

La Economía de los Cuidados en España

El Derecho al Cuidado



Interreg



Cofinanciado por
la Unión Europea
Cofinanciado pela
União Europeia

España – Portugal



VNIVERSIDAD
DSALAMANCA



ipb INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BRAGANÇA

UniversidadeVigo



La longevidad ante el desafío del cuidado. Una agenda de bienestar, derechos y economía de la longevidad

El aumento de la esperanza de vida constituye uno de los mayores logros colectivos de nuestro tiempo. Vivir más años expresa el éxito acumulado de avances sanitarios, mejoras educativas, progreso económico, protección social, innovación científica y transformaciones profundas en las condiciones materiales de vida. Sin embargo, la longevidad no puede entenderse únicamente como una conquista demográfica. Es, sobre todo, una transformación estructural de nuestras sociedades. Afecta a la forma en que organizamos el trabajo, la protección social, las ciudades, los hogares, las relaciones intergeneracionales, los sistemas sanitarios, los servicios sociales y la economía en su conjunto.

Desde el Centro Internacional sobre el Envejecimiento, CENIE, entendemos que las sociedades longevas no son simplemente aquellas en las que aumenta el número de personas mayores. Son sociedades que deben repensarse para que todas las etapas de la vida puedan desarrollarse con dignidad, autonomía, participación y bienestar. La longevidad plantea preguntas decisivas: cómo queremos vivir los años ganados, cómo sostenemos la autonomía personal a lo largo del ciclo vital, cómo prevenimos la fragilidad, cómo garantizamos apoyos adecuados cuando aparecen situaciones de dependencia y cómo distribuimos socialmente las responsabilidades del cuidado.

Este estudio, *El Derecho al Cuidado y la Economía de los Cuidados en España*, se inscribe precisamente en ese marco. Su relevancia no reside solo en analizar el sistema español de cuidados de larga duración, sino en situar el cuidado como una cuestión central para el futuro de nuestras sociedades. En una sociedad longeva, los cuidados no pueden ser tratados como una dimensión secundaria, privada o

residual. Son una infraestructura social básica. Del mismo modo que la educación, la sanidad o las pensiones han sido pilares esenciales del Estado del bienestar, los cuidados de larga duración deben ocupar hoy un lugar equivalente en la arquitectura de derechos, servicios y políticas públicas.

La longevidad obliga a superar una mirada estrecha sobre el envejecimiento. No se trata únicamente de añadir años a la vida, sino de añadir vida, autonomía, salud, vínculos y sentido a esos años. Por eso, uno de los objetivos prioritarios del CENIE es promover la reflexión y la investigación sobre la **Esperanza de Vida Saludable**. Este concepto resulta decisivo: una sociedad no avanza solo porque sus ciudadanos vivan más tiempo, sino porque esos años adicionales pueden vivirse en mejores condiciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales.

Desde esta perspectiva, los cuidados de larga duración no deben entenderse únicamente como una respuesta tardía ante la dependencia ya consolidada. También forman parte de una estrategia más amplia de prevención, acompañamiento, mantenimiento de capacidades y apoyo a la vida independiente. Una buena organización de los cuidados puede retrasar situaciones de mayor dependencia, evitar institucionalizaciones innecesarias, reducir hospitalizaciones, aliviar la sobrecarga familiar y permitir que las personas permanezcan durante más tiempo en su entorno habitual, si así lo desean. Cuidar bien no es solo atender una necesidad; es preservar capacidades, derechos y proyectos de vida.

Esta idea conecta directamente con otro de los ejes estratégicos del CENIE: el estudio de las **Sociedades Longevas**. En ellas, el cuidado aparece como una de las pruebas fundamentales de madurez colectiva. Una sociedad longeva no se define

únicamente por su pirámide demográfica, sino por su capacidad para organizar de forma justa, sostenible y corresponsable las necesidades que emergen a lo largo de vidas más largas. La pregunta no es solo cuántas personas mayores habrá, sino qué instituciones, servicios, entornos comunitarios, redes de apoyo y recursos económicos serán necesarios para que la longevidad no se traduzca en desigualdad, soledad o sobrecarga.

El cuidado revela, además, una tensión histórica que nuestras sociedades deben afrontar con decisión. Durante demasiado tiempo, una parte esencial de los cuidados ha sido asumida en el ámbito familiar, de forma invisible, desigual y mayoritariamente por mujeres. Esta organización familiarista de los cuidados ha permitido sostener la vida cotidiana, pero lo ha hecho al coste de reproducir desigualdades de género, limitar oportunidades laborales, generar sobrecargas físicas y emocionales y ocultar una parte muy significativa del valor económico y social producido fuera del mercado formal. Reconocer el Derecho al Cuidado implica, por tanto, reconocer también el derecho de las personas cuidadoras a cuidar en condiciones dignas, con apoyos suficientes, reconocimiento social y garantías laborales.

El estudio que aquí se presenta aborda esta cuestión con una doble mirada especialmente valiosa. Por un lado, analiza el cuidado como derecho social, vinculado a la dignidad, la autonomía y la ciudadanía. Por otro, lo examina como una dimensión económica de primer orden. Esta doble perspectiva resulta imprescindible. El cuidado no es solo una obligación moral ni únicamente una política social; es también una actividad generadora de empleo, renta, retorno fiscal, cohesión territorial y bienestar colectivo. Invisibilizar su valor económico ha sido uno de los grandes errores de los enfoques tradicionales. Ponerlo en el centro permite comprender mejor la verdadera estructura de nuestras economías.

De ahí la conexión directa con el tercer eje prioritario del CENIE: la **Economía de la Longevidad**. Las sociedades longevas generan nuevas necesidades, nuevos servicios, nuevas formas de organización productiva y nuevas oportunidades de innovación social. Pero esta economía no puede reducirse a nichos de mercado asociados al consumo de las personas mayores. Debe incorporar también las in-

fraestructuras sociales que hacen posible una longevidad digna. Entre ellas, los cuidados ocupan un lugar esencial. Invertir en cuidados no es simplemente aumentar el gasto público; es fortalecer una base económica y social que permite sostener la vida, crear empleo, mejorar la participación laboral, reducir desigualdades y aumentar la resiliencia del Estado del bienestar.

El análisis contenido en este informe muestra que los cuidados de larga duración tienen un impacto macroeconómico significativo. La inversión pública en dependencia genera efectos directos, indirectos e inducidos sobre la producción, el empleo y las rentas. Además, una parte relevante del gasto retorna a las administraciones públicas a través de impuestos y cotizaciones. Esta evidencia permite desplazar una narrativa todavía demasiado extendida: aquella que presenta los cuidados como una carga presupuestaria. En realidad, los cuidados son una inversión estratégica. No solo responden a necesidades sociales existentes; también construyen capacidad económica, bienestar futuro y cohesión institucional.

Ahora bien, avanzar hacia un verdadero Derecho al Cuidado exige algo más que incrementar recursos. Requiere transformar el modelo. La calidad de los cuidados no puede medirse solo por el número de prestaciones concedidas o por la existencia formal de un derecho reconocido. Importan también la intensidad de los servicios, los tiempos de espera, la adecuación de las respuestas, la equidad territorial, la accesibilidad económica, las condiciones laborales de quienes cuidan y la capacidad del sistema para situar a la persona en el centro. Un sistema de cuidados adecuado debe respetar preferencias, biografías, vínculos, entornos y proyectos vitales. Debe apoyar la autonomía, no sustituirla innecesariamente. Debe acompañar, no encerrar. Debe personalizar, no estandarizar por comodidad administrativa.

En este sentido, el estudio subraya la necesidad de avanzar hacia modelos de atención más comunitarios, preventivos, flexibles y centrados en la persona. Esta orientación resulta plenamente coherente con la visión del CENIE sobre la longevidad. Las sociedades longevas necesitan entornos que favorezcan la permanencia en el hogar cuando sea posible, servicios domiciliarios suficientes, apoyos tecnoló-

gicos, accesibilidad en la vivienda, asistencia personal, centros residenciales más hogareños y una mejor coordinación entre servicios sanitarios y sociales. También necesitan profesionales reconocidos, formados y justamente retribuidos. No hay cuidados de calidad sin empleo de calidad. Esta afirmación debería convertirse en una regla básica de cualquier política pública en la materia.

España ha avanzado de forma importante desde la aprobación de la Ley de Dependencia y la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Sin embargo, el sistema sigue mostrando insuficiencias relevantes: brechas de cobertura, listas de espera, diferencias territoriales, peso excesivo de las prestaciones económicas vinculadas al entorno familiar, intensidad limitada de algunos servicios y dificultades para consolidar un modelo plenamente centrado en derechos. Estas carencias no deben entenderse como fallos aislados, sino como señales de una transición inacabada. El cuarto pilar del Estado del bienestar existe, pero aún no cuenta con la robustez institucional, financiera y social que exige una sociedad longeva.

