones.

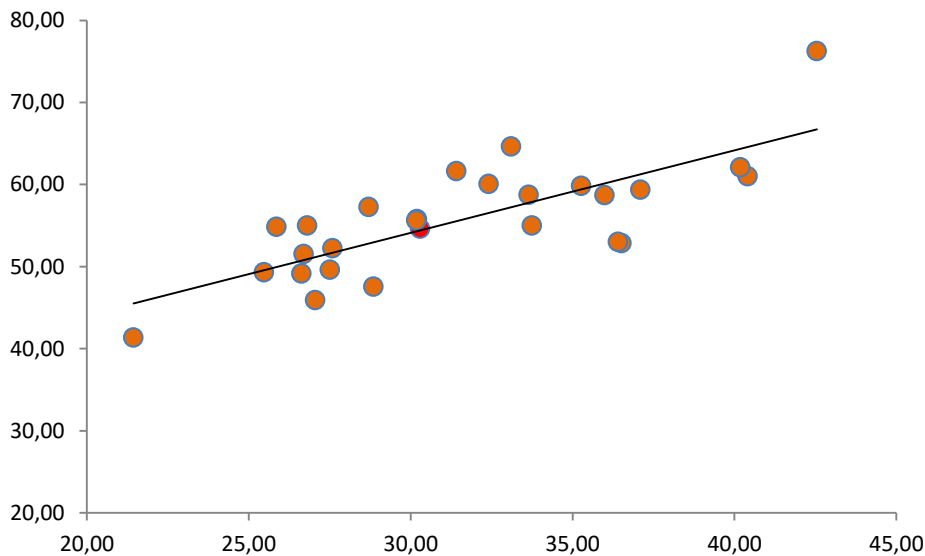
El uso de las Cuentas Nacionales de Transferencias pone de manifiesto por otra parte en qué medida los Estados del Bienestar están orientados hacia el gasto en las personas mayores. De acuerdo a Abió et al. [39], “el sesgo hacia una mayor protección de las personas de más edad es una característica prácticamente universal de los Estados de Bienestar. Cabe preguntarse por qué los diferentes países, a medida que desarrollaban sus programas de gasto social han ido dando prioridad a aquellos dirigidos a la población mayor, dejando la financiación de los niños/as de manera casi exclusiva en la familia. Si uno de los objetivos del Estado de bienestar es socializar (repartir entre toda la sociedad para reducir desigualdades) el gasto de mantener a los dependientes, es difícilmente justificable que solo deba ser así en el caso de los mayores, y no en el de los niños (...). Como consecuencia de este sesgo de las políticas públicas, las familias asumen la mayor parte del coste monetario de los niños, al que hay que añadir el coste en términos de tiempo” que requiere la crianza de los hijos/as y que también se simula en las Cuentas Nacionales de Transferencias.

Para Solé et al. [42], la redistribución intergeneracional es en todos los países claramente asimétrica en favor de las personas mayores, mientras que las necesidades de los niños/as son básicamente cubiertas por sus familias. Efectivamente, los datos de las Cuentas de Transferencias Nacionales

³¹ Para Hammer et al, [40], aunque la importancia de la inversión en el capital educativo de las cohortes más jóvenes en el funcionamiento del contrato intergeneracional es esencial, no ha sido suficientemente tenida en cuenta a la hora de evaluar la sostenibilidad económica de los modelos de protección social desde el punto de vista intergeneracional. El contrato intergeneracional es, fundamentalmente, una cuestión de inversión a largo plazo, que debe resultar suficiente para obtener los resultados esperados en el futuro: las actuales generaciones adultas invierten en el capital humano de sus hijos/as y reciben en el futuro los retornos de esa inversión en forma de pensiones, cuidados de salud y servicios de atención a la dependencia.

elaboradas en el marco del proyecto AGENTA ponen claramente de manifiesto que en el conjunto de la UE las personas mayores (en este caso se ha utilizado como referencia a las personas de 75 años) perciben servicios y prestaciones con un valor equiparable al 55% del PIB per cápita, mientras que en el caso de la infancia (en este caso se recoge el valor correspondiente a un niño/a de 10 años) las transferencias y servicios recibidos equivalen al 30% del PIB per cápita. Los gastos que se recogen en el caso de la infancia son los relativos a la sanidad, la educación y las prestaciones familiares, básicamente, mientras que en el caso de los mayores se tienen en cuenta las pensiones, los servicios de salud y los de atención a la dependencia.

