

# ESCALABILIDAD DEL MODELO DE ATENCIÓN COMO EN CASA EN LOS CENTROS RESIDENCIALES:

*un análisis de su viabilidad económica*



Financiado por  
la Unión Europea  
NextGenerationEU



Plan de Recuperación,  
Transformación y Resiliencia

## Autores

Siis - SIIS Centro de Documentación y Estudios  
Equipo Como en Casa de Matia

**Diciembre, 2024. Versión final**

## Matia Fundazioa



**Reconocimiento - No Comercial - Sin Obra Derivada (by-nc-nd)**

*Esta licencia no permite la generación de obras derivadas ni hacer un uso comercial de la obra original, es decir, sólo son posibles los usos y finalidades que no tengan carácter comercial.*

# Índice

<b>Capítulo 1. Presentación del estudio .....</b>	<b>5</b>
1.1. El proyecto <i>Como en casa</i> .....	5
1.2. Objetivos y estructura del estudio .....	5
<b>Capítulo 2. El modelo <i>Como en casa</i> y su impacto en el coste de las plazas residenciales .....</b>	<b>7</b>
2.1. Introducción.....	7
2.2. Metodología .....	8
2.2.1. Las variables y elementos de coste que contempla la herramienta de simulación .....	8
2.2.2. La definición y operativización de los 'Territorios de coste' .....	11
2.2.3. Consideraciones metodológicas adicionales.....	14
2.3. Los parámetros clave del modelo y su incidencia en los costes .....	15
2.3.1. El tamaño y la composición de las unidades de convivencia .....	16
2.3.2. La dotación y el perfil del personal de cuidados .....	16
2.3.3. Adaptación y reforma de los centros residenciales .....	20
2.3.4. Síntesis de los elementos específicos del modelo con impacto en el coste plaza .....	21
2.4. La estructura de costes del modelo <i>Como en casa</i> : un enfoque comparativo .....	22
2.4.1. El coste plaza del modelo se estima entre los 78,2 y los 127,0 euros por día .....	22
2.4.2. Los costes de personal de atención directa representan una proporción notablemente más alta dentro del modelo <i>Como en casa</i> .....	23
2.4.3. ¿Cuánto aumentan los costes de personal de atención directa? una aproximación exploratoria .....	24
2.4.4. Una mirada alternativa sobre la estructura de costes de <i>Como en casa</i> : un análisis desde la perspectiva de los sistemas de protección social .....	25
2.5. <i>Como en casa</i> frente a las fórmulas convencionales de atención residencial ¿En qué medida crece el coste plaza? .....	27
2.6. El coste plaza del modelo <i>Como en casa</i> en perspectiva internacional .....	28
<b>Capítulo 3. Estimación del gasto destinado a la financiación de los servicios residenciales para personas mayores: un análisis prospectivo para distintos escenarios de despliegue del modelo <i>Como en casa</i> en 2030 .....</b>	<b>30</b>
3.1. Introducción.....	30
3.2. El envejecimiento de la población en el horizonte del 2030 .....	31
3.3. La población mayor en situación de dependencia: estado actual, tendencias y proyección para el 2030 .....	34
3.3.1. El alcance de la dependencia entre la población de 65 y más años: ideas clave .....	35
3.3.2. La metodología empleada para las proyecciones de la dependencia .....	37
3.3.3. Radiografía de la dependencia en 2030: síntesis de las proyecciones .....	38
3.4. La estimación del gasto en los servicios de atención residencial para personas mayores en 2030.....	41
3.4.1. ¿A cuánto asciende el gasto actual en los servicios de atención residencial?.....	41
3.4.2. Escenarios contemplados para el ajuste del número de plazas residenciales en el horizonte del 2030 .....	42
3.3.3. El gasto en servicios de atención residencial para mayores en 2030: resultados de las estimaciones .....	45
3.3.4. Síntesis de los resultados.....	50

<b>Capítulo 4. Fórmulas para facilitar la sostenibilidad económica de los cuidados de larga duración en España .....</b>	<b>53</b>
4.1. Sostenibilidad de los cuidados de larga duración: principios y conceptos básicos .....	53
4.2. Datos clave de gasto, coste y fuentes de financiación: situación actual, tendencias y perspectiva internacional.....	53
4.2.1. Marco normativo.....	53
4.2.2. Elementos básicos relacionados con la financiación de los servicios de atención a la dependencia.....	55
4.3. Estrategias para la sostenibilidad del en cuidados de larga duración: experiencia internacional.....	58
4.4. Estrategias para la sostenibilidad del gasto en cuidados de larga duración: aprendizajes de la experiencia internacional .....	62
4.4.1. Estrategias orientadas a la reducción de los costes y la contención del gasto .....	64
4.4.2. Estrategias orientadas al incremento de los recursos públicos.....	66
4.4.3. Estrategias orientadas a la modificación de la distribución interinstitucional del gasto público en Servicios Sociales.....	74
4.4.4. Elementos básicos relacionados con la financiación de los servicios de atención a la dependencia.....	55
4.5. Propuestas para la sostenibilidad del sistema de cuidados de larga duración.....	62
<b>Referencias bibliográficas y legislación consultada .....</b>	<b>77</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>80</b>

# Capítulo 1 - Presentación del estudio

## 1.1. El proyecto '*Como en casa*'

El proyecto *Como en Casa* es uno de los 20 proyectos piloto desarrollados en el marco de la *Estrategia estatal de desinstitucionalización para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad*. Esta estrategia ha sido impulsada por la Secretaría de Estado de Derechos Sociales del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y cuenta con financiación de los Fondos Next Generation y del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

Iniciado en enero de 2022, y liderado por Matia Fundazioa y Matia Instituto, el proyecto *Como en Casa* se enfoca en mejorar el bienestar de las personas que viven en centros residenciales para personas mayores, avanzando desde su perspectiva y experiencia subjetiva, en la generación de alojamientos que, centrados en las personas, permitan la continuidad del proyecto vital individual de quienes precisan apoyos, desde el respeto pleno a sus derechos. De manera más específica, este proyecto busca avanzar en la definición de un modelo del buen cuidado que, desde la perspectiva de sus protagonistas, oriente de manera integral y desde cada uno de sus ejes o dimensiones la transformación del modelo actual de atención residencial.

Como punto de partida del proyecto, se elaboró una propuesta orientadora de un modelo de buen cuidado, basada en las preferencias de las personas residentes, en la evidencia disponible y en los aprendizajes adquiridos por el equipo del proyecto en procesos previos de transformación del modelo de atención residencial. Su definición se fundamenta en una comprensión y articulación de los cuidados de larga duración caracterizado por una mirada ecosistémica, holística, territorializada y comunitaria, en la que se integran todos los apoyos y cuidados disponibles en un entorno concreto: personas allegadas, servicios sociales y sanitarios, acción voluntaria, comercio de proximidad, alojamientos con cuidados temporales o definitivos y cualquier otro apoyo que, procedente del entorno comunitario, pueda promover la autonomía y el buen cuidado de las personas, allí donde se encuentren.

El modelo propuesto se ha implementado en 17 centros residenciales de Asturias y Euskadi, para su posterior evaluación. Los aprendizajes adquiridos en este proceso servirán para modificar el prototipo preliminar y constituyen la base del modelo de transformación resultante del proyecto.

## 1.2. Objetivos y estructura del estudio

El modelo de atención inicialmente propuesto plantea transformaciones de calado en múltiples dimensiones de la atención residencial. Entre ellas, cabe destacar las siguientes:

- *Adecuación y diseño de los espacios físicos*. Esta dimensión se configura como elemento esencial para la consecución de ambientes personalizados y significativos, que protejan la intimidad de las personas y promuevan las relaciones dentro y fuera de la unidad de convivencia.
- *Cambios organizativos*: Se contempla la necesidad de implementar cambios en las ratios de profesionales, identificar las competencias y disciplinas que serán relevantes para proporcionar un buen cuidado, y determinar el número y las características adecuadas de las personas usuarias.
- *Cultura del cuidado y buen trato*. En esta dimensión, relacionada con el buen trato, la personalización y la vida significativa, se revisan de manera participativa los elementos clave que las personas demandan en su atención. Este proceso implica formar a los equipos desde metodologías reflexivas y acompañarlos en la transformación de las prácticas profesionales actuales hacia otras basadas en derechos y buen trato en la vida cotidiana.

De lo anterior se desprende que una parte significativa de los cambios y transformaciones vinculados al nuevo modelo tendrá, inevitablemente, implicaciones en términos del coste de la atención residencial. En este sentido, uno de los ejes fundamentales del proyecto *Como en casa* consiste en la elaboración de un estudio para evaluar dichas implicaciones y para analizar la viabilidad económica de la generalización del modelo.

En este marco, los objetivos de este estudio son los siguientes:

- Identificar el coste plaza que supone el modelo *Como en casa*.
- Comparar el coste plaza del modelo *Como en casa* con el correspondiente a otros modelos de atención existentes.
- Proyectar el gasto público y privado que supondría, en el horizonte del 2030, la implementación del modelo *Como en casa* en los centros residenciales para personas mayores en España, planteando en su caso diversos escenarios de cobertura de los servicios residenciales y/o de generalización del nuevo modelo.
- Comparar el gasto público y privado adicional que, en 2030 y bajo diversos escenarios de cobertura y generalización del modelo *Como en casa*, podría suponer la implementación de este nuevo modelo.
- Reflexionar sobre las fórmulas de financiación que cabría aplicar para dar respuesta al gasto adicional requerido.

A partir de esos objetivos, junto a este primer capítulo introductorio, el estudio se organiza en tres capítulos adicionales.

Como punto de partida del análisis de la viabilidad económica de la implantación de *Como en casa*, el segundo capítulo se centra en la determinación del coste-plaza del nuevo modelo. Para ello, se identifican aquellos elementos de coste específicos que experimentan una variación respecto a los modelos de atención convencionales. La identificación de estas diferencias posibilita abordar, de manera aproximada, la estimación de la diferencia en términos de coste plaza que supone la implementación del nuevo modelo.

Tras determinar el coste-plaza asociado a los servicios residenciales *Como en casa*, y evaluar su diferencial respecto al coste de los servicios residenciales convencionales, el tercer capítulo analiza las implicaciones económicas en términos agregados. Con referencia al año 2030, se proyecta el incremento de gasto que propiciaría la implantación del nuevo modelo, planteándose distintos escenarios de despliegue. Para cada escenario, se compara el gasto estimado con aquel que resultaría de proyectar el mantenimiento del *mix* de modelos de atención residencial actual.

Por último, el cuarto capítulo desarrolla una reflexión teórica acerca de las posibles vías de financiación para cubrir el gasto adicional asociado a la implementación de *Como en casa*. En concreto, se realiza una breve revisión de las diferentes fórmulas que podrían articularse para la financiación del gasto residencial, a partir de la experiencia internacional disponible. De esta manera, se pretende identificar un compendio de estrategias viables para garantizar la sostenibilidad económica de los servicios de atención residencial para personas mayores en un contexto de adopción de un modelo de atención acorde con las perspectivas actuales sobre derechos, dignidad y calidad de vida en la vejez.

# Capítulo 2 - El modelo *Como en casa* y su impacto en el coste de las plazas residenciales: un análisis territorial

---

## 2.1 Introducción

Como punto de partida del análisis sobre la viabilidad económica de la extensión del modelo *Como en casa*, en este primer capítulo se abordan tres preguntas clave:

- ¿Cuál es el coste plaza de los servicios residenciales en el marco del modelo *Como en casa*?
- ¿Cuáles son los elementos de coste que varían con respecto a otros modelos de atención existentes?
- ¿En qué medida cambia el coste plaza del modelo en comparación con el de los servicios residenciales convencionales?

Como se ha señalado en el apartado introductorio, para dar respuesta a estas tres interrogantes, se ha avanzado en dos líneas de trabajo complementarias:

- En primer lugar, se han definido los elementos consustanciales al modelo “*Como en Casa*” que tienen implicaciones en términos de costes económicos. El análisis no tiene en cuenta el conjunto de los elementos que permiten materializar el modelo “*Como en Casa*”, sino únicamente aquellos elementos consustanciales al modelo que se traducen en cambios en el coste de provisión de la atención residencial.
- En segundo lugar, se ha desarrollado una herramienta de simulación de costes que permite explorar distintos diseños del modelo y obtener la estructura de costes resultante para cada caso. De esta forma, además del coste plaza total, se ha podido cuantificar el valor de los principales componentes o variables de coste. Adicionalmente, la herramienta es sensible a las diferencias de coste observadas entre distintos ámbitos geográficos, incorporando así la dimensión territorial al análisis.

Este capítulo se articula en cinco apartados:

- Tras este primer apartado introductorio, en el segundo se detallan los principales aspectos metodológicos del proceso de simulación de la estructura de costes.
- En el tercer apartado se identifican los parámetros de coste que caracterizan al modelo *Como en casa*. Se describen específicamente aquellos elementos que son distintivos del modelo, analizando paralelamente cómo se traducen en términos de coste plaza.
- En el apartado que sigue se presentan los resultados referentes a la estimación de la estructura de costes del modelo *Como en casa*. Estos revelan el valor que alcanza cada variable de coste, reflejando la distribución del coste plaza total. Sin embargo, por sí solos, estos resultados no proporcionan ninguna información sobre cómo se comparan con la estructura de costes de otros modelos de atención existentes. Con el fin de abordar esta limitación, en la medida en la que la literatura especializada disponible lo permite, se analizan las diferencias en variables de coste específicas.
- El quinto apartado se centra en cuantificar y comparar las diferencias en cuanto al coste plaza del modelo *Como en casa* frente al de los servicios residenciales convencionales.

- Por último, el sexto apartado recoge, muy brevemente, algunas referencias internacionales relativas al coste de los servicios residenciales, señalando la posición que los centros residenciales ocupan en el contexto internacional en la actualidad y en el caso de que se aplicaran los costes que se derivan del modelo “*Como en casa*”.

## 2.2 Metodología

Como acaba de señalarse, con el propósito de calcular el coste por plaza y día del modelo *Como en casa*, se ha desarrollado, como punto de partida, una herramienta de simulación de costes<sup>1</sup>. Esta herramienta se ha concebido con el objetivo de poder dar forma a distintas versiones posibles del modelo, y analizar la estructura de costes resultante en cada caso. En particular, está diseñada para que se introduzcan una serie parámetros clave que caracterizan y definen el nuevo modelo, como las ratios de personal, o el tamaño medio de las plazas residenciales, entre otros. A partir de estos inputs, la herramienta calcula de manera automática el coste por plaza y día correspondiente, especificando su distribución entre las principales variables y elementos de coste.

Además, la herramienta de simulación atiende de manera específica la variabilidad territorial existente en los costes de atención residencial. Para modelizar estas diferencias, define tres agrupaciones territoriales, denominadas *territorios de coste* (TC, en adelante). La inclusión de estos TC en la simulación tiene como objetivo reflejar, de manera aproximada, el impacto que las disparidades territoriales en cuanto a los salarios y el coste de la vida, entre otros factores, tienen sobre los costes de implantación del modelo *Como en casa*.

El valor de cada uno de los parámetros que incorpora la herramienta de simulación ha sido definido por las personas pertenecientes al equipo de *Matia Instituto* y *Fundación Matia* que participan en el proyecto *Como en casa*.

### 2.2.1 Las variables y elementos de coste que contempla la herramienta de simulación

La estructura de costes simulada mediante esta herramienta permite descomponer el coste total por plaza y día según su naturaleza. Para ello, se han definido siete agrupaciones distintas, denominadas *variables de coste*, cuya delimitación y composición se ha realizado conforme a las directrices establecidas por el equipo de *Matia Instituto*. Es importante recordar que algunas de esas variables de coste se modifican como consecuencia de la aplicación del modelo “*Como en casa*”, mientras que otras no se modifican. También es importante señalar, como se indica más adelante, que una parte importante de los cambios organizativos, profesionales o asistenciales que supone el modelo no tienen, en sí mismos, implicaciones directas en términos de coste, y no han sido por tanto simulados mediante esta herramienta.

Cada *variable de coste* refleja su propio coste por plaza y día, calculado a partir de la suma de los importes referentes a los distintos elementos de coste que la conforman. La selección de estos elementos se ha basado en los planteamientos identificados en la literatura especializada, y abarcan, en la medida de lo posible, los costes más significativos que se asocian a la prestación de servicios de atención residencial a personas mayores.

Pese a que estas *variables y elementos de coste* conforman el esqueleto básico de la herramienta, para garantizar que las simulaciones se ejecuten de manera correcta, es necesario asignar de antemano el valor de dos parámetros generales: el número de plazas en cada Unidad de Convivencia (en adelante, UC)<sup>2</sup> y el tamaño medio –medido en m<sup>2</sup>– de estas plazas. El primero de los parámetros influye en prácticamente todos los cálculos relacionados con el coste por plaza y día, mientras que el segundo incide particularmente sobre los costes asociados con la infraestructura y los equipamientos.

<sup>1</sup> Como complemento a este informe, se ha puesto a disposición abierta una versión simplificada de la herramienta de simulación de costes desarrollada para el modelado de *Como en casa*.

<sup>2</sup> Como se detalla en el [apartado 2.3.3](#), el planteamiento de *Como en casa* es que los centros residenciales se organicen en pequeñas Unidades de convivencia (UC), diseñadas para reproducir la estructura, el ambiente y el funcionamiento de un hogar.

A continuación, se presentan estas *variables de coste* de manera diferenciada. Para cada una de ellas, se describe brevemente el procedimiento de cálculo utilizado para determinar el coste por plaza y día, y se identifican los principales elementos de coste que la integran.

### a) Personal cuidador o de atención directa

La estimación de los costes relativos al personal cuidador o de atención directa se fundamenta en la asignación de niveles de dotación para distintos perfiles de profesionales cuidadores –en forma de ratios o personal por turno–. A partir de estas dotaciones, se calcula el número de trabajadores equivalentes a tiempo completo (ETC) correspondiente y el total de horas trabajadas para cada perfil<sup>3</sup>. Además, la simulación proporciona la distribución por turnos de esas horas<sup>4</sup> (mañana, tarde y noche).

Vinculando estos datos con el esquema de remuneraciones de referencia (ver apartado 2.2.2), se cuantifica el coste salarial total para cada perfil profesional. Es importante señalar que además de la remuneración base, la simulación contempla los costes salariales por nocturnidad, domingos y festivos, y festivos especiales.

Al resultado anterior, se le añade una suma que representa todos aquellos costes de personal que no han sido explícitamente modelizados (sustituciones, bajas, formaciones, etc.). Siguiendo los ejemplos disponibles en la literatura especializada, estos costes adicionales de personal se calculan como un porcentaje sobre los costes salariales totales (Díaz et al., 2022, 2023). Para el caso específico del modelo *Como en casa*, se ha considerado que los costes adicionales de personal equivalen al 7,5% de los costes salariales referentes al personal de atención directa.

A la suma de los costes salariales y los costes adicionales de personal se le aplica un plus del 32,5% por los costes de las cotizaciones a la Seguridad Social<sup>5</sup> a cargo de la empresa.

### b) Otros costes vinculados con el cuidado

Esta variable de coste incluye aquellos costes asociados al cuidado que no se atribuyen directamente al personal de atención directa. Específicamente, abarca los costes relacionados con materiales como suministros sanitarios, transporte y traslados, por ejemplo. En este caso, los valores de coste por plaza y día deben introducirse directamente en la herramienta simulación.

A estos efectos, se ha considerado que los elementos de coste incluidos no varían significativamente entre los tres TC, y, por tanto, se asigna el mismo coste por plaza y día a cada uno.

### c) Costes hoteleros

Dentro de esta variable se incorporan aquellas partidas de gasto que tienen que ver con la manutención y el alojamiento de las personas residentes.

Dependiendo del centro residencial, estos costes pueden tener su origen en factores muy distintos. Por ejemplo, pueden deberse a los costes salariales del personal directamente contratado para la realización de algunas de estas funciones –personal de cocina, limpieza–, así como a los insumos necesarios para llevarlos a cabo –alimentos, material de limpieza–. Alternativamente, pueden derivarse de la contratación de servicios externos.

En esta línea, la herramienta de simulación permite experimentar con distintos *mix* de funciones internalizadas –llevadas a cabo por personal directamente contratado– y externalizadas, posibilitando la estimación de los costes asociados a distintas formas de articular estas funciones dentro del modelo.

<sup>3</sup> Dado que la jornada anual varía según el Territorio de coste (ver apartado 2.2.2), las ratios de personal se han ajustado para garantizar que, en cada uno de los Territorios de coste, el número total de horas trabajadas por perfil sea equivalente.

<sup>4</sup> Este cálculo se realiza de forma directa cuando la dotación de personal se expresa en términos de personal por turno. A estos efectos, los turnos se han definido de la siguiente manera. Los turnos de mañana (8.00 A.M. – 3.00 PM) y tarde (3.00 PM – 10.00 PM) tienen una duración de 7 horas cada uno, mientras que el turno de noche (10.00 PM – 8.00 AM) se prolonga durante 10 horas.

En cambio, cuando la dotación se expresa en forma de ratio, la distribución de las horas totales por turnos se realiza con arreglo al siguiente criterio: el turno de tarde representa el 60% de las horas del turno de la mañana, mientras que el turno de noche representa el 20%.

<sup>5</sup> Es el resultado de la siguiente suma: 23,6% por Contingencias Comunes, 5,5% por Desempleo, 2,0% por Accidentes de Trabajo y Enfermedades Comunes; 0,2% por FOGASA; 0,6% por Formación Profesional; y 0,58% por el Mecanismo de Equidad Intergeneracional.

La simulación de los costes referentes a las personas directamente contratadas se realiza de acuerdo con las pautas descritas para el personal cuidador o de atención directa: los costes se calculan automáticamente con arreglo a las dotaciones definidas.

Independientemente de si estas funciones están internalizadas o externalizadas, se definen cuatro elementos de coste adicionales para los que se debe asignar un coste por plaza y día: *alimentación*, *limpieza-lavandería*, *ropería*, y *material de higiene*<sup>6</sup>. Considerando que parte de estos elementos de coste pueden variar notablemente en función del TC (*alimentación*, y *limpieza-lavandería*, en concreto), la herramienta de simulación modula sus cuantías de manera acorde.

#### d) Costes de infraestructura y servicios comunes

Esta variable engloba los costes asociados con la inversión en inmuebles y equipamientos (amortizaciones, arrendamientos, gastos financieros, etc.), así como con los costes de los servicios que son comunes a las distintas unidades que conforman el centro residencial (suministros, mantenimiento, jardinería, etc.). Para estos últimos, siguiendo el mismo procedimiento que el empleado para los *costes hoteleros*, la herramienta de simulación permite experimentar con distintas combinaciones en cuanto al nivel de internalización-externalización de estas funciones.

Con la excepción del personal directamente contratado –cuyos costes se calculan de forma automática a partir de la asignación de las dotaciones establecidas–, para el resto de los elementos de coste considerados debe asignarse el coste por plaza y día correspondiente. Se contemplan cinco elementos de coste: *suministros*, *seguros*, *mantenimiento*, *arrendamientos*, *gastos financieros* y *amortizaciones*.

La herramienta ajusta los costes por *mantenimiento* y *amortizaciones* según TC. Es importante señalar, tal como se describe con mayor detalle en el [apartado 2.2.2](#), que el criterio de modulación territorial para las *amortizaciones* es distinto al utilizado para el resto de los elementos de coste.

#### e) Costes de administración y gestión

Dentro de esta variable de coste se agregan todos los gastos relacionados con la administración y gestión del centro residencial, así como los costes ligados a su estructura organizativa. Al igual que en los casos anteriores, la herramienta de simulación permite definir distintos *mix* de internalización-externalización para los elementos de coste incluidos en esta variable.

En caso del personal contratado con funciones de administración y gestión, el coste por plaza y día se calcula automáticamente de acuerdo con la dotación designada. Más allá del personal, se identifican dos elementos de coste adicionales. *Administración y gestión* –que aúna costes de auditoría, gestoría, sistemas de gestión y calidad, publicidad, etc.– y *Costes de estructura organizativa*. En estos casos, debe asignarse el coste por plaza y día correspondiente, y su cuantía se ajusta para tener en cuenta las diferencias entre distintos territorios de coste.

#### f) Margen de seguridad

Mediante esta variable se pretende cuantificar el coste por plaza y día que se desprende del margen económico establecido habitualmente para que los ingresos sean superiores a los gastos, a fin de afrontar sin dificultades las obligaciones financieras y de tesorería (Granell et al., 2018). Se calcula en forma de porcentaje sobre el total de costes operativos. Para ello, debe asignarse qué porcentaje representa en relación con la suma del coste por plaza y día de todas las variables de coste descritas hasta el momento.

Cabe poner de manifiesto que en el marco del modelo *Como en casa*, el porcentaje asignado para este parámetro ha sido del 3%.

<sup>6</sup> La interpretación de los valores de estos elementos de coste puede variar considerablemente. Por ejemplo, si el centro dispone de personal de cocina directamente contratado, el valor reflejado en la rúbrica *alimentación* se referirá exclusivamente a los insumos necesarios para proporcionar comida (alimentos, ingredientes). En cambio, si no se dispone de este personal, representa el coste de subcontratar esta función.

### g) Costes de adaptación y reforma de los centros residenciales

Dentro de esta variable de coste se recogen todos aquellos costes relacionados con las inversiones y reformas necesarias para la adaptación estructural de los centros residenciales a los requerimientos del nuevo modelo.

Para simular este montante en términos de coste por plaza y día, deben asignarse los parámetros que se enumeran a continuación<sup>7</sup>:

- Coste medio por m<sup>2</sup> de acometer las reformas y adaptaciones necesarias.
- El porcentaje de centros residenciales que requerirán emprender reformas y adaptaciones.
- El plazo de amortización para las reformas y adaptaciones.

Los parámetros específicos para el modelo *Como en casa* y la manera detallada en la que se han abordado estos cálculos se describen en el [apartado 2.3.3](#).

La herramienta de simulación es sensible a las disparidades territoriales que afectan a este tipo de costes, y ajusta las cuantías resultantes según el TC, empleando los coeficientes específicos considerados para las amortizaciones.

### 2.2.2 La definición y operativización de los ‘Territorios de coste’

Con el propósito de abordar las diferencias territoriales existentes en los niveles salariales, el coste de la vida, y otros factores relevantes que inciden directamente en la determinación del coste de una plaza residencial, se han definido tres grandes agrupaciones territoriales, bajo la denominación de *Territorios de coste* (TC): *TC alto*, *TC medio* y *TC bajo*.

#### a) Fuente de información de referencia: Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL)

Para determinar la composición de cada uno de los TC, se ha recurrido a la información que proporciona la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL). La MCVL es un extracto de datos individuales anonimizados, procedentes de las bases de datos de la Seguridad Social, a los que se añaden otros que se toman del Padrón Continuo Municipal (Instituto Nacional de Estadística) y del resumen anual de retenciones e ingresos a cuenta del IRPF (Modelo 190 de la AEAT). Esos datos corresponden a una muestra de personas seleccionadas al azar entre quienes fueron afiliadas o pensionistas de la Seguridad Social durante el último año natural finalizado, o año de referencia. De manera orientativa, el tamaño muestral de cada edición ronda 1.300.000 personas.

Por medio de esta fuente, es posible conocer los episodios de alta laboral que han tenido las personas incluidas en la muestra. Para cada uno de estos episodios, se recopila un gran volumen de información:

- Fecha de alta y baja (en caso de haberse dado) del episodio de afiliación.
- Tipo de contrato de trabajo.
- Coeficiente de tiempo parcial<sup>8</sup>.
- Grupo de cotización<sup>9</sup>.
- Código de Cuenta de Cotización (CCC)<sup>10</sup>.
- Actividad Económica de la Cuenta de Cotización (Clasificación CNAE 2009).
- Base de cotización mensual.

<sup>7</sup> El tamaño medio de las plazas residenciales, definido de antemano como parámetro general, es asimismo un elemento central para el cálculo de este resultado.

<sup>8</sup> Indica el tiempo de duración de la jornada que realiza el trabajador como fracción, expresada en milésimos, de la jornada completa habitual en la empresa o entidad empleadora.

<sup>9</sup> Permite identificar la categoría profesional vinculada al contrato. Actualmente, la MCVL identifica un total de 11 grupos de cotización: Ingenieros, licenciados y alta dirección (01); Ingenieros técnicos, peritos y ayudantes (02); Jefes administrativos y de taller (03); Ayudantes no titulados (04); Oficiales administrativos (05); Subalternos (06); Auxiliares administrativos (07); Oficiales de primera y segunda (08); Oficiales de tercera y especialistas (09); Mayores de 18 años no cualificados (10); Trabajadores menores de 18 años (12).

<sup>10</sup> Es el código que recoge los datos identificativos del empleador. Permite, entre otros, identificar la provincia en la que la entidad pagadora desarrolla su actividad. Para más información, consultar la [Guía de contenido de la MCVL](#).

### b) La asignación de los Territorios de coste

Para identificar los distintos TC, en primer lugar, para cada CA se ha calculado el promedio de las bases de cotización mensuales asociadas al código 87 de la CNAE 2009<sup>11</sup>. A propósito del cálculo de este promedio, es importante especificar varias cuestiones:

1. Las bases de cotización se han ajustado de manera que aquellas que se corresponden con contratos a tiempo parcial se convierten en equivalentes a tiempo completo.
2. Para la cuantificación del promedio de las bases de cotización por CA, se tiene en cuenta el Grupo de cotización asociado a cada base de cotización. Partiendo de los 11 grupos de cotización que distingue la MCVL, se construyen dos categorías: 1) Grupo de cotización de remuneración alta; y 2) Grupo de cotización de remuneración baja.
3. El cálculo del promedio de las bases de cotización por CA se realiza mediante una media ponderada, asignando una ponderación específica a cada una de las dos categorías anteriormente definidas —grupo de cotización de remuneración alta y baja—. Mediante este enfoque, se pretenden corregir los posibles sesgos muestrales que pueden darse en distintas CA<sup>12</sup>.

Con el objeto de ampliar la muestra de referencia, se han integrado las ediciones del 2019, 2020, 2021 y 2022. Tras llevar a cabo las depuraciones necesarias, se obtiene una muestra de 62.850 bases de cotización que tienen asociado el código 87 de la CNAE 2009.

La siguiente tabla recoge el promedio de las bases de cotización para cada CA, así como el tamaño de muestra correspondiente:

**Tabla 1. Estimación del promedio mensual de las Bases de cotización por CCAA, comparativa frente al promedio del estado, y tamaño muestral.**

Comunidades Autónomas	Promedio Bases de cotización	% vs conjunto del Estado	Muestra (N)
Andalucía	1.450,81 €	87,6%	8.154
Aragón	1.707,44 €	103,1%	2.585
Principado de Asturias	1.786,72 €	107,8%	1.547
Illes Balears	1.750,18 €	105,6%	876
Canarias	1.457,22 €	88,0%	2.032
Cantabria	1.598,77 €	96,5%	845
Castilla y León	1.688,15 €	101,9%	6.008
Castilla-La Mancha	1.566,36 €	94,5%	2.983
Cataluña	1.690,54 €	102,0%	11.389
Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla	1.622,21 €	97,9%	273
Comunitat Valenciana	1.585,91 €	95,7%	5.768
Extremadura	1.377,55 €	83,1%	1.107
Galicia	1.463,37 €	88,3%	2.751
Comunidad de Madrid	1.680,74 €	101,4%	10.115
Región de Murcia	1.498,05 €	90,4%	1.019
Comunidad Foral de Navarra	2.020,45 €	122,0%	1.174
País Vasco	2.278,41 €	137,5%	3.797
La Rioja	1.555,25 €	93,9%	427
<b>Conjunto del estado</b>	<b>1.656,77 €</b>	<b>100,0%</b>	<b>62.850</b>

Fuente: Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL), 2019-2022.

<sup>11</sup> El código 87 se corresponde con las 'Actividades de asistencia en establecimientos residenciales'.

<sup>12</sup> Por ejemplo, en una Comunidad Autónoma concreta, el peso específico de las bases de cotización de remuneración alta puede ser particularmente elevado por motivo de una composición muestral poco representativa de la realidad. Para contrarrestar este sesgo en el cálculo del promedio de las bases de cotización, se utiliza un promedio ponderado. Las ponderaciones se determinan según el peso específico de cada grupo de cotización en relación con el total de bases de cotización disponibles, a nivel nacional.

Una vez obtenidos los promedios de las bases de cotización por CCAA, se ha procedido a su agrupación por territorios de coste. La asignación del territorio se ha realizado en función de la desviación del promedio de las bases de cotización de cada CA con referencia al promedio referente al conjunto del estado:

- Aquellas CCAA cuyo promedio es inferior al 95% del promedio del estado, se han clasificado como *territorios de coste bajo (TC bajo)*.
- Aquellas CCAA cuyo promedio se sitúa en el rango del 95% y 110% del promedio estatal, se han clasificado como *territorios de coste medio (TC medio)*.
- Aquellas CCAA cuyo promedio supera el 110% del promedio estatal, se han clasificado como *territorios de coste alto (TC alto)*.

La agrupación resultante se recoge en la siguiente tabla:

**Tabla 2. Clasificación de las CCAA según el Territorio de coste.**

Comunidades Autónomas	Promedio Bases de cotización	% vs conjunto del estado
<b>Territorios de coste alto</b>		
País Vasco	2.278,41 €	137,5%
Comunidad Foral de Navarra	2.020,45 €	122,0%
<b>Territorios de coste medio</b>		
Principado de Asturias	1.786,72 €	107,8%
Illes Balears	1.750,18 €	105,6%
Aragón	1.707,44 €	103,1%
Cataluña	1.690,54 €	102,0%
Castilla y León	1.688,15 €	101,9%
Comunidad de Madrid	1.680,74 €	101,4%
Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla	1.622,21 €	97,9%
Cantabria	1.598,77 €	96,5%
Comunitat Valenciana	1.585,91 €	95,7%
<b>Territorios de coste bajo</b>		
Castilla-La Mancha	1.566,36 €	94,5%
La Rioja	1.555,25 €	93,9%
Murcia, Región de	1.498,05 €	90,4%
Galicia	1.463,37 €	88,3%
Canarias	1.457,22 €	88,0%
Andalucía	1.450,81 €	87,6%
Extremadura	1.377,55 €	83,1%

### c) Operativización de los Territorios de coste

Una vez definida la composición de los distintos territorios de coste, el siguiente paso ha consistido en diseñar su comportamiento dentro del esquema de costes propuesto. Para determinar cuánto varían estos costes de un TC a otro, se ha utilizado como el promedio de las bases de cotización para cada uno de ellos. Los resultados se muestran en la siguiente tabla:

**Tabla 3. Estimación del promedio mensual de las Bases de cotización según Territorios de coste y comparativa frente al promedio de los Territorios de coste bajo.**

Territorio de coste	Promedio Bases de cotización	vs territorio coste bajo
Alto	2.216,31 €	150,7%
Medio	1.674,91 €	113,9%
Bajo	1.470,81 €	100,0%

Como revela la tabla anterior, el promedio mensual de las bases de cotización en los TC medio es aproximadamente un 14% superior al de los TC bajo. En comparación con estos últimos, el promedio correspondiente a los TC alto resulta, *grosso modo*, un 50% más alto.