Por eso, este informe llega en un momento especialmente oportuno. España se encuentra ante una década decisiva para definir cómo quiere organizar los cuidados de larga duración. Las decisiones que se adopten ahora condicionarán la calidad de vida de millones de personas, la igualdad entre mujeres y hombres, la sostenibilidad de los servicios públicos, la capacidad de las familias para conciliar y la propia forma en que entendemos la ciudadanía social en edades avanzadas. No actuar, o actuar de forma insuficiente, también es una decisión: significa trasladar costes invisibles a los hogares, perpetuar desigualdades y renunciar a una parte esencial del potencial económico y social de la longevidad.

El CENIE promueve este estudio desde la convicción de que el conocimiento debe contribuir a orientar mejores políticas públicas. La investigación sobre envejecimiento y longevidad no puede limitarse a describir tendencias demográficas; debe ayudar a anticipar necesidades, identificar brechas, evaluar modelos, proponer alternativas y abrir debates sociales de largo alcance. Este informe ofrece precisamente eso: una mirada rigurosa, interdisciplinar y propositiva sobre uno de los grandes desafíos de nuestro tiempo.

Situar el cuidado en el centro no significa reducir la longevidad a dependencia. Al contrario: significa reconocer que la autonomía, la salud, la participación y la dignidad requieren apoyos adecuados a lo largo de la vida. Todas las personas cuidamos, somos cuidadas o necesitaremos serlo en algún momento. El cuidado no es una excepción en la experiencia humana; es una condición de posibilidad de la vida en común.

Con esta publicación, el CENIE reafirma su compromiso con una agenda de investigación y transferencia orientada a construir sociedades longevas más justas, saludables y sostenibles. Una agenda que entiende la Esperanza de Vida Saludable como objetivo colectivo, la Economía de la Longevidad como oportunidad de innovación y bienestar, y el Derecho al Cuidado como una pieza imprescindible para que vivir más años signifique también vivir mejor.



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

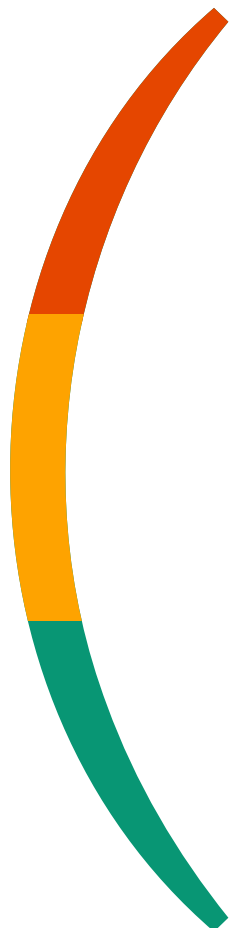
Interreg
España – Portugal



Cofinanciado por
la Unión Europea
Cofinanciado por la
Unión Europea



El estudio «El Derecho al Cuidado y la Economía de los Cuidados en España» forma parte del proyecto IBERLONGEVA, promovido por la Universidad de Salamanca, en el marco del Centro Internacional sobre el Envejecimiento (CENIE), y está cofinanciado por la Unión Europea a través del Programa Interreg VI-A España–Portugal (POCTEP) 2021-2027.



Ignacio Álvarez

Universidad Autónoma de Madrid, director

Jorge Uxó

Universidad Complutense de Madrid, director

Fernando Bermejo

Universidad de Castilla-La Mancha

Raúl del Pozo

Universidad de Castilla-La Mancha

Elia Gómez

SIIS Centro de Documentación
y Estudios, Fundación Eguía Careaga

Pablo Moya

Universidad de Castilla-La Mancha

Ricardo Molero

Universidad Autónoma de Madrid

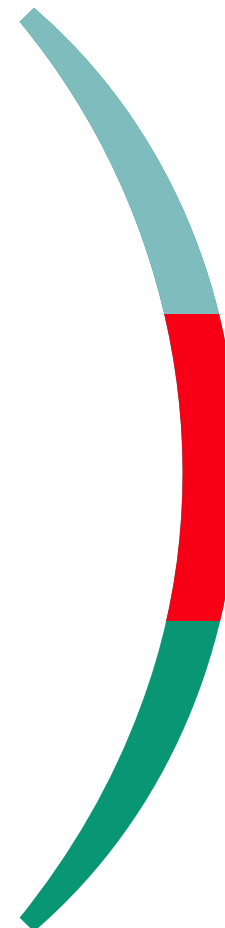
Laura Pérez Ortiz

Universidad Autónoma de Madrid

Paloma Villanueva

Universidad Complutense de Madrid

Mayo de 2026



Índice

Resumen ejecutivo

El Derecho al Cuidado y la Economía de los Cuidados en España 8

Introducción

Objetivos, estructura y metodología del informe 15



El Derecho al Cuidado y la renovación **Estado del Bienestar español** 18

- 1.1 Los cuidados, un bien público fundamental
- 1.2 Los cuidados de larga duración y el Estado del Bienestar en sociedades longevas
- 1.3 El Derecho al Cuidado: los principios
- 1.4 Hacer efectivo el Derecho al Cuidado: las políticas
- 1.5 Cuidados de calidad para las personas cuidadas y derechos para las personas cuidadoras
- 1.6 Algunos patrones de buenas prácticas en Europa
- 1.7 La Estrategia Europea de Cuidados



Principales características del SAAD **El sistema español de cuidados de larga duración** 34

- 2.1 El SAAD: origen y principios básicos
- 2.2 Evolución temporal del SAAD
- 2.3 El SAAD en cifras: acceso al sistema, prestaciones y servicios
- 2.4 Gasto y financiación del SAAD
- 2.5 Desigualdades territoriales



La insuficiencia de servicios de cuidados de larga duración en España **Magnitud y evolución del care gap** 50

- 3.1 Definición del care gap absoluto y relativo
- 3.2 Metodología de cálculo del care gap
- 3.3 El care gap absoluto en España
- 3.4 El care gap relativo en España
- 3.5 Algunas reflexiones sobre la evolución del care gap en España



La calidad de los cuidados de larga duración Prestados a través del SAAD 63

- 4.1 Introducción
- 4.2 La importancia de la calidad de las prestaciones y servicios
- 4.3 Suficiencia de las cuantías de las prestaciones y de la intensidad de los servicios
- 4.4 La adecuación del modelo de cuidados a las nuevas demandas de calidad



El empleo formal

La economía de los cuidados de larga duración 78

- 5.1 Delimitación del empleo en el sector de cuidados: actividades y ocupaciones consideradas
- 5.2 La dimensión del empleo remunerado asociado al sector de cuidados en España
- 5.3 Características de las personas que trabajan en el sector
- 5.4 Características de los trabajos que engloban los cuidados: midiendo la precariedad en el sector



Empleo informal

El impacto económico del empleo informal en los cuidados de larga duración **92**

- 6.1** Los cuidados informales y su influencia en la relación de la población con la actividad económica
- 6.2** Cómo valorar económicamente los cuidados informales de larga duración: metodología y antecedentes en la literatura
- 6.3** Resultados de la estimación del valor económico de los cuidados informales y el cierre de la brecha de género
- 6.4** Las necesidades de las personas que realizan cuidados informales y las políticas públicas para apoyarlas



El impacto de la inversión

En cuidados de larga duración sobre la economía **115**

- 7.1** Introducción
- 7.2** Estimación de los costes actuales del SAAD: el escenario base
- 7.3** Impacto económico de la inversión pública en cuidados de larga duración
Anexo metodológico



El impacto económico

La reforma del Estado de Bienestar desde la perspectiva del Derecho al Cuidado de larga duración **131**

- 8.1** La inversión futura en el SAAD: distintos escenarios
- 8.2** Estimación de la inversión necesaria en cada escenario
- 8.3** Impacto económico del aumento de la inversión en los cuidados de larga duración



Mensajes principales y recomendaciones

Cinco ejes 145

- 9.1** Mensajes principales
- 9.2** Recomendaciones de políticas públicas

Referencias 161

Resumen ejecutivo

El Derecho al Cuidado y la Economía de los Cuidados en España

Nuestro punto de partida es claro: los cuidados no pueden entenderse como una responsabilidad privada confinada al ámbito familiar, sino como un derecho social y un bien público esencial para la sostenibilidad de la vida, la cohesión social y el propio funcionamiento del sistema económico. En una sociedad longeva como la española, garantizar cuidados adecuados constituye una condición imprescindible para una vida plena y para el ejercicio efectivo de la ciudadanía social de todas las personas. A su vez, valorar socialmente la importancia de los trabajos de cuidados exige que estos se presten en las condiciones adecuadas para las personas cuidadoras, con respeto a sus derechos y con los apoyos necesarios.