Gráfico 31. % del PIB por habitante destinado a transferencias y servicios para personas de 10 y 75 años en Europa (2010)



Fuentes: Elaboración propia a partir de los datos de Agenta Project. En la escala vertical se recoge el gasto en prestaciones y servicios para personas de 75 años en relación al PIB per cápita y en la horizontal en prestaciones y servicios para personas de 10 años en relación al PIB per cápita. El punto rojo corresponde a España.

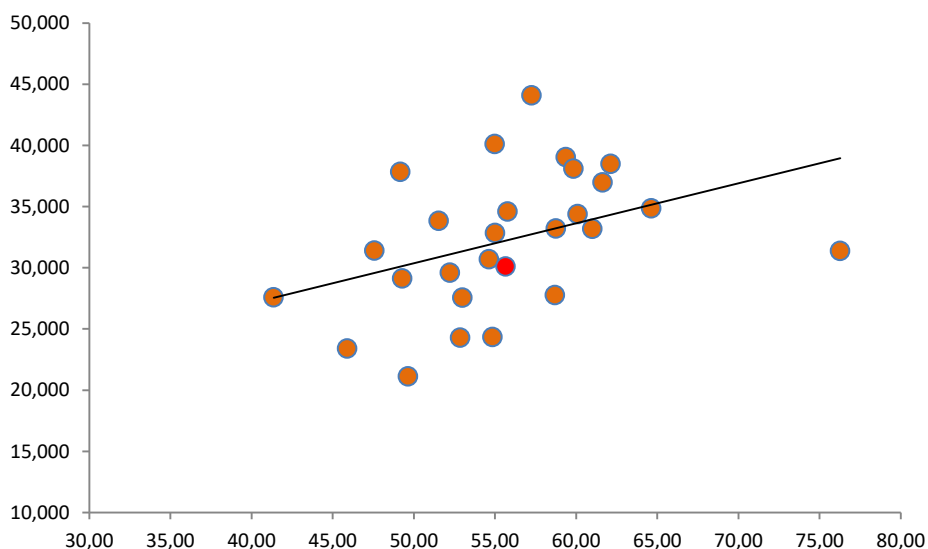
Además de esa asimetría, los datos del gráfico anterior ponen de manifiesto tres datos de interés:

- Cuanto mayor es el gasto en un tramo de edad, mayor es el gasto en el otro: ambos tipos de gasto no son por tanto alternativos, sino complementarios. Dicho de otro modo, aunque se observan algunas diferencias, no hay países que gasten mucho en un ámbito y poco en el otro: todos gastan más en la atención a las personas mayores que en la atención a la infancia, y gastar mucho en un ámbito –en términos relativos– equivale a hacerlo también en el otro. Así, Rumania es el país que destina a la infancia prestaciones más reducidas en relación a su PIB per cápita (21%) y también el que destina a las personas mayores prestaciones más reducidas en relación a su PIB per cápita (41%). En el extremo contrario, Dinamarca es el país que destina tanto a la infancia (42% del PIB per cápita) como a los mayores (76% del PIB per cápita) transferencias más cuantiosas.
- España se sitúa en niveles medios de gasto en relación a la UE, tanto en lo que se refiere a la infancia como a las personas mayores.
- El sesgo destinado a un colectivo sobre el otro es similar en todos los países, independientemente del tipo de Estado del Bienestar al que pertenezca. En cualquier caso, los países con mayores diferencias entre lo que reciben las personas de las diferentes generaciones son Irlanda y Finlandia, mientras que la diferencia más pequeña se da en países como Letonia, Chipre o Lituania.