Se ha optado por operativizar los territorios de coste con arreglo a estos resultados. La implementación ha variado dependiendo si se consideran los costes de personal, u otro tipo de gastos. En el caso de los costes de personal, los territorios de coste se han definido a través de la modificación de dos variables: 1) el nivel de remuneración por categoría profesional y; 2) el número total de horas de trabajo al año. Estos son los valores asignados a estas variables por TC:

- *TC bajo*: Las remuneraciones por categoría profesional y el total de horas al año se determinan con arreglo a lo que establece el *VII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal*.
- *TC medio*: Se aplica un coeficiente de incremento del 14% sobre los componentes salariales contemplados en el convenio estatal. El total de horas trabajadas al año se reduce hasta las 1.592.
- *TC alto*: Se aplica un coeficiente de incremento del 50% sobre los componentes salariales correspondientes a los TC bajo. Asimismo, el total anual de horas trabajadas se sitúa en las 1.519.

Para el resto de los elementos de coste que, según nuestro planteamiento, están sujetos a variabilidad geográfica, los territorios de coste se han articulado con referencia a los TC bajo. En los TC medio, se aplica un incremento del 14% sobre el valor correspondiente a los TC bajo, mientras que, en los TC alto, el aumento aplicado es del 50%.

No obstante, para los elementos de coste relacionados con las inversiones en inmuebles y equipamientos, el criterio de ajuste territorial ha sido distinto. Considerando que buena parte de la variabilidad territorial de estos costes obedece a factores distintos al nivel salarial de las personas empleadas en centros residenciales, se han aplicado coeficientes de ajuste específicos. Estos coeficientes se basan en las diferencias en los costes de amortización según CCAA que se revelan en el estudio de Gómez Ordóñez (2018)<sup>13</sup>.

Para el cálculo estos coeficientes, se tienen en cuenta las diferencias en cuanto a los costes de amortización observadas para tres comunidades autónomas representativas de cada uno de los territorios de coste considerados: Castilla-La Mancha (TC Bajo), Asturias (TC Medio) y Gipuzkoa (TC Alto). Según el estudio, los costes de amortización en Asturias son un 30% más altos que en Castilla-La Mancha, mientras que en el caso de Gipuzkoa resultan un 155% más elevados<sup>14</sup>.

### 2.2.3 Consideraciones metodológicas adicionales

Para una interpretación adecuada de los resultados, además de los ya señalados, conviene tener en cuenta los aspectos metodológicos que señalan a continuación:

<sup>13</sup> Gómez Ordóñez, A. (2018). Precios, ratios y costes en la prestación de servicios residenciales para personas mayores: análisis comparativo entre Gipuzkoa y el resto del Estado. *Zerbitzuan. Revista de Servicios Sociales*, 65, 141-173.

<sup>14</sup> Una de las principales limitaciones de utilizar un criterio distinto para modular los costes relacionados con las inversiones en inmuebles y equipamientos es que la variabilidad territorial de estos costes puede no seguir necesariamente el patrón que establecen los TC. Por ejemplo, una Comunidad Autónoma clasificada como TC bajo podría tener costes de inversión en inmuebles comparables a los de otra comunidad clasificada como TC alto. En resumen, la clasificación por TC puede no reflejar con precisión las diferencias reales en los costes de inmuebles y equipamientos.

- El análisis realizado se centra en el coste plaza que supone el nuevo modelo, y en su comparación con el coste plaza de los servicios residenciales actuales o convencionales. No se recogen por tanto cuestiones relativas a la financiación de esos costes: no se tienen en cuenta, más concretamente, ni las aportaciones que realizan las personas usuarias en concepto de copago, ni las que realizan las administraciones públicas para la cofinanciación de esas plazas. Como se ha señalado en el apartado introductorio, los elementos relacionados con la financiación se analizan en el cuarto capítulo del informe.
- El análisis no contempla los costes reales que ha supuesto, en la práctica, el desarrollo del modelo “*Como en casa*”. Recoge, por el contrario, una serie de estimaciones sobre el coste que supondría la aplicación de ese modelo en diferentes ámbitos territoriales. Esta opción se explica, principalmente, por la dificultad que supone la recogida de los costes reales de la atención ofrecida en el marco del modelo *Como en casa*, y la variabilidad en los costes de los centros participantes en el proyecto.
- No se tienen en cuenta, más allá de los escenarios de coste derivados de la existencia de costes diferentes en distintos ámbitos territoriales, escenarios diferentes que se podrían derivar de una aplicación progresiva o parcial del modelo “*Como en casa*”. Es decir, no se han simulado escenarios con opciones diferentes en lo que se refiere, por ejemplo, al tamaño de las unidades de convivencia o las ratios de atención.
- El análisis realizado tiene en cuenta únicamente el coste plaza resultante del nuevo modelo, comparándolo con el coste plaza actual, y relacionándolo –en el siguiente capítulo– con la oferta de plazas que podría ser necesaria en un horizonte temporal determinado. No tiene en cuenta, sin embargo, el impacto que algunos elementos del modelo –por ejemplo, la reducción en tamaño medio de los centros– podrían tener en la estructura de costes de los centros residenciales y/o en su rentabilidad.
- Como se explica más adelante, la comparación entre el coste plaza que cabe asignar al modelo “*Como en casa*” y el coste de los servicios residenciales convencionales, en cada territorio de coste, se realiza para el coste plaza total, a partir de las fuentes de referencia identificadas. No es posible, sin embargo, comparar el cambio en el coste de cada una de las variables de coste (como, por ejemplo, el personal de atención directa). Para la realización de esas comparaciones se ha recurrido por tanto a fuentes indirectas recogidas en la literatura.

## 2.3 Los parámetros clave del modelo y su incidencia en los costes

En la simulación de la estructura de costes del modelo *Como en casa* se han incorporado los principales elementos de coste asociados a la prestación de servicios de atención residencial a personas mayores. La herramienta utilizada ajusta el importe de estos elementos de coste conforme a los valores asignados a una serie de parámetros, los cuales caracterizan y definen algunos aspectos clave del modelo de atención bajo análisis.

La asignación de los valores para estos parámetros ha sido realizada por el equipo de *Fundación Matia y Matia Instituto*. En algunos casos, como en lo referente a los costes de infraestructura y servicios comunes, los costes hoteleros o los costes de administración y gestión, los parámetros se han definido a partir de los valores observados en los modelos de atención actualmente vigentes, lo que conduce a que el coste estimado sea equivalente al registrado en otros modelos<sup>15</sup>. Por el contrario, en otros casos, los parámetros se desvían considerablemente de los valores habitualmente observados, siendo específicos del modelo *Como en casa*. En consecuencia, los costes estimados proporcionan un resultado particular y diferenciado, acorde con las características propias de *Como en casa*.

Este apartado se enfoca en la descripción de estos parámetros específicos, y analiza cómo se materializan en términos de coste.

<sup>15</sup> Se entiende, en esos casos, que la materialización del modelo *Como en casa* no afecta a esas variables de coste, y que se mantienen por tanto los costes actuales.

### 2.3.1 El tamaño y la composición de las unidades de convivencia

Bajo el modelo “*Como en casa*”, se propone que los centros residenciales se organicen en UC. Estas unidades están diseñadas para reproducir la estructura, el ambiente y el funcionamiento de un hogar, estableciéndose un tamaño de referencia de 15 personas convivientes. De manera orientativa, se prevé que cada UC tenga un espacio común con cocina, comedor, sala de estar, y área exterior, para uso tanto de las personas que allí viven como de familiares y allegados, además de las habitaciones de las propias personas. Cada unidad estará debidamente delimitada y diferenciada del resto de las UC del mismo centro. Asimismo, se configuran con un carácter estable, lo cual implica que tanto las personas que allí viven como el personal de atención directa mantendrán una permanencia continuada dentro de la unidad.

Como se ha señalado, el tamaño de referencia definido para las UC es de 15 plazas, en coherencia con lo establecido en el Acuerdo de Acreditación y Calidad del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030<sup>16</sup>. Esta especificación tiene un efecto transversal en la simulación de la estructura de costes, ya que condiciona el cálculo del coste plaza de la mayoría de los elementos de coste considerados. No obstante, al no haberse simulado distintos escenarios en cuanto al tamaño de las UC, no es posible cuantificar el impacto específicamente atribuible a esta característica en términos de coste.

Otro factor de carácter estructural con influencia en algunos elementos de coste es el tamaño medio por plaza. En su caso, el efecto no es generalizado, sino como se verá más adelante, se limita a elementos de coste específicos. En el marco del modelo *Como en casa*, el tamaño medio que se define como referencia es de 23,5 m<sup>2</sup>. Cabe señalar que este se ha establecido siguiendo las directrices proporcionadas por el Decreto de residencias de Euskadi<sup>17,18</sup>. A igual que ocurre con el número de plazas por UC, tampoco es posible determinar su impacto en los costes debido a la falta de simulaciones con otros tamaños de plaza.

### 2.3.2 La dotación y el perfil del personal de cuidados

El Acuerdo de Acreditación y Calidad del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 define tres categorías para el personal en los centros de atención residencial:

- *Atención directa de primer nivel (AdN1)*: personal técnico cuidador, auxiliar o gerocultor.
- *Atención directa de segundo nivel (AdN2)*: personal profesional que, en su mayoría, pertenece a las ramas sanitaria y social, y dispone de titulación universitaria o equivalente.
- *Atención indirecta*: personal dedicado al resto de las tareas necesarias para el correcto funcionamiento de los centros (limpieza, lavandería, mantenimiento, administración, etc.).

El análisis que se presenta a continuación se centra en el personal directamente involucrado en el cuidado de las personas que allí viven –AdN1 y AdN2–. Se detallan los niveles de dotación, así como los perfiles y roles profesionales necesarios para la implementación efectiva del modelo *Como en casa*.

En lo que se refiere a la dotación y el perfil del personal de cuidados cabe añadir, por una parte, que se han mantenido para cada territorio de coste los niveles salariales que se derivan de los convenios laborales vigentes (ver [apartado 2.2.2](#)). Hubiera podido optarse, no obstante, por un incremento de los niveles salariales que, obviamente, hubiera arrojado un coste plaza mayor. Por otra parte, las variables relacionadas con la dotación y el perfil del personal de cuidados intentan recoger –mediante variables de coste– los cambios que el modelo implica en términos de roles, prácticas y funciones profesionales.

<sup>16</sup> Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2022). Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Disponible en: <https://www.mdsociales2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/AcordoSAA.pdf>

<sup>17</sup> DECRETO 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

<sup>18</sup> Según señala el Decreto 126/2019, cada módulo —la unidad básica en las que se estructuran los centros residenciales— debe contar con una superficie útil mínima de 13 m<sup>2</sup> por residente para las habitaciones (individuales, excluido cuarto de baño), de 5 m<sup>2</sup> para el cuarto de baño, y de 5,5 m<sup>2</sup> para los espacios comunes.

### a) Personal cuidador, auxiliar o gerocultor

Para cada UC de 15 personas, el modelo *Como en casa* establece la siguiente dotación de personal auxiliar o gerocultor:

- 3 profesionales en el turno de mañana,
- 2 en el turno de tarde, y
- 0,5 en el turno de noche<sup>19</sup>.

Esta dotación se traduce en las siguientes ratios de personal y número de trabajadores/as equivalentes a jornada completa, de presencia, para cada territorio de coste:

**Tabla 4. Ratios y número de trabajadores/as ETC por UC del personal auxiliar según territorios de coste. Modelo *Como en casa*.**

	Territorios de coste		
	Bajo	Medio	Alto
Ratio (por persona)	0,546	0,611	0,641
Nº trabajadores/as equivalentes a tiempo completo (por UC)	8,18	9,17	9,61

El incremento gradual en los valores al pasar de un territorio de coste bajo a uno de coste alto responde a la diferencia en las jornadas anuales utilizadas como referencia para modelizar cada territorio de coste (ver apartado 2.2.2). En este caso, la jornada anual más baja definida para los territorios de coste alto es lo que explica las mayores necesidades de personal en esos territorios, ya que se requieren más auxiliares para mantener el mismo número de horas de apoyo.

Es interesante poner de manifiesto las diferencias que se revelan entre estos requerimientos y los mínimos establecidos tanto por las normativas de referencia como por los documentos marco. Por ejemplo:

- El Decreto de residencias de Euskadi<sup>20</sup> fija una ratio mínima de 0,295 para el personal de ‘apoyo a las actividades de la vida diaria’ —sinónimo de personal auxiliar—, lo cual se traduce en 4,43 trabajadores/as equivalentes a tiempo completo (ETC)<sup>21</sup>.
- El acuerdo de acreditación del Ministerio, por su parte, establece una ratio exigible de 0,43 en el horizonte del 2030, lo que corresponde a 6,45 trabajadores/as ETC.

Como puede observarse, los requerimientos de personal auxiliar dentro del modelo “*Como en casa*” son sustancialmente más altos en comparación con las directrices actualmente vigentes. Esta mayor dotación se justifica, principalmente, por dos motivos. Por una parte, la alta intensidad y la calidad de los apoyos y cuidados proporcionados, que conforma la base de este modelo. Ejemplo de ello serían, entre otros, los tiempos necesarios para actividades que van más allá de los cuidados personales, y que tienen que ver con la actividad cotidiana significativa y con sentido para las personas, la co-construcción del Plan de Vida de cada persona o el seguimiento y ajuste del mismo a lo largo del tiempo. Es decir, estas profesionales ejercen de profesionales de referencia, con las funciones propias de este rol.

Por otra, la necesidad de disponer de un número suficiente de horas destinadas a procesos de construcción colectiva de la vida en la UC, de deliberación y puesta en común. Estas horas se consideran esenciales para garantizar una atención de alta calidad, así como para impulsar un mayor grado de autonomía tanto en las personas que viven como en quienes trabajan<sup>22</sup>.

<sup>19</sup> Una dotación 0,5 por unidad de convivencia (UC) expresa la presencia de una persona auxiliar por cada dos UC. Cabe destacar que, bajo el modelo *Como en casa*, se prevé que en un mismo centro pueda albergar más de una UC.

<sup>20</sup> DECRETO 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

<sup>21</sup> Esta ratio se establece para las personas residentes con un grado II y III según el BVD.

<sup>22</sup> Se considera, inicialmente, que cada persona trabajadora dedica 96 horas al año a estos procesos.

Otro aspecto central en lo referente a la dotación del personal auxiliar es la vocación de estabilidad con la que se conciben las UC. Aunque esta característica no haya sido modelizada para el cálculo de los costes, cabe no pasar por alto que el modelo contempla una permanencia continuada del personal auxiliar dentro de cada UC.

Todo lo anterior se plasma en un coste por plaza día correspondiente al personal auxiliar muy significativo. Según muestra la tabla que se incluye a continuación, este coste oscila entre los 36,8€ y 64,1€, dependiendo del TC considerado. Por su parte, se estima que la proporción del coste atribuible a las horas destinadas a los procesos de deliberación y puesta en común es de aproximadamente del 5%.

**Tabla 5. Coste plaza-día correspondiente al personal auxiliar, y porcentajes de coste imputable a sus principales funciones. Modelo *Como en casa***

	Territorios de coste		
	Bajo	Medio	Alto
Coste plaza-día	36,8 €	46,6 €	64,1 €
% del coste imputable a...			
Tareas de apoyo y cuidado	95,1%	94,4%	94,1%
Deliberación-puesta en común	4,9%	5,6%	5,9%

#### **b) Personal de enfermería, acompañamiento y responsable de unidad.**

Una de las características distintivas del modelo *Como en casa* frente a otros enfoques más tradicionales es que considera como personal propio solamente aquellos perfiles profesionales cuyas funciones requieren una presencia continuada en el centro. Junto al personal auxiliar, el modelo se apoya en los perfiles de enfermería y de responsable de unidad, cuya función principal es garantizar la implementación y aplicación de prácticas de cuidado acordes con la voluntad y las necesidades de las personas que conforman las UC.

Aunque el modelo reconoce la importancia de otros perfiles profesionales para brindar una atención integral a las personas —personal médico, de psicología, de fisioterapia o trabajo social, entre otros—, estos no se consideran parte del personal propio de los centros residenciales. En lugar de tener estos profesionales contratados directamente por el centro como personal fijo, el modelo propone que el acceso a estos profesionales se realice por medio de los servicios y recursos comunitarios existentes, según las necesidades específicas de las personas.

Adicionalmente, se incorpora la figura del *personal de acompañamiento*, necesaria para la transformación de los centros. Su principal función es el acompañamiento al equipo de profesionales del centro para la definición y el desarrollo de la hoja de ruta para la transformación del modelo de cuidados. Se considera clave en la fase de despliegue del modelo, ya que orientará a los equipos en la adaptación de sus rutinas y modos de trabajo a los principios del modelo, asegurando que la provisión de cuidados sea coherente con la filosofía *Como en casa*. En cualquier caso, su rol no se limitará a la fase de despliegue, y se prevé que continuará siendo una figura esencial en el largo plazo. Entre otras responsabilidades, su trabajo se enfocará a la identificación, adaptación y adopción de innovaciones y buenas prácticas, así como a la garantía del bienestar continuo de las profesionales de cuidados.

La siguiente tabla resume la dotación prevista para estos tres perfiles profesionales con arreglo a los distintos territorios de coste. Como se observa, en comparación con lo que especifican algunas de las normativas y documentos de referencia, la dotación prevista por el modelo para este conjunto de profesionales es ligeramente más alta, pero se sitúa en niveles comparables en términos generales:

- Con referencia a los distintos perfiles técnicos de la rama sanitaria y social, si se suman las ratios mínimas que establece el Decreto de residencias de Euskadi, se obtiene un valor de 0,065 –0,98 trabajadores/as ETC<sup>23</sup>.
- El acuerdo de acreditación del Ministerio, por su parte, fija una ratio exigible de 0,080 para el personal de atención directa de 2º nivel en el horizonte del 2030 –1,20 trabajadores/as ETC-. El documento no especifica, sin embargo, niveles mínimos de cobertura para los distintos perfiles profesionales.

**Tabla 6. Ratios y número de trabajadores/as ETC por UC del personal técnico del ámbito sanitario, psicosocial y acompañamiento para el buen cuidado según territorios de coste. Modelo *Como en casa*.**

	Territorios de coste		
	Bajo	Medio	Alto
<b>Ratios</b>			
Enfermería	0,034	0,038	0,040
Responsable de unidad	0,028	0,032	0,033
Personal de acompañamiento	0,010	0,012	0,012
<b>Total</b>	<b>0,073</b>	<b>0,081</b>	<b>0,085</b>
<b>Trabajadores/as ETC</b>			
Enfermería	0,51	0,57	0,60
Responsable de unidad	0,43	0,48	0,50
Personal de acompañamiento	0,15	0,17	0,18
<b>Total</b>	<b>1,09</b>	<b>1,22</b>	<b>1,28</b>

Las dotaciones descritas inducen a un coste plaza para esta categoría de personal que varía entre los 7,0€ y 12,2€, en función del TC considerado (ver Tabla 7). El *personal de acompañamiento* concentraría aproximadamente el 15% de este coste, en tanto que la proporción restante se dividiría de manera similar entre el personal de enfermería y responsable de unidad.

**Tabla 7. Coste plaza-día correspondiente al personal técnico del ámbito sanitario, psicosocial y acompañamiento para el buen cuidado. Modelo *Como en casa***

	Territorios de coste		
	Bajo	Medio	Alto
<b>Territorios de coste</b>			
Enfermería	3,0 €	3,9 €	5,3 €
Responsable de unidad	2,9 €	3,7 €	5,1 €
Personal de acompañamiento	1,1 €	1,3 €	1,8 €
<b>Total</b>	<b>7,0 €</b>	<b>8,9 €</b>	<b>12,2 €</b>

<sup>23</sup> Las ratios para el personal de enfermería y psicología que define el Decreto son de 0,032 y 0,003, respectivamente.

### 2.3.3 Adaptación y reforma de los centros residenciales

Con el objetivo de estimar los costes derivados de adaptar la estructura de los centros residenciales a los criterios que establece el modelo *Como en casa*, se ha definido un *escenario base* con arreglo a una serie de parámetros. La utilización de este escenario base es una simplificación necesaria para obtener una aproximación de los costes de adaptación y reforma asociados a la extensión del modelo, ya que, en la práctica, estos costes dependerán de las características estructurales particulares de cada centro.

El escenario base se formula con referencia a los siguientes parámetros:

- **El tamaño medio por plaza.** En relación con las directrices que establece el Decreto de residencias de Euskadi, se ha fijado un tamaño medio por plaza de 23,5 metros cuadrados.
- **El coste medio por m<sup>2</sup> de acometer las reformas y adaptaciones necesarias.** Tomando como punto de partida el planteamiento que se realiza en el documento relativo al impacto económico de la implementación del acuerdo de acreditación del Ministerio<sup>24</sup>, y aplicando una serie de ajustes para considerar las diferencias de coste que se producen entre los distintos TC (ver [apartado 2.2.2](#)), se han establecido los siguientes valores:
  - *Territorios de coste bajo:* 392,5 €/m<sup>2</sup>
  - *Territorios de coste medio:* 523,8 €/m<sup>2</sup>
  - *Territorios de coste alto:* 1.000 €/m<sup>2</sup>
- **El plazo de amortización de las reformas y adaptaciones.** Siguiendo la propuesta de varios estudios orientados a la estimación de los costes de los centros residenciales de atención a la dependencia, se ha determinado un periodo de amortización de 35 años a estos efectos (Díaz, 2012; Díaz et al., 2023). Este es el plazo que se relaciona, según las investigaciones consultadas, con las amortizaciones correspondientes a los inmuebles.
- **Porcentaje de centros residenciales que requerirán emprender reformas y adaptaciones.** Partiendo de la premisa de que algunos centros residenciales ya disponen de las características estructurales propicias para implementar el modelo *Como en casa*, este parámetro pretende reflejar qué porcentaje de centros necesitarán realizar las reformas y adaptaciones para cumplir con los requisitos establecidos. De manera arbitraria, se ha asignado un valor del 80% a este parámetro. Si bien este parámetro contribuye a afinar la estimación de los costes derivados de las adaptaciones estructurales, su articulación se apoya en supuestos muy simples<sup>25</sup>, obviando la diversidad existente entre centros.

Con el escenario que dibujan los parámetros anteriores, el impacto resultante es bastante limitado. Si bien existe cierta variabilidad en función del TC, el coste plaza-día en ningún caso supera el valor de 1,5€. La siguiente tabla recoge los resultados correspondientes:

**Tabla 8. Coste plaza-día correspondiente a la adaptación y reforma de los centros residenciales. Modelo *Como en casa***

	Territorios de coste		
	Bajo	Medio	Alto
Coste plaza-día	0,58 €	0,77 €	1,47 €

<sup>24</sup> Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2022). Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Impacto Económico.

<sup>25</sup> Considera que todos los centros son iguales (mismo número de UC), y que el porcentaje de centros que requieren reformas es el mismo en todos los territorios de coste.

## 2.3.4 Síntesis de los elementos específicos del modelo con impacto en el coste plaza

En resumen, los elementos específicos del modelo *Como en casa* que propician un impacto diferencial en el coste plaza se resumen a tres:

- El tamaño y la composición de las UC;
- La dotación y perfil del personal de cuidados;
- La necesidad de realizar adaptaciones y reformas de carácter estructural.

En cuanto al primero de los factores, el modelo establece que cada UC constará de 15 plazas. A pesar de que el tamaño definido afecta de manera transversal al cálculo del coste plaza la mayoría de los elementos de coste considerados, en ausencia de simulaciones para otros tamaños de UC, no es posible cuantificar el impacto atribuible a esta especificación. Ocurre lo mismo con el tamaño medio de las plazas residenciales —fijado en 23,5 m<sup>2</sup>—, aunque en este caso el impacto se limita a elementos de coste específicos.

En segundo lugar, *Como en casa* se organiza conforme a niveles de dotación de personal y un *mix* de perfiles profesionales que se diferencia claramente de otros modelos de atención actuales:

- *Personal auxiliar*. Las ratios que se contemplan son sustancialmente más altas de lo que marcan distintas normativas y documentos de referencia. En consecuencia, el coste por plaza y día relativo a este perfil alcanza un nivel significativo, estimándose entre 36,8€ y 64,1€ según el TC.
- *Personal técnico*. En lo referente a esta categoría de personal, *Como en casa* se apoya fundamentalmente en tres perfiles profesionales: (1) el personal de enfermería, (2) la figura de responsable de unidad, y (3) el personal de acompañamiento. Este último es un perfil creado *ad-hoc*, asignándosele un rol esencial tanto en la fase de despliegue del modelo como en el largo plazo.

En su conjunto, la suma de las ratios prevista para estos perfiles se sitúa en niveles comparables a los que marcan las normativas y documentos de referencia. El coste por plaza y día, en este caso, oscila entre los 7,0€ y 12,2€, dependiendo del TC.

En lo referente los costes vinculados con el personal de atención directa<sup>26</sup>, de acuerdo con el diseño de la herramienta de simulación, los costes se originan principalmente de los salarios. En este sentido, cabe poner de manifiesto que las estimaciones se han realizado a partir de los niveles salariales vigentes (ver apartado 2.2.2, sin prever ninguna mejora salarial).

El tercer y último elemento diferencial lo constituyen los costes orientados a adaptar la estructura de los centros a los requisitos del modelo *Como en casa*. En este caso, los resultados revelan que su impacto en términos de coste por plaza y día es muy limitado, oscilando entre los 0,6€ y 1,5€ dependiendo del TC.

Es importante señalar que además de los ya referidos, en la simulación se ha considerado un conjunto adicional de elementos con influencia en términos de coste. No obstante, su definición es similar al que presentan otros modelos de atención existentes, por lo que no generan un impacto diferencial en el coste plaza. Estos elementos se clasifican en las siguientes variables de coste:

- Los costes relacionados con el cuidado que son distintos al personal de atención directa —como suministros sanitarios, transporte, etc. —.
- Los costes hoteleros.
- Los costes de infraestructura y servicios comunes
- Los costes de administración y gestión.
- El margen de seguridad, al que se ha dado un valor del 3%.

<sup>26</sup> Como se ha señalado, este término se utiliza para referirse de manera conjunta al personal auxiliar, por un lado, y al personal de enfermería, acompañamiento y responsable de unidad, por otro.

Los elementos de coste que integran estas variables se han definido conforme a los valores observados en los modelos de atención actualmente existentes. Estos valores han sido asignados por el equipo de *Matia Instituto*, basándose en su información interna sobre los costes reales en los centros residenciales que gestiona la Fundación.

## 2.4 La estructura de costes del modelo *Como en casa*: un enfoque comparativo

Aunque el diseño de la estructura de costes se basa en planteamientos identificados en la literatura especializada, la clasificación y composición de las variables de coste que se presenta no es del todo comparable a la del resto de propuestas. Es más, tampoco puede decirse que haya un criterio metodológico uniforme en el diseño de las distintas estructuras de coste que se plantean en otros estudios. A pesar de estas limitaciones, se identifican variables de coste específicas –los costes del personal de atención directa, concretamente– para los que, con las cautelas metodológicas necesarias, resulta posible abordar el análisis desde una perspectiva comparativa.

### 2.4.1 El coste plaza del modelo se estima entre los 78,2 y los 127,0 euros por día

La siguiente tabla recoge los resultados de la estimación de la estructura de costes para el modelo *Como en casa*.

**Tabla 9. Estimación de la estructura de costes para el modelo *Como en casa* según Territorios de coste.**

	TC Bajo		TC Medio		TC Alto	
	€ / plaza-día	%	€ / plaza-día	%	€ / plaza-día	%
<b>Personal cuidador – atención directa</b>	<b>43,8€</b>	<b>56%</b>	<b>55,5€</b>	<b>59%</b>	<b>76,3€</b>	<b>60%</b>
Personal de atención directa nivel I	36,8€	47%	46,6€	49%	64,1€	50%
Personal de atención directa nivel II	7,0 €	9%	8,9 €	9%	12,2 €	10%
- Enfermería	3,0 €	4%	3,9 €	4%	5,3 €	4%
- Responsable de unidad	2,9 €	4%	3,7 €	4%	5,1 €	4%
- Acompañamiento	1,1 €	1%	1,3 €	1%	1,8 €	1%
<b>Otros costes vinculados con el cuidado</b>	<b>1,4 €</b>	<b>2%</b>	<b>1,4 €</b>	<b>1%</b>	<b>1,4 €</b>	<b>1%</b>
<b>Costes hoteleros</b>	<b>15,5 €</b>	<b>20%</b>	<b>17,7 €</b>	<b>19%</b>	<b>23,2 €</b>	<b>18%</b>
<b>Costes de infraestructura y servicios comunes</b>	<b>8,4 €</b>	<b>11%</b>	<b>9,2 €</b>	<b>10%</b>	<b>11,6 €</b>	<b>9%</b>
<b>Costes de administración y gestión</b>	<b>6,1 €</b>	<b>8%</b>	<b>7,1 €</b>	<b>8%</b>	<b>9,4 €</b>	<b>7%</b>
<b>Margen de seguridad</b>	<b>2,3 €</b>	<b>3%</b>	<b>2,7 €</b>	<b>3%</b>	<b>3,7 €</b>	<b>3%</b>
<b>Costes de adaptación y reforma de los centros residenciales</b>	<b>0,6 €</b>	<b>1%</b>	<b>0,8 €</b>	<b>1%</b>	<b>1,5 €</b>	<b>1%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>78,2€</b>	<b>100%</b>	<b>94,4€</b>	<b>100%</b>	<b>127,0€</b>	<b>100%</b>

Según revela la tabla anterior, la distribución por variables de coste resulta muy similar en los tres TC. Los costes relacionados con el personal de atención directa son, con diferencia, los más significativos, representando aproximadamente el 55-60% del coste total. Como se ha descrito en el apartado anterior, una de las características diferenciales del modelo *Como en casa* es la elevada ratio del personal de atención directa, y en particular, del personal auxiliar o gerontológico. Habida cuenta de lo anterior, así como de la posibilidad de abordar un análisis comparativo para esta variable de coste, el presente apartado se centra en determinar cómo varían estos costes específicos en comparación con los modelos de atención actuales.

Los costes relacionados con las inversiones y reformas para adaptar la estructura de los centros residenciales a los criterios de *Como en casa* constituyen, al menos desde la perspectiva del análisis de costes, el otro elemento diferencial del modelo. Su relevancia, tal como se observa en la tabla precedente, es muy limitada, y representa aproximadamente el 1% del coste plaza-día total. Además, al tratarse de una variable de coste específica que refleja los costes de transición al nuevo modelo, no se han identificado equivalentes en otros esquemas de coste que permitan realizar una comparativa directa.

#### **2.4.2 Los costes de personal de atención directa representan una proporción notablemente más alta dentro del modelo *Como en casa***

Como se ha señalado, los costes relacionados con el personal cuidador o de atención directa son especialmente relevantes en el marco del modelo *Como en casa*, llegando a representar aproximadamente entre el 55% y el 60% del total. En cualquier caso, cabe preguntarse si este es un rasgo distintivo del modelo, o si esta situación también se presenta en otras modalidades de atención residencial actuales.

Las investigaciones orientadas al análisis de los costes en centros residenciales para personas mayores, al menos las realizadas en España, no permiten llevar a cabo una comparación exhaustiva al respecto. Esto se debe, principalmente, a que la información sobre los costes de personal se presenta, en muchos casos, de manera conjunta, sin ofrecer un desglose según del tipo de función que realizan (atención directa, administración, servicios generales, etc.). En todo caso, se identifican varios trabajos que efectivamente desagregan estos costes, lo que permite realizar una aproximación inicial al análisis de las posibles diferencias en la relevancia de los costes del personal de atención directa dentro de la estructura de costes de los centros residenciales.

Es importante señalar que estas investigaciones analizan realidades muy específicas. La mayoría propone un estudio de los costes residenciales para ámbitos territoriales concretos, y en algunos casos, no se abarcan todas las residencias, sino que se pone el foco en un subconjunto de ellas:

- Díaz *et al.* (2022). Analiza los costes de las distintas tipologías de los centros de atención a la dependencia en Cantabria, entre otros, de las residencias y centros de día para personas mayores.
- Tortosa *et al.* (2015); Granell *et al.* (2018). Ambos estudios analizan el coste medio de los distintos centros de atención a la dependencia pertenecientes al Grupo Social Lares en la Comunidad Valenciana, entre los que se incluyen los centros residenciales de personas mayores. El primero de los estudios informa sobre la situación de los centros en el año 2013, mientras que el segundo se elabora con datos del 2017.
- Fernández-Moreno *et al.* (2011). Si bien se enfoca en la estimación de los costes sanitarios en los centros residenciales para la atención de personas mayores, propone un modelo de costes basado en la información proporcionada por nueve operadores privados de servicios de atención residencial. Abarca un total de 180 centros, que suman 26.777 plazas.

La siguiente tabla sintetiza los resultados de las investigaciones señaladas, mostrando el peso específico que representan los costes de personal cuidador o de atención directa sobre el total. Como puede observarse, este porcentaje oscila entre el 38,3% y 46,4%, dependiendo del estudio considerado. Al comparar estos niveles con los obtenidos para el modelo *Como en casa*, se ponen de manifiesto diferencias muy significativas. El peso específico que alcanzan estos costes dentro del modelo es claramente más alto, superando en más de 12 puntos porcentuales los valores registrados en el resto de los estudios de referencia.

**Tabla 10. Costes del personal directa respecto al coste total en otros estudios de referencia**

Fuente	Territorio	Costes de personal atención directa / coste total (%)	Diferencia Como en casa (p.p.) <sup>1</sup>
Díaz et al. (2022) <sup>2</sup>	Cantabria (coste medio)	41,6% <sup>2</sup>	-17,2 p.p.
Granell et al. (2018)	Comunidad Valenciana (coste medio)	46,4%	-12,4 p.p.
Tortosa et al. (2015)	Comunidad Valenciana (coste medio)	43,8%	-15,0 p.p.
Fernández-Moreno et al. (2011)	Conjunto del estado	38,3%	-20,5 p.p.

Notas:

(1) La diferencia se calcula en relación con el peso específico de los costes de personal de atención directa en el modelo *Como en casa*, utilizando como referencia un territorio de coste medio. Se expresa en puntos porcentuales.