La buena noticia del incremento de la esperanza de vida convierte los cuidados de larga duración, a su vez, en un reto estructural e inaplazable. La mayor demanda de cuidados de larga duración, que ya se está produciendo y que se intensificará en las próximas décadas, no es un fenómeno coyuntural ni reversible y exige políticas públicas de largo plazo, con planificación estratégica, financiación estable y capacidad de adaptación institucional.

Hacer efectivo el Derecho al Cuidado exige una modernización de nuestro Estado del Bienestar, en línea con otros países de nuestro entorno. La renovación del Estado del Bienestar español debe pasar en este momento por el reconocimiento formal de este derecho, poniendo las políticas de cuidados de larga duración en pie de igualdad con el resto de pilares del Estado del Bienestar –la educación, la sanidad o las pensiones–.

La idea de que la mejora del bienestar social genera nuevo valor económico encuentra un sólido fundamento teórico en autores como Amartya Sen, Joseph

Stiglitz o Mariana Mazzucato. El bienestar social y la provisión adecuada de bienes públicos son condiciones necesarias para el funcionamiento eficiente de las economías modernas. La inversión en educación, infraestructuras, sistemas sanitarios, cuidados de larga duración o protección social reduce desigualdades que erosionan la demanda agregada y fortalece la cohesión institucional. El acceso a servicios públicos no es únicamente un resultado deseable del crecimiento, sino una condición habilitante que amplía la productividad, la innovación y la participación social. Mejorar el bienestar social contribuye a crear un entorno macroeconómico más robusto y productivo, capaz de sostener la generación de ingresos en el largo plazo. Una sociedad con mayores capacidades distribuidas entre su población genera más oportunidades económicas, mayor dinamismo emprendedor y una base más sólida para el crecimiento sostenido. El bienestar, por tanto, no es un coste que detrae recursos, sino un factor constitutivo del propio proceso de creación de riqueza.

Es más, el sector público no se limita, como en ocasiones se dice, a redistribuir riqueza generada privadamente. Las administraciones –a través de la inversión en bienes públicos, innovación, cuidados, transición ecológica o sistemas de protección social– participan activamente en la configuración de mercados y en la ampliación de la frontera productiva. El bienestar social forma parte de esa infraestructura colectiva que permite la acumulación de capital humano, social y tecnológico. En consecuencia, fortalecer los bienes públicos comunes no solo mejora las condiciones de vida, sino que amplía las bases mismas sobre las que se construye la prosperidad económica compartida.

1

El SAAD: consolidación incompleta del cuarto pilar del Estado del bienestar

La creación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en 2006 supuso un punto de inflexión al reconocer un derecho subjetivo a la atención en situaciones de dependencia, situándose así los cuidados de larga duración como cuarto pilar del Estado del bienestar. No obstante, el sistema ha permanecido estructuralmente infradesarrollado desde entonces. Persisten déficits en la oferta de servicios, plazos administrativos prolongados, listas de espera relevantes y una dependencia histórica de las prestaciones económicas en detrimento de los servicios profesionales, pese a que el diseño normativo priorizaba estos últimos. A ello se suma una financiación insuficiente y una evolución territorialmente desigual, que hace que el acceso efectivo a los cuidados dependa en parte del lugar de residencia.

La trayectoria del SAAD presenta tres etapas diferenciadas. La fase inicial de expansión (2007-2011) se caracterizó por un despliegue institucional rápido y un impulso presupuestario que elevó cobertura, gasto y empleo. La segunda etapa (2012-2016) estuvo marcada por la crisis financiera y la austeridad: recortes en la financiación estatal, contención de prestaciones y debilitamiento de la capacidad protectora, con incremento de listas de espera. Desde 2017, y especialmente desde 2020, se observa una tercera fase de reimpulso y reorientación, concretada en el Plan de Choque en Dependencia (2021), con aumentos de financiación y una apuesta por modernizar el modelo de atención.

2

Suficiencia y “care gap”: entre el derecho reconocido y el derecho efectivo

España mantiene carencias significativas en cuidados de larga duración, con consecuencias negativas sobre las necesidades de las personas dependientes, las familias y las cuidadoras. Para medir la suficiencia real del sistema se calcula el “care gap” o brecha de cuidados, entendida como la parte de la demanda que permanece insatisfecha. La brecha absoluta remite a personas en situación de dependencia sin apoyos públicos (ni servicios ni prestaciones), mientras que la brecha relativa se refiere a quienes sí reciben apoyos del SAAD, pero con intensidad o adecuación insuficientes. En ambos casos, la brecha es relevante porque revela una distancia entre el derecho normativamente reconocido y su materialización efectiva.

En los últimos años se han producido mejoras notables, especialmente en la reducción del denominado “limbo de la dependencia” (personas con grado reconocido que no reciben ninguna prestación). El aumento del número de personas atendidas y de prestaciones ha permitido reducir significativamente dicho limbo, más de un 70% entre 2015 y 2025. A finales de 2025, el SAAD atendía a más de 1,6 millones de personas y el volumen total de prestaciones superaba los 2,27 millones, habiéndose duplicado dicho número durante la última década. Con todo, los plazos entre solicitud, valoración y acceso efectivo siguen siendo elevados, y en algunos territorios superan ampliamente el año, lo que vacía de contenido el derecho subjetivo y agrava la vulnerabilidad de quienes necesitan apoyos inmediatos.

Las estimaciones sobre la brecha de cuidados resultan preocupantes, especialmente entre la población mayor. En 2024, cerca de tres cuartas partes de las personas mayores de 65 años que declaran tener alguna limitación en las actividades básicas de la vida diaria no reciben atención efectiva del SAAD; también en el

caso de personas que declaran tener limitaciones severas el “care gap” resulta muy elevado, dado que dos de cada tres personas en esta situación carecen de apoyo público adecuado. Además, entre quienes sí reciben apoyos del SAAD, el 28% de las personas considera que los cuidados que reciben (formales e informales) son insuficientes para dar respuesta a sus necesidades, y ese porcentaje se incrementa hasta el 40% en el caso de quienes sólo reciben cuidados formales. El patrón por grados de dependencia muestra que el sistema prioriza los casos más graves, pero deja parcialmente desatendidas situaciones moderadas o incipientes, lo que dificulta la intervención temprana y aumenta el riesgo de agravamiento de las dependencias, con mayores costes humanos y económicos a medio plazo.

3

Desigualdades territoriales y de género: la persistencia de un modelo familiarista

El SAAD presenta una heterogeneidad territorial intensa en cobertura, gasto por persona beneficiaria, intensidad de servicios, copagos y tiempos de tramitación. Estas diferencias configuran de facto modelos autonómicos muy diversos y comprometen el principio de equidad territorial que debería acompañar a un derecho social universal. La desigualdad territorial reaparece también en el “care gap”: algunas comunidades muestran brechas sistemáticamente superiores a la media nacional (Canarias, Cataluña, Comunidad de Madrid y La Rioja), mientras otras (Asturias, Castilla y León y el País Vasco) registran niveles inferiores, lo que evidencia disparidades en capacidad administrativa, priorización presupuestaria y oferta de servicios.

La insuficiencia de servicios públicos desplaza una parte significativa de los cuidados hacia el ámbito familiar e informal, reforzando una división sexual del trabajo que impacta negativamente en las mujeres. Así, la dimensión de género

atraviesa tanto la provisión de cuidados como las consecuencias que se derivan de la fragilidad de los servicios prestados por el SAAD. En el ámbito doméstico, las mujeres siguen siendo mayoritariamente cuidadoras principales (en especial hijas y parejas), lo que se traduce en sobrecarga, impactos sobre salud y limitaciones a la participación laboral. El informe observa también un impacto diferencial por género en la brecha de cuidados absoluta: dicha brecha es sistemáticamente mayor en los hombres que en las mujeres mayores de 65 años, de forma que cerca del 80% de los hombres con limitaciones no recibían atención del SAAD, frente a algo más del 68% en el caso de las mujeres. Esta diferencia se explica por la distribución desigual de los cuidados informales en el ámbito familiar, donde las mujeres siguen asumiendo mayoritariamente el rol de cuidadoras. Las mujeres recurren en mayor medida al SAAD cuando ellas necesitan cuidados, mientras que los hombres dependen más del apoyo informal.