Otro de los datos de interés que ponen de manifiesto las cuentas de transferencias nacionales es la relación directa –como se ha señalado en el capítulo anterior– entre las aportaciones fiscales que hacen las personas adultas y las transferencias en prestaciones y servicios a las personas mayores.

El siguiente gráfico recoge, en el eje horizontal, el porcentaje del PIB per cápita que percibe mediante transferencias una persona mayor de 75 años y, en el eje vertical, el balance neto que resulta en el caso de una persona de 45 años de la diferencia entre los impuestos y cotizaciones abonadas y las transferencias y servicios recibidos. Esa aportación neta oscila entre el 21% en Luxemburgo y el 23% en Bulgaria y el 44% en Francia. En general, aunque se observan casos que se salen con claridad de la pauta, cuanto mayor es esa aportación neta mayor es el volumen de las transferencias destinadas a las personas mayores, y viceversa.

Gráfico 32. % del PIB por habitante destinado a transferencias y servicios para personas de 75 años y % del PIB por habitante destinado a las aportaciones fiscales netas de las personas de 45 años en Europa (2010)



Fuentes: Elaboración propia a partir de los datos de Agenta Project. En la escala horizontal se recoge el gasto en prestaciones y servicios para personas de 75 años en relación al PIB per cápita y en la vertical la proporción del PIB per cápita que por término medio una persona de 45 años destina al pago de impuestos y cotizaciones una vez descontadas las prestaciones que recibe (aportación neta). El punto rojo corresponde a España.

En ese marco, se ha puesto de manifiesto el papel de la educación en el desarrollo económico, en la medida en que puede ser capaz de modificar las previsiones económicas que se derivan de las previsiones demográficas y, en ese sentido, modificar las variables que determinan la sostenibilidad del sistema de protección social. Para Abió et al. [39], no debe olvidarse que la transición demográfica viene acompañada de una transición educativa –un incremento del nivel educativo de las nuevas cohortes respecto a las anteriores–, y que no solo el cambio en la estructura de edades, sino también en el nivel educativo de la población, tienen efectos importantes en el crecimiento económico.

De hecho, señalan estos autores, “la educación ha tenido mayor impacto que la estructura por edad de la población hasta el momento, y se estima que se mantendría en cifras positivas a lo largo de todo el siglo XXI. A partir de 2015, sin embargo, el efecto edad se vuelve negativo y la educación ya no será capaz de compensarlo a partir de 2025 y hasta 2050”. En definitiva, la educación será –por delante de la estructura etaria de la población– el factor que en mayor medida determinará en el futuro el crecimiento económico y, por ende, la sostenibilidad del sistema de protección social.

A partir de esta idea, se ha desarrollado un indicador –la brecha de inversión en capital humano– que permite calcular en qué medida la inversión que una sociedad determinada realiza para asegu-

rar un nivel suficiente de reproducción demográfica y de cualificación de las nuevas cohortes puede resultar suficiente para garantizar un crecimiento económico que a su vez permita la sostenibilidad del gasto en protección social en el futuro. De acuerdo a los trabajos de Hammer et al. [40], en ninguno de los países de Europa será suficiente la inversión que las generaciones nacidas en 1950 están haciendo en las cohortes más jóvenes.

En el caso español, se calcula que serán necesarios siete años de producción de un trabajador/a medio para financiar los servicios que requerirá una persona nacida en 1950. En un escenario de creación de empleo intermedio, la contribución neta que esa generación realizará será la equivalente a tres años de producción, por lo que la brecha de inversión en capital humano equivaldrá a cuatro años de producción. Se trata de una brecha superior a la de la mayor parte de los países de la UE y se debe básicamente, de acuerdo a los datos de Hammer et al, a una mayor esperanza de vida y una menor aportación a las arcas públicas, mediante impuestos y cotizaciones, por parte de las actuales cohortes.