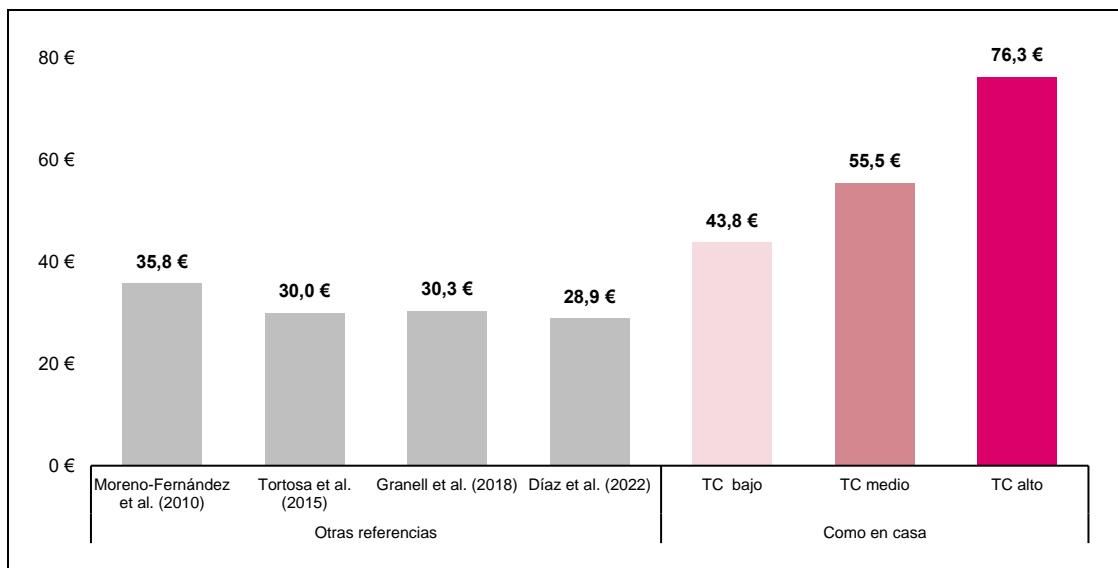
(2) El estudio detalla cómo se desagregan los costes de personal por el tipo de servicio que realizan (atención directa 74%, administración 11%, y servicios generales 15%) para el conjunto de centros de atención a la dependencia en Cantabria, aunque no especifica esta distribución por tipo de centro. En cambio, si se identifica que los costes de personal representan el 56,4% del total en los centros residenciales para personas mayores. A efectos de obtener un valor para el análisis comparativo, se ha considerado que la distribución de los costes de personal en los centros residenciales de mayores es equivalente a la del conjunto de centros, esto es, que el 74% del coste de personal en los centros residenciales para personas mayores corresponde a la atención directa.

### 2.4.3 ¿Cuánto aumentan los costes de personal de atención directa? Una aproximación exploratoria

Se ha puesto de manifiesto que, en relación con otras fórmulas de atención residencial, el personal de atención directa absorbe una proporción notablemente mayor del coste total en el modelo *Como en casa*. Esta diferencia apunta a que, con toda probabilidad, estos costes son más elevados dentro de este esquema. Con objetivo de verificar esta hipótesis e identificar la medida en la que estos costes son superiores, a continuación, se presenta un análisis comparativo de naturaleza exploratoria.

Las referencias bibliográficas empleadas en el apartado precedente ofrecen información acerca del coste por plaza y día correspondiente al personal de atención directa. Ajustando estas cuantías con arreglo a las actualizaciones salariales recogidas en los convenios colectivos de referencia (ver **Anexo I**), el siguiente gráfico sintetiza la brecha que se revela entre estos importes y los correspondientes al modelo como en casa.

**Gráfico 1. Comparativa de los costes por plaza y día correspondientes al personal cuidador o de atención directa.**



Con atención al carácter específico de los estudios empleados (ver [apartado 2.4.2](#)), puede considerarse que el coste plaza-día correspondiente a los TC medio es el más apropiado para ser utilizado como punto de referencia del modelo *Como en casa* en la comparativa<sup>27</sup>.

Según se revela, el coste por plaza y día relativo al personal cuidador o de atención directa experimentaría un aumento muy significativo en el modelo *Como en casa*. La comparativa muestra que, bajo esta fórmula de atención, dicho coste es aproximadamente entre un 55% y un 90% más alto, dependiendo del estudio utilizado como referencia. En términos absolutos, esta diferencia se traduciría en un incremento de entre 19€ y 26€ en el coste por plaza y día, aproximadamente.

Es importante volver a incidir que las conclusiones anteriores tienen, en el mejor de los casos, un carácter preliminar, por lo que los resultados deben interpretarse adoptando las cautelas necesarias. Por un lado, los estudios utilizados en la comparativa se enfocan en el análisis de los costes de la atención residencial en contextos muy específicos, tanto en el plano territorial como por el tipo de residencias consideradas. Por otro lado, la simulación del coste plaza-día del modelo *Como en casa* para los distintos TC se basa en una serie de premisas simplificadoras (ver [apartado 2.2.2](#)). En resumen, comparan realidades muy distintas. Sin embargo, pese a las importantes limitaciones de este análisis comparativo, ha permitido realizar una primera cuantificación del diferencial en el coste de personal de atención directa que plantea el nuevo modelo.

#### **2.4.4 Una mirada alternativa sobre la estructura de costes de *Como en casa*: un análisis desde la perspectiva de los sistemas de protección social**

Los servicios de atención residencial para mayores dan cobertura a un conjunto de necesidades que trascienden los cuidados de larga duración y/o el sistema de Servicios Sociales. Atiende otras necesidades básicas como el alojamiento, la atención sanitaria o la manutención, entre otros. Aunque en la práctica la financiación pública de estos servicios recae casi en su totalidad sobre el sistema de Servicios Sociales, desde una perspectiva conceptual, al menos, parte de la responsabilidad de financiación debería corresponder a otros sistemas de protección social. Esto se debe a que dichas necesidades son, esencia, competencias propias de otros sistemas. La normativa de Servicios Sociales, por ejemplo, en el caso del País Vasco, hace una referencia expresa a la necesidad de que las prestaciones propias de otros sistemas de protección social que se prestan en el marco de los Servicios Sociales sean financiadas

<sup>27</sup> Como se viene señalando, tres de los cuatro estudios utilizados como referencia analizan los costes en residencias ubicadas en Comunidades Autónomas concretas: Cantabria y Comunidad Valenciana. Como se ha señalado (ver [apartado 2.2.2](#)), ambas comunidades se clasifican como territorios de coste medio (TCM) en el modelo de simulación utilizado. Por otro lado, el cuarto estudio abarca el conjunto del estado, por lo que la utilización del valor referente a los TCM para la comparación se presenta como una alternativa adecuada.

por esos sistemas. Como se señala más adelante, por otra parte, esa es la norma en otros modelos de protección social, como el francés o el británico.

No puede olvidarse, por otra parte, que, como se recoge en el **Capítulo 4**, la separación de la financiación de este servicio según los sistemas de protección es una de las principales fórmulas que se plantean para garantizar la sostenibilidad económica de los cuidados de larga duración.

Considerando la relevancia que este tipo de desagregación puede tener para los planteamientos y debates futuros sobre la financiación de estos servicios, como ejercicio complementario, se ha reordenado la estructura de costes del modelo *Como en casa* para visualizar cómo se distribuye su coste por plaza según las distintas necesidades y los sistemas de protección social que deberían asumir su financiación.

**Tabla 11. Estimación de la estructura de costes para el modelo *Como en casa* según el sistema de protección social teóricamente responsable de su financiación.**

	TC Bajo		TC Medio		TC Alto	
	€ / plaza-día	%	€ / plaza-día	%	€ / plaza-día	%
<b>Costes de cuidado</b>	<b>44,7€</b>	<b>57%</b>	<b>56,6€</b>	<b>60%</b>	<b>77,8€</b>	<b>61%</b>
<b>Costes hosteleros – manutención</b>	<b>16,9€</b>	<b>22%</b>	<b>19,1€</b>	<b>20%</b>	<b>24,6€</b>	<b>19%</b>
<b>Costes de alojamiento</b>	<b>9,0 €</b>	<b>12%</b>	<b>9,9 €</b>	<b>11%</b>	<b>13,0€</b>	<b>10%</b>
<b>Resto</b>	<b>7,6 €</b>	<b>10%</b>	<b>8,8€</b>	<b>9%</b>	<b>11,6€</b>	<b>9%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>78,2€</b>	<b>100%</b>	<b>94,4€</b>	<b>100%</b>	<b>127,0€</b>	<b>100%</b>

Conforme a la clasificación que se plantea, se pone de manifiesto que aproximadamente el 60% del coste plaza dentro del modelo *Como en casa* sería atribuible a los cuidados personales o, en otros términos, los cuidados de larga duración prestados a las personas residentes por razón de su situación de dependencia. Desde la perspectiva contraria, puede decirse que alrededor del 40% del coste plaza se destina a dar cobertura a necesidades distintas a los cuidados de larga duración, como el alojamiento y la manutención<sup>28</sup>. Según se ha identificado, prácticamente el 20% del coste lo absorben los gastos de manutención, en tanto que cerca del 10% coste se correspondería con los gastos de alojamiento. En otros países, estos son los costes a los que se aplica el copago de las personas usuarias y, en caso de carecer de recursos económicos suficientes para financiarlos, son asumidos por los sistemas de vivienda y/o de garantía de ingresos.

En cualquier caso, es importante señalar que el anterior se constituye, en el mejor de los casos, como un resultado experimental y aproximativo, realizado con un propósito puramente ilustrativo. De cara a investigaciones futuras, sería valioso profundizar y desarrollar con mayor detalle un análisis de este tipo, que podría ofrecer perspectivas más precisas sobre la distribución de responsabilidades financieras entre los diferentes sistemas de protección social.

<sup>28</sup> En esta tentativa de clasificación, no se han diferenciado los costes de la atención sanitaria dentro de los costes de cuidado.

## 2.5 *Como en casa* frente a las fórmulas actuales de atención residencial: ¿en qué medida crece el coste plaza?

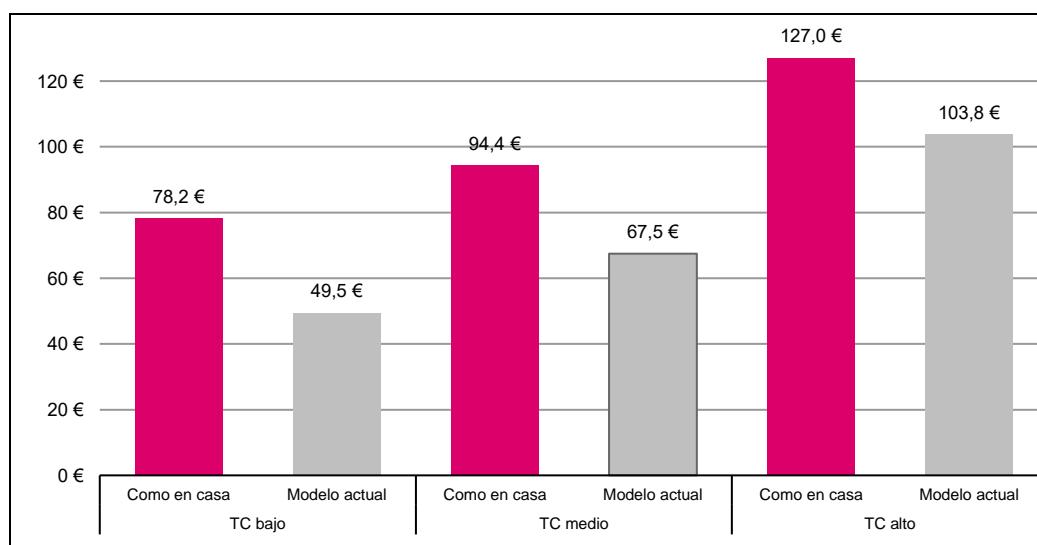
Una vez estimado el coste plaza atribuible al modelo *Como en casa* en cada *Territorio de coste* (TC), el siguiente paso consiste en analizar en qué medida difiere del coste plaza de los servicios residenciales convencionales en cada uno de estos ámbitos territoriales. Antes de abordar esta cuestión, es importante poner de manifiesto que esta comparativa se fundamenta, inevitablemente, en valores de coste plaza calculados a partir de supuestos que simplifican considerablemente la realidad.

Por un lado, y como se ha venido señalando a lo largo de los apartados anteriores, el resultado referente al coste-plaza del modelo *Como en casa* tiene un carácter aproximativo. Por otro lado, la definición de un importe de referencia para las plazas residenciales convencionales resulta asimismo problemática. La escasez de investigaciones disponibles en la literatura especializada, unida a la falta de información estadística relevante, dificulta considerablemente la determinación de un coste plaza que refleje un promedio de coste representativo para las plazas en centros residenciales de atención a personas mayores.

A la luz de lo anterior, se ha recurrido a los datos referentes al precio de concertación anual de los centros residenciales por CCAA que proporciona el IMSERSO<sup>29</sup>. El dato se proporciona en forma de precio anual medio por usuario. Aunque imperfecta, la utilización del precio de concertación como medida de comparación se ha considerado una alternativa coherente con los objetivos del análisis. Según las regulaciones consultadas<sup>30</sup>, este precio reflejaría todos los costes en los que debe incurrir una entidad concertante a fin de garantizar la prestación del servicio en las condiciones de calidad exigidas.

Los precios de concertación utilizados como referencia para la comparación corresponden a aquellas observadas en tres comunidades consideradas representativas de cada TC: Extremadura (TC bajo), Castilla y León (TC medio) y Euskadi (TC alto). El gráfico que se incluye a continuación muestra las diferencias entre estos precios.

**Gráfico 2. El coste por plaza y día del modelo *Como en casa* frente al de los servicios de atención residencial convencionales**



<sup>29</sup> La información señalada se recoge en la siguiente publicación: *Datos sobre la situación de los Servicios Sociales dirigidos a las Personas Mayores en España a 31 de diciembre de 2023*.

<sup>30</sup> Por ejemplo, el Decreto 168/2023, de 7 de noviembre, por el que se regulan el régimen de concierto social y los convenios en el Sistema Vasco de Servicios Sociales.

Según revela el gráfico anterior, en cada uno de los TC considerados, el coste por plaza y día en el modelo *Como en casa* resulta notablemente más alto en comparación con el registrado para los modelos de atención convencionales:

- *TC bajo.* En el modelo *Como en casa* el coste resulta casi un 58% más alto, lo cual representa un incremento absoluto de 28,6€ por plaza y día.
- *TC medio.* El coste en el modelo *Como en casa* es aproximadamente un 40% superior, lo que se traduce en un incremento de 26,9€ por plaza y día.
- *TC alto.* En el modelo *Como en casa*, el coste es un 22,3% más alto, implicando un aumento de 23,2€ por plaza y día.

En líneas generales, los resultados apuntan a que el aumento esperado en los costes es relativamente uniforme en los tres TC considerados, estimándose un incremento aproximado de aproximadamente 23€-28€ por plaza y día. Las diferencias tan significativas que se observan en términos relativos se atribuirían, en este sentido, a un *efecto base*. En otras palabras, aunque el incremento absoluto sea similar en los tres TC, los niveles de partida más bajos en los TC bajo y medio conducen a un crecimiento porcentual más alto.

Por su parte, según sugieren los resultados del análisis exploratorio realizado en el [apartado 2.4.3](#), gran parte del aumento del coste plaza que trae consigo el modelo *Como en casa*, se debería al alza que experimentan los costes de personal de atención directa.

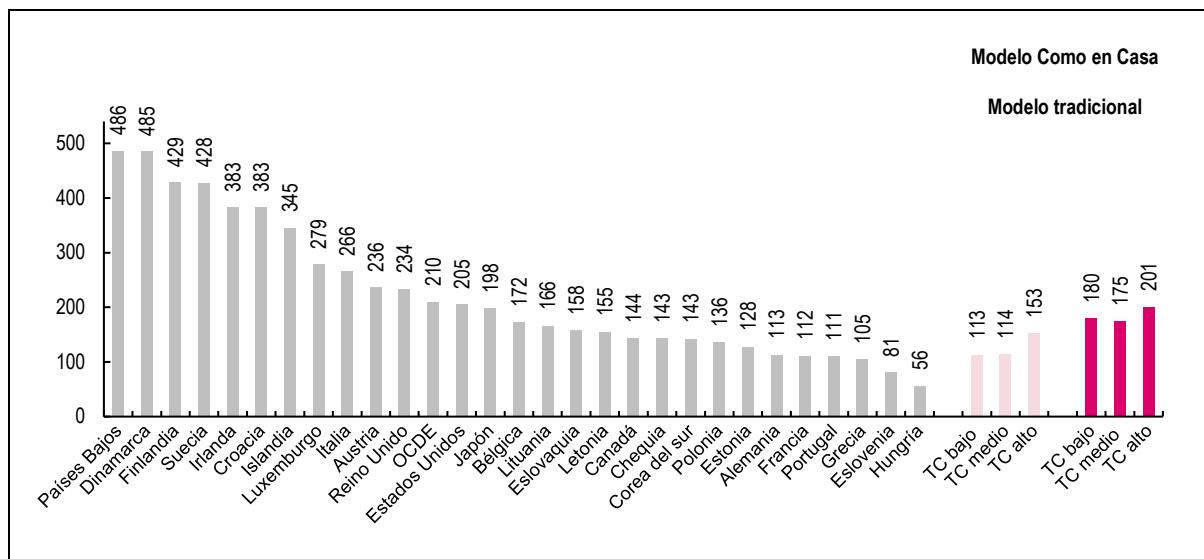
## 2.6 El coste plaza del modelo *Como en casa* en perspectiva internacional

En las comparativas de los costes de la atención residencial a nivel internacional, una de las métricas utilizadas habitualmente es la relación entre el coste de la atención residencial para un periodo dado, y la renta mediana que ingresan las personas mayores en ese mismo periodo. En otras palabras, se mide cuánto representa el coste de la atención residencial en relación con el nivel de ingresos de la población mayor.

Basado en la información que proporciona la OCDE en su informe *Health at Glance 2023*, el siguiente gráfico compara el coste residencial de los modelos *Como en casa* y *convencional*, definidos en el apartado anterior, con los costes registrados en una selección de países. La medida de comparación empleada es el coste de la atención residencial en relación con el ingreso mediano de la población de 65 y más años.

Según revelan los resultados, pese al incremento de costes que implica la transición al modelo *Como en casa*, no puede decirse que el coste resultante sea alto desde una perspectiva internacional. Se calcula que el coste anual de una plaza residencial bajo el modelo *Como en casa* equivale al 170% de los ingresos medianos de la población de 65 y más años en un TC bajo, mientras que esta proporción se estima en un 165% y 189% en los TC medio y alto, respectivamente. El promedio de la OCDE, por su parte, se sitúa en el 210% (OCDE, 2023).

**Gráfico 3. Coste de una plaza residencial con relación al ingreso mediano de las personas de 65 y más años (%). Comparativa respecto a los países de la OCDE.**



Fuentes: OECD. Health at a Glance 2023. INE. Encuesta de Condiciones de Vida, 2023.

Notas:

(1) la referencia de ingresos utilizada para cuantificar el peso específico del coste de una plaza residencial en el modelo tradicional y el modelo *Como en casa* ha sido el ingreso mediano equivalente de la población de 65 y más años. Esta mediana de ingresos se ha calculado para cada TC.

(2) El dato de Bélgica se corresponde con el de la región de Flandes; el de Islandia con el de su capital, Reikiavik; el de Canadá con el de la provincia de Ontario; el de Austria con de su capital, Viena; el de los Estados Unidos con el del Estado de California; el de Italia con la provincia de Tirol del sur; y el del Reino Unido con Inglaterra.

# Capítulo 3 - Estimación del gasto destinado a la financiación de los servicios residenciales para personas mayores: un análisis prospectivo para distintos escenarios de despliegue del modelo *Como en casa* en 2030

## 3.1 Introducción

Tras determinar el coste-plaza asociado a los servicios residenciales *Como en casa*, y evaluar su diferencial respecto al coste de los servicios residenciales convencionales, este capítulo analiza las implicaciones económicas en términos agregados. El objetivo es estimar el incremento de gasto que propiciaría la implantación del nuevo modelo, planteándose distintos escenarios de despliegue<sup>31</sup> en el horizonte de 2030. Para cada escenario, se compara el gasto estimado con aquel que resultaría de proyectar el mantenimiento del *mix* de modelos de atención residencial actual.

Es importante tener en cuenta que estas proyecciones de gasto estarán condicionadas por la evolución del número de plazas destinadas a los servicios de atención residencial para personas mayores. Esta evolución estará determinada por las políticas que adopten las administraciones competentes: pueden, por ejemplo, apostar por fortalecer las prestaciones y servicios que favorecen la permanencia de la persona en el domicilio, o, en cambio, optar por mantener los niveles actuales de cobertura de los servicios residenciales<sup>32</sup>. Dada la complejidad que entraña anticipar esta evolución, el análisis se basa en escenarios alternativos de cobertura para llevar a cabo las estimaciones.

En cualquier caso, estas decisiones sobre la dotación de plazas residenciales estarán estrechamente vinculadas con las necesidades de atención a la dependencia que se plantean para el horizonte del 2030. Según las investigaciones más recientes, aunque a corto y medio plazo se anticipa un descenso en la prevalencia de las situaciones de dependencia, el volumen total de población dependiente aumentará (Belmonte et al., 2023; Comisión Europea, 2021). Esta aparente contradicción se explica por los cambios proyectados en la estructura de edad de la población, y específicamente, por el crecimiento previsto para la población en edades más avanzadas: pese al descenso esperado en la prevalencia, este grupo de población es el que presenta las tasas de dependencia más altas, por lo que el importante aumento de su tamaño demográfico conducirá inevitablemente a un incremento absoluto en el número de personas en esta situación.

Para definir los distintos escenarios de cobertura de plazas residenciales en 2030, es necesario conocer cuál será la evolución de la población dependiente en ese horizonte temporal. Por ello, antes de proceder a cuantificar las implicaciones económicas de la implantación del modelo *Como en casa*, se ha elaborado un análisis prospectivo de la evolución de las situaciones de dependencia. Como se ha señalado, las inercias demográficas serán predominantes a la hora de definir el volumen de población con necesidades sociales en este ámbito, y en este sentido, las proyecciones de población constituyen la base sobre las que se sustentan las estimaciones sobre el alcance de la dependencia realizadas.

Aunque en la Ley 39/2006 no determina una edad mínima para acceder al Servicio de Atención Residencial en residencias de personas mayores en situación de dependencia<sup>33</sup>, en la elaboración del presente análisis, se ha considerado que se trata de un servicio específicamente dirigido a la población de 65 y más años. Esta decisión se justifica por dos motivos. Por una parte, algunas Comunidades Autónomas, entre ellas el País Vasco, determinan una edad mínima de 65 años para poder acceder al servicio<sup>34</sup>.

<sup>31</sup> Cada escenario representa un distinto grado de generalización del nuevo modelo, en forma de porcentaje de plazas *Como en casa* sobre el total.

<sup>32</sup> Se refiere a la proporción entre el número de plazas y la población potencialmente beneficiaria.

<sup>33</sup> Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

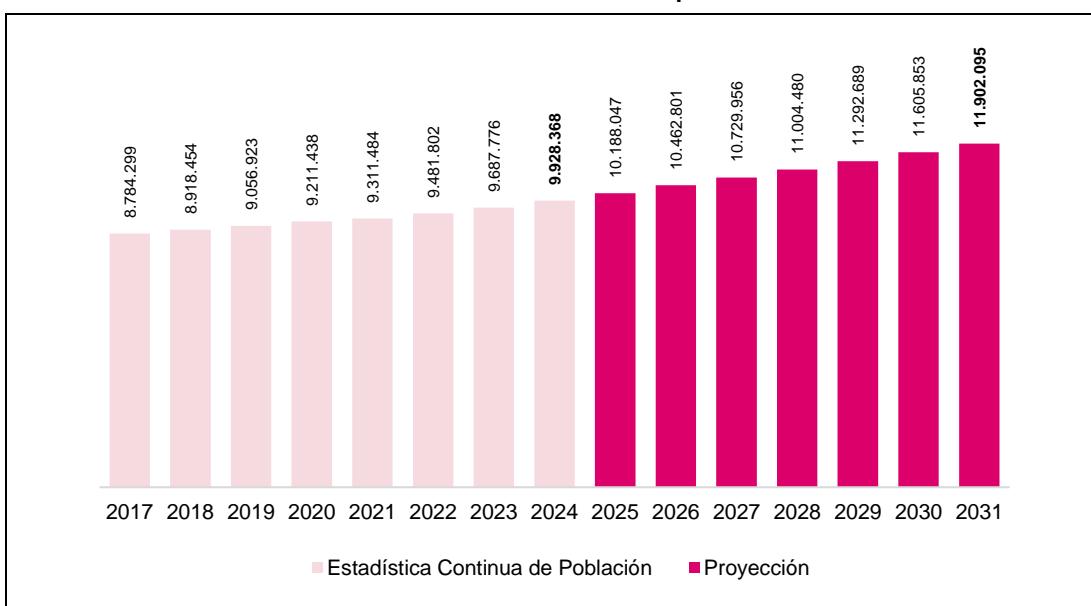
<sup>34</sup> Según se especifica en el Decreto 185/2015, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, esta exigencia aplica a la persona beneficiaria, estando exenta de su cumplimiento la persona acompañante que ingresa como residente.

Por otra parte, conforme a los resultados que se desprenden del *Censo de Centros Residenciales de Servicios Sociales en España* elaborado por el IMSERSO, en 2022, el 95,9% de las personas usuarias de los centros residenciales dirigidos a personas mayores tenían 65 o más años<sup>35</sup> (IMSERSO, 2024a).

## 3.2 El envejecimiento de la población en el horizonte del 2030

Aunque el envejecimiento por sí mismo no determina la pérdida de autonomía, está vinculado con diversos factores que aumentan considerablemente el riesgo de desarrollar esta condición. Esta relación se manifiesta en el aumento progresivo de las situaciones de dependencia conforme avanza la edad de la población (Comisión Europea, 2021). Por tanto, la proyección de las situaciones de dependencia para el año 2030 estará fundamentalmente determinada por el grado de envejecimiento de la población en que se alcance en ese horizonte temporal.

**Gráfico 4. Evolución (2013-2024) y proyección (2025-2031) de la población de 65 y más años.  
Población a 1 de enero. España.**



Fuentes: INE. Estadística Continua de Población (ECP); INE. Proyecciones de la Población de España 2024-2074

Según se desprende de las proyecciones de población más recientes<sup>36</sup>, se prevé que, para finales de 2030, la población de 65 y más años alcanzará los 11,9 millones de personas en España. En comparación con el total registrado a finales de 2023, la cifra anterior representa un aumento de casi 2 millones de personas para este grupo de población, lo que equivale a un incremento medio anual de aproximadamente 280.000 personas.

Desde la perspectiva de la evolución registrada en los últimos años, se evidencia que el crecimiento esperado en los próximos años es de una magnitud muy significativa, al menos en términos absolutos. En el periodo de siete años comprendido entre finales de 2017 y 2023, la población de 65 y más años ha registrado un alza de alrededor de 1 millón de personas. En contraste, para los siguientes siete años, se estima un incremento que prácticamente duplicará esta cifra, evidenciando una aceleración significativa en el ritmo de crecimiento de este segmento de población.

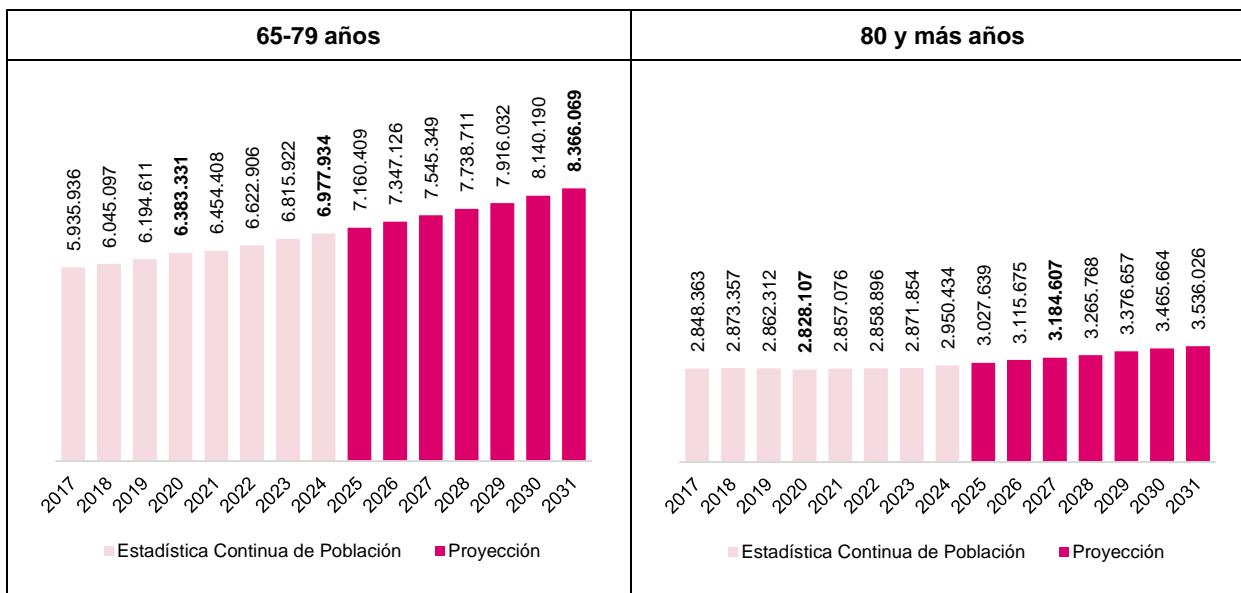
De los casi 2 millones de personas adicionales de 65 y más años que se estiman para el 2030, cerca de 600.000 tendrán 80 y más años. Cabe señalar que este colectivo es el que muestra las tasas de

<sup>35</sup> El 74,5% tenían 80 o más años, mientras que el 21,4% tenían entre 65 y 74 años.

<sup>36</sup> Se utilizan como referencia las Proyecciones de la Población de España 2024-2074 del INE.

prevalencia de la dependencia más altas (ver [apartado 3.3.1](#)), representando asimismo la gran mayoría de las personas usuarias de las plazas de los servicios de atención residencial<sup>37</sup>.

**Gráfico 5. Evolución (2013-2024) y proyección (2025-2031) de la población de 65 y más años según edad. Población a 1 de enero. España.**



Fuentes: INE. Estadística Continua de Población (ECP); INE. Proyecciones de la Población de España 2024-2074

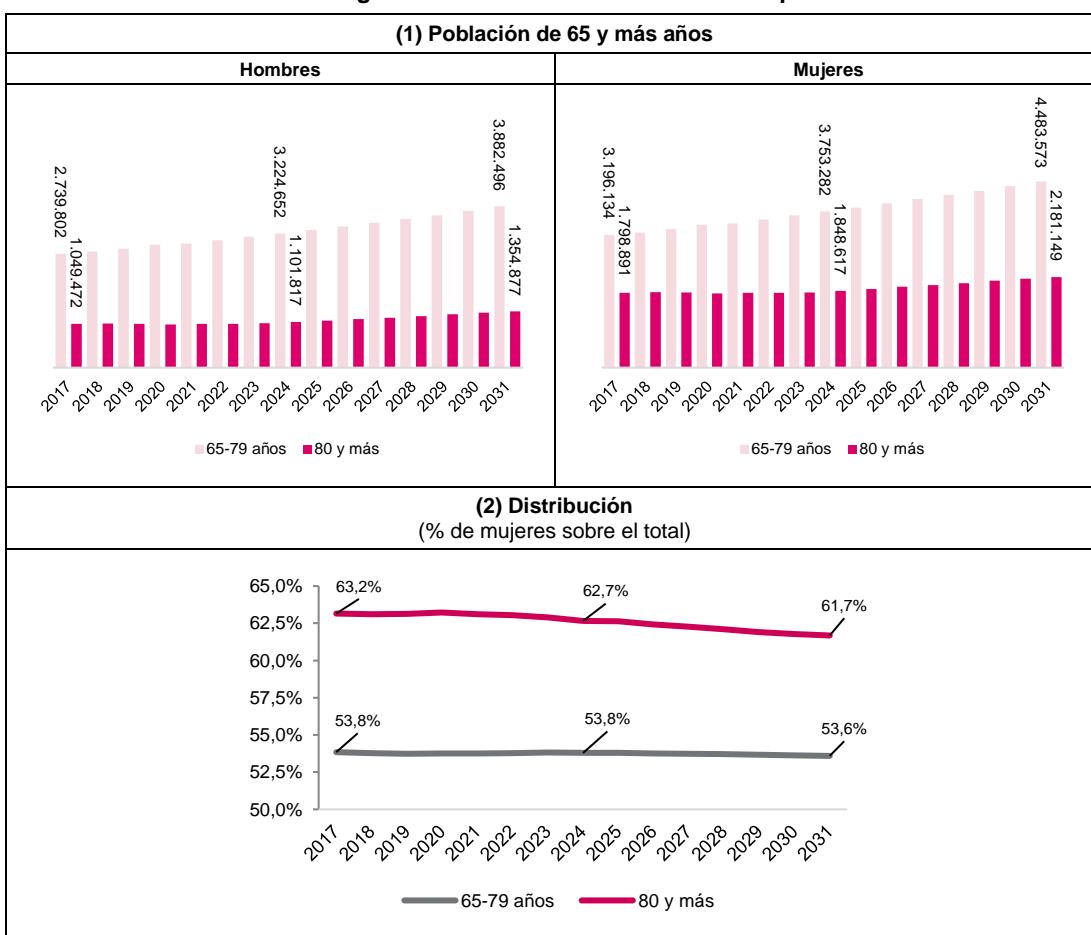
Las mujeres son mayoritarias dentro de la población de 65 y más años debido, en buena medida, a su mayor esperanza de vida. A finales de 2023, representaban el 56,4% del total, proporción que se elevaba hasta el 62,7% entre la población de 80 y más años. Con todo, la brecha en la esperanza de vida entre ambos sexos se ha ido reduciendo en los últimos años, resultando en un incremento gradual del peso específico de la población masculina<sup>38</sup> en estos grupos de población.

Las proyecciones demográficas apuntan a que persistirá esta tendencia hacia una distribución más equilibrada entre sexos, especialmente en la población de 80 y más años. Para 2030, se prevé un incremento del 23,0% en el número total de hombres de esta edad, frente al 18,0% esperado para las mujeres.

<sup>37</sup> Según datos del IMSERSO, en 2022, tres cuartas partes de todos los residentes tenían 80 y más años (74,5%). Las personas de entre 65 y 79 años, por su parte, constituyan el 21,4% del total (IMSERSO, 2024a).

<sup>38</sup> Entre 2013 y 2023, la esperanza de vida al nacimiento de los hombres se ha incrementado de 79,9 a 81,1 años, mientras que la de las mujeres ha pasado de 85,5 a 86,3 años. Como resultado, la diferencia entre sexos ha descendido en 0,4 años; recortándose de 5,6 a 5,2 años.

**Gráfico 6. (1) Evolución (2017-2024) y proyección (2024-2031) de la población de 65 y más años según sexo y grandes grupos de edad. (2) Distribución de la población de 65 y más años según sexo. Población a 1 de enero. España.**



Fuentes: INE. Estadística Continua de Población (ECP); INE. Proyecciones de la Población de España 2024-2074

En lo que atañe a los Territorios de Coste definidos en el [Capítulo 2](#), ante todo, cabe señalar que son agrupaciones territoriales con un volumen poblacional muy dispar. La suma de la población de 65 y más años asciende a aproximadamente 670.000 en el TC alto, frente a los 5,5 millones y 3,1 millones en el TC medio y bajo, respectivamente. Teniendo en cuenta estas diferencias, para capturar las particularidades que caracterizan a la evolución esperada en cada TC, el análisis se aborda en términos relativos.

Como muestra la [Tabla 12](#), se anticipa que el mayor crecimiento de la población de 65 y más años se registrará en el TC bajo, con una tasa del 22,0%. En el TC medio, el incremento también será significativo, alcanzando el 19,1%. En contraste, para el TC alto se proyecta una mayor moderación, con una tasa equivalente al 12,4%.