4

Calidad del modelo: de la cobertura mínima a un enfoque centrado en la persona

El informe destaca que mejorar la calidad no equivale únicamente a incrementar cuantías o horas de atención: exige transformar el modelo. La pandemia de COVID-19 visibilizó déficits de calidad y consolidó la necesidad de reformas orientadas a pasar de un modelo asistencialista a otro centrado en la persona, de base comunitaria y con enfoque de derechos humanos.

En el ámbito domiciliario, las prestaciones de ayuda a domicilio del SAAD presentan, en promedio, una intensidad insuficiente para cubrir necesidades complejas; además, las mejoras normativas recientes no siempre se han traducido en horas efectivamente prestadas conforme a mínimos establecidos. En paralelo, las

prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, aunque reforzadas, siguen sin cubrir costes reales, trasladando una buena parte de la carga financiera y organizativa a las familias, reforzando con ello las desigualdades sociales.

Las prestaciones vinculadas al servicio pueden implicar copagos elevados, en particular en la atención residencial, lo que opera como barrera de acceso para hogares de menores rentas y tensiona la pretendida universalidad. Por ello, la agenda de calidad debe vincularse a una revisión del sistema de copagos económicos, para asegurar progresividad y compatibilidad con el acceso basado en necesidad.

Además, la transformación del modelo requiere avanzar hacia un enfoque centrado en la persona y de base comunitaria, reforzando la permanencia en el hogar cuando sea posible y reduciendo la institucionalización innecesaria. En residencias, se propone superar la estandarización mediante modelos de pequeña escala, entornos más hogareños y mayor integración comunitaria, entendiendo el centro como un nuevo hogar. El informe subraya, además, el potencial de la figura del asistente personal para promover autonomía y vida independiente, aunque su implantación es marginal y está concentrada en pocos territorios. Complementariamente, se recomienda ampliar el catálogo de servicios con instrumentos de accesibilidad en la vivienda, productos de apoyo, alternativas habitacionales y mecanismos de mayor flexibilidad y personalización, como los presupuestos personales.

5

Mercado de trabajo y sostenibilidad de la oferta: un sector esencial con precariedad estructural

Los cuidados de larga duración constituyen un sector económico y laboral de creciente importancia. Sin embargo, el empleo del sector se caracteriza por una fuerte feminización (el 87% de las personas empleadas en los cuidados son mujeres) y por una precariedad estructural: las tasas de temporalidad (23,1%) y de parcialidad (35,6%) son significativamente más elevadas que las del resto de la economía (16,2% y 13,6% respectivamente, para el año 2024). El salario medio en el sector se sitúa un 35-45% por debajo del salario medio del país, y el índice de accidentes laborales y enfermedades profesionales casi duplica la media nacional. El nivel formativo medio del sector es inferior al del conjunto de la economía y la profesionalización avanza de manera desigual, aunque con una expansión durante los últimos años de certificaciones vinculadas a la atención sociosanitaria y a la teleasistencia. A ello se añade el envejecimiento de la fuerza laboral y una elevada presencia de población migrante, especialmente en el ámbito doméstico: el 30% de las personas empleadas en cuidados tiene nacionalidad extranjera, porcentaje que se eleva a más del 50% en el trabajo doméstico. Esta realidad puede incrementar vulnerabilidades asociadas a un empleo no declarado, o en situación de irregularidad administrativa.

Las proyecciones de demanda hasta 2030 anticipan un aumento sustancial de las necesidades de personal en el sector, que se intensifica si el objetivo es avanzar hacia la cobertura universal y hacia un modelo más profesionalizado y comunitario. En un escenario continuista, serían necesarias más de 260.000 personas adicionales, cifra que superaría las 400.000 si se quiere garantizar la

cobertura universal de los servicios prestados por el SAAD. En consecuencia, la sostenibilidad del sistema depende críticamente de mejorar condiciones laborales, salarios y trayectorias profesionales, tanto por razones de justicia social como por su impacto directo sobre la calidad de los cuidados y la capacidad de atraer y retener trabajadoras.

6

Cuidado informal y magnitud macroeconómica “invisible”

El sistema español continúa descansando de forma importante en cuidados informales. Más del 95% de las personas con dependencia reconocida recibe cuidados informales, generalmente proporcionados por familiares o por trabajadoras del hogar, de modo que el sistema formal actúa a menudo como complemento. Aunque ha habido avances normativos muy relevantes, como el Real Decreto-ley 16/2022, que equiparó los derechos de las trabajadoras del hogar con el régimen general de la Seguridad Social, la informalidad tiene importantes costes ocultos: sobrecarga emocional y de trabajo para las cuidadoras, pérdida de oportunidades laborales, refuerzo de brechas de género, e impacto negativo sobre la calidad de los servicios prestados, al quedar estos fuera de la supervisión pública y de los estándares del sistema formal.

De los 2,1 millones de personas que son cuidadores y cuidadoras principales según el módulo de personas cuidadoras principales de la EDAD 2020, el 87,6% de las personas son del entorno familiar, destacando el papel de las hijas (el 25,4%), seguido de las mujeres o parejas (15,8%). En conjunto, hijas y parejas femeninas suponen el 41,2% de las personas cuidadoras principales, frente al 25,8% que suponen los hijos y las parejas masculinas. Esto refleja tanto el papel central de la familia en la provisión de cuidados en los hogares con personas con necesidades de cuidados de larga duración, como el desigual reparto de estos cuidados entre hombres y mujeres.

El informe realiza una estimación macroeconómica del valor de los cuidados informales de larga duración, mostrando la importante dimensión que tienen estos cuidados en la economía, equivalente al 3,6–4,7% del PIB según el método de coste de reemplazo. Esta estimación pone de manifiesto la notable dimensión económica de un trabajo que permanece mayoritariamente invisible en las cuentas nacionales. Además, esta evidencia refuerza la idea de que expandir el sistema formal no solo protege derechos, sino que reduce costes sociales invisibilizados y redistribuye de manera más equitativa las cargas del cuidado.

7

Inversión en cuidados como política económica: multiplicadores y retornos

El gasto en dependencia debe entenderse como una inversión social con efectos macroeconómicos relevantes. A partir de un enfoque macroeconómico basado en modelos Input-Output ampliados mediante una Matriz de Contabilidad Social, el análisis muestra que la inversión en cuidados genera importantes efectos directos, indirectos e inducidos sobre la producción, el empleo y las rentas. En 2023, un gasto inicial de 10.623 millones de euros en prestaciones de dependencia desencadenó un impacto total sobre el PIB de 17.260 millones de euros. Este resultado implica un multiplicador económico cercano a 1,6, confirmando que la inversión en cuidados de larga duración tiene una capacidad significativa para estimular la actividad económica más allá del propio sector sociosanitario. Sectores como el comercio, la hostelería, la construcción, la industria manufacturera, la energía o las actividades profesionales experimentan incrementos significativos de producción como consecuencia del gasto en cuidados.

Además, una parte sustantiva del gasto retorna a las administraciones públicas a través de impuestos y cotizaciones vinculadas a la actividad y al empleo creados, reduciendo el esfuerzo fiscal neto. Por cada euro que las administraciones públicas gastan en cuidados de larga duración, ingresan 49 céntimos.

8 Posibles escenarios de inversión para reforzar el SAAD

Estimamos cuatro posibles escenarios futuros del SAAD, según la inversión que se considere de aquí a 2030. Los dos primeros escenarios –llamados continuistas– se limitan a mantener la lógica actual del sistema, actualizando las prestaciones y los costes para adaptarlos al crecimiento demográfico previsto, pero sin incorporar cambios adicionales. Estos dos escenarios implican un crecimiento del gasto público en el SAAD desde el 0,71% del PIB actual, hasta un 0,99-1,07% en 2030, incremento de gasto de 0,36 puntos que estaría vinculado fundamentalmente al cambio demográfico. Es decir, en un contexto de cambio demográfico, la opción de mantener constante el peso de la inversión del SAAD sobre el PIB en los próximos años sería totalmente insuficiente y conduciría sin ninguna duda a un aumento de la brecha de cuidados.

Además de los dos escenarios continuistas, estimamos otros dos escenarios más ambiciosos, orientados no sólo a cubrir el crecimiento demográfico previsto, sino también a garantizar la cobertura universal, así como un cambio en el modelo de atención, reduciendo el peso de la institucionalización y reforzando los cuidados domiciliarios y comunitarios. Estos dos nuevos escenarios de inversión implicarían un crecimiento del gasto público en el SAAD desde el 0,71% del PIB actual, hasta un 1,29-1,31% en 2030. Es decir, para alcanzar la cobertura universal

en 2030 y reforzar los servicios domiciliarios sería necesario aumentar la inversión en el SAAD en casi otros 0,25 puntos sobre el PIB.