La cuestión que se deriva de este análisis, concluyen los autores, es si la inversión en las actuales cohortes de niños/as y jóvenes es suficiente para financiar el gasto que sus padres y madres requerirán en el futuro. Aunque esta cuestión no se tiene en cuenta a la hora de evaluar la sostenibilidad del sistema de pensiones, las transferencias a los mayores –concluyen los autores– dependen de la inversión en los niños y jóvenes o, en otras palabras, del tamaño y de la cualificación de las nuevas generaciones.

5.6. Redefinir el marco de la sostenibilidad

Los datos y reflexiones recogidos en las páginas anteriores dibujan un panorama complejo en relación a la financiación y la sostenibilidad del gasto en servicios sociales en Euskadi y plantean la necesidad de reflexionar sobre el propio concepto de sostenibilidad en el marco de los servicios de atención a la dependencia.

En relación a esta cuestión cabe señalar, en primer lugar, que el actual modelo de atención a la dependencia no parece plantear en el conjunto del Estado español problemas especiales de sostenibilidad financiera, debido fundamentalmente a su escasa cobertura y a unos costes unitarios relativamente bajos, en el contexto europeo. De hecho, los análisis que respecto a la sostenibilidad financiera a medio y largo plazo de los servicios públicos viene realizando la Comisión Europea ponen de manifiesto que los problemas de sostenibilidad financiera están en España más vinculados al sistema de salud que al de atención a la dependencia [43]. No cabe duda de que la situación al respecto es diferente en Euskadi –debido tanto a los diferentes niveles de gasto como a las diferencias en la capacidad de recaudación fiscal en cada territorio–, si bien las notables similitudes que existen entre ambos territorios pueden hacer pensar que la situación podría ser al respecto similar en Euskadi.

En todo caso, la cuestión de la sostenibilidad económica y financiera del gasto destinado a los servicios de atención a la dependencia requiere un análisis diferente, de carácter más global, que permita resituar la discusión en relación a esta cuestión. En ese sentido, el primer elemento que debe señalarse es la propia indefinición del concepto de sostenibilidad, especialmente cuando se aplica a un ámbito específico de las políticas públicas que carece de sistemas propios de financiación³². De acuerdo a Thomson et al. [44], efectivamente, el concepto de sostenibilidad, pese a parecer obvio, no está suficientemente definido en el marco de las políticas de salud o de atención a la dependencia, más allá de la idea de que los gastos e ingresos deben estar alineados, sin que los primeros crezcan por encima de los segundos. Para estos autores, sin embargo, la sostenibilidad del gasto

³² En el caso del sistema de pensiones, aunque sea de forma reduccionista, al existir un modelo de financiación finalista, la sostenibilidad puede definirse como la diferencia entre la financiación obtenida mediante las cotizaciones recaudadas en un momento dado y los compromisos de gasto contraídos para ese mismo momento. Esa diferencia puede hacer necesario recurrir a otras vías de financiación como los impuestos, el uso de las reservas previamente acumuladas o la deuda.

sanitario –y, por extensión, de cualquier otro ámbito de las políticas públicas– es una cuestión eminentemente política y debe vincularse a los resultados que una sociedad determinada desea garantizar en ese ámbito de las políticas públicas. La pregunta, para estos autores, no es tanto la de cuánto podemos pagar por unos servicios públicos determinados, sino, más bien, la de cuánto queremos pagar por ellos, qué resultados queremos obtener de ese gasto y cómo los podemos obtener de la forma más eficiente posible. Para estos autores, limitar la cuestión al desequilibrio entre ingresos y gasto implica una visión reduccionista de la cuestión, y no dice nada respecto al nivel en el que deben alinearse esos ingresos y gastos. La sostenibilidad solo puede entenderse a partir del consenso que existe en cada país respecto a los servicios que en cada ámbito de las políticas deben prestarse y a los resultados que deben garantizarse mediante esos servicios, y es por tanto una cuestión eminentemente política.