Las diferencias, en cualquier caso, van más allá de la magnitud del crecimiento esperado. Al desagregar las proyecciones por grandes grupos de edad —65-79 años y, 80 y más—, el TC bajo revela un patrón diferenciado. Mientras que en los TC medio y alto se prevé un crecimiento de mayor intensidad para la población de 80 y más años, en el TC bajo, será el segmento de 65-79 años el que impulsará en mayor medida la expansión demográfica de la población mayor.

**Tabla 12. Proyección de la población de 65 y más años según Territorio de Coste y grandes grupos de edad. Población a 1 de enero. 2024-2031. España.**

Año	TC alto			TC medio			TC bajo		
	65-79 años	80 y más años	Total	65-79 años	80 y más años	Total	65-79 años	80 y más años	Total
2024	465.461	205.674	<b>671.135</b>	3.878.774	1.662.482	<b>5.541.256</b>	2.633.699	1.082.278	<b>3.715.977</b>
2025	474.152	210.849	<b>685.001</b>	3.975.530	1.707.447	<b>5.682.978</b>	2.710.726	1.109.342	<b>3.820.068</b>
2026	481.415	216.875	<b>698.290</b>	4.074.468	1.757.094	<b>5.831.563</b>	2.791.242	1.141.706	<b>3.932.948</b>
2027	489.148	222.028	<b>711.177</b>	4.176.797	1.798.074	<b>5.974.871</b>	2.879.403	1.164.505	<b>4.043.908</b>
2028	497.185	227.184	<b>724.369</b>	4.276.696	1.846.562	<b>6.123.258</b>	2.964.830	1.192.023	<b>4.156.852</b>
2029	504.344	234.039	<b>738.382</b>	4.364.692	1.911.961	<b>6.276.653</b>	3.046.997	1.230.657	<b>4.277.654</b>
2030	513.735	239.872	<b>753.608</b>	4.478.332	1.964.467	<b>6.442.799</b>	3.148.123	1.261.324	<b>4.409.447</b>
2031	523.304	244.492	<b>767.796</b>	4.593.092	2.007.691	<b>6.600.782</b>	3.249.673	1.283.844	<b>4.533.517</b>
<b>Evolución 2024-2031</b>	+57.843 (+12,4%)	+38.818 (+18,9%)	<b>+96.661 (+14,4%)</b>	+714.318 (+18,4%)	+345.209 (+20,8%)	<b>+1.059.526 (+19,1%)</b>	+615.974 (+23,4%)	201.566 (+18,6%)	<b>817.540 (+22,0%)</b>

Fuentes: INE. Estadística Continua de Población (ECP); INE. Proyecciones de la Población de España 2024-2074

### 3.3 La población mayor en situación de dependencia: estado actual, tendencias y proyección para el 2030

El IMSERSO publica mensualmente un informe estadístico sobre la gestión del SAAD, elaborado a partir de la información proporcionada por los Órganos Gestores de todas las CCAA<sup>39</sup>. Esta publicación representa una fuente sólida para estimar la prevalencia de la dependencia tanto a nivel nacional como autonómico. Entre otros, a partir de estos datos es posible identificar el número de personas que han sido valoradas a efectos de determinar su grado de dependencia, y efectivamente se les ha reconocido al menos el grado I. A efectos de este análisis, se considerará específicamente este grupo.

Es importante señalar que existe asimismo un conjunto de personas que, pese a no alcanzar el umbral de puntuación para el reconocimiento de la dependencia, podría presuponerseles, al menos, algún tipo de limitación para las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria. Es decir, estarían en una situación de riesgo de dependencia. En el análisis, sin embargo, no se contemplarán estas situaciones.

Por último, cabe matizar que, aunque el sistema de valoración de la dependencia es un proceso consolidado y cuenta con un recorrido de más de 15 años, los datos del IMSERSO no incluyen a aquellas personas que, aun estando en una situación de dependencia, no han sido todavía valoradas por el sistema.

<sup>39</sup> En el caso de Ceuta y Melilla, la información la proporcionan las Direcciones Territoriales correspondientes del IMSERSO.

### 3.3.1 El alcance de la dependencia entre la población de 65 y más años: ideas clave

A 31 de diciembre de 2023, se contabilizaban alrededor de 1.150.000 personas en situación de dependencia de 65 y más años en España. Puesto de otra manera, el 11,6% de esta población tenía reconocida una dependencia de al menos grado I. En cualquier caso, los datos revelan diferencias manifiestas en la prevalencia de estas situaciones dentro del propio colectivo.

Ante todo, según se observa en la [Tabla 13](#), la prevalencia de la dependencia es más pronunciada a medida que se transita hacia edades más avanzadas: estas situaciones afectan al 28,6% de la población de 80 y más años, frente al 4,4% de la población de entre 65 y 79 años. En este sentido, cabe apuntar que casi tres cuartas partes (73,2%) de la población mayor en situación de dependencia tiene 80 y más años.

Por otro lado, se observan asimismo diferencias significativas en función del sexo, sobre todo entre las personas de 80 y más años. Ciñéndonos a este grupo de edad, se revela que una tercera parte de la población femenina experimenta una situación de dependencia (33,8%), frente a casi una quinta parte entre los hombres (19,8%). Si bien esta brecha también está presente entre la población de 65-79 años, su magnitud es considerablemente menor. Para explicar la prevalencia más alta entre las mujeres, la literatura especializada alude a múltiples factores, entre los que cabe destacar (Comisión Europea, 2021; OECD, 2024):

- *Esperanza de vida más alta.* Por razón de su mayor esperanza de vida, las mujeres que conforman este grupo de edad tienen, en promedio, una edad más avanzada que los hombres. Este factor es especialmente relevante dado que el riesgo de sufrir limitaciones físicas y/o problemas mentales aumenta significativamente con la edad.
- *Mayor prevalencia de las afecciones musculoesqueléticas.* Las mujeres en edades más avanzadas sufren en mayor medida este tipo de afecciones —por ejemplo, artritis, necesidad de prótesis articulares, dolores crónicos— en comparación con la población masculina de la misma edad.
- *Cambios hormonales postmenopáusicos.* Estos cambios contribuyen al deterioro del sistema autoinmune, induciendo a un mayor riesgo de sufrir complicaciones crónicas que afecten a la autonomía personal.
- *Mayor riesgo de pobreza en la vejez.* Las mujeres se exponen a una mayor vulnerabilidad económica en la vejez, resultado, entre otros, de una menor acumulación de ingresos, de trayectorias laborales interrumpidas, o de la persistente brecha salarial de género. Esta situación puede derivar en limitaciones en cuanto al acceso a una serie de recursos esenciales para un envejecimiento saludable.

Como resultado, alrededor de tres cuartas partes de las personas de 65 y más años en situación de dependencia son mujeres (74,1%). Se revela, además, que esta proporción se mantiene independientemente del grado de dependencia considerado.

**Tabla 13. Alcance y prevalencia de la dependencia según grado, sexo y grandes grupos de edad a 31.12.2023.**

	65-79 años		80 y más años		TOTAL	
	Nº	Prevalencia (%)	Nº	Prevalencia (%)	Nº	Prevalencia (%)
<b>TOTAL</b>	<b>308.845</b>	<b>4,4%</b>	<b>843.306</b>	<b>28,6%</b>	<b>1.152.151</b>	<b>11,6%</b>
Grado I	124.746	1,8%	277.007	9,4%	401.753	4,0%
Grado II	113.637	1,6%	316.875	10,7%	430.512	4,3%
Grado III	70.462	1,0%	249.424	8,5%	319.886	3,2%
<b>MUJERES</b>	<b>190.424</b>	<b>5,1%</b>	<b>624.888</b>	<b>33,8%</b>	<b>815.312</b>	<b>14,6%</b>
Grado I	81.686	2,2%	199.536	10,8%	281.222	5,0%
Grado II	68.251	1,8%	236.037	12,8%	304.288	5,4%
Grado III	40.487	1,1%	189.315	10,2%	229.802	4,1%
<b>HOMBRES</b>	<b>118.421</b>	<b>3,7%</b>	<b>218.418</b>	<b>19,8%</b>	<b>336.839</b>	<b>7,8%</b>
Grado I	43.060	1,3%	77.471	7,0%	120.531	2,8%
Grado II	45.386	1,4%	80.838	7,3%	126.224	2,9%
Grado III	29.975	0,9%	60.109	5,5%	90.084	2,1%

Fuente: IMSERSO. Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. 31/12/2023

Antes de proceder a analizar el contexto en relación con los distintos grados de intensidad de las situaciones de dependencia, es importante tener en cuenta varios elementos relacionados con las personas usuarias de los servicios de atención residencial. Por un lado, según se señala en el *Censo de Centros Residenciales* del IMSERSO, a finales de 2022, el 20,1% de las personas que viven en centros estaba sin valorar o no tenía reconocido un grado de dependencia. Por otro lado, los datos sobre la gestión del SAAD muestran que 95,1%<sup>40</sup> de las personas beneficiarias de los Servicios de Atención Residencial presentan un grado de dependencia de al menos grado II. Es decir, la gran mayoría de las personas a las que se les reconoce el acceso a este servicio en el marco del SAAD presentan un grado II y III de dependencia.

Considerando lo anterior, a finales de 2023, la población de 65 y más años con una dependencia de grado II o III —principal destinataria de los servicios residenciales— alcanzaba las 750.000 personas, esto es, el 7,6% de la población de 65 y más años. Si se compara la composición etaria para cada uno de los grados, se observa que cuánta más severa resulta la dependencia, mayor es la proporción de personas de 80 y más años: representan el 68,9% del total en el grado I, mientras que alcanzan el 78,0% en el grado III.

Desde la perspectiva de los Territorios de coste considerados, no se identifican diferencias significativas en la prevalencia de la dependencia, ni en términos generales ni al considerar las intersecciones entre el sexo, edad y grado de dependencia. En este sentido, las variaciones en cuanto al número de personas en situación de dependencia se explican, fundamentalmente, por volumen poblacional de cada agrupación territorial (ver [Anexo II](#)).

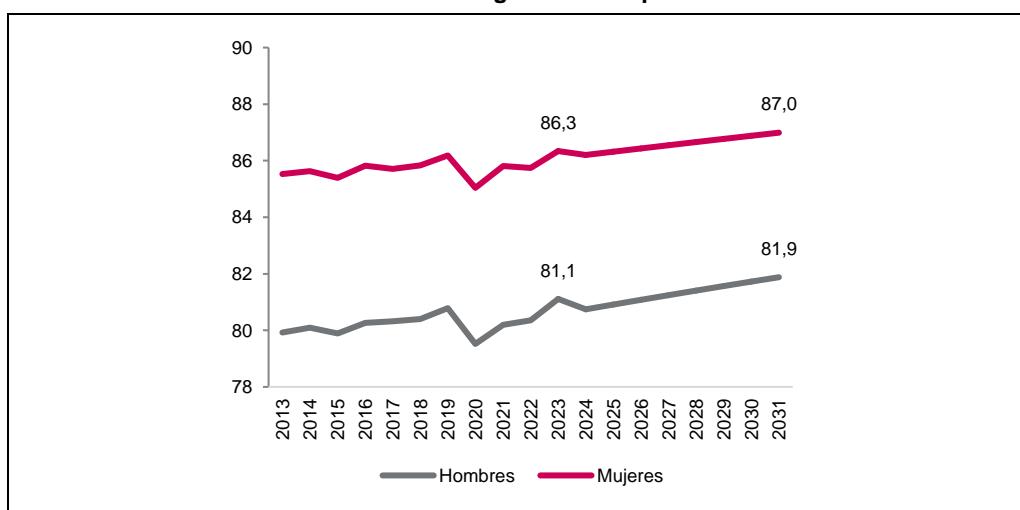
<sup>40</sup> En este cálculo se han incluido los datos sobre la Prestación Económica Vinculada al Servicio de Atención Residencial.

### 3.3.2 La metodología empleada para las proyecciones de la dependencia

#### Hipótesis sobre la evolución de la prevalencia de las situaciones de dependencia

La literatura especializada no muestra consenso respecto a la evolución prevista del porcentaje de población afectada por las situaciones de dependencia. Algunas investigaciones contemplan el mantenimiento de las tasas de prevalencia según sexo y edad a la hora de proyectar la evolución de las situaciones de dependencia. Este es el caso, por ejemplo, de los informes trienales sobre el impacto del envejecimiento poblacional, *Ageing Report*, que publica la Comisión Europea (Comisión Europea, 2023). Esta aproximación metodológica tiene implicaciones notables, ya que asume implícitamente que los incrementos en la esperanza de vida se traducen íntegramente en incrementos en la esperanza de vida con limitaciones. Esto significa que la esperanza de vida en buena salud —libres de limitaciones significativas en la autonomía personal— permanece constante, mientras que todo el aumento se concentra en la esperanza de vida con limitaciones (Robine et al., 2020).

**Gráfico 7. Evolución (2013-2023) y proyección (2024-2031) de la esperanza de vida al nacimiento según sexo. España.**



Fuentes: INE. Estadística Continua de Población; INE. Proyecciones de la Población de España 2024-2074

Sin embargo, varios trabajos de revisión sobre las tendencias en cuanto a la esperanza de vida y la salud sugieren que el cumplimiento de la hipótesis anterior sería, al menos en el corto-medio plazo, poco probable. Estos estudios indican que tanto la esperanza de vida con buena salud como con limitaciones continuará aumentando, dando lugar a una comprensión relativa de la dependencia<sup>41</sup> y, simultáneamente, a un incremento absoluto en el número de años vividos en situación de dependencia<sup>42</sup> (Robine et al., 2020; Spiers et al., 2021).

Pero ¿cómo evolucionará la prevalencia de la dependencia? Algunos trabajos de reciente publicación a nivel europeo sugieren que, siguiendo la tendencia de los últimos años, la prevalencia de estas situaciones continuará disminuyendo (Belmonte et al., 2023). Este descenso se explicaría principalmente por los ‘efectos de cohorte’; esto es, por la paulatina entrada en la vejez de generaciones con un riesgo comparativamente más bajo de desarrollar problemas relacionados con la falta de autonomía. Entre otros factores, lo anterior sería resultado de un estilo de vida más saludable, así como de un mayor acceso a la asistencia sanitaria por parte de estas generaciones en comparación con las anteriores. Igualmente cabe no pasar por alto el impacto que puede derivarse del creciente impulso de las políticas relacionadas con un envejecimiento activo y saludable (OCDE, 2011).

Con independencia de lo anterior, se anticipa de manera unánime que el volumen de población en situación de dependencia aumentará en los siguientes años. Esto se deberá a los cambios proyectados en la

<sup>41</sup> Se espera que el incremento en la esperanza de vida en buena salud superará al de la esperanza de vida con limitaciones. Como resultado, los años vividos con limitaciones representarán una menor proporción de la esperanza de vida total.

<sup>42</sup> Una parte de las ganancias en la esperanza de vida corresponderán a situaciones de limitación. Por tanto, pese a que representarán una menor proporción de la esperanza de vida, en términos absolutos, las personas permanecerán un mayor tiempo en esta situación.

estructura de edad de la población, y en particular, al crecimiento previsto en el peso específico de la población en edades más avanzadas. Aunque se espera que la prevalencia de las situaciones de dependencia disminuya dentro de este grupo, dado que es el que presenta las tasas de dependencia más altas, el importante aumento en su tamaño demográfico conducirá inevitablemente a un incremento en el número de personas en esta situación. Por lo tanto, como señalan numerosos estudios, las inercias demográficas son predominantes a la hora de tratar de estimar la trayectoria futura de las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia (Atella et al., 2017; Belmonte et al., 2023; Comisión Europea, 2021).

### **Metodología de estimación**

Considerando el alcance y las limitaciones de la presente investigación, la estimación de la prevalencia de la dependencia se ha basado en la proyección hacia el 2030 de las tendencias observadas en los últimos años<sup>43</sup>. Específicamente, se ha analizado la evolución de la prevalencia de la dependencia según sexo, edad, grado y CCAA entre el 30.06.2023 y 30.06.2024. A partir de estos datos, se han calculado los promedios interanuales de incremento o reducción correspondientes, que servirán como base para la estimación de la prevalencia en el horizonte del 2030.

Las prevalencias proyectadas para 2030 se aplicarán sobre los volúmenes de población obtenidos de las proyecciones demográficas correspondientes. De esta forma:

$$D_{e,s,g,t} = d_{e,s,g,t} \times N_{e,s,t}$$

Donde:

- $D_{e,s,g,t}$ : número de personas en situación de dependencia en 2030, con edad e, sexo s, grado de dependencia g, y residente en el territorio de coste t.
- $d_{e,s,g,t}$ : porcentaje de personas en situación de dependencia en 2030, con edad e, sexo s, grado de dependencia g, y residente en el territorio de coste t
- $N_{e,s,t}$  población proyectada para 2030, con edad e, sexo s, y residente en el territorio de coste t.

### **3.3.3 Radiografía de la dependencia en 2030: síntesis de las proyecciones**

De acuerdo con las estimaciones realizadas, la población de 65 y más años con una dependencia reconocida de al menos grado I crecerá en aproximadamente 180.000 personas en el horizonte de 2030, hasta situarse en torno a 1.335.000 personas. Este incremento se explica por el aumento previsto en los grados I y II, mientras que se anticipa una reducción en el número total de personas con grado III.

Este recorte, sin embargo, se observará exclusivamente en el caso de las mujeres, y, en particular, entre aquellas que tienen 80 y más años. En conjunto, se proyecta una reducción de aproximadamente 80.000 mujeres con un grado III de dependencia. Por el contrario, el número de hombres en la misma condición aumentaría en casi 50.000.

En conjunto, se estima que el total de personas con un grado II y III, principales destinatarias de los servicios residenciales, aumentará en aproximadamente 60.000 personas. Sin embargo, resultado, al menos en parte, de la desigual evolución anteriormente descrita, se proyectan algunos cambios en la composición de este colectivo. La distribución por grandes grupos de edad se mantendrá relativamente estable, con tres cuartas partes del total con 80 y más años (74,9%). No obstante, se anticipan cambios relevantes en la composición por género y por grado de dependencia:

- Aunque las mujeres de 80 y más años continuarán siendo mayoritarias, su peso específico experimentará una notable reducción, pasando del 56,7% al 49,0%. Este descenso se verá compensado por un aumento equivalente en la población masculina de 80 y más años, que pasará del 18,8% al 26,0% del total.

<sup>43</sup> Este es el enfoque que plantean, entre otros, van der Gaag et al. (2015).

- En lo que atañe al grado de dependencia, las situaciones de mayor gravedad —grado III— representarán algo más de una tercera parte del total (35,8%), una proporción considerablemente inferior al 42,6% actual.

**Tabla 14. Proyección del número de personas en situación de dependencia según grado, sexo y grandes grupos de edad a 31.12.2030.**

	65-79 años		80 y más años		TOTAL	
	Nº	vs. 2023 <sup>1</sup>	Nº	vs. 2023 <sup>1</sup>	Nº	vs. 2023 <sup>1</sup>
<b>TOTAL</b>	<b>362.241</b>	<b>+53.396</b>	<b>972.811</b>	<b>+129.505</b>	<b>1.335.052</b>	<b>+182.901</b>
Grado I	158.803	+34.057	364.935	+87.928	523.738	+121.985
Grado II	131.983	+18.346	389.263	+72.388	521.246	+90.734
Grado III	71.454	+992	218.613	-30.811	290.068	-29.818
<b>MUJERES</b>	<b>216.411</b>	<b>+25.987</b>	<b>649.904</b>	<b>+25.016</b>	<b>866.316</b>	<b>+51.004</b>
Grado I	101.983	+20.297	252.759	+53.223	354.742	+73.520
Grado II	77.286	+9.035	283.958	+47.921	361.244	+56.956
Grado III	37.143	-3.344	113.187	-76.128	150.329	-79.473
<b>HOMBRES</b>	<b>145.829</b>	<b>+27.408</b>	<b>322.907</b>	<b>+104.489</b>	<b>468.736</b>	<b>+131.897</b>
Grado I	56.820	+13.760	112.176	+34.705	168.996	+48.465
Grado II	54.698	+9.312	105.305	+24.467	160.002	+33.778
Grado III	34.312	+4.337	105.427	+45.318	139.738	+49.654

Nota: (1) Refleja la diferencia, en términos absolutos, respecto al número total de personas en situación de dependencia registradas a 31.12.2023.

En cualquier caso, para tratar de distinguir entre los efectos del cambio demográfico y la evolución propia de las situaciones de dependencia, es necesario analizar los cambios que se proyectan en tasas de prevalencia. Los resultados de la estimación revelan que la prevalencia de la dependencia se incrementará ligeramente entre la población de 65 y más años, alcanzando al 11,8% del total —0,2 puntos más que en 2023—. Con todo, el cambio esperado no es homogéneo, sino que presenta variaciones importantes al considerar la edad, el sexo y el grado de dependencia, así como sus distintas intersecciones. A continuación, se enumeran algunas de las transformaciones más relevantes que se identifican a partir de las proyecciones realizadas (ver [Tabla 15](#)).

Por un lado, cabe señalar que el incremento en la prevalencia se limita a la población de 80 y más años (+0,6 puntos). Para la población de entre 65 y 79 años, en cambio, se prevé un leve descenso de la tasa (-0,1 puntos).

Por otro lado, la desagregación por sexos revela que la prevalencia de la dependencia crecería sólo entre los hombres de 65 y más años (+0,4 puntos), mientras que en el caso de las mujeres se mantendría en niveles idénticos a los actuales.

La intersección entre sexo y edad muestra un incremento significativo en la prevalencia entre los hombres de 80 y más años, anticipándose un aumento de 1,4 puntos en la tasa correspondiente. Esta cifra contrasta con el incremento de 0,1 puntos que se proyecta para las mujeres de la misma edad. Con todo, cabe poner de manifiesto que las diferencias observadas en la prevalencia de la dependencia según sexo seguirán siendo muy significativas.

**Tabla 15. Proyección de la prevalencia de las situaciones de dependencia según grado, sexo y grandes grupos de edad a 31.12.2030.**

	65-79 años		80 y más años		TOTAL	
	Prevalencia (%)	vs. 2023 <sup>1</sup>	Prevalencia (%)	vs. 2023 <sup>1</sup>	Prevalencia (%)	vs. 2023 <sup>1</sup>
<b>TOTAL</b>	<b>4,3%</b>	<b>-0,1%</b>	<b>29,1%</b>	<b>+0,6%</b>	<b>11,8%</b>	<b>+0,2%</b>
Grado I	1,9%	+0,1%	10,4%	+1,0%	4,4%	+0,4%
Grado II	1,6%	-0,1%	11,0%	+0,3%	4,4%	+0,1%
Grado III	0,9%	-0,1%	7,8%	-0,7%	3,0%	-0,3%
<b>MUJERES</b>	<b>4,9%</b>	<b>-0,2%</b>	<b>33,9%</b>	<b>+0,1%</b>	<b>14,5%</b>	<b>+0,0%</b>
Grado I	2,3%	+0,1%	11,6%	+0,8%	5,4%	+0,4%
Grado II	1,7%	-0,1%	13,0%	+0,2%	5,5%	+0,0%
Grado III	0,9%	-0,2%	9,3%	-0,9%	3,7%	-0,4%
<b>HOMBRES</b>	<b>3,7%</b>	<b>+0,0%</b>	<b>21,2%</b>	<b>+1,4%</b>	<b>8,2%</b>	<b>+0,4%</b>
Grado I	1,5%	+0,1%	8,3%	+1,3%	3,2%	+0,4%
Grado II	1,4%	0,0%	7,7%	+0,4%	3,0%	+0,1%
Grado III	0,8%	-0,1%	5,2%	-0,2%	2,0%	-0,1%

Nota: (1) Refleja la diferencia, en puntos porcentuales, respecto a la prevalencia registrada a 31.12.2023.

En lo que atañe a la severidad de las situaciones de dependencia, en líneas generales, se proyecta un patrón consistente: crecerá la prevalencia de los casos de menor gravedad, en tanto que se reducirá el porcentaje de población afectada por las situaciones más severas. Como revela la tabla anterior, la intensidad de estos cambios varía considerablemente en función del grupo de edad analizado.

Tanto en hombres como en mujeres, el incremento del peso específico de los casos de dependencia menos graves será más pronunciado en la población de 80 y más años. Igualmente, la reducción esperada para los casos más graves será más marcada en este grupo de edad, especialmente entre las mujeres.

Por último, en lo relativo a la evolución prevista para los distintos Territorios de Coste, cabe señalar que, en mayor o menor medida, se replican las tendencias que se han descrito en las líneas anteriores. Los detalles se pueden consultar en el [Anexo III](#) y [Anexo IV](#).

## 3.4 La estimación del gasto en los servicios de atención residencial para mayores en 2030

En este apartado se presentan los resultados de las estimaciones realizadas. Estas reflejan el volumen de gasto destinado a servicios de atención residencial en 2030, según distintos escenarios de implantación del modelo *Como en casa*. El análisis se plantea desde un enfoque eminentemente comparativo, centrándose en cuantificar el diferencial de gasto que supondría la existencia de un porcentaje determinado de plazas del nuevo modelo. Es importante señalar que la relevancia de estas estimaciones no reside en la precisión de las cifras absolutas de gasto, sino en la identificación del impacto económico diferencial entre el mantenimiento del modelo actual, y la implementación parcial de *Como en casa*.

Los resultados expresan el gasto total en servicios de atención residencial para personas mayores, incorporando tanto la financiación pública como la privada, pero sin desglosar entre las distintas fuentes. En este sentido, las estimaciones cuantificarían el volumen de recursos económicos que la sociedad española deberá destinar a la atención residencial de las personas mayores en el horizonte del 2030, teniendo en cuenta tanto el coste plaza del nuevo modelo como los eventuales cambios en el modelo de atención y, en concreto, el peso de la atención residencial en la cobertura de las necesidades de la población en situación de dependencia.

### 3.4.1 ¿A cuánto asciende el gasto actual en servicios de atención residencial?

Para cuantificar el coste económico adicional que supondrá la implementación del modelo *Como en casa* en el horizonte del 2030, se requiere en primer lugar establecer un escenario base de referencia para la comparación. Este escenario deberá proyectar el volumen de gasto asociado al mantenimiento de los modelos actuales de atención residencial. Para ello, el primer paso consiste en estimar a cuánto asciende el gasto actual en servicios residenciales.

Cabe poner de manifiesto que las fuentes de información de referencia no proporcionan, al menos de manera directa, datos sobre el volumen de financiación —tanto público como privado— destinado actualmente a los servicios de atención residencial para personas mayores en España (Antares Consulting, 2024). Por tanto, cualquier estimación debe realizarse de manera indirecta, combinando datos de distintas fuentes, lo que lo convierte en un ejercicio particularmente complejo y demandante. Ante esta importante limitación, se ha optado por llevar a cabo un cálculo aproximativo partiendo del marco analítico utilizado en el Capítulo 1. En concreto, la estimación se fundamenta en las referencias de coste plaza-día contempladas para los servicios residenciales convencionales en cada Territorio de Coste (ver [apartado 2.5](#)), así como en los datos sobre el número de plazas residenciales proporcionados por el IMSERSO.

Tras realizar los ajustes pertinentes para tener en cuenta los impactos en el gasto derivados de la rotación de las plazas residenciales y de la variabilidad en su grado de ocupación, se estima que, en el año 2023, el volumen de financiación dirigido a los centros residenciales de personas mayores fue de aproximadamente 8.250 millones de euros, lo que representa el 0,55% del PIB. Los resultados por Territorio de Coste se recogen en la [Tabla 16](#).

Pese a su carácter aproximado, cabe subrayar que, el último informe sobre el impacto del envejecimiento poblacional publicado por la Comisión Europea, *Ageing Report*, también estima el volumen de este gasto en un 0,5% del PIB para 2022<sup>44</sup> (Comisión Europea, 2024). Por su parte, un estudio enfocado al análisis de la atención residencial en España cuantificaba, para 2019, que este gasto ascendía al 0,62% del PIB (Antares Consulting, 2022).

En cualquier caso, es importante reiterar que estas estimaciones no se han planteado con el propósito de estimar con precisión las cifras absolutas de gasto, sino con el objetivo de cuantificar el impacto económico diferencial derivado de la implantación del modelo *Como en casa*.

<sup>44</sup> Según recoge el informe, el gasto en cuidados de larga duración (Long-term care) en España ascendía al 0,8% del PIB en 2022, con la siguiente distribución: el 0,5% corresponde al cuidado institucional (Institutional care), el 0,2% a los cuidados en el domicilio (Home care) y el 0,1% restante a las prestaciones económicas (Cash benefits).

**Tabla 16. Estimación del gasto total en servicios de atención residencial en 2023 por Territorio de Coste.**

Territorio de Coste	Plazas <sup>1</sup>	Precio plaza-día	Coste total estimado	%PIB <sup>2</sup>
Alto	25.668	103,82 €	868.626.091 €	0,77%
Medio	241.733	67,47 €	5.316.073.481 €	0,58%
Bajo	127.664	49,52 €	2.060.598.632 €	0,45%
<b>TOTAL</b>	<b>395.065</b>	-	<b>8.245.298.204 €</b>	<b>0,55%</b>

Fuentes: (1) IMSERSO. Servicios Sociales para personas mayores en España. 31.12.2023. (2) INE. Contabilidad Regional de España.

### 3.4.2 Escenarios contemplados para el ajuste del número de plazas residenciales en el horizonte del 2030

Como se ha señalado en el apartado introductorio del presente capítulo, las proyecciones de gasto están asimismo condicionadas por la evolución prevista del número de plazas residenciales. Dada la incertidumbre inherente a esta variable, las estimaciones se han basado en distintos escenarios de cobertura de plazas. En total, se han considerado tres escenarios.

Es importante señalar que, en la formulación de estos escenarios, se ha asumido que la población de 65 y más años con dependencia de grado II y III constituye el principal grupo destinatario de los servicios de atención residencial para mayores. Aunque las principales operaciones estadísticas no proporcionan la distribución detallada por grado de dependencia y edad de las personas usuarias de este servicio, los datos disponibles apuntarían en esta dirección:

- Según el informe estadístico mensual del IMSERSO, a 31 de diciembre de 2023, el 95,1% de las personas beneficiarias del Servicio de Atención Residencial (SAR, en adelante) en el marco del SAAD tenían una dependencia de grado II y III.

Sobre este dato, sin embargo, es necesario introducir varios matices. En primer lugar, aunque el SAR engloba dos servicios diferenciados<sup>45</sup> —los dirigidos a personas mayores, por un lado, y a las personas con discapacidad, por otro—, el dato proporcionado no tiene en cuenta esta diferenciación. En segundo lugar, conforme a lo que recoge el *Censo de centros residenciales de Servicios Sociales en España 2022*, el 20,1% de las personas residentes en centros residenciales para mayores carecía de valoración o no tenían reconocido un grado de dependencia (IMSERSO, 2024a).

- De acuerdo con los datos del propio censo, en 2022, el 95,9% de las personas usuarias de los centros residenciales para mayores tenían 65 o más años.

Por otro lado, cabe señalar que los escenarios propuestos plantean la continuidad de una serie de rasgos que caracterizan al SAAD, y en particular, a los servicios de atención residencial en centros para personas mayores:

- La proporción entre el número de personas a las que se reconoce el derecho a una prestación o servicio —tienen dictaminada una dependencia de al menos grado I— y el número de resoluciones PIA por Comunidad Autónoma se mantendrá constante. En este sentido, algunos trabajos señalan que en el periodo más reciente se han venido produciendo mejoras notables a este respecto (Jiménez-Martín & Viola, 2024).

<sup>45</sup> Ley 39/2006, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, artículo 15.1.e.

- La rotación de las plazas residenciales y la variabilidad en su grado de ocupación se mantendrá en niveles equivalentes a los actuales. Los escenarios no son sensibles, por tanto, a los posibles incrementos en el grado de ocupación de las plazas que puedan registrarse.
- Aunque los escenarios se diseñen conforme a la población de 65 y más años con dependencia de grado II y III, de manera implícita, se asume que el volumen de población residente sin valorar, o que tiene reconocida una dependencia inferior a un grado II, se mantendrá en los mismos niveles.

### **Escenario I – continuista**

Este escenario contempla un ajuste en el número de plazas que permita mantener la tasa actual de cobertura del servicio entre la población de 65 y más años con una dependencia de grado II y III.

Sin embargo, dado que no se dispone de información exacta sobre cuántas de estas personas son beneficiarias de este servicio, se ha recurrido a una métrica alternativa para aproximar esta tasa de cobertura. Las fuentes de referencia permiten cuantificar el número de personas mayores que cuentan con un Programa Individual de Atención (PIA) según su grado de dependencia. De este modo, es posible conocer el volumen de población de 65 y más años con un grado de dependencia II y III que tiene reconocida al menos una prestación del SAAD.

Si bien se desconoce qué porcentaje de estas personas son beneficiarias del servicio, este escenario proyecta que dicha proporción se mantendrá constante de cara al 2030. En consecuencia, puede asumirse que el número de beneficiarios del servicio evolucionará en la misma proporción que la población de 65 y más años con grado II-III que dispone de un PIA. Por lo tanto, esta población constituye una referencia válida para estimar la necesidad de plazas residenciales en el futuro.

De esta forma, con datos del 31 de diciembre de 2023, se ha calculado la ratio entre el número de plazas residenciales y el total de personas de 65 y más años con dependencia de grado II-III y resolución PIA. En cada territorio de coste, el total de plazas se deberá ajustar de manera que se mantenga el valor de la ratio señalada. Tal como se refleja en la siguiente tabla, este escenario continuista requeriría aumentar en aproximadamente 29.000 las plazas de los centros residenciales para mayores en todo el Estado (+7,3%). En promedio, sería necesario crear 4.133 plazas anuales entre 2024 y 2030 para alcanzar la meta fijada.

**Tabla 17. Plazas residenciales proyectadas por Territorio de Coste para 2030. Escenario I.**

Territorio de Coste	Cobertura <sup>1</sup>	Población dep. 65 + con grado II-III y PIA	Plazas 2030	Δ Plazas 2023
Alto	66,0%	40.979	27.054	+1.386
Medio	63,6%	419.938	263.482	+21.749
Bajo	46,5%	288.045	133.458	+5.794
<b>TOTAL</b>	<b>57,0%</b>	<b>748.962</b>	<b>423.995</b>	<b>+28.930</b>

Nota: (1) Se refiere a la ratio entre el total de plazas residenciales disponibles y el número de personas de 65 y más años con dependencia de grado II-III y resolución PIA.

### **Escenario II– Mayor peso de prestaciones y servicios que contribuyen a la permanencia en el domicilio**

Utilizando la misma métrica que en el Escenario I, se plantea el establecimiento de una ratio de cobertura uniforme para todas las CCAA. De esta manera, en cada Comunidad se ajustará el número de plazas para alcanzar a la misma proporción entre plazas residenciales y personas de 65 y más años con dependencia de grado II-III y PIA.

Para determinar esta ratio común, se ha seguido el siguiente proceso: en primer lugar, se han ordenado todas las CCAA, de mayor a menor, según el valor que toma su ratio actual. Una vez ordenadas, las CCAA se agrupan por cuartiles con referencia a este valor. La ratio de referencia, en este sentido, será el valor que resulte del promedio de las ratios que presentan las CCAA del primer cuartil.