En conjunto, los resultados sitúan los cuidados como un ámbito estratégico donde convergen bienestar, igualdad y dinamización económica.

9 Recomendaciones: derechos, financiación, gobernanza y cambio de modelo

Las recomendaciones finales del informe se articulan en torno a cinco ejes. Primero, se debe reforzar el estatus normativo: reconocer explícitamente el Derecho al Cuidado como derecho social fundamental exigible, con garantías de apoyos adecuados y de acceso en plazos razonables.

Segundo, es necesario establecer objetivos estratégicos de reducción del ‘care gap’ para avanzar hacia la progresiva universalización de los cuidados de larga duración. Para ello, resulta imprescindible aumentar de forma sostenida la financiación pública para converger con estándares europeos, concibiendo el esfuerzo como inversión social y económica.

Tercero, mejorar la gobernanza y la equidad del SAAD: se deben reducir drásticamente los plazos administrativos de atención a las personas dependientes, reforzar la coordinación interadministrativa y establecer estándares estatales mínimos vinculantes para corregir desigualdades territoriales, incluyendo una revisión del esquema de financiación y de copagos para asegurar progresividad real.

Cuarto, transformar el modelo: se deben priorizar los servicios profesionales frente a las prestaciones económicas vinculadas al cuidado familiar, reforzar la ayuda a domicilio, impulsar la asistencia personal, ampliar el catálogo de apoyos y, además, fortalecer los servicios de inspección y control de calidad.

Finalmente, debe constatarse que la calidad de cualquier sistema de cuidados de larga duración depende de la calidad del empleo: acercar los salarios a la media de la economía, reducir la excesiva temporalidad y la parcialidad, reforzar la formación y la salud laboral son condiciones necesarias para atraer profesionales y asegurar la continuidad asistencial. Al mismo tiempo, reducir la sobrecarga de cuidados informales y transversalizar la perspectiva de género son elementos indispensables para avanzar en igualdad. Todo ello requiere un cambio de narrativa pública: el reforzamiento del SAAD debe entenderse como esa infraestructura esencial, esa inversión estratégica, imprescindible para reorganizar socialmente los cuidados, repartir las cargas y facilitar así las oportunidades de las familias y las mujeres a la hora de incorporarse al mercado laboral. Además, en un contexto de envejecimiento estructural, avanzar hacia un sistema de cuidados universal, equitativo y sostenible es una condición necesaria para modernizar el Estado del bienestar español y garantizar derechos efectivos a lo largo del ciclo vital.

Introducción

Objetivos, estructura y metodología del informe

El cuidado comprende un conjunto de actividades, tanto personales como colectivas, orientadas a garantizar la vida, la salud y el bienestar y a producir bienes y servicios que nos permiten regenerar cotidiana y generacionalmente el bienestar físico y emocional de las personas.

Cuando hablamos de los cuidados de larga duración nos referimos a aquellos que están destinados a personas que atraviesan situaciones en las que ven limitada su capacidad para realizar las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, con el fin de mantener su calidad de vida, autonomía, participación y dignidad.

Este documento aborda la evolución, la situación actual y las perspectivas del sistema español de cuidados de larga duración desde dos enfoques complementarios: el Derecho al Cuidado y la Economía del Cuidado.

Entendemos el **Derecho al Cuidado** como la garantía para todas las personas a recibir cuidados adecuados, de calidad y respetando sus deseos, su autonomía y su independencia; y el derecho de las personas cuidadoras a prestarlos en unas condiciones dignas. Ninguna persona debe verse privada de los cuidados necesarios, ni ninguna debe verse obligada a cuidar en condiciones injustas.

El Derecho al Cuidado implica reconocerlo como una responsabilidad social y colectiva, que no puede limitarse al plano individual o familiar (lo que muchas veces equivale a decir a las mujeres). Para asegurarlo, es necesario reconocerlo formalmente, desplegar instituciones adecuadas, invertir recursos suficientes y poner a las personas en el centro de todo el sistema de cuidados. Los capítulos 1 a 4 abordan estas cuestiones.

- El **capítulo 1** define con mayor precisión qué entendemos como Derecho al Cuidado y su relación con el desarrollo del Estado del Bienestar. Una idea esencial es la necesidad de desarrollar los cuidados y los servicios sociales como su “cuarto pilar”, al mismo nivel que la educación, la salud y las pensiones, especialmente en sociedades longevas como las actuales. En este capítulo prestamos atención también a las mejores prácticas europeas y a la Estrategia Europea de Cuidados.

- El **capítulo 2** repasa sintéticamente las principales características del sistema español de cuidados de larga duración que se ha desarrollado desde la aprobación de la Ley de Dependencia en 2006. Veremos que, aunque esta norma supuso un hito histórico que ha dado lugar a avances importantes, este sistema sigue sufriendo algunas limitaciones importantes, derivadas de la falta de financiación y de un modelo de cuidados que requiere cambios. Los dos capítulos siguientes profundizan en ello.

- Concretamente, el **capítulo 3** se ocupa de medir la “brecha de cuidados”, absoluta y relativa. En términos absolutos se define como el porcentaje de personas que, teniendo limitaciones para el desarrollo de su vida diaria, no recibe los apoyos públicos que necesita. En términos relativos es el porcentaje de personas con esas limitaciones que, aunque sí recibe algunos apoyos públicos, son insuficientes. Para calcularlos combinaremos tres fuentes: las estadísticas de Eurostat sobre personas que tienen limitaciones habituales en las actividades de la vida diaria derivadas de problemas de salud, en particular para la población de más de 65 años; las estadísticas del IMSERSO sobre las personas incluidas en el sistema de atención a la

dependencia; y las cifras de personas que expresan una falta de satisfacción de necesidades con los cuidados recibidos en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD).

- La existencia de personas atendidas por el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que se declaran insatisfechas nos lleva a profundizar, en el **capítulo 4**, en la calidad de estos cuidados. Lo hacemos desde dos puntos de vista. En primer lugar, describimos la estructura y distribución de los servicios y prestaciones económicas de la cartera del sistema y analizamos la intensidad de esos servicios y las cuantías de las prestaciones. En segundo lugar, desde una perspectiva más cualitativa, analizamos el “modelo de cuidados” sobre el que se sustenta actualmente el SAAD, para destacar la necesidad de transitar a otro basado en los derechos humanos y que sitúe a la persona en el centro de los cuidados desde un enfoque comunitario. Concretaremos algunas de las características que debería tener ese nuevo modelo.

Por otro lado, la **Economía de los Cuidados** se refiere al análisis del conjunto de actividades económicas, servicios y trabajos (en ocasiones remunerados, pero en otras no) que se relacionan con los cuidados, y de sus implicaciones sobre el resto de la economía. Centrándonos en el caso de los cuidados de larga duración, desarrollaremos esta segunda perspectiva en los capítulos 5 a 8.

- El **capítulo 5** pone de manifiesto la extraordinaria importancia que tienen los empleos relacionados con los cuidados en el conjunto de la población ocupada en España. Sin embargo, también muestra que, a pesar de su indudable relevancia social, este sector adolece de problemas estructurales de precariedad. Esto dificulta la atracción de suficientes personas hacia ocupaciones con una demanda creciente por los cambios demográficos y sociales que se están desarrollando en países como España. Fundamentalmente, utilizaremos para ello los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA).

- El **capítulo 6** muestra la otra cara de los trabajos de cuidados: aquellos que se desarrollan informalmente en el seno de las familias. Lo abordaremos desde tres puntos de vista. En primer lugar, utilizando de nuevo la EPA, mostramos cómo la

necesidad de dedicar tiempo a estos cuidados informales tiene un primer impacto económico, por las dificultades que supone para muchas personas mantenerse en el mercado de trabajo formal u ocupar puestos de trabajo remunerados a jornada completa. En segundo lugar, estimamos el valor económico que tendría ese “trabajo invisible” de cuidados desarrollado en el seno de las familias. Para ello, utilizamos de nuevo la encuesta EDAD para dimensionar el número de horas de cuidados informales, y los salarios de mercado en las ocupaciones y actividades relacionadas con el sector de cuidados para atribuirles un precio sombra. En tercer lugar, miramos el trabajo informal de cuidados desde la perspectiva de las necesidades que tienen las personas que lo desarrollan, y las políticas públicas que serían necesarias para apoyarlas. Concretamente, nos centramos en la Directiva Europea 2019/1158, relativa a la conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y los cuidadores, y en su transposición en España. Los dos elementos centrales de esta norma son los permisos laborales para personas cuidadoras y las medidas de adaptación de horarios y jornadas para la conciliación de la vida laboral con los cuidados.