Efectivamente, indican estos autores, los límites fiscales que los Gobiernos asumen en relación a cada ámbito de las políticas públicas se derivan de opciones políticas determinadas con relación al valor que se quiere dar a un área determinada del gasto público respecto a otras y con relación a la magnitud del gasto público total. Subrayar el carácter político del debate sobre la sostenibilidad permite situar la discusión más allá de los niveles de gasto e, incluso, de recaudación, y centrar la atención en otros elementos, como el crecimiento económico necesario para la financiación del gasto, el retorno que genera, su efectividad a la hora de obtener unos resultados determinados o la disponibilidad social para mantenerlo en unos niveles determinados.

A partir de esas consideraciones, y como conclusión de este informe, cabe plantear las siguientes reflexiones:

- Como se acaba de señalar, la idea de sostenibilidad hace referencia tanto al volumen de gasto como a los mecanismos de financiación de tal gasto. Obviamente, un mismo nivel de gasto público puede ser más o menos sostenible en función de la suficiencia de los mecanismos que se establezcan para su financiación. Frente a lo ocurrido en España o en Euskadi, esa idea ha estado en la base de la reforma de los modelos de financiación de los servicios de atención a la dependencia de Francia o de Alemania. La experiencia de esos países –más similares a Euskadi desde muchos puntos de vista que los países nórdicos– pone de manifiesto que existe una tendencia a la introducción de cotizaciones o impuestos específicos para la financiación de los servicios de atención a la dependencia, en la medida en que parecen resultar más asequibles, política y socialmente, que la vía de los impuestos generales elevados que han seguido los países del Norte de Europa.
- Es importante recordar por otra parte que la sostenibilidad del gasto social hace referencia al conjunto del sistema de protección social –educación, pensiones, sanidad, garantía de ingresos, cuidados de larga duración...– y no a la evolución aislada de cada uno de esos ámbitos, y que está claramente determinada por el nivel de crecimiento económico que una sociedad es capaz de generar.
- A lo largo del siglo XX se ha producido un importante avance en la mutualización de ciertos riesgos y necesidades sociales, como la enfermedad, el desempleo, la carencia de ingresos en la vejez o la educación infantil. Cabe pensar que existe una demanda social importante –un consenso político amplio– para avanzar en una mayor mutualización del riesgo de dependencia. Esa mayor mutualización, combinada con la crisis de los cuidados y el incremento de la esperanza de vida, exige un incremento de la financiación pública que se destina a estos servicios y esta, a su vez, un incremento de los impuestos y cotizaciones que paga la ciudadanía.
- Este incremento de la presión fiscal sólo puede acometerse mediante una diversificación de las fuentes de impuestos. Como señalan Cylus et al. [3], los sistemas exclusivamente basados en la fiscalidad sobre el trabajo verán en qué medida se incrementa la aportación correspondiente a la población empleada, mientras que los sistemas más diversificados podrán repartir el coste de la financiación entre las personas con mayor consumo o mayor

capital. En ese sentido, teniendo además en cuenta la previsible reducción de la población activa y el alcance de los procesos de precarización del empleo que se vienen produciendo desde hace décadas, la tributación sobre el patrimonio y el capital, junto a la fiscalidad verde y la prevención del fraude y la elusión fiscal, parecen, de acuerdo a los organismos internacionales³³, las mejores vías para garantizar la sostenibilidad de estos servicios.