Cabe señalar que el primer cuartil lo conforman aquellas Comunidades con la proporción más baja de plazas residenciales en relación con la población de 65 y más años con dependencia de grado II y III y PIA. Con las cautelas metodológicas necesarias<sup>46</sup>, podría decirse que, en estas Comunidades, dentro del conjunto de prestaciones y servicios del SAAD, aquellas que contribuyen a la permanencia en el domicilio de la persona tienen un mayor peso. O lo que es lo mismo, los servicios residenciales tienen una cobertura más baja.

**Tabla 18. Plazas residenciales proyectadas por Territorio de Coste para 2030. Escenario II.**

Territorio de Coste	Cobertura <sup>1</sup>	Población dep. 65 + con grado II-III y PIA	Plazas 2030	Δ Plazas 2023
Alto	37,0%	40.979	15.182	-10.486
Medio	37,0%	419.938	155.580	-86.153
Bajo	37,0%	288.045	106.716	-20.948
<b>TOTAL</b>	<b>37,0%</b>	<b>748.962</b>	<b>277.478</b>	<b>-117.587</b>

Nota: (1) Se refiere a la ratio entre el total de plazas residenciales disponibles y el número de personas de 65 y más años con dependencia de grado II-III y resolución PIA.

Como pone de manifiesto la tabla anterior, este escenario exigiría reducir en aproximadamente un 30% el número de plazas actuales, lo que supone 117.000 plazas menos en total. Se revelan, en todo caso, diferencias significativas entre Territorios de Coste (TC). En términos relativos, las reducciones más notorias se concentrarían en el TC alto (-41%, y aproximadamente 10.500 plazas menos) y el TC medio (-36%, y alrededor de 86.000 plazas menos).

#### **Escenario 0 – Mantenimiento del número actual de plazas**

Este escenario contempla mantener en 2030 el número de plazas residenciales actualmente existente.

Es importante tener en cuenta que, en vista del incremento previsto para la población dependiente de referencia<sup>47</sup>, mantener fijo el número de plazas conduce a un descenso en la ratio entre las plazas residenciales y esta población. Para el conjunto del Estado, esta ratio se recortaría del 57,0% al 52,7%.

Se plantea, por tanto, como un escenario intermedio respecto a los dos anteriores: está más orientado a la atención en el domicilio que el escenario I, pero mantiene un mayor nivel de plazas en centros que el escenario II. Cabe poner de manifiesto que una de las ventajas que ofrece este escenario es que permite diferenciar los incrementos en el gasto que se derivan de la actualización del coste plaza y de la implantación del modelo *Como en casa*, de aquellos relacionados con el cambio en el número de plazas.

<sup>46</sup> Es importante tener en cuenta que la ratio más baja puede asimismo deberse a otra serie de factores. Por ejemplo, una menor proporción de residentes sin valorar, o que tienen reconocida una dependencia inferior a un grado II.

<sup>47</sup> Aquellas personas de 65 y más años con dependencia de grado II y III y PIA.

**Tabla 19. Plazas residenciales proyectadas por Territorio de Coste para 2030. Escenario 0.**

Territorio de Coste	Cobertura <sup>1</sup>	Población dep. 65 + con grado II-III y PIA	Plazas 2030	Δ Plazas 2023
Alto	62,6%	40.979	25.668	0
Medio	57,6%	419.938	241.733	0
Bajo	44,3%	288.045	127.664	0
<b>TOTAL</b>	<b>52,7%</b>	<b>748.962</b>	<b>395.065</b>	<b>0</b>

Nota: (1) Se refiere a la ratio entre el total de plazas residenciales disponibles y el número de personas de 65 y más años con dependencia de grado II-III y resolución PIA.

### 3.4.3 El gasto en servicios de atención residencial para mayores en 2030: resultados de las estimaciones

En coherencia con el enfoque de este análisis<sup>48</sup>, y en línea con el criterio utilizado para determinar el gasto actual en servicios de atención residencial para personas mayores, la estimación para el 2030 se ha realizado a partir de las referencias de coste por plaza y día contempladas para el modelo *Como en casa*, así como para los servicios residenciales tradicionales.

Con el objeto de actualizar estas cuantías al año 2030, se han tenido en cuenta tanto los ajustes salariales previstos en el *VIII convenio marco estatal*<sup>49</sup> como las proyecciones relativas al *Índice Armonizado de Precios de Consumo* (IAPC) que recoge el último *Informe Trimestral de la economía española* (Banco de España, 2024)<sup>50</sup>. Tal como revela la tabla siguiente, se prevé que, en el horizonte del 2030, el coste plaza aumente en un 12,1% como resultado de los incrementos salariales previstos así como por la evolución del coste de la vida.

**Tabla 20. Actualización del coste plaza-día de los servicios residenciales para personas mayores en función del modelo residencial. 2023-2030.**

Territorio de Coste	2023		2030	
	Como en casa	Resto	Como en casa	Resto
Alto	126,98 €	103,82 €	142,30 €	116,35 €
Medio	94,38 €	67,47 €	105,76 €	75,61 €
Bajo	78,18 €	49,52 €	87,61 €	55,49 €

A continuación, se presentan los resultados obtenidos, diferenciados según el escenario proyectado para la evolución del número de plazas residenciales. Las estimaciones de gasto se presentan por medio de dos magnitudes principales: el gasto total en millones de euros, y el porcentaje que representa sobre el PIB de 2023. La utilización del PIB actual en lugar de las proyecciones para 2030 se justifica, fundamentalmente, por fines descriptivos, ya que permite dimensionar el esfuerzo económico necesario en términos actuales.

<sup>48</sup> Como se ha señalado, se orienta a la identificación del impacto económico diferencial entre el mantenimiento del modelo actual, y la implementación parcial de *Como en casa*.

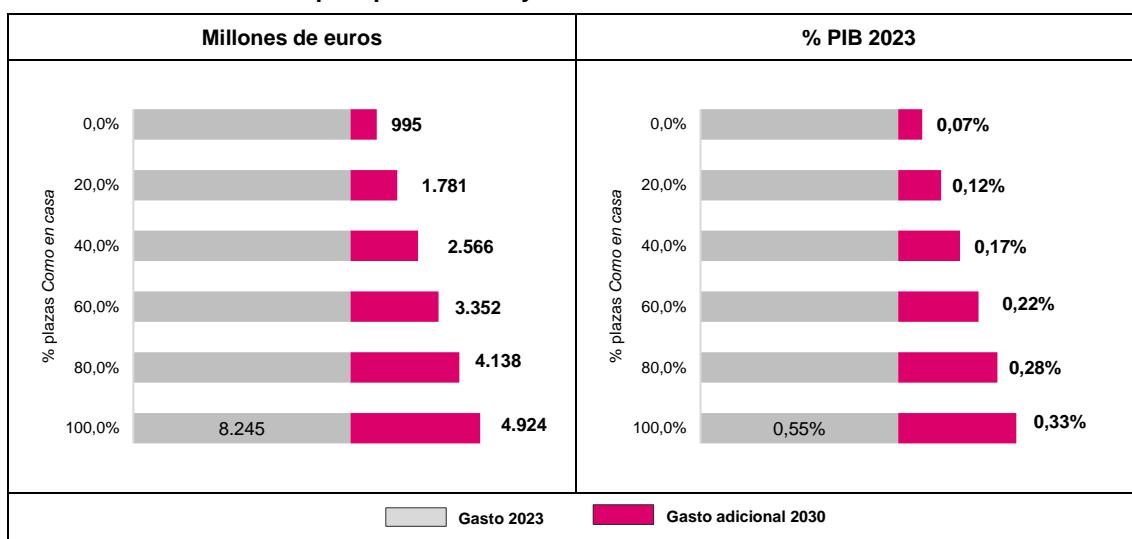
<sup>49</sup> VIII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal.

<sup>50</sup> Esta publicación incluye las proyecciones del Índice Armonizado de Precios de Consumo (IAPC) hasta 2026. Para los años posteriores (2027-2030), a efectos de actualizar los costes por plaza correspondientes, se ha aplicado una tasa equivalente a la prevista para el 2026.

## Escenario 0

Si en el horizonte del 2030 se mantiene el número actual de plazas residenciales, se estima que el gasto total destinado a la financiación de los servicios residenciales para personas mayores oscilará entre los 9.240 y 13.169 millones de euros —entre un 0,62% y 0,88% del PIB actual—, dependiendo del grado de implementación del modelo *Como en casa*. En caso de no implementar el nuevo modelo, el incremento sería de 995 millones de euros (0,07% del PIB actual). En el extremo opuesto, la extensión del nuevo modelo a la totalidad de las plazas supondría un aumento del gasto de aproximadamente 4.900 millones de euros (0,33% del PIB actual).

**Gráfico 8. Proyección del gasto total destinado a la financiación de los servicios residenciales para personas mayores en 2030. Escenario 0.**



Los resultados ponen de manifiesto que la actualización de los costes residenciales —por la evolución de los salarios, precios, etc.— por sí sola, ya contribuirá a un incremento del 12,1% en el volumen de gasto necesario. En la siguiente tabla se recogen los resultados desagregados por Territorios de coste.

**Tabla 21. Proyección del gasto en servicios de atención residencial para personas mayores en 2030 según Territorio de Coste. Millones de euros. Escenario 0.**

Despliegue <i>Como en casa</i> <sup>1</sup>	TC Bajo		TC Medio		TC Alto		TOTAL	
	2030	Δ2023	2030	Δ2023	2030	Δ2023	2030	Δ2023
<b>Millones de euros</b>								
0%	2.309	+249	5.957	+641	973	+105	<b>9.240</b>	<b>+995</b>
20%	2.576	+516	6.433	+1.116	1.017	+148	<b>10.026</b>	<b>+1.781</b>
40%	2.844	+783	6.908	+1.592	1.060	+192	<b>10.812</b>	<b>+2.566</b>
60%	3.111	+1.050	7.383	+2.067	1.104	+235	<b>11.598</b>	<b>+3.352</b>
80%	3.378	+1.318	7.858	+2.542	1.147	+278	<b>12.383</b>	<b>+4.138</b>
100%	3.646	+1.585	8.333	+3.017	1.191	+322	<b>13.169</b>	<b>+4.924</b>
<b>% PIB - 2023</b>								
0%	0,50%	+0,05	0,65%	+0,07	0,86%	+0,09	<b>0,62%</b>	<b>+0,07</b>
20%	0,56%	+0,11	0,70%	+0,12	0,90%	+0,13	<b>0,67%</b>	<b>+0,12</b>
40%	0,62%	+0,17	0,75%	+0,17	0,94%	+0,17	<b>0,73%</b>	<b>+0,17</b>
60%	0,67%	+0,23	0,80%	+0,22	0,98%	+0,21	<b>0,78%</b>	<b>+0,22</b>
80%	0,73%	+0,29	0,85%	+0,28	1,02%	+0,25	<b>0,83%</b>	<b>+0,28</b>
100%	0,79%	+0,34	0,90%	+0,33	1,05%	+0,29	<b>0,89%</b>	<b>+0,33</b>

Nota: (1) Se refiere a la proporción de plazas residenciales que adoptan el modelo *Como en casa* sobre el total.

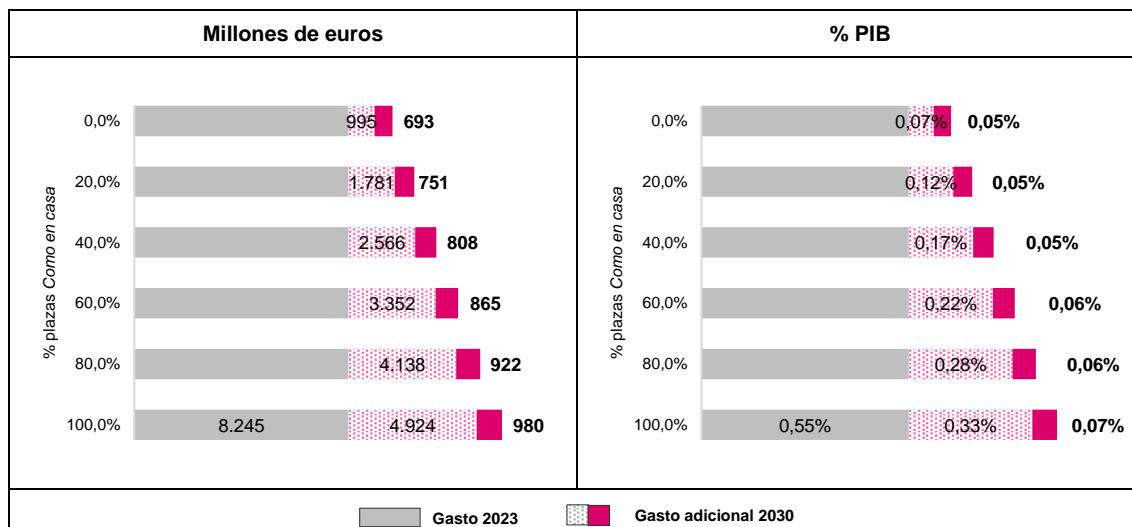
### **Escenario I**

Por su parte, al considerar un escenario continuista en el que el número de plazas aumenta para mantener la cobertura actual del servicio entre la población potencialmente destinataria<sup>51</sup>, el gasto total estimado oscila entre los 9.933 y 14.148 millones de euros —entre un 0,66% y 0,95% del PIB actual—, según la proporción de plazas que adopten el modelo *Como en casa*.

Aunque no se implemente el nuevo modelo, se anticipa que el aumento de gasto será de casi 1.700 millones de euros (0,11% del PIB actual). En todo caso, una parte de este incremento —unos 995 millones de euros, 0,07% del PIB actual— se vincula a la actualización de los costes de las plazas residenciales actualmente existentes, en tanto que la parte restante, se debe al aumento necesario en el número de plazas para mantener los niveles de cobertura propuestos —693 millones de euros, 0,05% del PIB actual—.

<sup>51</sup> Ver apartado 3.4.2 para mayores detalles.

**Gráfico 9. Proyección del gasto total destinado a la financiación de los servicios residenciales para personas mayores en 2030. Escenario I.**



Nota: la superficie con puntos representa el gasto adicional resultante del mantenimiento del número de plazas residenciales actuales. Se incluyen con el propósito de diferenciar la parte del incremento de gasto atribuible al aumento en el número de plazas.

Por el contrario, la extensión del nuevo modelo a la totalidad de las plazas residenciales implicaría un crecimiento del gasto de más de 5.900 millones de euros (0,39% del PIB actual). Cabe señalar que más del 80% de este incremento —unos 4.900 millones de euros, 0,33% del PIB actual— responde al efecto conjunto de la actualización de costes e implantación del nuevo modelo en las plazas residenciales ya existentes. El resto se atribuiría a la creación de las nuevas plazas residenciales, en su totalidad asimilables al modelo *Como en casa*.

**Tabla 22. Proyección del gasto en servicios de atención residencial para personas mayores en 2030 según Territorio de Coste. Millones de euros. Escenario I.**

Despliegue <i>Como en casa</i> <sup>1</sup>	TC Bajo		TC Medio		TC Alto		TOTAL	
	2030	Δ2023	2030	Δ2023	2030	Δ2023	2030	Δ2023
<b>Millones de euros</b>								
0%	2.414	+353	6.493	+1.177	1.026	+157	<b>9.933</b>	<b>+1.688</b>
20%	2.693	+633	7.011	+1.695	1.072	+203	<b>10.776</b>	<b>+2.531</b>
40%	2.973	+912	7.529	+2.213	1.118	+249	<b>11.620</b>	<b>+3.374</b>
60%	3.252	+1.192	8.047	+2.731	1.163	+295	<b>12.463</b>	<b>+4.217</b>
80%	3.532	+1.471	8.565	+3.249	1.209	+340	<b>13.306</b>	<b>+5.060</b>
100%	3.811	+1.750	9.083	+3.767	1.255	+386	<b>14.149</b>	<b>+5.904</b>
<b>% PIB - 2023</b>								
0%	0,52%	+0,08	0,70%	+0,13	0,91%	+0,14	<b>0,66%</b>	<b>+0,11</b>
20%	0,58%	+0,14	0,76%	+0,18	0,95%	+0,18	<b>0,72%</b>	<b>+0,17</b>
40%	0,64%	+0,20	0,82%	+0,24	0,99%	+0,22	<b>0,78%</b>	<b>+0,23</b>
60%	0,70%	+0,26	0,87%	+0,30	1,03%	+0,26	<b>0,83%</b>	<b>+0,28</b>
80%	0,77%	+0,32	0,93%	+0,35	1,07%	+0,30	<b>0,89%</b>	<b>+0,34</b>
100%	0,83%	+0,38	0,98%	+0,41	1,11%	+0,34	<b>0,95%</b>	<b>+0,39</b>

Nota: (1) Se refiere a la proporción de plazas residenciales que adoptan el modelo *Como en casa* sobre el total.

## Escenario II

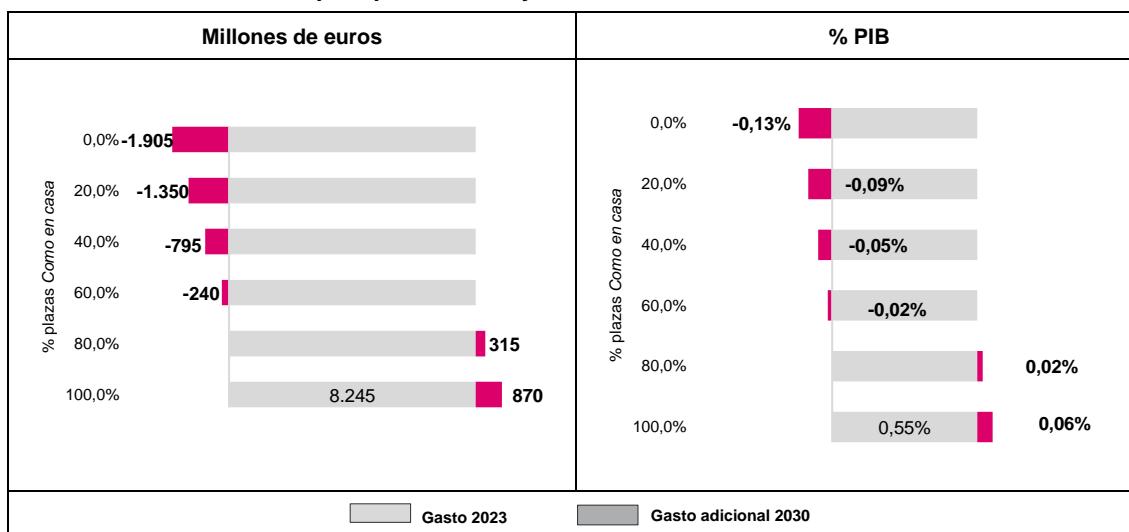
En contraste con las estimaciones anteriores, si se transita hacia un escenario de mayor desinstitucionalización, se revela que el signo de la evolución del gasto dependerá del grado de implantación del modelo *Como en casa*. Cabe volver a señalar que este escenario contempla una reducción de aproximadamente un 30% de las plazas residenciales actuales.

Frente a los 8.245 millones de gasto actual (0,55% del PIB), se calcula que el gasto en 2030 oscilaría entre los 6.340 y 9.115 millones de euros (entre el 0,42% y 0,61% del PIB actual), según el grado de extensión del nuevo modelo. Se pone de manifiesto, por tanto, que la reducción prevista en el número de plazas contribuiría a un recorte significativo del gasto, lo que permitiría una amplia implementación de *Como en casa* sin que se incurra en un aumento de los niveles de gasto actual. En este sentido, las estimaciones indican que sería posible extender el nuevo modelo a aproximadamente dos terceras partes de las plazas residenciales (68,7%) manteniendo el nivel de gasto actual.

Si no se implementa el nuevo modelo, se estima una reducción de 1.900 millones de euros (0,13% del PIB actual) en el gasto. En la otra cara de la moneda, la generalización de *Como en casa* a todas las plazas residenciales conduciría a aumentar el gasto en 870 millones de euros (0,06% del PIB actual). Sin embargo, se observa una dinámica propia para cada uno de los Territorios de Coste.

En los Territorios de Coste Alto, se produciría un recorte del gasto total, independientemente del grado de despliegue del nuevo modelo. Además, se revela que la reducción prevista es muy significativa aun cuando el porcentaje de plazas *Como en casa* es muy elevado: incluso con una extensión del 100%, se calcula que el gasto total se reduciría en un 18,9% —en unos 165 millones de euros, equivalente al 0,15% del PIB actual—.

**Gráfico 10. Proyección del gasto total destinado a la financiación de los servicios residenciales para personas mayores en 2030. Escenario II.**



De manera similar, en los Territorios de Coste Medio, el gasto se mantendría por debajo del nivel actual incluso con porcentajes muy elevados de generalización del modelo *Como en casa*. Concretamente, el nivel de gasto de 2023 se superaría a partir de un grado de implementación del 97% del nuevo modelo.

**Tabla 23. Proyección del gasto en servicios de atención residencial para personas mayores en 2030 según Territorio de Coste. Millones de euros. Escenario II.**

Despliegue <i>Como en casa</i> <sup>1</sup>	TC Bajo		TC Medio		TC Alto		TOTAL	
	2030	Δ2023	2030	Δ2023	2030	Δ2023	2030	Δ2023
<b>Millones de euros</b>								
0%	1.930	-130	3.834	-1.482	576	-293	<b>6.340</b>	<b>-1.905</b>
20%	2.154	+93	4.140	-1.176	601	-267	<b>6.895</b>	<b>-1.350</b>
40%	2.377	+316	4.446	-870	627	-242	<b>7.450</b>	<b>-795</b>
60%	2.601	+540	4.752	-564	653	-216	<b>8.005</b>	<b>-240</b>
80%	2.824	+763	5.057	-259	678	-190	<b>8.560</b>	<b>+315</b>
100%	3.047	+987	5.363	47	704	-164	<b>9.115</b>	<b>+870</b>
<b>% PIB - 2023</b>								
0%	0,42%	-0,03	0,42%	-0,16	0,51%	-0,26	<b>0,42%</b>	<b>-0,13</b>
20%	0,47%	+0,02	0,45%	-0,13	0,53%	-0,24	<b>0,46%</b>	<b>-0,09</b>
40%	0,52%	+0,07	0,48%	-0,09	0,56%	-0,21	<b>0,50%</b>	<b>-0,05</b>
60%	0,56%	+0,12	0,51%	-0,06	0,58%	-0,19	<b>0,53%</b>	<b>-0,02</b>
80%	0,61%	+0,17	0,55%	-0,03	0,60%	-0,17	<b>0,57%</b>	<b>+0,02</b>
100%	0,66%	+0,21	0,58%	0,01	0,62%	-0,15	<b>0,61%</b>	<b>+0,06</b>

Nota: (1) Se refiere a la proporción de plazas residenciales que adoptan el modelo *Como en casa* sobre el total.

La situación en los Territorios de Coste Bajo difiere de manera significativa. En su caso, niveles relativamente modestos de implantación del nuevo modelo ya generarían un incremento en el gasto: los costes superarían el importe actual a partir de un 11,7% de las plazas residenciales bajo el nuevo modelo.

Es importante señalar que las diferencias observadas por TC que responden, en buena medida, a las hipótesis sobre la evolución del número de plazas que contempla este escenario. A este respecto, cabe recordar que las reducciones de mayor envergadura se prevén en los TC alto y medio.

### 3.4.4 Síntesis de los resultados

En resumen, el análisis realizado ha tenido como objetivo estimar el gasto en servicios de atención residencial para personas mayores en 2030, considerando distintos grados de implantación del modelo *Como en casa*. Para ello, se han definido tres escenarios que proyectan la evolución del número de plazas residenciales, cada uno asociado a un grado distinto de institucionalización en la atención de la población mayor potencialmente beneficiaria de estos servicios<sup>52</sup>:

- *Escenario I.* Representa un escenario continuista en el que la cobertura del servicio para la población de 65 y más años con una dependencia de grado II y III—principales destinatarias de este servicio—se mantiene en niveles actuales. Requeriría aumentar en un 7,2% las plazas residenciales existentes, en aproximadamente 29.000.
- *Escenario II.* Plantea un escenario con una reducción de plazas en centros residenciales, estableciendo una meta de cobertura uniforme para todas las Comunidades Autónomas. Esta se define a partir del promedio de la cobertura de aquellas CCAA que orientan su modelo de atención, en mayor medida, hacia prestaciones y servicios que favorecen la permanencia en el domicilio de la persona. Este escenario precisaría reducir en aproximadamente un 30% el número de plazas actuales, unas

<sup>52</sup> A estos efectos, se ha considerado como potencialmente beneficiaria la población de 65 y más años con una dependencia de al menos grado II.

117.000 en total. Con todo, cabe señalar que el recorte exigido es de una magnitud manifiestamente superior en los TC Alto y Medio.

- *Escenario 0*. Contempla el mantenimiento del número de plazas residenciales actualmente existente. Considerando el incremento previsto en la población dependiente de referencia, la congelación de plazas conlleva automáticamente a una reducción en la cobertura del servicio. Se plantea, de este modo, como un escenario intermedio respecto a los dos anteriores: está más orientado a la atención en el domicilio que el escenario I, pero mantiene un mayor nivel de disponibilidad de plazas en centros que el escenario II.

Es importante señalar que estos escenarios se han diseñado considerando únicamente la variación prevista en la población potencialmente destinataria. Esto implica que se han mantenido constantes otra serie de factores relevantes que tienen efecto sobre la demanda de las plazas residenciales. Entre otros:

- la proporción de personas con dependencia reconocida que tienen pendiente la asignación del PIA;
- el grado de rotación y ocupación de las plazas residenciales;
- o el porcentaje de personas que viven en centros sin valoración o sin reconocimiento de la dependencia.

La [Tabla 25](#) sintetiza los resultados obtenidos. Según se desprende:

- Mantener el número de plazas actualmente existente de cara al 2030, reduciendo por consiguiente la cobertura del servicio entre la población potencialmente destinataria, implicaría un incremento del gasto del 12,1%, en caso de no implementarse el modelo *Como en casa*. En otras palabras, la actualización de los costes en los servicios residenciales contribuiría, por sí sola, a aumentar en un 12,1% el volumen de gasto necesario. En cambio, si el modelo se generaliza a la totalidad de las plazas residenciales, el gasto adicional requerido aumentaría en prácticamente un 60%.
- El escenario continuista, que proyecta la cobertura actual sobre el escenario demográfico de 2030, exigiría, bajo el supuesto de no implementación del modelo, un aumento del 20,5% del gasto. En torno al 60% de este aumento se vincularía con la actualización de los costes en las plazas residenciales actualmente existentes, en tanto que el 40% restante se debería al incremento en el número de plazas.

En el extremo opuesto, si se considera la extensión de *Como en casa* sobre el 100% de las plazas, el incremento resultante sería del 73,5%. En este caso, casi el 85% del aumento se atribuiría al efecto conjunto de la actualización de los costes e implantación del nuevo modelo en las plazas residenciales ya existentes. La parte restante correspondería a la ampliación del número de plazas.

**Tabla 24. Proyección del gasto total en servicios de atención residencial para personas mayores en 2030 según los escenarios considerados para las estimaciones.**

Despliegue <i>Como en casa</i> <sup>1</sup>	Gasto total 2023	Gasto total 2030					
		Escenario 0		Escenario I		Escenario II	
		Millones de euros	Mill. €	Δ2023 (%)	Mill. €	Δ2023 (%)	Mill. €
<b>Millones de euros</b>							
0%		9.240	9.933	+12,1%	6.340	+20,5%	-23,1%
20%		10.026	10.776	+21,6%	6.895	+30,7%	-16,4%
40%		10.812	11.620	+31,1%	7.450	+40,9%	-9,6%
60%		11.598	12.463	+40,7%	8.005	+51,1%	-2,9%
80%		12.383	13.306	+50,2%	8.560	+61,4%	+3,8%
100%		13.169	14.149	+59,7%	9.115	+71,6%	+10,5%

Nota: (1) Se refiere a la proporción de plazas residenciales que adoptan el modelo *Como en casa* sobre el total.

- En el escenario de mayor desinstitucionalización<sup>53</sup>, se revela la posibilidad de extender el modelo *Como en casa* a más de dos terceras partes de las plazas residenciales sin incrementar el nivel de gasto actual. Esto es posible debido a la importante reducción proyectada en cuanto al número de plazas. De este modo, en un contexto de no implementación del modelo, el gasto total se recortaría en un 23,1%. Asimismo, cabe poner de manifiesto que la implantación total del modelo tampoco tendría un impacto muy significativo en el gasto, requiriendo solo un 10,5% de financiación adicional.

Como se ha señalado, el tránsito hacia este escenario conlleva un recorte más significativo de plazas en los TC Alto y Medio, con implicaciones notorias en las proyecciones de gasto para 2030. En el TC Alto, independientemente del despliegue del nuevo modelo, el gasto estimado es inferior al cuantificado para 2023. Se produce una situación similar en el TC Medio, donde el gasto proyectado sería inferior al actual hasta porcentajes muy elevados de generalización de *Como en casa* (97%). Por el contrario, en el TC Bajo, niveles relativamente modestos de implantación ya generarían un incremento del gasto respecto al montante actual.

Estos resultados reflejan el volumen de gasto —tanto público como privado— que se deberá destinar a los servicios de atención residencial para personas mayores en el horizonte del 2030, sin contemplar las necesidades de financiación que puedan surgir en otros servicios y prestaciones para la atención a las personas mayores en situación de dependencia. A estos efectos, es importante señalar que la reducción en el número de plazas residenciales prevista en el escenario II, vendría acompañada de un incremento en el volumen de servicios y prestaciones orientados al cuidado en el domicilio de la persona. Por consiguiente, sería conveniente complementar este análisis con una evaluación del impacto económico que propiciaría el incremento de los servicios de base domiciliaria, permitiendo evaluar de manera integral el impacto agregado en términos de gasto derivado de la transición hacia un modelo más orientado a la provisión de cuidados en el domicilio.

<sup>53</sup> En el que se establece una cobertura uniforme para todas las CCAA, comparable a la de aquellas Comunidades que priorizan en su modelo de atención las prestaciones y servicios que favorecen la permanencia en el domicilio de la persona.

# Capítulo 4 - Fórmulas para facilitar la sostenibilidad económica de los cuidados de larga duración en España

## 4.1 Introducción

Como se ha señalado en el apartado introductorio, el objetivo de este capítulo es el de reflexionar sobre las fórmulas de financiación que cabría aplicar para dar respuesta al gasto adicional requerido para la implantación del modelo “Como en casa” en un escenario de envejecimiento demográfico. Aunque en los capítulos precedentes se ha analizado únicamente la variación en el coste que suponen los servicios residenciales para personas con dependencia –teniendo en cuenta el coste del modelo y diferentes escenarios en cuanto a su aplicación en los diversos territorios–, el capítulo parte de la base de que el coste total de los servicios de cuidado para las personas con dependencia se va a incrementar en el futuro debido a tres elementos:

- El incremento de las personas potencialmente demandantes de cuidados de larga duración.
- El crecimiento que en el coste plaza de los servicios residenciales supone aplicar modelos similares al que representa “Como en casa”, con ratios de atención más elevadas.
- La necesidad de incrementar el gasto destinado a los servicios de apoyo en el domicilio, especialmente si –en aplicación del Escenario I simulado en el capítulo anterior y en el marco de una estrategia coherente de desinstitucionalización– se reduce la cobertura de los centros residenciales y se refuerzan las fórmulas de apoyo a domicilio y en la comunidad.

A partir de esas bases, este capítulo describe y analiza algunas posibilidades para mejorar los mecanismos de financiación de los servicios de atención a la dependencia en España. Para ello, la estructura del capítulo es la siguiente:

- El primer apartado señala algunos principios y conceptos básicos que deben tenerse en cuenta a la hora de reflexionar sobre la sostenibilidad del gasto en servicios de atención a la dependencia, teniendo en cuenta tanto el marco normativo vigente como los elementos que condicionan el gasto destinado a estos servicios y su financiación.
- El segundo analiza los principales datos disponibles sobre el coste, el gasto y la financiación de los servicios de atención a la dependencia en España, fundamentalmente en una perspectiva comparada.
- El tercer apartado analiza algunas posibles estrategias que podrían aplicarse, en el marco del Estado español, para garantizar la sostenibilidad del gasto en servicios de atención a la dependencia.
- El cuarto apartado recoge algunas propuestas que podrían permitir avanzar hacia la sostenibilidad del gasto en materia de cuidados de larga duración.

## 4.2 Sostenibilidad de los cuidados de larga duración: principios y conceptos básicos

### 4.2.1 Marco normativo

La reflexión sobre la sostenibilidad del sistema de atención a la dependencia debe tener en cuenta, por una parte, el marco normativo vigente y, por otra, las dinámicas relacionadas con la forma en la que los diferentes agentes sociales hacen frente a los costes relacionados con los cuidados de larga duración.

En lo que se refiere al marco normativo, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, establece cuatro principios básicos con implicaciones en términos de coste y de gasto (tanto público como privado):

- Derecho subjetivo. Entre los objetivos de la Ley (art. 1) se señala el de "regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia".
- Universalidad, calidad, y sostenibilidad. Entre los principios de la Ley (art. 3), se señalan: "la universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación", así como "la calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia".

Derecho subjetivo, universalidad, calidad y sostenibilidad son por tanto principios que recoge el marco normativo del SAAD y que, indirectamente, tienen implicaciones en términos de coste y de gasto.

En lo que se refiere, más específicamente, al marco de financiación de los servicios, la Ley establece un modelo mixto que combina las aportaciones de la Administración General del Estado, de las administraciones autonómicas (y, en su caso, locales) y de las personas usuarias, aplicando para ello criterios de progresividad. Sus principales disposiciones son las siguientes:

- De acuerdo con el artículo 9 de la Ley, la Administración General del Estado financiará el nivel mínimo de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios del Sistema, según el grado de su dependencia.
- El artículo 32.2 añade que la aportación de la Comunidad Autónoma será, para cada año, al menos igual a la de la Administración General del Estado.
- Con relación a la participación económica de las personas usuarias, la Ley señala que los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en la financiación de las mismas, según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal y que la capacidad económica del beneficiario se tendrá también en cuenta para la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas, minorando su cuantía. La Ley añade que para fijar la participación del beneficiario, se tendrá en cuenta la distinción entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros y reitera que ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos.

El régimen de participación económica de las personas usuarias se regula en el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Básicamente, el acuerdo establece que la capacidad económica personal de los beneficiarios del SAAD se determinará en atención a su renta y su patrimonio, de forma que la capacidad económica del beneficiario será la correspondiente a su renta, modificada al alza por la suma de un 5 por ciento de su patrimonio neto a partir de los 65 años de edad, un 3 por ciento de los 35 a los 65 años y de un 1 por ciento a los menores de 35 años.

El Acuerdo señala que, en el caso de los centros residenciales, los gastos hoteleros y de manutención deberán ser asumidos por el beneficiario, en parte o en su integridad, cuando cuente con capacidad económica suficiente para ello. En desarrollo de esa disposición, se establece un indicador de referencia vinculado al precio de concertación de las plazas en los centros de la iniciativa privada. De esa forma, la participación del beneficiario se establece mediante la aplicación, en función de su capacidad económica, de un porcentaje variable, comprendido entre el 70 y el 90 por ciento de ese indicador de referencia. El acuerdo establece además que la participación en el coste de los servicios deberá en todo caso garantizar al beneficiario una cantidad mínima para gastos personales a determinar por la Administración competente. La misma norma establece, por otra parte, los mecanismos que deben aplicarse para contemplar la capacidad económica de las personas usuarias en la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas.