- El **capítulo 7** aporta un punto de vista que nos parece especialmente relevante. Tras estimar los costes asociados al conjunto de prestaciones y servicios del SAAD, medimos cuál es su efecto conjunto sobre la actividad económica del país, utilizando para ello las Tablas Input-Output de la economía española. Dos resultados sobresalen entre todos: cada euro público gastado en la atención a la dependencia ejerce un efecto multiplicador de 1,6 euros sobre la actividad económica (es decir, crea renta y empleo) y genera 49 céntimos de retorno para la propia hacienda pública, contribuyendo a su propia (auto)financiación.

- Utilizando el mismo modelo, el **capítulo 8** mira hacia el futuro próximo del SAAD y sus implicaciones económicas. Con la vista puesta en 2030, evalúa en primer lugar cuál es la inversión necesaria para atender adecuadamente los cambios demográficos que están produciéndose. Bajo distintos escenarios, que van desde el continuismo hasta la atención universal de las situaciones de dependencia con un primer cambio en el modelo de cuidados, queda claro que la opción de mantener

una inversión similar a la actual en dependencia en términos del PIB deterioraría aún más nuestro sistema de cuidados de larga duración. En los próximos años, esta inversión debería crecer como mínimo en 0,6 puntos del PIB, y aún así, se mantendría por debajo de la media actual de la OCDE, y muy alejada de los países europeos con mejores sistemas de cuidados. En segundo lugar, este capítulo vuelve a poner de manifiesto los efectos dinamizadores de la actividad económica y del empleo que tendría este aumento de la inversión en cuidados de larga duración.

El informe acaba con un **capítulo 9** donde resumimos los mensajes principales y ofrecemos algunas recomendaciones de políticas públicas.

Este trabajo ha sido dirigido por los profesores Ignacio Álvarez (Universidad Autónoma de Madrid) y Jorge Uxó (Universidad Complutense) y es el resultado conjunto de un equipo en el que han participado otros siete investigadores e investigadoras, de la Universidad Autónoma de Madrid (Ricardo Molero y Laura Pérez Ortiz), la Universidad Complutense de Madrid (Paloma Villanueva), la Universidad de Castilla – La Mancha (Fernando Bermejo, Raúl del Pozo y Pablo Moya) y de la Fundación Eguía Careaga (Elia Gómez).

Agradecemos al Centro Internacional sobre el Envejecimiento (CENIE), de la Universidad de Salamanca, el apoyo prestado para poder llevar a cabo esta investigación.

El Derecho
al Cuidado
y la renovación
**Estado
del Bienestar
español**



1.1

Los cuidados, un bien público fundamental

En el año 2022 la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el 29 de octubre como el Día internacional de los Cuidados. Se reconocía con ello la importancia de una actividad relegada durante demasiado tiempo al olvido y a la indiferencia.

El cuidado comprende un conjunto de prácticas, tanto personales como colectivas, orientadas a garantizar la vida, la salud y el bienestar, a producir bienes y servicios que nos permiten regenerar cotidiana y generacionalmente el bienestar físico y emocional de las personas. Por eso, son un bien público: organizan y garantizan la sostenibilidad de la vida, tanto individual como colectiva (Durán, 2012 y 2018; Pautassi, 2023). Nuestras sociedades no pueden sostenerse ni reproducirse en el tiempo sin que se desarrollen las tareas de cuidados, que constituyen la base sobre la que se asienta la actividad económica y social de las personas. Son una necesidad universal que debe ser atendida para proteger, mantener, recuperar y promover nuestras capacidades fundamentales (Carrasco, 2006; Comas, 2019; OIT, 2019).

Cuidar implica acompañar a otros en su autonomía, facilitando el desarrollo de sus actividades diarias. No se trata de una acción puntual, sino de un proceso de acompañamiento complejo y multidimensional, en el que intervienen múltiples factores. Todas las personas necesitamos cuidados a lo largo de la vida, aunque estos varían en forma e intensidad según la etapa del ciclo vital en la que nos encontremos y según nuestras capacidades para cuidarnos y para atender a los demás. Así, los cuidados pueden llegar a ser particularmente intensos en la infancia, la vejez y en momentos de enfermedad o convalecencia. En todo caso, el afecto y el acompañamiento emocional son necesidades constantes, también cuando goza-



mos de salud y autonomía, y por ello es fundamental comprender que el cuidado no es una condición excepcional ni limitada a ciertos momentos, sino un aspecto esencial de la experiencia humana.

Debido precisamente a esta complejidad, podemos identificar distintas definiciones y tipos de cuidados. La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2019) considera que el trabajo de cuidados hace referencia a dos tipos de actividades superpuestas: las actividades de cuidado directo, personal y relacional –como dar de comer a un bebé, o cuidar de un cónyuge enfermo o de una persona mayor–, y las actividades de cuidado indirecto –como cocinar, limpiar o hacer la compra–. Otras autoras van más allá (Durán, 2018; Comas, 2019) señalando que los cuidados no son sólo una actividad física, sino también emocional y mental, que implica la gestión cotidiana del bienestar propio y ajeno, así como una atención continuada que requiere de disponibilidad, resultando además compatible con otras actividades complementarias. Pérez-Orozco (2006) señala que “por cuidados podemos entender la gestión y el mantenimiento cotidiano de la vida y de la salud, la necesidad más básica y diaria que permite la sostenibilidad de la vida”.

Una segunda clasificación de los cuidados, relevante para nuestro trabajo, es la que distingue entre cuidados simples o cotidianos y cuidados de larga duración (Gracia, 2022). Buena parte de las tareas de cuidados hacen referencia a tareas cotidianas que, en la mayoría de las ocasiones, las personas se pueden proporcionar a sí mismas. Estos cuidados cotidianos, aunque requieren de habilidades específicas, no son complejos y no precisan de una importante capacitación previa. Los cuidados de larga duración, por su parte, son aquellos que permiten que una persona con dificultades para cuidar de sí misma sin apoyos, mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana. Son de particular importancia para las personas mayores y en situación de dependencia, y también para las personas con discapacidad –en España hay casi 4,5 millones de personas con alguna situación de discapacidad–. Además, pueden llegar a ser no sólo continuados en el tiempo, sino también muy

intensos en sus requerimientos, precisando en muchas ocasiones de una formación y un conocimiento previo, por lo que se consideran cuidados especializados. En muchas ocasiones, estos cuidados implican asimismo apoyar a personas que presentan importantes dificultades en su autonomía (física, motriz o psíquica).

De este modo, la Economía de los Cuidados se refiere al conjunto de actividades –remuneradas y no remuneradas– destinadas a sostener la vida y el bienestar de las personas a lo largo del ciclo vital, incluyendo el cuidado de la infancia, las personas mayores, dependientes o enfermas, así como las tareas domésticas. La Economía de los Cuidados plantea un enfoque que pone de relieve que esos trabajos, realizados mayoritariamente por mujeres y en gran parte invisibilizados por las estadísticas nacionales, son esenciales para el funcionamiento del sistema económico y social, ya que permiten la reproducción de la fuerza de trabajo y la cohesión social (Carrasco, 2006; Pérez-Orozco, 2006). Al incorporarlos al análisis económico, la Economía de los Cuidados cuestiona las fronteras tradicionales entre mercado y hogar y plantea la necesidad de políticas públicas que reconozcan, remuneren y redistribuyan adecuadamente estas actividades (Agenjo Calderón, 2023).



1.2

Los cuidados de larga duración y el Estado del Bienestar en sociedades longevas

Los factores –culturales, económicos y políticos– que históricamente han invisibilizado las tareas de cuidados son de diversa índole y permanecen todavía hoy profundamente arraigados (Durán, 2012). Uno de ellos es la división sexual del trabajo, que ha llevado, desde hace siglos, a asignar roles diferenciados a hombres y mujeres, con las segundas encargándose mayoritariamente de las tareas de cuidados –que no suelen generar un ingreso directo, se perciben como “menos importantes” y están relegados habitualmente al circuito de la intimidad, en el marco de las familias–. Así, invisibilizar el trabajo de cuidados ha sido funcional durante siglos a las estructuras patriarcales (Agenjo Calderón, 2023), evitándose debates relativos a la redistribución del tiempo y del trabajo.

La propia construcción de nuestro Estado del Bienestar ha venido marcada también por esta lógica. Cuando a finales de la década de 1970 y principios de 1980 se construye el Estado del Bienestar español, este se desarrolla, al igual que otros modelos europeos, sobre la base de tres pilares esenciales: los servicios sanitarios públicos, los servicios educativos y el sistema de pensiones para garantizar una jubilación digna. Sin embargo, aquellas políticas destinadas a desarrollar infraestructuras que socialicen el reparto de las tareas de cuidados son las que quedan más desatendidas. Las administraciones públicas han delegado en demasiadas ocasiones la responsabilidad del cuidado a las familias y, dentro de ellas, a las mujeres, sobrecargando sus jornadas laborales, dificultando su capacidad de inserción en el mercado laboral y contribuyendo a mantener la mencionada división sexual del trabajo.