- En ese contexto, y como alternativa a la introducción de cotizaciones o impuestos finalistas establecidos en otros países, los elevados niveles de patrimonio inmobiliario de una parte importante de las actuales cohortes de personas mayores deberían ser tenidas en cuenta de cara a la financiación de los cuidados de larga duración, especialmente en el momento en que ese patrimonio es legado a otras personas, al objeto de avanzar en la mutualización del riesgo de dependencia.
- La sostenibilidad del sistema también depende de la adecuación del reparto competencial en materia de servicios sociales y de la asunción de las responsabilidades atribuidas a los diferentes niveles de la administración. Más allá del incremento del gasto, la insostenibilidad puede radicar en el desajuste entre las responsabilidades que se atribuyen, o que asumen, determinadas administraciones y la financiación que reciben. En ese marco, parece aconsejable –entre otras razones, para garantizar la sostenibilidad económica del sistema– una revisión de la arquitectura competencial del sistema de servicios sociales vasco y/o un reajuste de los flujos económicos interinstitucionales a la realidad de los servicios que cada nivel de la administración presta.
- Como se ha dicho, la capacidad de financiación del gasto social público depende tanto del crecimiento de la productividad y de la creación de riqueza como del propio incremento del gasto a financiar. El crecimiento económico, a su vez, depende de la actual capacidad de invertir en las políticas educativas, de juventud, de infancia, de natalidad y de apoyo a las familias. Los trabajos revisados para la elaboración de este informe ponen de manifiesto que la mejor manera de garantizar la sostenibilidad de los cuidados de quienes serán dependientes dentro de 50 años es invertir ahora en su educación y en sus condiciones de vida, fomentar la movilidad social y evitar la reproducción intergeneracional de la pobreza.
- El propio gasto en servicios sociales o de atención a la dependencia genera un efecto multiplicador importante, que se traduce en la generación de empleo y en retornos fiscales a las administraciones. A su vez, hay evidencia suficiente para afirmar que el no gasto en servicios sociales de atención formal tiene efectos fiscales negativos, en la medida en que reduce las tasas de actividad y retrae el crecimiento económico.
- La cuestión de la productividad y de los costes unitarios tiene también una importancia capital en lo que se refiere a la sostenibilidad del sistema. En ese marco, no puede decirse que los costes unitarios de los servicios de atención a la dependencia sean en Euskadi –al menos en lo que se refiere a la atención residencial– mayores que los que se registran en otros países. En todo caso, no puede olvidarse que existe una tensión clara entre los diferentes factores que inciden en el gasto en servicios sociales –básicamente, coberturas, ratios de atención y remuneración del personal, además de la inversión inmobiliaria en el caso de los centros residenciales y de atención diurna–, y que las administraciones deben necesariamente optar por priorizar unos factores frente a otros.
- El modelo de participación económica de las personas usuarias de los servicios sociales en la financiación de los mismos vigente en Euskadi podría ser mejorado si, de acuerdo a lo que establece la Ley de Dependencia, se estableciera un sistema de tarificación que distin-

³³ La OCDE ha puesto en ese sentido de manifiesto la necesidad de abordar los retos fiscales que encaran unas sociedades envejecidas mediante un crecimiento inclusivo. En ese sentido, uno de los informes más recientes de esta institución [1] aboga por adaptar los sistemas fiscales a una sociedad más envejecidas y, en ese marco, ampliar las bases de la imposición sobre el capital, así como hacer un mayor uso de la fiscalidad medioambiental.

ga los costes sanitarios y de atención personal, de los de alojamiento y manutención. En el medio y largo plazo, sería además aconsejable avanzar hacia modelos de gratuidad de la atención personal –independientemente de que se preste en el marco domiciliario o residencial–, en la línea del *free personal care* de Escocia, y en la línea de los modelos establecidos en Euskadi en el ámbito de la salud y la educación.