Aunque no se recogen de forma explícita, el marco legal vigente también establece dos elementos importantes:

- De la misma manera que se señala que ninguna persona quedará fuera del sistema por carecer de recursos económicos, se entiende también que ninguna persona quedará fuera del mismo por disponer de un nivel determinado de recursos económicos. En ese sentido, si bien se establece la obligación de aplicar criterios de progresividad en la determinación de los precios públicos de acceso a los servicios, el principio de universalidad impide que el acceso a los servicios, *de iure o de facto*, se limite a las personas con recursos económicos inferiores a un umbral determinado.
- Al no establecerse otra fórmula, se entiende que la financiación pública de los servicios se realiza mediante impuestos generales y que no existen modos de financiación afectada o finalista, ni tampoco sistemas de aseguramiento público obligatorio basados en cotizaciones, tal y como ocurre en otros países.

#### 4.2.2 Elementos básicos relacionados con la financiación de los servicios de atención a la dependencia

Al margen del marco normativo, las dinámicas relacionadas con el coste y el gasto vinculado a los cuidados de larga duración deben analizarse teniendo en cuenta el conocido “diamante” de los cuidados, que describe la participación de cuatro agentes en la provisión, y la financiación, de los cuidados de larga duración: la familia, la comunidad, las empresas y las administraciones públicas.

Aplicando ese modelo al análisis de la financiación del gasto en cuidados de larga duración, es conveniente retener algunas ideas:

- Aunque la necesidad global de cuidados puede reducirse si se aplican políticas preventivas, de promoción de la salud y de autocuidado, y si se reduce por tanto la prevalencia de la dependencia en los grupos de mayor edad, el proceso de envejecimiento de las sociedades occidentales atrae un incremento inevitable de las necesidades de cuidados de larga duración. La introducción de tecnologías más eficientes de cuidado podrá reducir la magnitud de ese incremento, pero no revertirlo.
- El coste de los cuidados públicos o de responsabilidad pública puede reducirse si se reduce su calidad o intensidad, pero existe un nivel por debajo del cual ni la calidad ni la intensidad pueden reducirse en mayor medida, salvo que se produzca un cambio drástico en el marco normativo o en las preferencias sociales.
- La posibilidad de disponer de apoyos informales de suficiente calidad e intensidad, provistos por parte de las personas allegadas y/o de la comunidad, no va a crecer en los próximos años, salvo que se produzca un cambio radical en las preferencias y normas sociales. La incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, los procesos de individualización y la externalización de las tareas productivas y reproductivas que en otras épocas realizaban internamente las familias hacen que esa posibilidad sea en lo esencial inviable.
- En algunos casos, el coste de los servicios formales es *catastrófico* en materia de cuidados de larga duración. En economía de la salud, se consideran costes catastróficos aquellos que debido a su volumen no pueden ser afrontados por sus propios medios por parte de la población afectada y que, al mismo tiempo, afectan a una parte reducida de la población expuesta a ese riesgo (en este caso, el de dependencia)<sup>54</sup>.
- Los gastos derivados de los cuidados de larga duración, desde la perspectiva institucional, pueden corresponder a más de un sistema de protección: por una parte, el sistema de Servicios Sociales, en el que recaen el grueso de las competencias en esta materia<sup>55</sup>; por otra, otros sistemas como el de salud, el de vivienda o el de garantía de ingresos, que también tienen responsabilidades al respecto.

<sup>54</sup> Un estudio realizado en 2008 señalaba que, si bien hasta el 80% de los hombres y el 60% de las mujeres en España no incurrirán a lo largo de toda su vida en gastos derivados de la necesidad de cuidados de larga duración, el 10% de las mujeres deberán realizar a lo largo de su vida gastos superiores –en valores de 2023– a 324.000 euros, mientras que el 5% de los hombres debería realizar gastos superiores a 271.000 euros (Bolancé et al., 2013).

<sup>55</sup> A su vez, este sistema se divide al menos en tres niveles: estatal, autonómico y municipal, con sus respectivas responsabilidades económicas.

- Los cuidados que precisa una persona (o un grupo de personas) son siempre provistos o financiados por alguno de los agentes que conforman el diamante de los cuidados, y funcionan esencialmente como vasos comunicantes. La mayor, o menor, implicación de un agente en la provisión o financiación de los cuidados requiere en general que otro agente debe ajustar su implicación, al alza o a la baja. En otras palabras: si una administración ajusta a la baja su participación en la provisión y financiación de los cuidados, ese déficit deberá ser cubierto por otras administraciones o por las personas afectadas y sus personas allegadas. En ese segundo caso, las personas afectadas y sus allegados/as deberán para ello destinar o bien más tiempo –cuidados informales– o bien más dinero –cuidados formales contratados en el mercado– a dar respuesta a esas necesidades.

Por otra parte, la reflexión sobre los modelos de gasto y financiación de los servicios sociales debe tener en cuenta tanto la capacidad de retorno de ese gasto como el coste que supone la falta de inversión en la materia.

En efecto, son varios los estudios que han evidenciado la realidad del impacto económico –directo e indirecto– que genera la inversión en dependencia, especialmente bajo la forma de creación de empleo y retornos monetarios. Sin embargo, cada vez son más las investigaciones que ponen de manifiesto que estos retornos no se reducen únicamente a la actividad económica y al empleo, sino a un amplio abanico de magnitudes macroeconómicas de generación de riqueza y bienestar individual y poblacional (Rodríguez Cabrero, G. et Marbán Gallego, V. 2022).

Más allá de la capacidad de los Servicios Sociales para incidir en el desarrollo económico, este impacto también puede medirse en términos de incidencia directa en la generación de empleo y riqueza. De hecho, cada vez son más las voces que apuntan a que más allá de considerar los aspectos económicos relacionados con los Servicios Sociales como un gasto justificado en términos de solidaridad o cohesión social, es necesario considerar el sistema público de protección social como una inversión. Una inversión además, que, tal y como se ha evidenciado, es rentable no sólo en términos sociales y de cohesión social, sino en términos también económicos y productivos.

Desde un punto de vista económico, el gasto social destinado a la atención a la dependencia puede entenderse que revierte o retorna a las propias administraciones públicas en forma de cotizaciones a la Seguridad Social y de impuestos directos (IRPF) o indirectos (IVA, Impuesto de Sociedades, impuestos especiales, etc.), sin embargo, no resulta sencillo cuantificar la magnitud del retorno de dicho gasto.

Si se analizan los antecedentes en esta materia, son varias las investigaciones que, desde mediados de la década de los 90 hasta la actualidad, han tratado de analizar el impacto económico del gasto en políticas sociales, en distintos ámbitos geográficos y analizando distintos aspectos de la política social –incluida la atención a la dependencia–. Entre dichos estudios, hay que destacar los siguientes:

- En primer lugar, los dos estudios pioneros elaborados en la década de los años 90, uno en el contexto del Territorio Histórico de Araba (SIIS, 1994) y otro para el conjunto de Euskadi (SIIS, 1997). Estos estudios concluían que el 43% del gasto realizado en Servicios Sociales revertía a las Administraciones Públicas en forma de reversiones directas –cuotas, ventas y otros ingresos–, reversiones indirectas –IRPF y cotizaciones sociales– y reversión inducida derivada de los consumos públicos y privados. Las reversiones indirectas se estimaban en un 25% del gasto realizado y la reversión inducida un 10%.
- En segundo lugar, las publicaciones elaboradas a principios del cambio de siglo, evidenciaban también el proceso de retorno del gasto. Por un lado, el *Libro Blanco sobre Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España* de 2005 estimaba que los efectos potenciales sobre el empleo que podrían derivarse de la implantación del Sistema Nacional de Dependencia serían la generación de más de 450.000 empleos equivalentes a jornada completa –incluyendo los empleos directos, indirectos, inducidos y la afloración de empleo sumergido– y la posible incorporación al mercado laboral de 115.000 cuidadoras familiares (IMSERSO, 2005). En cuanto a los retornos económicos, se estimaba en una cifra cercana a los 2.000 millones de euros anuales para 2010 cuando el sistema estuviera totalmente implementado: 1.616 millones por generación directa de empleo y actividad, 133 millones por generación de empleo y actividad inducida y 219 por generación de empleo y actividad indirecta. Los retornos financieros globales calculados en los distintos estudios de esta época oscilaban entre el 40% y el 65% (Herce et al., 2006; Rodríguez Castedo y Jiménez Lara, 2010).

- En tercer lugar, dentro de los estudios elaborados a partir del año 2010, destaca el llevado a cabo para la Diputación Foral de Gipuzkoa por Zubiri, I. Martínez, J. et Vallejo, M. en el que se destacaba que todos los gastos sociales producen renta, empleo, producción e impuestos. En concreto, este estudio estimaba que, por un lado, el gasto en política social<sup>56</sup> creaba aproximadamente 25 empleos por cada millón de euros de gasto en el Territorio Histórico de Gipuzkoa; y, por otro lado, cada euro de gasto en política social inducía una producción por valor de casi dos euros –un valor cerca de un 20% inferior al promedio del sector servicios y casi un 50% inferior al del sector de la construcción, aunque superior al promedio de la industria y la agricultura– y una tasa media de retorno del 44% (Zubiri, I. Martínez, J. et Vallejo, M., 2010).
- Estudios posteriores han confirmado estos resultados en otras Comunidades Autónomas, como puede ser el caso de Cantabria (Díaz Díaz, B., 2011). En base a las proyecciones realizadas en este estudio, la generación de empleo inducida por los servicios de atención a la dependencia ascendía en 2011 a 36 personas trabajadoras por cada millón de euros de gasto de la Administración y la tasa de retorno de los recursos asignados al ámbito de la dependencia era del 59% –en concreto, por cada euro invertido, se estimaba que 0,59 retornaban a la Administración–.

Finalmente, entre los estudios más recientes en esta materia, destacan los resultados de las dos siguientes publicaciones:

- Por un lado, un estudio reciente elaborado a nivel estatal trataba de evaluar el impacto de la creciente demanda derivada del aumento del gasto público destinado a la implementación del sistema de cuidados de larga duración español (Moya-Martínez, P., Bermejo, F. et Del Pozo-Rubio, R., 2019). Los resultados de la investigación ponen de manifiesto que el gasto en atención a la dependencia ha generado en el conjunto del Estado español cerca de 116.000 empleos, con un valor añadido de 5.000 millones de euros y un retorno a las Administraciones Públicas de 1.400 millones de euros. La estimación de las tasas de retorno es más baja que las obtenidas en otros estudios, así como las atribuidas al resto de los sectores económicos, lo que podría deberse al escaso nivel retributivo de los servicios de atención a la dependencia en el conjunto del Estado.
- Por otro lado, el último Dictamen del *Observatorio de la Dependencia* Estatal de 2023 destaca que, a finales de 2022 había en España 316.215 empleos directos asociados a las atenciones de la LAPAD, lo que indica que se trata de un sector que genera 41 empleos directos, estables y no deslocalizables por cada millón de euros de gasto público, una cifra que ha ido en aumento desde 2011 –26 empleos estimados por millón de gasto– (Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales, 2024a).

Desde un enfoque transversal, teniendo en cuenta el conjunto de los estudios realizados, pueden subrayarse las siguientes conclusiones (Díaz Díaz, B., 2014):

- En primer lugar, tal y como hemos visto, la tasa de retorno de los recursos destinados al ámbito de la dependencia es elevada y oscila entre el 0,41 (Asociación Estatal Directoras y Gerentes en Servicios Sociales, 2024a), 0,43 (SIIS, 1999), 0,45 (Zubiri, I., Martínez, J. et Vallejo, M., 2010), 0,59 (Díaz Díaz, B., 2011) y 1,26 (FED, 2010).
- En segundo lugar, de manera global, por cada euro gastado por la Administración, la producción asciende a un valor cercano a 2 euros (Zubiri, I., Martínez, J. et Vallejo, M., 2010) o 2,38 euros (Díaz Díaz, B., 2011).
- En tercer lugar, la generación de empleo también es notable, oscilando entre los 27 puestos de trabajo por cada millón de euros invertido (FED, 2010), 36 empleo (Díaz Díaz, B., 2011), 41 trabajadoras/es (Asociación Estatal Directoras y Gerentes en Servicios Sociales, 2024a) y 42 (SIIS, 1999).

<sup>56</sup> El gasto en política social incluía en esta época el gasto en la Renta de Garantía de Ingresos (RGI).

Así pues, existe evidencia suficiente para poder afirmar que la inversión en Servicios Sociales genera importantes retornos económicos –ahorro en prestaciones por desempleo, incremento de la recaudación por cotizaciones sociales y de los ingresos fiscales, vía IVA, IRPF e Impuesto de Sociedades– y confirma que el gasto social contribuye de forma importante a la generación de actividad económica y de empleo (Rodríguez Castedo, A. et Jiménez Lara, A., 2010).

Adicionalmente, cabe apuntar a que más allá de los efectos directos e indirectos, la inversión en la atención al ámbito de los cuidados de larga duración tiene también un impacto –más difícil de cuantificar– relacionado con tres elementos:

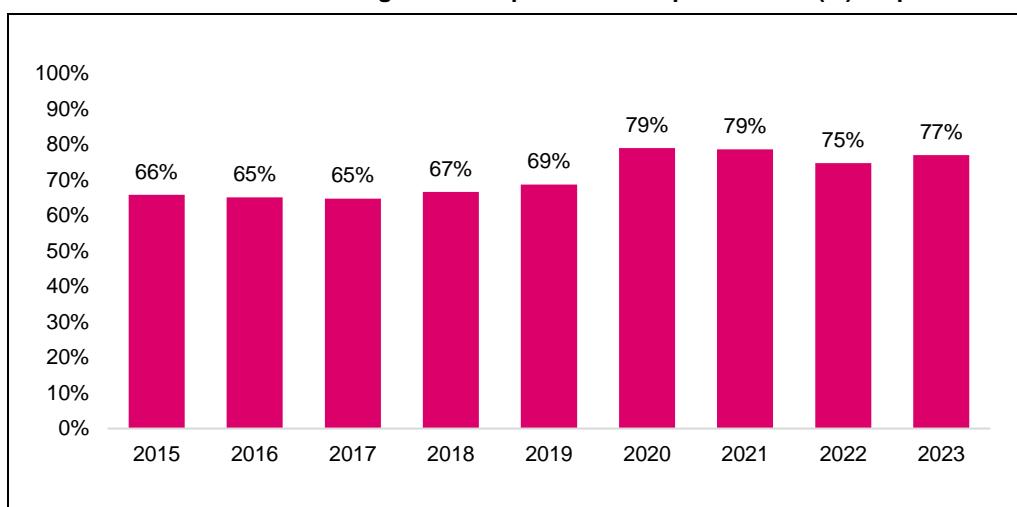
- la capacidad de generar empleo y riqueza vinculada a la innovación y el desarrollo tecnológico;
- la posibilidad de racionalizar y optimizar el gasto sanitario con alternativas de menor coste y socialmente más eficaces, reduciendo así tanto el consumo de servicios como de productos sanitarios;
- la posibilidad de reducir el coste de oportunidad de las personas cuidadoras informales sin acceso al mercado de trabajo debido a la asunción de responsabilidades de cuidado (Díaz Díaz, 2011 y 2014).

### 4.3 Datos clave sobre gasto, coste y fuentes de financiación: situación actual, tendencias y perspectiva internacional

Antes de plantear posibles alternativas para garantizar la sostenibilidad económica del sistema de cuidados en los próximos años, conviene señalar algunos datos relevantes sobre el gasto, los costes y las fuentes de financiación de esos cuidados, tanto desde una perspectiva evolutiva como comparativa, al objeto de contextualizar la situación española en el marco internacional.

El gráfico siguiente recoge, en primer lugar, la evolución en España del gasto en dependencia respecto al PIB entre 2015 y 2023, a partir de la certificación anual de gasto autonómico en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Se observa que el gasto total ha pasado del 66% al 77% del PIB, con un incremento claro entre 2019 y 2020, que se debe tanto a la caída del PIB como al inicio del proceso de reinversión en los servicios de atención a la dependencia acometido tras la pandemia.

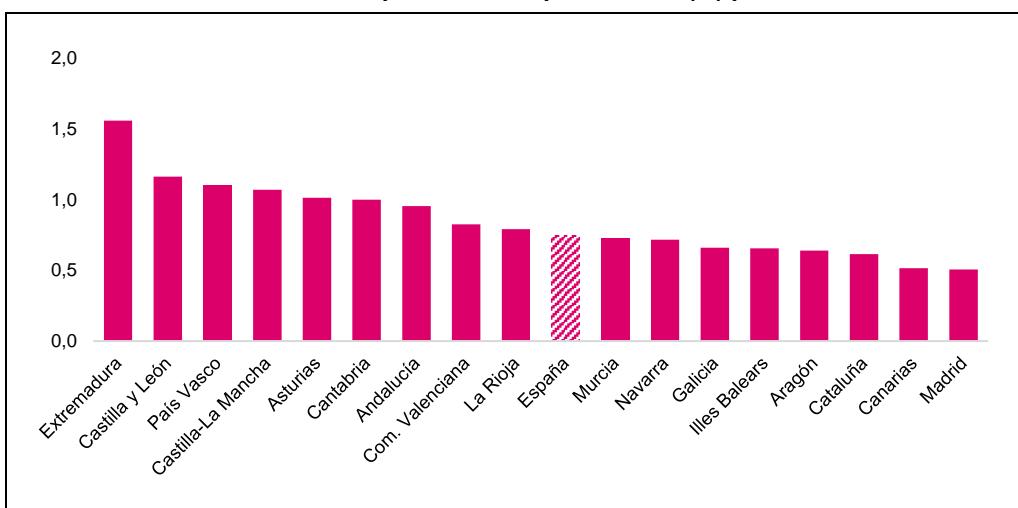
Gráfico 11. Evolución del gasto en dependencia respecto al PIB (%). España



Fuentes: IMSERSO. Certificación anual de gasto autonómico en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia; INE. Contabilidad nacional anual de España.

Ese gasto, en cualquier caso, se caracteriza por una gran variabilidad autonómica, ya que oscila entre el 1,5% del PIB en Extremadura –que combina un PIB bajo con un elevado gasto en dependencia– y el 0,5% en la Comunidad de Madrid, donde se da la situación inversa.

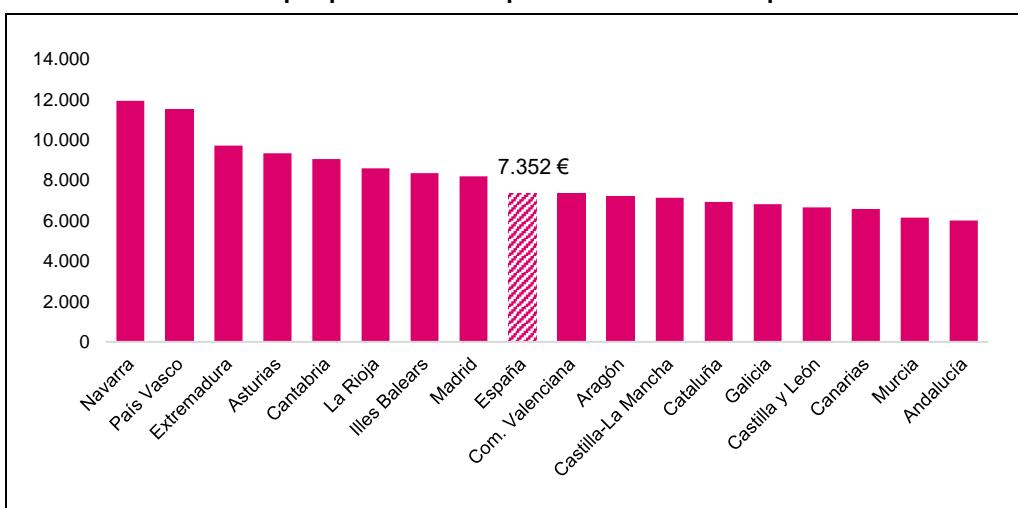
**Gráfico 12. Gasto en dependencia respecto al PIB (%) por CCAA. 2022.**



Fuentes: IMSERSO. Certificación anual de gasto autonómico en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia; INE. Contabilidad nacional anual de España.

Las diferencias que se producen entre las comunidades autónomas tienen que ver tanto con los diferentes niveles de cobertura como con muy diferentes niveles de gasto por cada persona usuaria. A su vez, estas diferencias se derivan de modelos asistenciales muy diferentes en lo que se refiere al tipo de servicios más prevalentes, los niveles de intensidad, las cuantías de las prestaciones o los costes del personal. Por ello, más allá del gasto total en dependencia, y de su proporción del respecto al PIB, conviene también destacar las importantes diferencias que se producen en lo que se refiere al gasto que cada CCAA realiza por persona usuaria. Este gasto oscila entre los 12.000 euros anuales en Navarra y los en Andalucía.

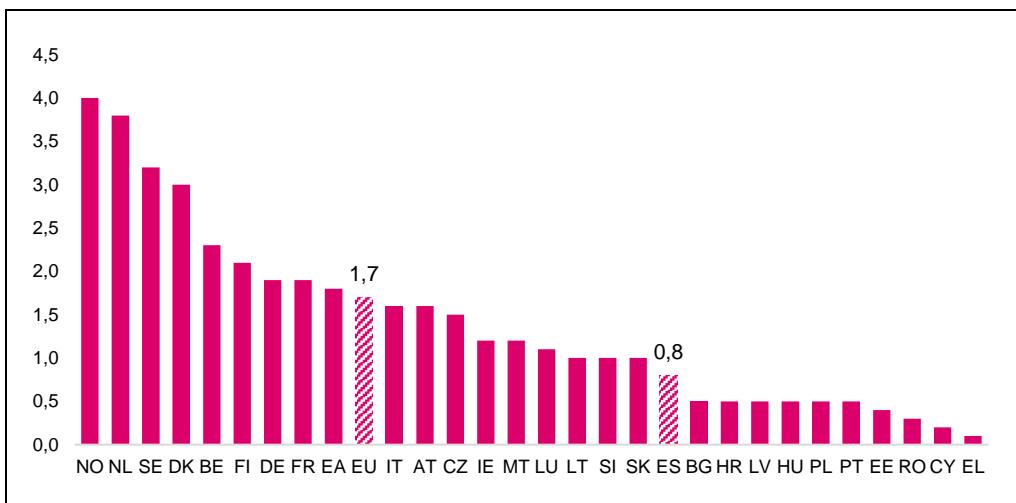
**Gráfico 13. Gasto por persona con dependencia reconocida por CCAA. 2023.**



Fuentes: IMSERSO. Certificación anual de gasto autonómico en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia; INE. Contabilidad nacional anual de España.

En el contexto internacional, y pese al incremento producido en los últimos años, el gasto público español en cuidados de larga duración es bajo. No alcanza al 50% del gasto medio de la UE y solo algunos países de los países del Este de Europa, junto a Grecia y Portugal, realizan un coste más bajo. Estas diferencias, como se señala a continuación, pueden derivarse tanto de niveles diferentes de cobertura como de un modelo basado en prestaciones de bajo coste (ratios inferiores de personal, niveles reducidos de intensidad, niveles retributivos bajos, etc.).

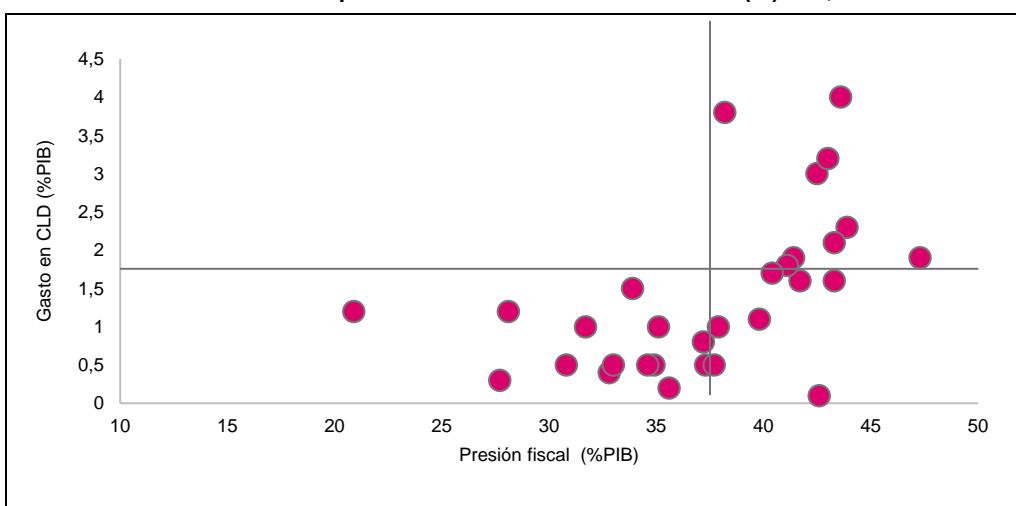
**Gráfico 14. Gasto público en CDL con relación al PIB (%). UE, 2022.**



Fuentes: Comisión Europea. 2024 Ageing Report. Economic & budgetary projections for the EU Member States (2022-2070).

Parte de la explicación del reducido gasto público español en dependencia se relaciona, en todo caso, con su reducida capacidad de recaudación fiscal. En efecto, como se observa en el gráfico, los países de la UE se ubican en tres grandes grupos: los que registran un gasto público en dependencia superior a la media y tienen una recaudación fiscal también superior a la media; los que tienen una presión fiscal superior a la media y niveles inferiores de gasto público en dependencia; y los que registran niveles bajos en ambas magnitudes<sup>57</sup>. España pertenece a este último grupo, con un gasto público en dependencia y una recaudación fiscal, ambos con relación al PIB, inferiores a la media.

**Gráfico 15. Gasto público en CDL con relación al PIB (%). UE, 2022.**

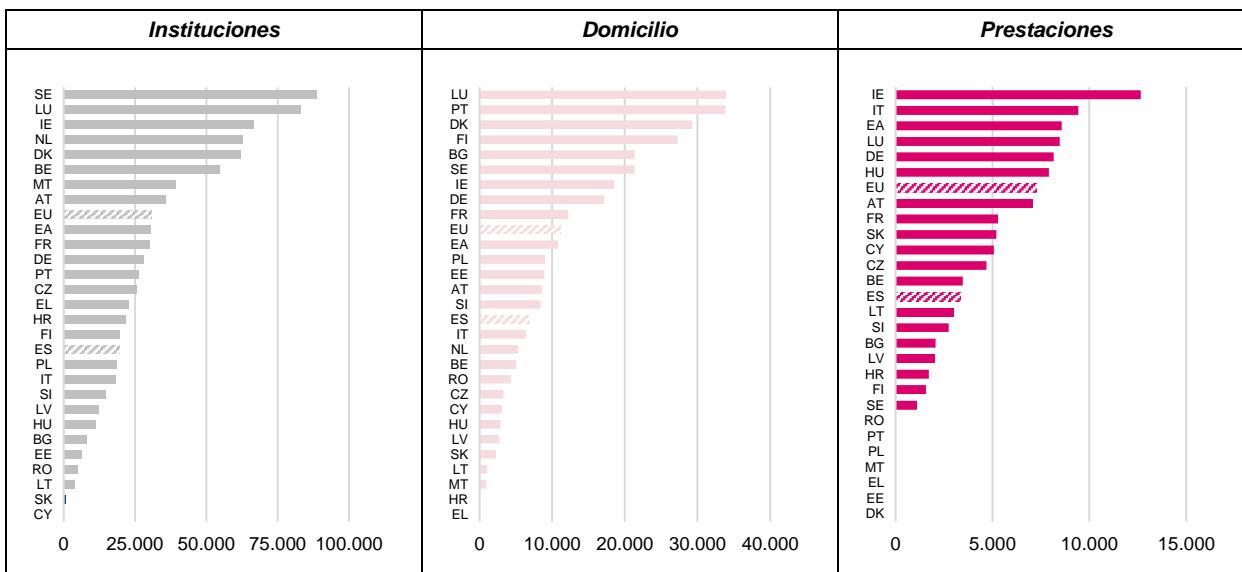


Fuentes: Comisión Europea. 2024 Ageing Report. Economic & budgetary projections for the EU Member States (2022-2070). Nota: el círculo blanco corresponde a España.

En todo caso, más allá de la relación entre recaudación fiscal y el gasto público en dependencia, es importante señalar que el reducido gasto español se explica fundamentalmente, en términos comparativos, por el reducido gasto por persona usuaria que se realiza en España, tanto en lo que se refiere a la atención en instituciones (fundamentalmente, centros residenciales) como en domicilios y en prestaciones económicas. En los tres casos, España se sitúa por debajo de la mayor parte de los países, con un gasto de 19.563 euros, medidos en poderes de paridad de compra, en instituciones; 6.356 en cuidados a domicilio y 3.334 en prestaciones económicas. En poderes de paridad de compra, la media de la UE asciende, para cada uno de estos servicios, a 30.718 euros, 11.136 y 7.270, siempre de acuerdo con los datos de la Comisión Europea.

<sup>57</sup> Ningún país registra un gasto público en dependencia superior a la media y, al mismo tiempo, una recaudación fiscal inferior.

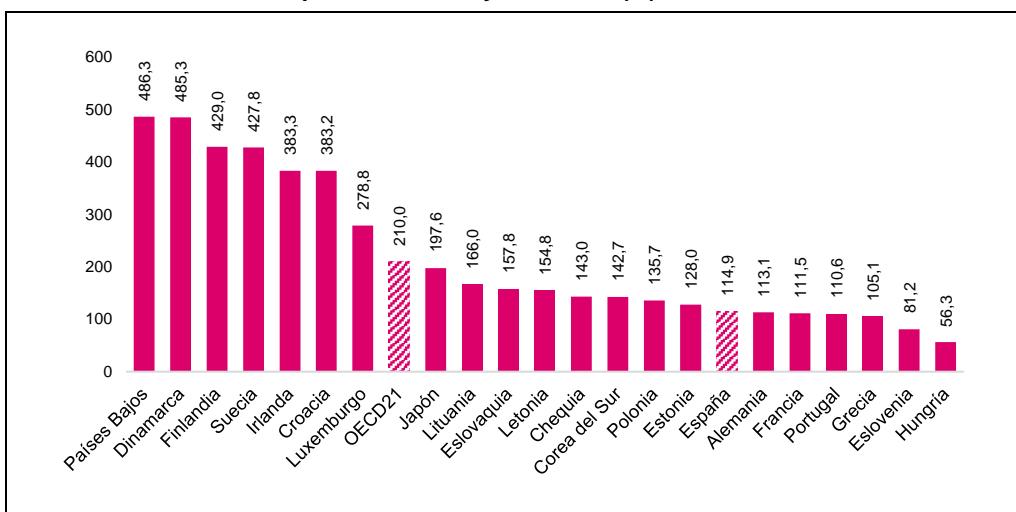
**Gráfico 16. Gasto por usuario en CLD según categoría del servicio o prestación. PPC, 2022.**



Fuentes: Comisión Europea. 2024 Ageing Report. Economic & budgetary projections for the EU Member States (2022-2070).

Otra forma de comparar los costes unitarios del sistema de cuidados en España con el que se registra en otros países del entorno consiste en comparar el coste de una plaza residencial con el ingreso mediano de las personas de 65 y más años en los diversos países. De media, en el conjunto de los países de la OCDE una plaza residencial equivale al 210% de la renta mediana de una persona de esa edad, mientras que en España equivale, actualmente, al 114%. Es importante señalar, en cualquier caso, que en este caso esa ratio puede estar influida tanto por el propio coste de la plaza residencial como por el valor de la mediana de ingresos de esa población.

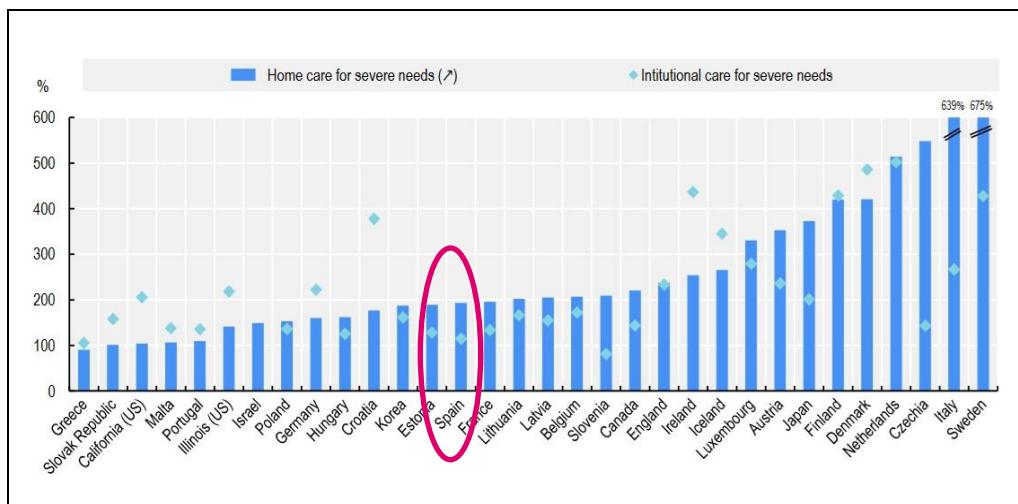
**Gráfico 17. Coste de una plaza residencial con relación al ingreso mediano de las personas de 65 y más años (%). 2022.**



Fuentes: OECD. Health at glance 2023.

El gráfico siguiente recoge los datos que a ese respecto ofrece el último informe de la OCDE, en el que se calcula el coste que, con relación al ingreso mediano, supone la atención domiciliaria y residencial para personas con necesidades intensas de atención. En este caso se observa que, siempre se acuerda a los datos de la OCDE, España se cuenta entre los países en los que la atención domiciliaria que se considera necesaria para atender a estas personas supone un coste mayor que la atención residencial. Tanto en el caso de la atención domiciliaria como de la atención residencial, los costes registrados en España se sitúan por debajo de los registrados en la mayor parte de los países analizados en el informe de la OCDE.