Sólo en años más recientes se ha avanzado en España en el proceso de construcción del llamado cuarto pilar del Estado del Bienestar –el relativo a los servi-

cios de cuidados a la infancia y la adolescencia, los cuidados de personas mayores, personas en situación de dependencia o personas con discapacidad, y los servicios sociales–. Hubo que esperar hasta 2006 para que se aprobase la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, más conocida como “Ley de Dependencia” o LAPAD y, aun así, este cuarto pilar permanece hoy en día notablemente infradesarrollado en nuestro país.

La necesidad de asegurar los cuidados de larga duración es un reto impostergable en sociedades, como la española, atravesadas por la denominada “crisis de los cuidados” (Pérez-Orozco, 2006; Comas, 2015). Esta crisis ha venido motivada por la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo y por los cambios culturales paralelos, que han llevado a que la familia ya no juegue el mismo rol que hace décadas como mecanismo sustitutivo de cuidados –de forma imperfecta y desigual, y en unas condiciones que no son sostenibles en la actualidad–. Además, la mayor longevidad de nuestras sociedades –sin duda, una excelente noticia– nos sitúa ante el incremento de las situaciones de dependencia derivadas de la vejez, el incremento de las enfermedades crónicas o de la discapacidad.

La crisis de la COVID-19 contribuyó asimismo a visibilizar las importantes fragilidades y carencias que tiene nuestro actual modelo de cuidados de larga duración (Comas-Herrera, 2022). Entre otras:

- Infrافیnanciación estructural.
- Fragmentación, con responsabilidades divididas entre diversos departamentos y niveles de gobierno.
- Baja prioridad política frente a otras políticas públicas.
- Falta de reconocimiento del personal que trabaja en el sector (generalmente en condiciones laborales peores a las de otros sectores, como veremos en el capítulo 5).
- Infraestructuras anticuadas y obsoletas.
- Una prestación de servicios de poca intensidad y baja calidad, excesivamente institucionalizados y en ocasiones incapaces de adaptarse a las necesidades específicas de quienes los necesitan (como se analizará en el capítulo 4).

En definitiva: a pesar de la creciente importancia y de la innegable contribución de este sector al bienestar de la sociedad, el modelo de cuidados sigue siendo el pilar más frágil de nuestro Estado del Bienestar.

1.3

El Derecho al Cuidado: los principios

Si aceptamos que, dentro de nuestras democracias, hay fundamentos sólidos para concebir el cuidado como un bien público —al igual que la sanidad o la educación—, entonces debemos reconocer que todas las personas han de contar con el derecho a recibir cuidados apropiados a lo largo de toda su vida (Gracia, 2022), y particularmente aquellas personas que, por encontrarse en situaciones de dependencia, los necesiten con más intensidad.

El Derecho al Cuidado constituye la garantía de que todas las personas reciban los cuidados que precisen y que, al mismo tiempo, nadie se vea obligado a cuidar en condiciones injustas. Implica reconocer el cuidado como una responsabilidad social y colectiva, no exclusivamente individual ni femenina, y exige la corresponsabilidad entre el Estado, el mercado y las familias (Pautassi, 2023 y 2007).

Concretamente, el enfoque de derechos humanos aplicado al cuidado se basa en un conjunto de principios y componentes clave:

- 1** Universalidad: todas las personas tienen necesidades de cuidado a lo largo de la vida —niños y niñas, personas mayores, personas con discapacidad, personas adultas—, y por lo tanto, el cuidado debe ser garantizado como un derecho universal.
- 2** Corresponsabilidad: el cuidado no puede recaer únicamente en las mujeres o en las familias, sino que ha de redistribuirse entre los diferentes actores sociales (Estado, mercado, familias y, dentro de estas, entre hombres y mujeres).
- 3** Reconocimiento del cuidado como trabajo: el cuidado, tanto remunerado como no remunerado, debe ser reconocido como trabajo esencial, y quienes lo realizan deben gozar de derechos laborales, seguridad social y reconocimiento económico y simbólico.
- 4** Justicia de género: el Derecho al Cuidado debe abordar las desigualdades estructurales de género, reconociendo que históricamente las mujeres han asumido desproporcionadamente esta tarea, lo que ha limitado su autonomía económica y participación social.
- 5** Interseccionalidad: el Derecho al Cuidado debe atender las diferencias y desigualdades que surgen por razones de clase, raza, etnia, condición migratoria, edad o discapacidad.

El Derecho al Cuidado no es sólo una demanda ética o moral, sino un componente fundamental del Estado social de derecho. Requiere políticas públicas integrales, sistemas nacionales de cuidados y un marco legal que lo garantice como parte del conjunto de derechos económicos, sociales y culturales. De hecho, la institucionalización de este nuevo derecho permitiría reforzar, actualizar y modernizar el Estado de Bienestar español, avanzando en la reorganización social de los trabajos de cuidados.

Reconocer algo como un derecho supone dotar jurídicamente a una persona de la facultad de exigir que se lleve a cabo una determinada acción, como la prestación de un servicio o la eliminación de una barrera (Flores Giménez et al., 2021). Por eso, al hablar de derechos, es fundamental diferenciar si nos referimos a ellos en un sentido general o coloquial —como una aspiración legítima o un deber moral—, o si lo hacemos en un sentido jurídico estricto, es decir, como una facultad recogida en una norma legal, susceptible de ser invocada y defendida ante los tribunales. En el caso del ordenamiento jurídico español, es necesario precisar si el Derecho al Cuidado puede llegar a tener el rango de derecho fundamental reconocido por la Constitución, o si, por el contrario, debe entenderse como un principio orientador de la política social, cuya exigibilidad dependería de un desarrollo legislativo posterior (Flores Giménez et al., 2021).

Según Marrades (2016), el Derecho al Cuidado debe entenderse como un derecho social fundamental. Es social porque implica la provisión de atención y el fomento del bienestar; y es fundamental porque constituye un elemento clave para garantizar una vida digna, por lo que debe contar con la máxima protección jurídica.

1.4

Hacer efectivo el Derecho al Cuidado: las políticas.

En los últimos cuarenta años los derechos sociales han experimentado una notable expansión y consolidación en España, con avances muy relevantes de las políticas públicas en materia de cuidados. Desde los años noventa, el sistema de servicios sociales, gestionado principalmente por las comunidades autónomas, comenzó a ganar más peso y presencia en el seno de las políticas públicas. Además, a finales de la década de 1990 se empezaron a implementar algunas medidas orientadas a facilitar el cuidado en el entorno familiar, proporcionando tiempo para esta dedicación (Comas, 2015). Estas iniciativas –por ejemplo, la Ley 39/1999, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras– buscaban ampliar y mejorar permisos, excedencias y reducciones de jornada, tanto para el cuidado de niños y niñas pequeños como de personas adultas en situación de dependencia. En esencia, se trataba de trasladar parte del tiempo destinado al empleo remunerado hacia el trabajo de cuidados.

Como ya se ha dicho, uno de los hitos más importantes fue la aprobación de la Ley de Dependencia, que supuso el reconocimiento del derecho subjetivo de las personas en situación de dependencia a recibir apoyos y cuidados adecuados. Esta ley, como exponemos con más detalle en el capítulo 2, estableció un sistema público de atención –el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

(SAAD)– financiado conjuntamente por el Estado y las comunidades autónomas, y colocó la atención a la dependencia dentro del marco del Estado del Bienestar.

Su aprobación supuso un antes y un después en la política social española, dado que se iniciaba con ello una significativa transformación del enfoque asistencial tradicional hacia un enfoque de derechos, en el que el cuidado y la atención a la dependencia empezaron a considerarse no sólo como una necesidad social, sino como una responsabilidad pública y un derecho exigible. Sin embargo, la crisis económica de 2008 marcó un fuerte retroceso en su financiación y cobertura (Rodríguez-Cabrero y Marbán-Gallego, 2022; Zárate, 2017), tanto en el SAAD como en el conjunto de los servicios sociales, que languidecieron hasta el reforzamiento financiero que se experimentó con la pandemia por COVID-19.