6. Bibliografía

- [1] D. Rouzet, A. C. Sánchez, T. Renault, y O. Roehn, «Fiscal challenges and inclusive growth in ageing societies», n.º 27, 2019.
- [2] J. Zalakain, «Orientaciones básicas para garantizar la sostenibilidad económica del sistema de Servicios Sociales en la CAPV», *Zerbitzuan*, 2010.
- [3] J. Cylus, J. Figueras, y C. Normand, *Will Population Ageing Spell the End of the Welfare State? A review of evidence and policy options*. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies, 2019.
- [4] T. Cravo, *The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?* París: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2020.
- [5] OECD, «Preventing Ageing Unequally». 2017.
- [6] Gómez Redondo, Rosa, Fernández Carro, Celia, y Cámara Izquierdo, Noelia, «¿Quién cuida a quién? La disponibilidad de cuidadores informales para personas mayores en España. Una aproximación demográfica basada en datos de encuesta», *Informes envejecimiento en red*, vol. 20, p. 36, oct. 2018.
- [7] Abellán García, Antonio, Aceituno Nieto, Pilar, Pérez Díaz, Julio, Ramiro Fariñas, Diego, Ayala García, Alba, y Pujol Rodríguez, Rogelio, «Un perfil de las personas mayores en España 2019, Indicadores estadísticos básicos», *Informes Envejecimiento en red*, vol. 22, p. 38, 2019.
- [8] Durán, M.A., *Las personas mayores en la economía de Euskadi*, Gobierno Vasco. 2014.
- [9] J. Costa-Font, «Financing long-term care: ex ante, ex post or both?», *Health Economics*, 2015.
- [10] L. Joshua, *Ageing and long term care systems: a review of finance and governance arrangements in Europe, North America and Asia-Pacific*. Washington: World Bank Group, 2017.
- [11] Z. Feng y E. Glinskaya, «Aiming Higher: Advancing Public Social Insurance for Long-term Care to Meet the Global Aging Challenge; Comment on “Financing Long-term Care: Lessons From Japan”», *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 9, n.º 8, pp. 356-359, 2020
- [12] R. Murray, «Hypothecated funding for health and social care: how might it work?» The Kings Fund, 2018.
- [13] J. Zalakain, «La fiscalización de las políticas sociales: funcionamiento e impacto de las deducciones fiscales reembolsables», *Zerbitzuan*, n.º 68, 2019.
- [14] I. Mosca, P. J. van der Wees, E. S. Mot, J. J. G. Wammes, y P. P. T. Jeurissen, «Sustainability of Long-term Care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers», *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 6, n.º 4, pp. 195-205, 2017.
- [15] E. B. del Val, M. M. C. Bielsa, y X. V. Soler, «Role of Private Long-Term Care Insurance in Financial Sustainability for an Aging Society», *Sustainability*, vol. 12, n.º 21, pp. 1-21, 2020.
- [16] F. Colombo, *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. París: OCDE, 2011.
- [17] R. Martínez-Lacoba, I. Pardo-García, y F. Escribano-Sotos, «The reverse mortgage: a tool for funding long-term care and increasing public housing supply in Spain», *Journal of Housing and the Built Environment*, nov. 2020
- [18] D. E. Keene, A. Sarnak, y C. Coyle, «Maximizing Home Equity or Preventing Home Loss: Reverse Mortgage Decision Making and Racial Inequality», *The Gerontologist*, vol. 59, n.º 2, pp. 242-250, mar. 2019
- [19] C. Bonnet, S. Juin, y A. Laferrère, «Private Financing of Long-Term Care: Income, Savings and Reverse Mortgages», *Economie et Statistique*, pp. 5-24, 2019.