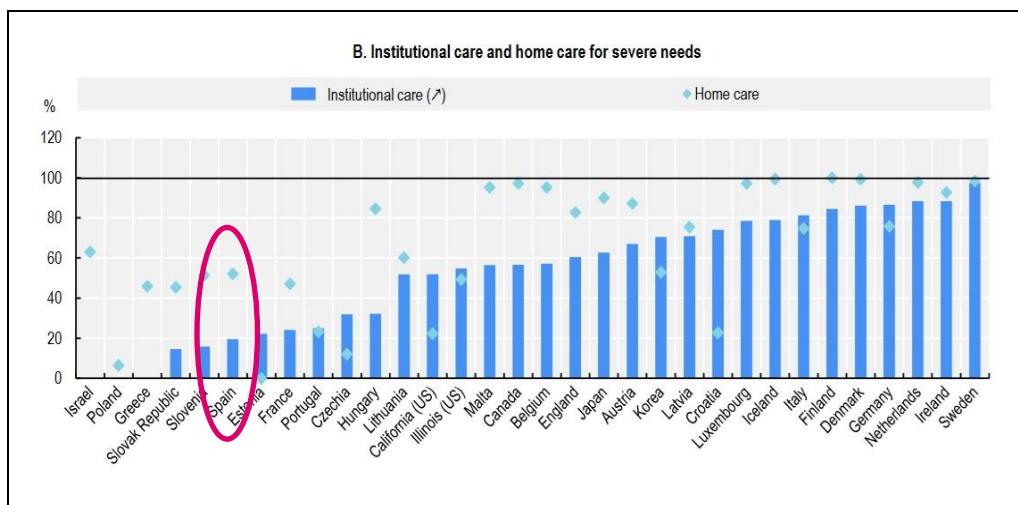
**Gráfico 18. Coste de los CLD para personas mayores con necesidades graves según modalidad de cuidados – institución o domicilio – con relación a la renta mediana de las personas mayores de 65 años. Países de la OECD.**



Fuentes: OECD (2024). *Is Care Affordable for Older People?*

Más allá del coste unitario que las plazas o servicios de atención requieren con relación a la renta mediana, es también conveniente recoger qué parte de ese coste es asumido por las administraciones públicas. Siempre de acuerdo con los datos de la OCDE, en el caso español las administraciones cubren por término medio el 20% del coste de la atención residencial y el 50% del coste de la atención a domicilio. Ese porcentaje es superior al 80% en casi la mitad de los países analizados. En el caso de la atención residencial, supera el 50% en la mayor parte de ellos.

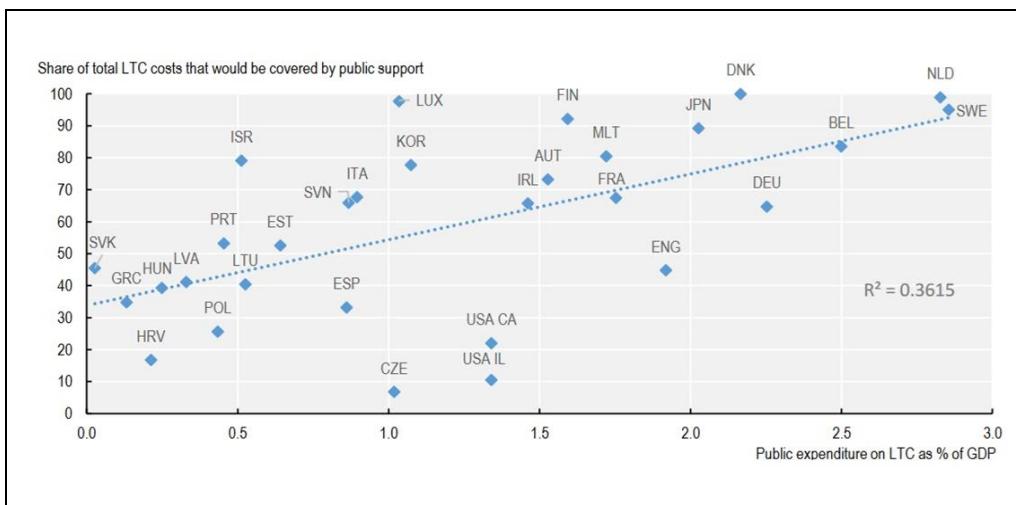
**Gráfico 19. Porcentaje de los costes totales de la atención a la dependencia de las personas mayores con necesidades graves que cubriría la protección social pública. Países de la OECD.**



Fuentes: OECD (2024). *Is Care Affordable for Older People?*

Lógicamente, el nivel de gasto público destinado a los cuidados de larga duración se relaciona con el porcentaje del coste de los cuidados que es asumido por las administraciones, de forma que cuanto más alto es el primero, más alto resulta el segundo. Algunos países, sin embargo, como Israel, Luxemburgo o Corea, cubren porcentajes del coste muy elevados con gastos públicos relativamente bajos. Lo contrario ocurre en países como España, Chequia, USA o Inglaterra. En España, el grado de cobertura del coste de los servicios es aún inferior al que le correspondería en razón de su reducido nivel de gasto público con relación al PIB.

**Gráfico 20. Relación entre el gasto público en dependencia y el grado de cobertura del coste de la atención por parte de las administraciones**



Fuentes: OECD (2024). *Is Care Affordable for Older People?*

#### 4.4 Estrategias para la sostenibilidad del gasto en cuidados de larga duración: aprendizajes de la experiencia internacional<sup>58</sup>

La literatura internacional diferencia 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. Por ejemplo, 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 (Costa-Font et al. 2015).

En esa línea, desde el punto de vista de la financiación de los sistemas de los Servicios Sociales y/o de atención a la dependencia, pueden distinguirse al menos cuatro modelos en el panorama internacional:

- Países que basan su modelo en sistemas de aseguramiento social, con el consiguiente abono de cotizaciones específicas por parte de empresas y trabajadores/as, 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 y una elevada presión fiscal, como en el caso de los países nórdicos.

<sup>58</sup> Este análisis está basado en análisis previos realizados para otras instituciones, como, especialmente, la Diputación Foral de Gipuzkoa.

- 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, por ejemplo, de los países anglosajones y los Estados Unidos.
- Sistemas híbridos, como el francés, que combinan características de diversos modelos (el caso francés, en efecto, combina las características de los modelos uno y dos puesto que, además de una fiscalidad general elevada, dispone de cotizaciones específicas afectadas al gasto en cuidados de larga duración).

Como acabamos de ver, el modelo español de costes, gasto y financiación de los cuidados de larga duración es en ese contexto relativamente singular, puesto que combina el derecho universal y subjetivo a los cuidados con una presión fiscal baja y un gasto público reducido, siempre en términos relativos. También se caracteriza por costes unitarios reducidos, que se derivan de niveles de intensidad, ratios de atención y/o remuneraciones profesionales bajas.

A partir de esas consideraciones, los siguientes apartados analizan las posibilidades existentes en España para garantizar la sostenibilidad o viabilidad económica de los servicios sociales y, en particular, los cuidados de larga duración. A partir de otros trabajos realizados (Zalakain, 2009; SIIS, 2021), las estrategias se han clasificado en tres grandes apartados<sup>59</sup>:

- En primer lugar, se describen las estrategias orientadas a contener y/o racionalizar el gasto público en cuidados de larga duración. Esas estrategias implican, básicamente, reducir el número de personas usuarias de los servicios, reorientar los servicios ofrecidos hacia las opciones que requieren menos gasto y/o reducir el coste unitario de cada servicio, para lo cual debe reducirse su intensidad –cuantías, en el caso de las prestaciones; horas de atención, en el caso del SAD; ratios de atención, en el caso de centros de día y residenciales; o su calidad, tanto desde el punto de vista de los costes salariales como de los equipamientos).
- En segundo lugar, se recogen las estrategias orientadas a incrementar la captación de recursos económicos destinados a la financiación de los servicios formales de cuidado por parte de las administraciones públicas.
- Por último, se recogen las estrategias más directamente vinculadas al esquema de financiación del gasto, con cambios en la distribución de las actuales responsabilidades económicas en cuanto a la financiación de los cuidados de larga duración y sus componentes.

Los siguientes apartados analizan algunas de las líneas de acción que se podrían desarrollar en cada uno de estos ejes. Para entender el análisis, es importante señalar, por una parte, que se han analizado un amplio número de fórmulas o estrategias, señalando sus pros y sus contras (es decir, su viabilidad y oportunidad), sin necesariamente inclinarse por unas u otras. Por otra parte, algunas de las fórmulas o estrategias analizadas podrían englobarse en más de un epígrafe –los cambios en el copago, por ejemplo, pueden entenderse como un incremento de los recursos públicos o como un cambio en la distribución de las responsabilidades financieras–, en la medida en que casi todas las posibilidades tienen puntos internos de relación.

#### 4.4.1 *Estrategias orientadas a la reducción de los costes y la contención del gasto*

No cabe duda de que racionalizar o reducir el coste que suponen los servicios prestados, así como reducir el gasto agregado que representan los servicios que financian las administraciones, puede ser una estrategia para garantizar la sostenibilidad económica de los cuidados de larga duración. De hecho, se trata de una estrategia seguida por numerosos países de nuestro entorno –la mayoría de ellos, en todo caso, con niveles de gasto muy superiores al nuestro– y seguida también por buena parte de las CCAA y, particularmente, por la Administración General del Estado durante la crisis económica de 2008.

<sup>59</sup> Además de las señaladas, tendría sentido analizar las estrategias orientadas a reducir la prevalencia de la dependencia mediante programas preventivos y a la utilización de tecnologías que reduzcan la necesidad de cuidados por parte de otras personas. Estas estrategias no se han analizado debido a que sus efectos solo se materializan a largo plazo y a que tienen una relación débil con el gasto y la financiación de los servicios en el corto y medio plazo.

También debe recordarse, en todo caso, que estas estrategias pueden chocar con lo establecido en la normativa vigente en materia de atención a la dependencia y con las herramientas de planificación que se han ido aprobando. De hecho, puede decirse que algunas de las estrategias que se señalan a continuación contradicen claramente lo que se establece en las normas actualmente vigentes y con los planes y estrategias aprobados a nivel local, autonómico, estatal o europeo. Además, cabe recordar que estas estrategias no siempre reducen el gasto total que se destina a los cuidados de larga duración, sino que, esencialmente, los desplazan a las personas usuarias y a sus personas allegadas, que se ven obligadas a destinar más tiempo o más dinero al cuidado de las personas que precisan cuidados.

Teniendo lo anterior en cuenta, se recogen a continuación algunas de las estrategias que, en esta línea, han adoptado los países de nuestro entorno:

- Focalizar los servicios y las prestaciones financiadas con fondos públicos en los grupos con mayores necesidades, promoviendo el autocuidado y el cuidado informal –o la contratación de los servicios necesarios en el mercado–, en las personas con niveles de necesidad menos intensos. Los países nórdicos, por citar un ejemplo, han desarrollado en los últimos años este tipo de herramientas de *targeting*, al objeto de reducir el coste público de los servicios. En el caso español, para avanzar en esa dirección sería necesario bien modificar los actuales baremos de valoración de la dependencia o bien modificar los requisitos de acceso a las diferentes prestaciones, restringiendo por ejemplo el acceso a determinados servicios o prestaciones a las personas con Grado I.

Es importante señalar, en cualquier caso, que esa focalización en las personas con mayores necesidades no podría realizarse teniendo en cuenta criterios de renta –sino, únicamente, de necesidades de cuidado–, ya que la normativa en materia de dependencia, en el marco de un sistema universal, no permite restringir el acceso a los servicios por razones de renta (aunque sí, como veremos posteriormente, modular el copago en función de la renta).

- Orientar los servicios que se ofrecen a la población hacia las opciones de menor coste. En la medida en que la prescripción de los servicios y la elaboración del PIA es, al menos en parte, una competencia de la administración, sería posible priorizar la asignación de los servicios menos costosos –por ejemplo la PECEF– frente a los más costosos –por ejemplo, la atención residencial–, sin reducir la cobertura total de los servicios. En ese sentido, retrasar o evitar el acceso de las personas mayores a los centros residenciales, reforzando los servicios comunitarios, puede resultar una estrategia eficaz en términos de contención del gasto. Esta es, en cualquier caso, la estrategia que viene impulsándose en buena parte de las CCAA a través de la Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF) y de la Prestación Económica Vinculada al Servicios (PEVS).
- Reducir la intensidad de los servicios y prestaciones. También cabe recurrir a la reducción de los actuales niveles de intensidad de los servicios y las prestaciones, si bien cabe pensar que una de las principales limitaciones del sistema de atención a la dependencia, en el conjunto de las CCAA, se refiere precisamente a la escasa intensidad de los servicios que se prestan a las personas usuarias. Particularmente en el caso del SAD y de la PECEF, la intensidad –horas mensuales de atención en el primer caso y cuantía mensual de la prestación en el segundo– son, pese a los incrementos que se han producido en los últimos tiempos, relativamente bajas. Ante esa circunstancia, la normativa que se viene aplicando a nivel estatal ha provocado un incremento de la cuantía de las prestaciones, la intensidad del SAD o las ratios profesionales de atención. No parece, por otra parte, que la apuesta por unos cuidados más personalizados pase por una reducción en la intensidad de las prestaciones y/o las ratios de atención.
- Reducir el coste unitario de los servicios, incidiendo preferentemente en los costes laborales. Otra de las estrategias que pueden aplicarse para la reducción del coste de los servicios pasa por la reducción de los costes laborales. Sin embargo, cabe pensar que existe una brecha importante entre las remuneraciones que se perciben en el sector de los cuidados y las que se perciben en otros ámbitos de actividad, como los servicios sanitarios<sup>60</sup>, lo cual pone de manifiesto el escaso recorrido de estas estrategias.

<sup>60</sup> A nivel estatal, la base media de cotización del conjunto de la población asalariada multiplica por 1,3 la base de cotización en el sector residencial. La base de cotización del sector sanitario multiplica por 1,65 la base de cotización del sector de las residencias.

- Los informes de las instituciones internacionales insisten repetidamente en la necesidad de reducir la fragmentación y la descoordinación interinstitucional que se produce en el ámbito de los cuidados, promoviendo la prestación de servicios mejor coordinados o más integrados, como herramienta para la contención del gasto. En el caso español puede pensarse, efectivamente, que una distribución más integrada de las responsabilidades respecto a la provisión de los servicios podría tener efectos beneficiosos en lo que se refiere a los niveles de gasto, al aplicarse economías de escala que en la actualidad no se producen.
- Aplicar nuevas formas de contratación (concertación social, contratación por resultados, contratación abierta, etc.), que pueden contribuir tanto a la mejora de la calidad de los cuidados –priorizando el recurso a entidades proveedoras de base comunitaria, enraizadas en el territorio– como a su sostenibilidad. Cabe pensar, por otra parte, que podrían tener un cierto efecto en términos de reducción de los costes la utilización de fórmulas innovadoras de contratación pública, como la concertación social o la contratación por resultados.

#### 4.4.2 Estrategias orientadas al incremento de los recursos públicos

##### a) Seguros públicos de dependencia mediante cotizaciones sociales o impuestos finalistas

Como se ha señalado previamente, al margen del incremento de la presión fiscal general, una de las estrategias más claras para incrementar los recursos públicos destinados a la financiación de los cuidados se refiere a la creación de sistemas de aseguramiento público obligatorio. En efecto, el aseguramiento público del riesgo de dependencia es la fórmula por la que han optado países como Alemania, Japón u Holanda, así como, de forma parcial, Francia.

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

- Se trata de sistemas basados 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 fijadas 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 evitan la necesidad de recurrir a mecanismos selectivos vinculados a la beneficiencia.
- 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 ni de la renta, sino del nivel de necesidad (en este caso, del nivel de dependencia establecido a partir de una valoración objetiva).
- Por otra parte, en estos modelos, 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 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 salud, 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).

Puede decirse que 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 partidas presupuestarias suficientes. En ese sentido, puede decirse que 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 cotización<sup>61</sup>– 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.

Los principales ejemplos son los siguientes:

- **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 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). 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 1,7% del salario. 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.

- **Holanda.** 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 ingresos, hasta un máximo de 34.712 euros de ingresos, por lo que la cotización máxima es de 3.245 euros anuales.
- **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. 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%.

<sup>61</sup> Alemania, por ejemplo, ha ido incrementando progresivamente la tasa de cotización del seguro de dependencia, pasando del 1,7% del salario al 3,05%. Este coste se reparte normalmente a partes iguales entre trabajadores/as y empresas.

Los seguros se establecen a nivel municipal, y cada municipio establece las cotizaciones que deben pagar los asegurados, en función de su edad<sup>62</sup>, 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.

- **Corea.** 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 obtenida 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.
- **Flandes.** La protección social flamenca (*Vlaamse Sociale Bescherming*) se basa 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 a 53 euros anuales. 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.
- **Francia.** Aunque el modelo francés no se define como un seguro social, la financiación de los servicios de atención a la dependencia sí está parcialmente basada en una cotización vinculada al salario.

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 Consejos Departamentales, que reciben a su vez fondos de la *Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie* (CNSA). Una parte de los fondos de esa caja proviene 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 consejos departamentales el 65% restante.

El desarrollo más reciente de este tipo de modelos se está dando en Eslovenia, donde de forma progresiva ha ido desarrollándose un sistema de aseguramiento público de la dependencia, en el marco de la Seguridad Social.

<sup>62</sup> Sólo las personas mayores de 40 años están obligadas a cotizar.

¿Cuáles son las ventajas y desventajas de estos sistemas de tributación afectada? La principal ventaja es que consiguen materializar y hacer visible la idea de mutualización del riesgo de dependencia, en la medida en que toda la población contribuye a financiar unos gastos que sólo le afectan de forma hipotética o potencial. Si bien es cierto que esa ventaja también puede ser atribuida a la financiación no afectada mediante impuestos generales, la idea de financiar un sistema de aseguramiento público mediante cotizaciones sociales permite visualizar con mayor claridad la idea de la mutualización de un riesgo que no siempre acaba materializándose pero que, cuando se materializa, puede resultar catastrófico.

En la literatura consultada se destacan, además de ésta, otras ventajas (Murray, R. 2018):

- 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 presupuestaria 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 públicas<sup>63</sup>. Esa afectación puede inducir, además, a una infrafinanciación de otras áreas del gasto, debido 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).

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.

<sup>63</sup> 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, por tanto, “capturando” de antemano un porcentaje determinado de la recaudación.

Junto a los seguros públicos, han experimentado también un cierto desarrollo en los últimos años los seguros privados de dependencia, que podrían constituir una opción de interés la hora de reflexionar sobre posibles fórmulas para garantizar la sostenibilidad de los servicios sociales públicos. Sin embargo –salvo, en todo caso, en Francia–, el desarrollo de estas fórmulas en nuestro entorno ha sido muy escaso.

De acuerdo con Joshua (Joshua, 2017), 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 moral<sup>64</sup>” 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 (Mosca et al. 2017). 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 (Boj del Val et al. 2020).

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. En otros países, como Estados Unidos, los programas de apoyo al aseguramiento privado fueron anulados debido a su escasa utilización (Joshua, 2017).

En definitiva, señala Colombo (Colombo et al. 2011), “los seguros privados tienen un alcance muy limitado, que se reduce básicamente a las personas con ingresos o patrimonio elevado. 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 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”.

#### *b) La participación económica de las personas usuarias*

Al describir el marco normativo relacionado con la financiación de los Servicios Sociales, ya se ha indicado que tanto las leyes autonómicas de Servicios Sociales como la Ley de Dependencia contemplan la participación económica de las personas usuarias en la financiación de los servicios. También se ha señalado que las administraciones públicas cubren en España una parte relativamente reducida del coste real que suponen los cuidados de larga duración, tanto en residencias como en el domicilio.

A la hora de valorar si pudiera ser viable un incremento de la participación económica de las personas usuarias en la financiación de los servicios sociales como fórmula para garantizar su sostenibilidad económica, cabe hacer referencia a los siguientes elementos:

- Todos los países de nuestro entorno aplican sistemas de participación económica de las personas usuarias en la financiación de los cuidados formales de larga duración. En general, todos los sistemas de copago contemplan la renta y/o el patrimonio de las personas usuarias –si bien en diferente medida y con diferentes mecanismos–, así como los niveles o grados de necesidad. Pese a que los datos comparativos no son siempre suficientemente fiables, puede afirmarse que el porcentaje de copago oscila entre niveles muy reducidos en numerosos países –por debajo del 10% del coste real del servicio, en el caso de la asistencia domiciliaria para personas con necesidades moderadas, en Malta, Luxemburgo, Suecia, Finlandia, Holanda, Alemania o

<sup>64</sup> 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.

Dinamarca – y porcentajes superiores al 60% en países como Francia, España, Grecia, Chequia, Croacia o Polonia (Cravo y Lleno-Nozal, 2020).

- Aunque apenas existen datos fiables al respecto, el reciente informe de evaluación del SAAD señala que existe una amplia variabilidad entre las CCAA a la hora de establecer los niveles de copago. Según ese informe, una prospección reciente con el archivo de microdatos facilitado por el IMSERSO revela que hay un amplio rango en los porcentajes de recuperación del coste de las prestaciones entre las CCAA, situándose entre el 15% y el 33% del coste directo de las mismas, alcanzando los valores máximos en Navarra y el País Vasco y, en los niveles inferiores, Aragón, Extremadura, Valencia y Castilla la Mancha. En conjunto, se estima una media de recuperación de los costes de las prestaciones del 24% (Rodríguez Cabrero y Marbán Gallego, 2022).
- En la línea que señala el artículo 33 de la Ley de Dependencia, algunos países de nuestro entorno distinguen diferentes tipos de costes a la hora de estimar el copago, aplicando diferentes criterios a cada tipo de coste. En el modelo residencial francés, por ejemplo, las personas usuarias abonan el 100% de los costes hoteleros y de manutención –siempre que cuentan con recursos para ello<sup>65</sup>– y una parte variable de los costes de cuidado (en función de su renta y su grado de dependencia), mientras que no abonan cantidad alguna en concepto de costes de atención sanitaria, en la medida en que se entiende que se trata de un servicio gratuito para toda la población y es financiado por el sistema de salud<sup>66</sup>.
- Siguiendo esta misma lógica, algunos países europeos, como Escocia, prestan de forma gratuita los cuidados personales que precisan las personas en situación de dependencia, tanto en el ámbito domiciliario como residencial. En el caso del modelo escocés –denominado *free personal and nursing care*– las personas atendidas abonan, siempre que dispongan de recursos para ello, los servicios de atención doméstica, en el domicilio, y de manutención y alojamiento, en el entorno residencial, pero están exentas de cofinanciar los cuidados personales derivados de su situación de dependencia.
- Este sistema es, en lo esencial, el mismo que se aplica también en otros sistemas de protección social, como el educativo: la atención educativa básica es gratuita, mientras que se establece un copago –en función de la renta– para los servicios complementarios (comedor, extraescolares, transporte, etc.). Cabe también tener en cuenta la forma en la que está diseñado el copago farmacéutico para las personas mayores de 65 años: el patrimonio no se tiene en cuenta, se establecen únicamente tres tramos de renta y sólo en el caso de rentas muy elevadas se establece un porcentaje de copago relativamente significativo<sup>67</sup>.
- Tal y como está actualmente definido, el copago en el ámbito de la dependencia tiene carácter catastrófico para una parte de las personas usuarias e incrementa el riesgo de pobreza de una parte de las personas que perciben servicios de atención a la dependencia.
  - Por una parte, tal y como se indica en el último informe de evaluación del SAAD encargado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (Rodríguez Cabrero y Marbán Gallego, 2022), “el modelo de copago del SAAD trae consigo una serie de efectos perversos que lo hacen poco equitativo, ejerciendo una elevada presión recaudatoria sobre las personas usuarias con pocos recursos económicos. La inequidad en el copago se manifiesta en el porcentaje de renta sacrificada, el cual es mucho más elevado en las rentas medias que en las rentas altas (...). El trato inequitativo se hace más acuciante con la inclusión del patrimonio, lo que en el cómputo eleva la capacidad económica de la persona usuaria con rentas bajas, pero, en cambio, no tiene efectos en la

<sup>65</sup> En caso contrario, son los sistemas de vivienda o garantía de ingresos los que intervienen.

<sup>66</sup> El modelo australiano de financiación de la atención residencial es similar, aunque en este caso se tiene también en cuenta la renta de las personas usuarias: todas las personas usuarias abonan un copago básico, establecido como una proporción de la pensión que reciben; los cuidados y los gastos hoteleros se financian en función de la renta, de forma que las personas con rentas bajas solo abonan el copago básico; las personas con rentas moderadas abonan el copago básico y una parte de los gastos hoteleros; y las personas con ingresos elevados el copago básico, la totalidad de los gastos hoteleros y una parte del coste de los cuidados. A esas cantidades se aplican, además, topes anuales y vitales, que impiden que las personas usuarias incurran en gastos catastróficos (Woolley, 2023).

<sup>67</sup> Las personas pensionistas con rentas iguales o superiores a 100.000 euros abonan un 60% del coste de los medicamentos, con un límite máximo de 61,75 € / mes.

capacidad económica de las rentas altas porque su capacidad económica ya ha llegado al “tope” antes de atribuirle el valor del patrimonio”<sup>68</sup>.

- Por otra parte, algunos estudios realizados para el conjunto del Estado han puesto de manifiesto que el copago genera costes “catastróficos” para una parte de la población usuaria: un 14,46% de las personas con grado II y un 31,43% para el grado III dedican más de un 40% de sus ingresos al copago de dependencia (del Pozo Rubio y Jiménez Rubio, 2017).
- La normativa actual –tanto autonómica como estatal– obliga a establecer criterios de progresividad a la hora de determinar la participación económica de las personas usuarias, de forma que la capacidad de pago se determina teniendo en cuenta la renta y el patrimonio de las personas usuarias. Se ha señalado en diversas ocasiones, sin embargo, que el hecho de considerar la renta y el patrimonio de las personas usuarias a la hora de determinar el copago disuade a las personas con niveles medios y elevados de renta y patrimonio de acceder a los servicios sociales públicos. De hecho, se aplica a estas personas una imposición muy elevada sobre su renta y/o su patrimonio por la utilización de servicios sociales públicos, cuando los servicios formales privados a los que pueden acceder en el mercado no tienen en cuenta ni su renta ni su patrimonio y les resultan por tanto, en ocasiones, más económicos (y, en cualquier caso, más flexibles). La apuesta por el principio de progresividad actúa por tanto en detrimento del principio de universalidad, en la medida en que dificulta el acceso de las personas con ingresos medios y altos a los servicios públicos de cuidado<sup>69</sup>.

Para evitar estos problemas, algunos países han puesto en marcha –junto a la gratuidad de los cuidados personales– sistemas orientados a limitar la aportación económica de las personas con ingresos medios y altos. En esa línea, algunos países han establecido límites a la participación económica de las personas usuarias: aunque aún no se ha aplicado, en 2021 el Gobierno inglés planteó la introducción de un límite al copago, de forma que ninguna persona estaría obligada a pagar más de 86.000 libras a lo largo de toda su vida en cuidados de larga duración.

c) *La consideración del patrimonio inmobiliario en la financiación de los cuidados de larga duración*

No parece, por tanto, que el incremento del copago pueda considerarse una fórmula eficaz para garantizar la sostenibilidad económica del sistema de atención a la dependencia. Ello no impide, sin embargo, destacar la importancia que puede tener de cara a la financiación de este sistema el patrimonio económico –y, más concretamente, inmobiliario– de las personas mayores en nuestro entorno.

Con relación a esa cuestión, no puede olvidarse que en 2022 el patrimonio inmobiliario medio (vivienda principal más otras propiedades inmobiliarias) de los hogares encabezados por personas de 65 a 74 años asciende hoy en el conjunto del Estado a 311.000 euros, frente a 260.000 para el conjunto de los hogares. Desde 2002, en términos de euros constantes, el patrimonio inmobiliario medio de esas familias se ha incrementado en un 61,1%, mientras que el del conjunto de los hogares se ha incrementado en un 30,1%<sup>70</sup>. Según la misma fuente, si en lugar de analizar la riqueza inmobiliaria se analiza la riqueza neta, la mediana para el conjunto de los hogares asciende en 2022 a 142.700 euros, mientras que para los hogares encabezados por personas de 65 a 70 años de edad asciende a 225.000. En el primer caso, la riqueza neta mediana se ha incrementado desde 2002 en un 2% y en el segundo en un 51%.

Teniendo esa realidad en cuenta, se ha planteado las posibilidades que tendría de cara a la financiación de la dependencia la consideración del patrimonio de las personas mayores, vinculando, como después se señala, la crisis de los cuidados a la crisis de la vivienda.

Con relación a esa cuestión, cabe plantear al menos dos líneas de acción.

<sup>68</sup> En esa misma línea, se ha señalado que “la elevada repercusión del importe del copago en las rentas de las personas con menos recursos económicos desincentiva la aceptación de la prestación de la dependencia, con la repercusión negativa que representa para la persona afectada. En otros casos, como en el de servicio residencial, el importe de bolsillo garantizado es tan mínimo que atenta contra la dignidad de la persona. La inclusión de un porcentaje del valor del patrimonio para estimar la capacidad económica de la persona en la determinación del importe del copago lo hace aún más regresivo, ya que su impacto es mayor en las rentas más bajas que en las medias y altas, y la opacidad en declararlos es mayor a medida que aumenta la renta de las personas” (Montserrat, 2019).

<sup>69</sup> La consideración del patrimonio en el cálculo del copago implica también otros efectos no intencionados, como una menor propensión al ahorro, donaciones y transmisiones de bienes exclusivamente motivadas por la voluntad de recudir las responsabilidades asociadas al copago, etc.

<sup>70</sup> Banco de España. Encuesta Financiera de las Familias (EFF) 2022.

La primera tiene que ver con la posibilidad de establecer acuerdos o permutes mediante los cuales las personas mayores que residan en viviendas inadecuadas para sus necesidades –por las condiciones de habitabilidad, el tamaño, la accesibilidad, etc.– puedan acceder a viviendas adaptadas y con cuidados, de promoción pública.

Este cambio podría verse facilitado si se consolidan los intentos por desarrollar un parque de viviendas con cuidados, en los que la provisión de la vivienda se separe, funcional, competencial y financieramente, de la provisión de los cuidados. En esa línea, el Anteproyecto de Ley por la que se modifican el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, para la extensión y refuerzo de los derechos de las personas con discapacidad a la inclusión, la autonomía y la accesibilidad universal conforme al artículo 49 de la Constitución Española, favorece esa opción al incluir en el catálogo de servicios del SAAD un servicio de cuidados y apoyos en viviendas<sup>71</sup>.

En los países de nuestro entorno este tipo de desarrollos tienen ya una amplia trayectoria. Puede hacerse referencia en ese sentido al *extracare housing* británico, las viviendas seguras suecas, las viviendas compartidas o de grupo alemanas o las *résidence autonomie* francesas. Estas viviendas con apoyo o con cuidados se caracterizan por los siguientes elementos:

- Organización en torno a estudios o apartamentos individuales (o dobles, en el caso de parejas) con servicios comunes, ya sea en edificios ordinarios o en complejos específicamente destinados a estos equipamientos.
- Separación institucional y organizativa entre la provisión de la vivienda o el alojamiento —ya sea en compra o en alquiler— y la provisión de los cuidados (atención personal y atención doméstica);
- Prestación de los cuidados necesarios mediante equipos itinerantes de atención domiciliaria (sin que necesariamente deba existir una presencia asistencial durante 24 horas)

Apostar por este modelo de permutes –especialmente si se alcanza una cierta escala– posibilitaría que las administraciones públicas dispusieran de un *stock* de vivienda que pueda destinarse a las políticas generales de vivienda, permitiendo al mismo tiempo ofrecer a las personas mayores equipamientos residenciales con cuidados, de promoción pública, de suficiente calidad. No puede olvidarse, en cualquier caso, que un cambio de este tipo requeriría que las permutes no implicaran desplazamientos espaciales relevantes y que se enfrentaría tanto al deseo de muchas personas de envejecer en su propio hogar como a la tendencia a la conservación del patrimonio inmobiliario con vistas a su transmisión mediante herencia.

La segunda línea de acción, más estructural, tiene que ver con la imposición del patrimonio y, específicamente, con la imposición de las sucesiones y las donaciones. En efecto, en diversos países de nuestro entorno se ha planteado la posibilidad de incrementar el impuesto de sucesiones y donaciones para financiar los gastos asociados al envejecimiento, afectándolo a esos gastos, es decir, destinando su recaudación a los gastos en salud y cuidados.

Más allá de si puede o no resultar conveniente esa afectación (en las páginas precedentes se han planteado algunos de los riesgos de las afectaciones tributarias), cabe pensar que vincular un incremento en ese impuesto a los gastos derivados del envejecimiento podría, por una parte, reducir los niveles de desigualdad que actualmente genera la desigual acumulación y transmisión del patrimonio y, por otra, incrementar el nivel de mutualización del riesgo de dependencia, en la medida en que la financiación de la dependencia se apoyaría en los impuestos abonados por los herederos/as de todas las personas mayores y no, como hasta ahora, en el copago de las personas mayores afectadas por la dependencia<sup>72</sup>.

<sup>71</sup> El objetivo de este nuevo servicio es que las personas, con independencia de su edad y grado de dependencia, puedan vivir con autonomía y dignidad en un entorno comunitario, en el que se preserve su intimidad y cada persona pueda desarrollar su propio proyecto de vida. Este servicio se presta en dos modalidades. La primera incluye alojamiento y manutención y da respuesta a aquellas personas que deseen convivir con un número reducido de personas en viviendas ordinarias. El segundo no incluye el alojamiento y da respuesta a personas que quieran disponer de servicios de cuidados y apoyos comunes a todas las viviendas del equipamiento. La provisión del servicio puede realizarse a través de servicios públicos directos o privados concertados debidamente acreditados o a través de una prestación económica. En este último caso, para la segunda modalidad, se posibilita la Colectivización de la contratación del servicio en aquellos casos en los que las personas quieran gestionar sus cuidados y lo hagan de forma participativa y sin ánimo de lucro.

<sup>72</sup> Un tercer beneficio radica en que se evitaría que la financiación de esos gastos siga descansando fundamentalmente en la imposición al trabajo, como ocurre con los impuestos generales –mayoritariamente basados en las rentas del trabajo– y con las cotizaciones de los seguros de dependencia.

En ese sentido, los defensores de esta opción sostienen que, 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<sup>73</sup>. A la hora de valorar este cambio, en todo caso, no puede olvidarse el rechazo social que provoca, en términos generales, el incremento de la presión fiscal y, particularmente, de la imposición sobre las herencias.

Junto a las dos estrategias señaladas, cabría pensar en otras como el impulso de las hipotecas inversas<sup>74</sup> o la consideración de la vivienda habitual a la hora de definir la capacidad económica de las personas usuarias de cara a su participación en la financiación de los servicios recibidos. Ninguna de las dos opciones supone, sin embargo, un avance en términos de mutualización, puesto que son las personas afectadas por la dependencia las que financian con sus recursos patrimoniales la atención recibida.

#### **4.4.3 Estrategias orientadas a la modificación de la distribución interinstitucional del gasto público en Servicios Sociales**

Como se ha dicho, los gastos relacionados con la prestación de cuidados de larga duración son financiados por diferentes administraciones, en función de sus competencias. La distribución del gasto público se produce tanto de forma horizontal –entre diferentes sistemas de protección de un mismo nivel–, como de forma vertical –entre diferentes niveles competenciales de un mismo sistema de protección, en este caso los Servicios Sociales–. En los países de nuestro entorno, sin embargo, los costes derivados de los cuidados se reparten de forma diferente entre los diversos sistemas de bienestar, de forma que otros sistemas de protección asumen una parte mayor del gasto en cuidados de larga duración y las responsabilidades de gasto dejan de descansar únicamente sobre el sistema de dependencia o servicios sociales.

Para avanzar en esa línea sería posible, en primer lugar, incrementar la participación económica del sistema de salud en la financiación de los servicios sanitarios prestados en el marco de los centros residenciales, tal y como ocurre en otros países, como Francia o el Reino Unido. En el caso francés, por ejemplo, el seguro de salud abona la totalidad de los gastos sanitarios realizados en las residencias, de forma que no son asumidos ni por el sistema de atención a la dependencia ni por las personas usuarias a través del copago (como se ha señalado previamente, el coste de atención sanitaria no se tiene en cuenta a la hora de establecer el coste que deben abonar las personas usuarias<sup>75</sup>.

Por otra parte, como se ha señalado previamente, en los países de nuestro entorno se tiende de forma creciente a separar la provisión de los servicios de cuidado de la provisión de los servicios de vivienda y alojamiento. En nuestro contexto, por el contrario, ambos servicios se plantean de forma conjunta y no se diferencian ni desde la perspectiva de las necesidades de las personas, ni desde la perspectiva de la provisión de los servicios ni desde la perspectiva de su financiación.

Sería deseable en ese sentido tender hacia modelos en los que se clarifique la implicación del sistema de vivienda en la cobertura de las necesidades de alojamiento de las personas usuarias de servicios sociales y/o cuidados de larga duración y se incremente su participación en la financiación de esos

<sup>73</sup> No debe olvidarse que, en la práctica, las personas obligadas al copago –especialmente de los centros residenciales públicos o concertados– experimentan ya una tasa elevadísima de imposición sobre su patrimonio, debido a la regulación del copago. Vincular la financiación de la dependencia a la imposición sobre las herencias implica que, en lugar de gravar muy intensamente el patrimonio de las personas que han llegado a una situación de dependencia se grave mucho menos intensamente, en el momento de su muerte, el patrimonio de los herederos de todas las personas mayores, independientemente de que hayan precisado o no cuidados formales de larga duración.

<sup>74</sup> 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 (Martínez-Lacoba et al., 2021). 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 (Keene et al., 2019) y que menos de la mitad de la población mayor europea podría financiar íntegramente los cuidados que precisa recurriendo a este tipo de herramientas (Bonnet et al., 2019). 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.

<sup>75</sup> En el caso francés, la administración sanitaria abona el 100% del coste sanitario en las residencias, que asciende a casi 8.000 millones de euros anuales. Esta cantidad representa un tercio del gasto en residencias y en torno a 1.100 euros mensuales por plaza. Los datos se refieren a 2018.

recursos. Teniendo en cuenta la experiencia internacional, esa implicación podría realizarse al menos de cuatro formas diferentes:

- Estableciendo mecanismos de compensación del gasto, tal y como se viene haciendo en algunas CCAA en el caso de los servicios sanitarios.
- Implicando al sistema de vivienda en la promoción de modelos de vivienda asistida, con apoyos o para toda la vida, en la línea de los desarrollos previstos en la reforma de la Ley de Dependencia a la que antes se ha hecho referencia. La utilidad de estos desarrollos –desde la perspectiva de la sostenibilidad del gasto en servicios sociales– radica en que habría de ser el sistema de vivienda quien financiara y promoviera la provisión de estas viviendas, en el marco de la política general de vivienda, mientras que el papel de los servicios sociales se centraría en la provisión de cuidados ambulatorios en esos contextos residenciales.
- La tercera opción pasa por la extensión de las prestaciones económicas de vivienda a las personas con bajos recursos que residen en servicios sociales con alojamiento y carecen de capacidad económica para abonar los costes de alojamiento<sup>76</sup>. En diversos países –como Reino Unido o Francia<sup>77</sup>– las prestaciones económicas de acceso a la vivienda para personas con rentas bajas pueden ser percibidas por las personas que residen en centros de atención a personas mayores, siempre que cumplan los requisitos de acceso. De esa forma, el coste de la satisfacción de las necesidades residenciales o de alojamiento no descansa en el sistema de servicios sociales, sino en el de vivienda (o, en su defecto, el de garantía de ingresos). Lógicamente, la diferenciación de los costes hoteleros, de salud y de cuidados permite tratar de forma diferente esos gastos y la asunción por parte del sistema de vivienda del coste que supone financiar los costes hoteleros a personas con necesidades de cuidados de larga duración que carecen de recursos económicos para el pago de su alojamiento.

## 4.5 Propuestas para la sostenibilidad del sistema de cuidados de larga duración

A partir de los datos y las experiencias descritas, cabe proponer las siguientes estrategias para mejorar la sostenibilidad económica, en el contexto descrito en los capítulos anteriores, del sistema público de cuidados:

1. Impulsar la oferta de actividades preventivas y de promoción de la salud en la población adulta y mayor, de forma que sea posible prevenir, retrasar y/o paliar las situaciones de dependencia y se extienda la esperanza de vida en buena salud.
2. Impulsar el desarrollo y la utilización de las tecnologías que puedan facilitar la prestación de servicios de cuidado en el entorno domiciliario y comunitario.
3. Orientar los servicios que se ofrecen a la población hacia las opciones de menor coste, impulsando los apoyos en la comunidad y en el entorno domiciliario frente a la atención residencial en recursos especializados, de atención secundaria. Además del argumento del coste, la opción por los recursos comunitarios es plenamente coherente con las estrategias de personalización y desinstitucionalización que se vienen desarrollando a nivel estatal y en buena parte de las CCAA españolas.
4. Reducir la fragmentación y los problemas de coordinación interinstitucional que se produce en el ámbito de los cuidados, promoviendo la prestación de servicios mejor coordinados o más integrados, como herramienta para la contención del gasto.

<sup>76</sup> En el caso de la manutención, la responsabilidad recaería en el sistema vasco de garantía de ingresos.

<sup>77</sup> En el caso francés, las personas usuarias de los centros residenciales con recursos económicos bajos pueden acceder a diversas prestaciones como la ayuda social al alojamiento (Aide Sociale à l'Hébergement) –siempre que el centro cuente con plazas reservadas para personas beneficiarias de esta prestación–, la prestación personalizada de alojamiento (Allocation Personnalisée au Logement), o la prestación de alojamiento social (Allocation de Logement Sociale). El gasto total destinado a estas prestaciones se sitúa en torno al 10% del coste total de las residencias y al 27% del gasto hotelero que realizan estos centros (Les comptes de la Sécurité Sociale, 2021).

5. Aplicar nuevas formas de contratación pública (concertación social, contratación por resultados, contratación abierta, etc.), que pueden contribuir tanto a la mejora de la calidad de los cuidados –priorizando el recurso a entidades proveedoras de base comunitaria, enraizadas en el territorio– como a su sostenibilidad económica.
6. Impulsar la reflexión sobre la creación en España de un modelo de aseguramiento público del riesgo de dependencia, basado en cotizaciones sociales y/o en la modificación de determinadas figuras impositivas, como el impuesto de sucesiones.
7. Independientemente de que se apueste por la creación de un modelo de aseguramiento público, cabe pensar que incrementar la imposición al patrimonio, y concretamente a las herencias, para financiar los gastos asociados al envejecimiento, podría tener efectos beneficiosos en diferentes ámbitos: incremento de los recursos económicos destinados a los cuidados de larga duración, reducción de la desigualdad y avances en la mutualización del riesgo de dependencia.
8. Modificar el modelo de copago, distinguiendo el tratamiento de los diferentes costes –hotelero, de atención personal y de atención sanitaria–, eliminando la consideración del patrimonio, estableciendo límites vitales al copago y aplicando criterios de gratuidad a la atención personal.
9. Avanzar en la diferenciación de las responsabilidades institucionales en el ámbito de los cuidados, atribuyendo las responsabilidades en materia de vivienda y alojamiento al sistema de vivienda y las responsabilidades de cuidado y apoyo al sistema de Servicios Sociales. En la práctica, este cambio implica impulsar la promoción y provisión por parte del sistema de vivienda de viviendas con apoyo, viviendas para toda la vida y otras fórmulas de alojamiento pensadas para las personas que envejecen, de forma que el sistema de servicios sociales preste en esos contextos los cuidados y apoyos que le competen.
10. Impulsar fórmulas basadas en acuerdos o permutas mediante los cuales las personas mayores que residan en viviendas inadecuadas para sus necesidades –por las condiciones de habitabilidad, el tamaño, la accesibilidad, etc.– puedan acceder a viviendas adaptadas y con cuidados, de promoción pública, cediendo sus viviendas a la administración e incrementando de esa forma el stock de viviendas para la política general de vivienda.
11. Incrementar la participación económica del sistema de vivienda en la provisión de los cuidados mediante: a) el establecimiento de mecanismos de compensación del gasto, tal y como se viene haciendo en el caso de los servicios sanitarios; b) la implicación del sistema de vivienda en la promoción de modelos de vivienda asistida, con apoyos o para toda la vida; y c) la extensión de las prestaciones económicas de vivienda a las personas con bajos recursos que residen en servicios sociales con alojamiento y carecen de capacidad económica para abonar los costes de alojamiento.
12. Incrementar la participación económica del sistema de salud en la financiación de los cuidados de larga duración.

# Referencias bibliográficas y legislación consultada

## Referencias bibliográficas

- Antares Consulting. (2022). *Estudio socioeconómico de la atención residencial para personas en situación de dependencia en España*.
- Antares Consulting. (2024). *Estudio socioeconómico de la atención para personas en situación de dependencia en España. Informe Final*.
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales, (2024a). XXIII Dictamen del Observatorio de la Dependencia 2023. 92 p.
- Atella, V., Belotti, F., Carrino, L., & Piano Mortari, A. (2017). *The future of Long Term Care in Europe. An investigation using a dynamic microsimulation model*.
- Banco de España. (2024). Proyecciones macroeconómicas e informe trimestral de la economía española. Septiembre de 2024. *Boletín Económico, 2024/T3*, IT. <https://doi.org/10.53479/37657>
- Belmonte, M., Grubanov-Boskovic, S., Natale, F., Conte, A., Belanger, A., & Sabourin, P. (2023, diciembre 20). *Demographic microsimulation of long-term care needs in the European Union*. JRC Publications Repository.
- Bolancé, C., Alemany, R. et Guillén, M. (2013). *Sistema público de dependencia y reducción del coste individual de cuidados a lo largo de la vida*. Revista de Economía Aplicada, vol. 21, nº 61, 97-117 p.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. et Tjadens, F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, 328 p.
- Comisión Europea. (2021). *Long-term care report – Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles*. Publications Office. <https://doi.org/10.2767/183997>
- Comisión Europea. (2023). *2024 Ageing Report: Underlying Assumptions & Projection Methodologies*.
- Comisión Europea. (2024). *2024 ageing report: Economic & budgetary projections for the EU Member States (2022 2070)*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2765/022983>
- Costa-Font, J., Courbage, C. et Swartz, K. (2015). *Financing long-term care: ex ante, ex post or both?*. Health Economics, vol. 24, nº S1 (marzo), 45-57 p.
- Cravo, T. y Llena-Nozal, A. (2020). *The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?*. OECD Health Working Papers nº 117, OECD Publishing, Paris, 121 p.
- DECRETO 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales. (2015).
- del Pozo Rubio, R. et Jiménez Rubio, D. (2017). *Equidad y riesgo catastrófico del copago de la dependencia en España*. XXIV Encuentro de Economía Pública, Universidad Castilla-La Mancha, 22 p.
- Díaz, B. (2012). *Estimación del coste de la atención a la dependencia en centros residenciales y de atención diurna o nocturna*.
- Díaz, B., García, R., López, C., & Pérez, A. (2022). *Análisis de los costes de los centros de atención a la dependencia en Cantabria*.
- Díaz, B., García-Ramos, R., López Gutiérrez, C., & Pérez, A. (2023). Dependency and Elderly Care: The Cost of the Long-Term Care System in the Context of the SDGs. *Sustainability*, 15(21), 15674.
- Díaz Díaz, B. (2011). *El impacto económico y social de la Atención a la Dependencia en Cantabria*. Colección Estudios Sociales nº11. Dirección General de Políticas Sociales. Consejería de Empleo y Bienestar Social. Gobierno de Cantabria. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Cantabria. 82 p.
- Díaz Díaz, B. (2014). *La atención a la dependencia como motor de desarrollo económico*. Revista Internacional de Sociología, vol. 72, nº1 (enero-abril), 139-171 p.
- FED, (2010). Estudio sobre los efectos económicos y sociales de una política social orientada a la prestación de servicios y PEVS. Federación Empresarial de Asistencia a la Dependencia.

- Granell, R., Tortosa, M. Á., & Fuenmayor, A. (2018). *Estimación de los costes. Residencias Lares. Comunidad Valenciana 2017.*
- Herce, J.A.; Labeaga, J.M.; Sosvilla, S. et Ortega, C. (2006). *Sistema Nacional de Dependencia. Evaluación de sus efectos sobre el empleo.* Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMERSO). Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, nº60. 167-195 p.
- IMERSO, (2005). *Libro Blanco. Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España.* Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad e Instituto de Mayores y Servicios Sociales. 820 p.
- IMERSO. (2024). *Censo de centros residenciales de Servicios Sociales en España.* Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- IMERSO. (2025). *Servicios Sociales dirigidos a las personas mayores. Informe a 31 de diciembre de 2023.* Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Jiménez-Martín, S., & Viola, A. A. (2024). *Observatorio de la Dependencia Fedea. Quinto Informe.* Fedea.
- Joshua, L. (2017). *Aging and long term care systems: a review of finance and governance arrangements in Europe, North America and Asia-Pacific.* Social Protection & Labor Discussion Papers nº 1705. World Bank Group, Washington, D.C., 112 p.
- Montserrat Codorniu, J. (2019). *Sostenibilidad del Sistema de Atención a la Dependencia.* Papeles de Economía Española, nº161. 164-185 p.
- Mosca, I., van der Wees, P., Mot, E., Wammes, J. et Jeurissen, P. (2017). *Sustainability of Long-term Care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers.* International Journal of Health Policy and Management, vol. 6, nº 4. 195-205 p.
- Moya-Martínez, P., Bermejo, F. et Del Pozo-Rubio, R. (2019). *¿Tiempos difíciles para los sistemas de cuidados a largo plazo? Efectos de contagio sobre la economía española.* Investigación de Sistemas Económicos, nº33 (1), 1-19 p.
- Murray, R. (2018). *Hypothecated funding for health and social care. How might it work?* The King's Fund, 20 p.
- OCDE. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care.* Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
- OCDE. (2023). *Health at a Glance 2023.* Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
- OECD. (2024). *Is Care Affordable for Older People?* Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. <https://doi.org/10.1787/450ea778-en>
- Robine, J.-M., Jagger, C., Crimmins, E. M., Saito, Y., & Van Oyen, H. (2020). Trends in Health Expectancies. En C. Jagger, E. M. Crimmins, Y. Saito, R. T. De Carvalho Yokota, H. Van Oyen, & J.-M. Robine (Eds.), *International Handbook of Health Expectancies* (pp. 19-34). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-37668-0\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-37668-0_2)
- Rodríguez Cabrero, G. (Coord.) et Marbán Gallego, V. (Coord.) (2022). *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia SAAD.* Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. 578 p.
- Rodríguez Castedo, A. et Jiménez Lara, A. (2010). *La atención a la dependencia y el empleo.* Documento de trabajo nº 159. Fundación Alternativas, Madrid. 94 p.
- SIIS – Servicio de Información e Investigación Social, (1994). *El retorno del Gasto en Servicios Sociales.* Encargo del Instituto Foral de Bienestar Social de Araba. 24-33 p.
- SIIS – Servicio de Información e Investigación Social, (1997). *El gasto público en servicios sociales en la CAPV en 1996.* Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco, 81 p.
- SIIS – Servicio de Información e Investigación Social, (1999). *Estimación del retorno del gasto en Servicios Sociales y los beneficiarios y trabajadores del sistema en la CAPV.* 6 p.
- SIIS – Servicio de Información e Investigación Social, (2021). *Gasto, financiación y sostenibilidad de los Servicios Sociales en Euskadi.* 93 p.
- Spiers, G. F., Kunonga, T. P., Beyer, F., Craig, D., Hanratty, B., & Jagger, C. (2021). Trends in health expectancies: A systematic review of international evidence. *BMJ Open*, 11(5), e045567. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045567>
- Wolley, F. (2023). *Long-term care financing: what's fair and sustainable?* IRPP Study nº 92. Institute for Research on Public Policy, Montreal, 44 p.

Zalakain, J. (2009). Orientaciones básicas para garantizar la sostenibilidad económica del Sistema de Servicios Sociales en la CAPV. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria-Revista de servicios sociales*, nº46, p. 73-101.

Zubiri, I., Martínez, J. et Vallejo, M. (2010). *El impacto económico del gasto en política social de la Diputación Foral de Gipuzkoa*. Euskal Herriko Unibertsitatea / Universidad del País Vasco. Ponencias del proceso de reflexión del Departamento de Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa. 351-452.

## **Legislación consultada**

DECRETO 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales. (2015).

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (2007).

Resolución de 30 de mayo de 2023, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VIII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal., BOE-A-2023-13742 (2023).

## Anexos

---

### Anexo I: actualización del coste por plaza y día correspondiente al personal de atención directa

Para actualizar los datos de coste por plaza y día que ofrecen las fuentes empleadas en el análisis comparativo de los costes de personal de atención directa, se han tenido en cuenta los incrementos salariales establecidos en los convenios colectivos de referencia correspondientes. En concreto, los coeficientes aplicados para actualizar las cuantías se basan en los aumentos aplicados al personal gerocultor.

El coste plaza-día que calculan Fernández-Moreno et al. (2011), a partir de información del año 2010, es de 27,17€. Habida cuenta de que su estudio no se delimita a un ámbito territorial específico, la actualización se realiza con arreglo a lo que define el convenio estatal. De acuerdo con las tablas salariales que estipulan el V y el VIII *Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal*, se ha aplicado un coeficiente de incremento del 31,6%. De esta forma, el valor actualizado coste plaza-día a 1 de enero de 2024 equivale a 35,76€.

En el trabajo de Díaz et al. (2022), el coste plaza-día correspondiente al personal de atención directa en los centros residenciales para personas mayores de Cantabria se estima en 25,48€<sup>78</sup> para el año 2021. Al no contar con ningún convenio colectivo a nivel autonómico, la actualización se realiza de acuerdo con el convenio estatal<sup>79</sup>. Conforme a los incrementos salariales que recogidos, el coeficiente de actualización aplicado ha sido del 13,5% en este caso, incrementándose el valor del coste plaza-día hasta los 28,93€.

En cuanto a los datos sobre coste plaza-día proporcionados en los estudios de Tortosa et al. (2015) y Granell et al. (2018), las actualizaciones se han llevado a cabo con referencia a los convenios colectivos a nivel autonómico. Es importante señalar que en la Comunidad Valenciana coexisten dos convenios distintos, cuya aplicación depende del ámbito de actuación del centro residencial. Para los trabajadores y las trabajadoras en centros residenciales que tienen un contrato vigente con alguna administración pública, se aplica un convenio específico<sup>80</sup>; mientras que aquellas personas empleadas en centros residenciales del sector privado se rigen por un convenio diferente<sup>81</sup>. Los aumentos salariales que se plantean en uno y otro son distintos, por lo que, a la hora de establecer los coeficientes de actualización, los incrementos contemplados por cada uno se han ponderado según la distribución de plazas por tipo de financiación en la CA<sup>82</sup>.

Tortosa et al. (2015), con datos del 2013, señalan que el coste plaza-día asciende a 24,69€. Se ha aplicado un incremento del 21,3% sobre esta cuantía, resultando en un coste de 29,96€. En lo que atañe al estudio de Granell et al. (2018), elaborado con información relativa al 2017, el coeficiente empleado ha sido del 19,5%, obteniéndose un coste plaza-día actualizado de 30,34€.

<sup>78</sup> Por una parte, el estudio detalla cómo se desagregan los costes de personal por el tipo de servicio que realizan (atención directa 74%, administración 11%, y servicios generales 15%) para el conjunto de centros de atención a la dependencia en Cantabria, aunque no especifica esta distribución por tipo de centro. Por otra parte, identifica que los costes de personal equivalen a 34,57€ plaza-día en los centros residenciales para personas mayores. A efectos de obtener un valor para el análisis comparativo, se ha considerado que la distribución de los costes de personal por tipo de servicio en los centros residenciales para mayores es equivalente a la del conjunto de centros, esto es, que el 74% del coste de personal en los centros residenciales para personas mayores corresponde a la atención directa, equivalente a 25,48€ plaza-día.

<sup>79</sup> VIII *Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal*

<sup>80</sup> *Convenio colectivo para las empresas que tengan adjudicada mediante contrato con alguna administración pública, la gestión de residencias de tercera edad, servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal, centros de día, centros Mujer 24 Horas, centros de acogida y servicio de ayuda a domicilio de titularidad pública y gestión privada en la Comunitat Valenciana*.

<sup>81</sup> X *Convenio Colectivo Laboral para el sector privado de Residencias para la Tercera Edad, Servicios de Atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal en la Comunitat Valenciana*.

<sup>82</sup> Con arreglo a los datos más recientes que ofrece el IMSERSO, a 31 de diciembre de 2022, el 48,4% de las plazas residenciales en la Comunidad Valenciana eran de financiación pública (13.314, en total), mientras que el 51,6% eran de financiación privada (14.220).

## Anexo II: el alcance y la prevalencia de la dependencia por Territorio de Coste

**Tabla 25. Alcance y prevalencia de la dependencia en los Territorios de Coste según grado, sexo y grandes grupos de edad a 31/12/2024.**

TERRITORIO DE COSTE BAJO						
	65-79 años		80 y más años		TOTAL	
	Nº	Prevalencia (%)	Nº	Prevalencia (%)	Nº	Prevalencia (%)
<b>TOTAL</b>	<b>125.391</b>	<b>4,76%</b>	<b>313.461</b>	<b>28,96%</b>	<b>438.852</b>	<b>11,81%</b>
Grado I	46.495	1,77%	94.926	8,77%	141.421	3,81%
Grado II	48.712	1,85%	122.308	11,30%	171.020	4,60%
Grado III	30.184	1,15%	96.227	8,89%	126.411	3,40%
<b>MUJERES</b>	<b>79.718</b>	<b>5,69%</b>	<b>232.665</b>	<b>34,56%</b>	<b>312.383</b>	<b>15,06%</b>
Grado I	32.139	2,29%	68.157	10,12%	100.296	4,84%
Grado II	30.310	2,16%	91.757	13,63%	122.067	5,89%
Grado III	17.269	1,23%	72.751	10,81%	90.020	4,34%
<b>HOMBRES</b>	<b>45.673</b>	<b>3,70%</b>	<b>80.796</b>	<b>19,75%</b>	<b>126.469</b>	<b>7,70%</b>
Grado I	14.356	1,16%	26.769	6,54%	41.125	2,50%
Grado II	18.402	1,49%	30.551	7,47%	48.953	2,98%
Grado III	12.915	1,05%	23.476	5,74%	36.391	2,22%

Continuación...

TERRITORIO DE COSTE MEDIO						
	65-79 años		80 y más años		TOTAL	
	Nº	Prevalencia (%)	Nº	Prevalencia (%)	Nº	Prevalencia (%)
<b>TOTAL</b>	<b>165.217</b>	<b>4,26%</b>	<b>473.742</b>	<b>28,50%</b>	<b>638.959</b>	<b>11,53%</b>
Grado I	69.396	1,79%	160.803	9,67%	230.199	4,15%
Grado II	59.135	1,52%	175.213	10,54%	234.348	4,23%
Grado III	36.686	0,95%	137.726	8,28%	174.412	3,15%
<b>MUJERES</b>	<b>100.481</b>	<b>4,78%</b>	<b>350.831</b>	<b>33,58%</b>	<b>451.312</b>	<b>14,34%</b>
Grado I	44.482	2,12%	116.115	11,11%	160.597	5,10%
Grado II	34.824	1,66%	130.090	12,45%	164.914	5,24%
Grado III	21.175	1,01%	104.626	10,01%	125.801	4,00%
<b>HOMBRES</b>	<b>64.736</b>	<b>3,65%</b>	<b>122.911</b>	<b>19,90%</b>	<b>187.647</b>	<b>7,84%</b>
Grado I	24.914	1,40%	44.688	7,23%	69.602	2,91%
Grado II	24.311	1,37%	45.123	7,30%	69.434	2,90%
Grado III	15.511	0,87%	33.100	5,36%	48.611	2,03%
TERRITORIO DE COSTE ALTO						
<b>TOTAL</b>	<b>18.237</b>	<b>3,92%</b>	<b>56.103</b>	<b>27,28%</b>	<b>74.340</b>	<b>11,08%</b>
Grado I	8.855	1,90%	21.278	10,35%	30.133	4,49%
Grado II	5.790	1,24%	19.354	9,41%	25.144	3,75%
Grado III	3.592	0,77%	15.471	7,52%	19.063	2,84%
<b>MUJERES</b>	<b>10.225</b>	<b>4,09%</b>	<b>41.392</b>	<b>31,67%</b>	<b>51.617</b>	<b>13,56%</b>
Grado I	5.065	2,03%	15.264	11,68%	20.329	5,34%
Grado II	3.117	1,25%	14.190	10,86%	17.307	4,55%
Grado III	2.043	0,82%	11.938	9,13%	13.981	3,67%
<b>HOMBRES</b>	<b>8.012</b>	<b>3,72%</b>	<b>14.711</b>	<b>19,62%</b>	<b>22.723</b>	<b>7,82%</b>
Grado I	3.790	1,76%	6.014	8,02%	9.804	3,37%
Grado II	2.673	1,24%	5.164	6,89%	7.837	2,70%
Grado III	1.549	0,72%	3.533	4,71%	5.082	1,75%

Fuente: IMSERSO. Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. 31/12/2023

## Anexo III: el número de personas en situación de dependencia en 2030 por Territorio de Coste

Tabla 26. Proyección del número de personas en situación de dependencia por Territorio de Coste según grado, sexo y grandes grupos de edad a 31.12.2030.

TERRITORIO DE COSTE BAJO						
	65-79 años		80 y más años		TOTAL	
	Nº	vs. 2023 <sup>1</sup>	Nº	vs. 2023 <sup>1</sup>	Nº	vs. 2023 <sup>1</sup>
<b>TOTAL</b>	<b>145.165</b>	<b>+19.774</b>	<b>347.414</b>	<b>+33.953</b>	<b>492.579</b>	<b>+53.727</b>
Grado I	58.700	+12.205	121.594	+26.668	180.294	+38.873
Grado II	56.333	+7.621	145.298	+22.990	201.630	+30.610
Grado III	30.132	-52	80.522	-15.705	110.654	-15.757
<b>MUJERES</b>	<b>89.193</b>	<b>+9.475</b>	<b>232.716</b>	<b>+51</b>	<b>321.908</b>	<b>+9.525</b>
Grado I	39.777	+7.638	84.265	+16.108	124.042	+23.746
Grado II	33.991	+3.681	107.068	+15.311	141.059	+18.992
Grado III	15.424	-1.845	41.383	-31.368	56.808	-33.212
<b>HOMBRES</b>	<b>55.972</b>	<b>+10.299</b>	<b>114.698</b>	<b>+33.902</b>	<b>170.670</b>	<b>+44.201</b>
Grado I	18.923	+4.567	37.329	+10.560	56.252	+15.127
Grado II	22.342	+3.940	38.230	+7.679	60.571	+11.618
Grado III	14.708	+1.793	39.139	+15.663	53.847	+17.456
TERRITORIO DE COSTE MEDIO						
<b>TOTAL</b>	<b>196.646</b>	<b>+31.429</b>	<b>561.041</b>	<b>+87.299</b>	<b>757.688</b>	<b>+118.729</b>
Grado I	89.390	+19.994	215.850	+55.047	305.239	+75.040
Grado II	69.331	+10.196	220.484	+45.271	289.814	+55.466
Grado III	37.926	+1.240	124.708	-13.018	162.634	-11.778
<b>MUJERES</b>	<b>116.115</b>	<b>+15.634</b>	<b>374.762</b>	<b>+23.931</b>	<b>490.878</b>	<b>+39.566</b>
Grado I	56.230	+11.748	149.725	+33.610	205.955	+45.358
Grado II	39.956	+5.132	160.187	+30.097	200.143	+35.229
Grado III	19.929	-1.246	64.851	-39.775	84.780	-41.021
<b>HOMBRES</b>	<b>80.531</b>	<b>+15.795</b>	<b>186.279</b>	<b>+63.368</b>	<b>266.810</b>	<b>+79.163</b>
Grado I	33.160	+8.246	66.125	+21.437	99.285	+29.683
Grado II	29.374	+5.063	60.297	+15.174	89.672	+20.238
Grado III	17.997	+2.486	59.856	+26.756	77.853	+29.242

Continuación...

TERRITORIO DE COSTE ALTO						
	65-79 años		80 y más años		TOTAL	
	Nº	vs. 2023 <sup>1</sup>	Nº	vs. 2023 <sup>1</sup>	Nº	vs. 2023 <sup>1</sup>
<b>TOTAL</b>	<b>20.429</b>	<b>+2.192</b>	<b>64.356</b>	<b>+8.253</b>	<b>84.786</b>	<b>+10.446</b>
<i>Grado I</i>	10.714	+1.859	27.491	+6.213	38.205	+8.072
<i>Grado II</i>	6.320	+530	23.481	+4.127	29.801	+4.657
<i>Grado III</i>	3.396	-196	13.384	-2.087	16.779	-2.284
<b>MUJERES</b>	<b>11.103</b>	<b>+878</b>	<b>42.426</b>	<b>+1.034</b>	<b>53.529</b>	<b>+1.912</b>
<i>Grado I</i>	5.976	+911	18.770	+3.506	24.746	+4.417
<i>Grado II</i>	3.338	+221	16.704	+2.514	20.042	+2.735
<i>Grado III</i>	1.789	-254	6.952	-4.986	8.741	-5.240
<b>HOMBRES</b>	<b>9.326</b>	<b>+1.314</b>	<b>21.930</b>	<b>+7.219</b>	<b>31.256</b>	<b>+8.533</b>
<i>Grado I</i>	4.738	+948	8.721	+2.707	13.459	+3.655
<i>Grado II</i>	2.981	+308	6.777	+1.613	9.759	+1.922
<i>Grado III</i>	1.607	+58	6.432	+2.899	8.038	+2.956

Nota: (1) Refleja la diferencia, en términos absolutos, respecto al número total de personas en situación de dependencia registradas a 31.12.2023.

## Anexo IV: la prevalencia de la dependencia en 2030 por Territorio de Coste

Tabla 27. Proyección de la prevalencia de las situaciones de dependencia por Territorio de Coste según grado, sexo y grandes grupos de edad a 31.12.2030.

TERRITORIO DE COSTE BAJO						
	65-79 años		80 y más años		TOTAL	
	Prevalencia (%)	vs. 2023 <sup>1</sup>	Prevalencia (%)	vs. 2023 <sup>1</sup>	Prevalencia (%)	vs. 2023 <sup>1</sup>
<b>TOTAL</b>	<b>4,5%</b>	<b>-0,3%</b>	<b>28,7%</b>	<b>-0,3%</b>	<b>11,6%</b>	<b>-0,2%</b>
Grado I	1,8%	+0,0%	9,5%	+0,7%	4,1%	+0,2%
Grado II	1,7%	-0,1%	11,3%	+0,0%	4,5%	-0,1%
Grado III	1,0%	-0,2%	7,9%	-1,0%	3,0%	-0,4%
<b>MUJERES</b>	<b>5,3%</b>	<b>-0,4%</b>	<b>33,7%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>14,6%</b>	<b>-0,5%</b>
Grado I	2,3%	+0,0%	10,7%	+0,6%	5,0%	+0,2%
Grado II	2,0%	-0,2%	13,5%	-0,1%	5,8%	-0,1%
Grado III	1,0%	-0,2%	9,5%	-1,3%	3,8%	-0,5%
<b>HOMBRES</b>	<b>3,6%</b>	<b>-0,1%</b>	<b>20,4%</b>	<b>+0,7%</b>	<b>7,8%</b>	<b>+0,1%</b>
Grado I	1,2%	+0,1%	7,5%	+1,0%	2,8%	+0,3%
Grado II	1,5%	+0,0%	7,6%	+0,2%	3,0%	+0,0%
Grado III	0,9%	-0,2%	5,3%	-0,5%	2,0%	-0,2%
TERRITORIO DE COSTE MEDIO						
<b>TOTAL</b>	<b>4,3%</b>	<b>+0,0%</b>	<b>29,6%</b>	<b>+1,1%</b>	<b>12,0%</b>	<b>+0,4%</b>
Grado I	1,9%	+0,2%	10,8%	+1,1%	4,6%	+0,5%
Grado II	1,5%	+0,0%	11,0%	+0,5%	4,4%	+0,2%
Grado III	0,8%	-0,1%	7,8%	-0,5%	3,0%	-0,2%
<b>MUJERES</b>	<b>4,7%</b>	<b>+0,0%</b>	<b>34,3%</b>	<b>+0,7%</b>	<b>14,6%</b>	<b>+0,3%</b>
Grado I	2,3%	+0,2%	12,1%	+1,0%	5,6%	+0,5%
Grado II	1,6%	+0,0%	12,9%	+0,4%	5,4%	+0,1%
Grado III	0,9%	-0,1%	9,3%	-0,7%	3,7%	-0,3%
<b>HOMBRES</b>	<b>3,7%</b>	<b>+0,1%</b>	<b>21,7%</b>	<b>+1,8%</b>	<b>8,4%</b>	<b>0,6%</b>
Grado I	1,6%	+0,2%	8,7%	+1,4%	3,4%	0,5%
Grado II	1,4%	+0,0%	7,9%	+0,6%	3,1%	0,2%
Grado III	0,8%	-0,1%	5,2%	-0,1%	2,0%	-0,1%

Continuación...

TERRITORIO DE COSTE ALTO						
	65-79 años		80 y más años		TOTAL	
	Prevalencia (%)	vs. 2023 <sup>1</sup>	Prevalencia (%)	vs. 2023 <sup>1</sup>	Prevalencia (%)	vs. 2023 <sup>1</sup>
<b>TOTAL</b>	<b>3,9%</b>	<b>0,0%</b>	<b>27,7%</b>	<b>+0,4%</b>	<b>11,3%</b>	<b>+0,2%</b>
Grado I	2,0%	+0,1%	11,3%	+0,9%	4,9%	+0,4%
Grado II	1,2%	+0,0%	9,6%	+0,2%	3,8%	+0,1%
Grado III	0,7%	-0,1%	7,0%	-0,6%	2,6%	-0,2%
<b>MUJERES</b>	<b>4,0%</b>	<b>-0,1%</b>	<b>31,6%</b>	<b>-0,1%</b>	<b>13,5%</b>	<b>0,0%</b>
Grado I	2,1%	+0,1%	12,4%	+0,7%	5,7%	+0,3%
Grado II	1,2%	-0,1%	11,0%	+0,2%	4,6%	+0,0%
Grado III	0,7%	-0,1%	8,4%	-0,8%	3,3%	-0,3%
<b>HOMBRES</b>	<b>3,8%</b>	<b>0,0%</b>	<b>21,1%</b>	<b>+1,5%</b>	<b>8,3%</b>	<b>+0,5%</b>
Grado I	2,0%	+0,2%	9,4%	+1,4%	3,9%	+0,5%
Grado II	1,2%	+0,0%	7,3%	+0,4%	2,8%	+0,1%
Grado III	0,6%	-0,1%	4,6%	-0,1%	1,7%	-0,1%

Nota: (1) Refleja la diferencia, en puntos porcentuales, respecto a la prevalencia registrada a 31.12.2023.



Financiado por  
la Unión Europea  
NextGenerationEU



Gobierno de España

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES  
Y AGENDA 2030



Plan de Recuperación,  
Transformación  
y Resiliencia