- [20] SIIS Centro de Documentación y Estudios y et al., Eds., «Organización de los servicios sociales municipales en las comunidades autónomas: cinco estudios de caso», Zerbitzuan, 2017.
- [21] T. Muir, *Measuring social protection for long-term care*. París: OECD, 2017.
- [22] J. Zalakain, *Desigualdad, exclusión y cuidados en los territorios de Euskal Herria: retos, fortalezas, consensos, disensos y posibilidades de avance*. En: XVIII Congreso de Estudios Vascos El futuro que nos (re)une: Congreso del Centenario. Donostia-San Sebastián: Eusko Ikaskuntza-Sociedad de Estudios Vascos, 2019.
- [23] F. Borrallo, S. Párraga-Rodríguez, y J. Pérez, «Los retos de la fiscalidad ante el envejecimiento: evidencia comparada de la Unión Europea, Estados Unidos y Japón». Banco de España, 2021.
- [24] Servicio de Estudios de MAPFRE, «Envejecimiento poblacional». Fundación MAPFRE, 2019.
- [25] M. D. Ramos-Herrera y S. Sosvilla-Rivero, «Fiscal Sustainability in Aging Societies: Evidence from Euro Area Countries», *Sustainability*, vol. 12, n.º 24, 2020
- [26] U. Martín, «¿Acabará el envejecimiento con nuestras sociedades? Datos, ideas y discursos interesados sobre el envejecimiento», *Ekonomiaz*, n.º 96, 2019.
- [27] J. M. Abellán y J. E. Martínez, «Las perspectivas demográficas y el sistema sanitario», *Ekonomiaz*, n.º 96, 2019.
- [28] M. S. T. Minoldo, «La sostenibilidad del envejecimiento», *Papers. Revista de Sociología*, 2016.
- [29] I. Zubiri, *El impacto económico del gasto en política social de la Diputación Foral de Gipuzkoa*. EN: Ponencias del proceso de reflexión / Hausnarketa prozesuaren txostenak. Donostia- San Sebastián: Diputación Foral de Gipuzkoa, 2010.
- [30] B. Díaz, «La atención a la dependencia como motor de desarrollo económico», *Revista Internacional de Sociología*, 2014.
- [31] P. Moya-Martínez, F. Bermejo, y R. del Pozo-Rubio, «Hard times for long-term care systems? Spillover effects on the Spanish economy», pp. 1-19, abr. 2020,.
- [32] J. Geyer, «Indirect fiscal effects of long-term care insurance», *Fiscal Studies*, 2017.
- [33] *Desberdintasun sozialak eta laguntzak = Desigualdades sociales y prestaciones*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco, 2015.
- [34] *Sanidad = Osasungintza*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco, 2019.
- [35] I. Calzada, *En lo bueno y en lo malo. Las opiniones de los españoles hacia las políticas sociales durante la crisis y más allá. VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: Fundación FOESSA, 2019.
- [36] P. Campelo, *Opinión pública y política fiscal. VIII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid: Fundación FOESSA, 2019.
- [37] *Attitudes towards adequacy and sustainability of social protection systems in the EU*. Bruselas: European Union, 2020.
- [38] OCDE, «Risks That Matter. Main Findings from the 2018 OECD Risks that Matter Survey». 2019.
- [39] G. Abío, «Las cuentas nacionales de transferencias: aplicaciones y resultados para España», *Papeles de Economía Española*, n.º 161, 2019.
- [40] B. Hammer, A. Prskawetz, R. I. Gál, L. Vargha, y T. Istenič, «Human Capital Investment and the Sustainability of Public Transfer Systems Across Europe: An Evaluation based on National Transfer Accounts», *Population Ageing*, vol. 12, n.º 4, pp. 427-452, dic. 2019.
- [41] P. Arevalo, K. Berti, y P. Eckefeldt, «The Intergenerational Dimension of Fiscal Sustainability». European Economy Discussion Papers, 2019.
- [42] M. Solé, G. Souto, E. Rentería, G. Papadomichelakis, y C. Patxot, «Protecting the elderly and

children in times of crisis: An analysis based on National Transfer Accounts», *The Journal of the Economics of Ageing*, vol. 15, 2020.

- [43] European Comision, «Identifying fiscal sustainability challenges in the areas of pension, health care and long term care policies», *European Economy Occasional Papers*, n.º 201, 2014.
- [44] World Health Organization. Regional Office for Europe et al., *Addressing financial sustainability in health systems*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2009.
- [45] J. Montserrat, «Sostenibilidad del sistema de atención a la dependencia», *Papeles de Economía Española*, n.º 161, 2019.