Durante todo este periodo, las políticas públicas en materia de cuidados no dejaron de ser entendidas como un complemento y no una sustitución de lo que hacen las familias, que han seguido asumiendo funciones asistenciales clave y de primera magnitud (Comas, 2015). La creciente implicación del Estado durante este periodo no se produjo, además, en detrimento del mercado, sino, al contrario, favoreciendo su expansión como prestador fundamental de servicios de cuidados de larga duración.

Entre 2020 y 2025 las políticas de cuidados se retomaron con renovado ímpetu. Durante este periodo se han implementado reformas sustanciales en el SAAD, como la ampliación de la ayuda a domicilio o el incremento de las prestaciones y cuantías, y el incremento de la financiación estatal, alcanzando el 30% del coste total del sistema. Además, se ha establecido que el servicio de teleasistencia se preste como servicio complementario al resto de prestaciones contenidas en el PIA, en cualquiera de los grados de dependencia, salvo en el caso del servicio de atención residencial. En el ámbito de los permisos parentales, desde enero de 2025, tanto madres como padres disponen de 20 semanas de permiso por nacimiento y cuidado del menor, en un intento por fomentar la corresponsabilidad en el cuidado infantil; sin embargo, no se han desarrollado permisos suficientes para el cuidado de personas mayores o dependientes.

A pesar de estos avances, nuestro país invierte en cuidados de larga duración en torno al 1% del PIB, claramente por debajo de la media de la OCDE (1,7%). Y el infradesarrollo de este tipo de servicios es un elemento que multiplica las desigualdades entre la ciudadanía, determinando accesos muy dispares a los cuidados de larga duración en función del nivel de renta o de las condiciones familiares de cada persona. Este “care gap” (que cuantificamos en el capítulo 3) revela un nivel de atención y prestaciones claramente inferior al que las personas en situación de dependencia necesitan, y que hoy no es satisfecho por nuestro sistema. Además, el infradesarrollo de los servicios de cuidados de larga duración y la ausencia de reconocimiento del Derecho al Cuidado multiplican las desigualdades no sólo entre quienes son demandantes potenciales de dichos servicios. Multiplica también las desigualdades de género, —cuando dichos cuidados quedan encomendados a las familias, son las mujeres las que mayoritariamente los asumen— así como las desigualdades laborales —la falta de una adecuada regulación de los servicios de mercado determina condiciones precarias de las personas cuidadoras, que muchas veces realizan estas tareas en la informalidad laboral—.

Además de la cifra destinada a los cuidados de larga duración, también es importante la forma en que las administraciones públicas intervienen en este ámbito, que suele producirse a través de tres mecanismos diferentes (Gracia, 2022). En primer lugar, mediante la provisión directa de servicios públicos de atención para quienes se encuentran en situación de dependencia, o discapacidad, cubriéndose con ello sus necesidades. En segundo lugar, otorgando tiempo para cuidar, lo que implica liberar a las personas de sus obligaciones laborales con el fin de que puedan atender a familiares que requieren apoyo. Y, en tercer lugar, a través de transferencias monetarias dirigidas a las personas en situación de dependencia o a sus familias, quienes pueden gestionar esos recursos según sus propias necesidades. Pues bien, en el modelo español de cuidados de larga duración han primado tradicionalmente los dos segundos mecanismos, frente a la provisión directa de servicios públicos, haciendo así copartícipes a las familias de estos cuidados.

De hecho, si algo caracteriza al modelo español de cuidados de larga duración —como buen modelo familiarista— es su excesiva informalidad en el cuidado de las personas en situación de dependencia o con alguna discapacidad, lo que, como veremos en el capítulo 6, tiene también impactos económicos muy importantes. Las redes familiares siguen siendo las principales proveedoras de cuidados en nuestro país (Flores Giménez et al., 2021). La gran mayoría del apoyo que reciben las personas mayores de 65 años —entre un 80% y un 90%, dependiendo de la gravedad de sus limitaciones funcionales— es proporcionado por cuidadores informales, es decir, personas del entorno familiar o cercano que no forman parte de los servicios profesionales (Spijker y Zuera, 2016), a diferencia de otros países, en donde los cuidados relacionados con los cuidados de larga duración son asumidos mayormente por profesionales públicos y/o privados. Asimismo, tanto el Estado como el mercado tienden a centrarse en ofrecer ayudas económicas o en proporcionar servicios puntuales y de corta duración, orientados a generar resultados inmediatos (Gracia, 2022; Durán, 2018). Esta lógica entra precisamente en conflicto con las necesidades del cuidado continuado, que requiere una inversión sostenida de tiempo y recursos, dado que se trata de una actividad intensiva y prolongada, cuyo coste se eleva considerablemente cuando se convierte en un bien de mercado. Así, el mercado puede resolver parte de las demandas de cuidado, pero sólo para sectores sociales minoritarios y con capacidad económica suficiente.

Recordemos que, si el desarrollo del Estado del Bienestar tenía un objetivo, era precisamente evitar esas desigualdades y garantizar una provisión universal de servicios esenciales, suficientes y de calidad para toda la población, independientemente de la participación que cada individuo tenga en el mercado. Ese objetivo no se cumple hoy en España para aquellas personas en situación de dependencia o con una discapacidad y que necesitan cuidados de larga duración.

Por ello, la renovación del Estado del Bienestar español debe pasar en este momento por el reforzamiento de las políticas de cuidados, particularmente de los cuidados de larga duración. Poner estas políticas en pie de igualdad con el resto de pilares del Estado del Bienestar —la educación, la sanidad o las pensiones— requiere

del reconocimiento formal del Derecho al Cuidado, de forma que sus potenciales titulares puedan ejercerlo y reclamarlo. Asegurar servicios universales y de calidad debería ser el objetivo último.

1.5

Cuidados de calidad para las personas cuidadas y derechos para las personas cuidadoras

Cuidar bien implica acompañar a las personas en situación de dependencia sin anular su capacidad de decidir, ni su derecho a seguir influyendo en el rumbo de su vida (Flores Giménez et al., 2021). Se trata de fomentar su autonomía en todo lo que sea posible, reconociendo que la dependencia no cancela la voluntad propia ni las preferencias personales, ni tampoco la posibilidad de tener el control sobre aspectos esenciales del día a día.

Esto exige una actitud de escucha activa, sensibilidad y respeto por lo que la persona desea y necesita. No se trata sólo de cubrir carencias, sino de establecer una relación de cuidado basada en el reconocimiento, el trato digno y el impulso de las capacidades que cada individuo conserva. En este marco, cuidar no puede confundirse con sobreproteger, ignorar o descuidar: es un vínculo ético que demanda presencia, atención y compromiso real.

Un buen cuidado se manifiesta también en lo pequeño: en cómo se habla, en cómo se mira, en cómo se nombra, en cómo se adaptan los espacios donde viven las personas dependientes, y en cómo se atienden sus peticiones y anhelos. Evitar juicios, etiquetas o actitudes que reduzcan a una persona a su fragilidad es fundamental. La comunicación, tanto la verbal como la no verbal, debe estar cargada de empatía y respeto. La calidez humana, la capacidad de generar confianza, de

reconocer la dignidad y de validar las emociones de quien recibe cuidados son claves en este proceso.

Finalmente, cuidar bien significa adaptar el entorno a la persona, no al revés. Significa poner a la persona cuidada en el centro de la actividad, tener en cuenta su biografía, sus preferencias y sus vínculos afectivos. Un cuidado de calidad se nutre de espacios acogedores, relaciones significativas, apoyo familiar y social, y estructuras flexibles que permitan responder a cada situación de forma individualizada. Sólo así se puede aspirar a un envejecimiento con sentido, enraizado en la comunidad y respetuoso con la singularidad de cada vida.

A la vez, es fundamental reconocer que las condiciones en que se realiza el cuidado impactan directamente en su calidad. Cuando quienes cuidan lo hacen en un entorno justo, con salarios dignos, recursos suficientes y apoyo adecuado, las personas atendidas también se benefician. Cuidar no es una tarea menor: requiere dedicación constante, formación, energía emocional y física, y una gran inversión de tiempo. En el caso de los cuidados prolongados, sus efectos sobre quienes los brindan pueden ser profundos y duraderos. Por eso, no basta con centrarse únicamente en quienes reciben atención; también es necesario cuidar a quienes cuidan, reforzar sus condiciones laborales, ofrecerles respaldo, visibilizar su labor y garantizar su bienestar. El derecho a recibir cuidados de calidad es inseparable del derecho a prestarlos en condiciones dignas.

1.6

Algunos patrones de buenas prácticas en Europa

El envejecimiento demográfico, la mayor longevidad, la creciente prevalencia de enfermedades crónicas y la reducción del tamaño medio de los hogares están presionando los sistemas de cuidados de larga duración en toda Europa. En respuesta, los países han ido configurando toda una serie de políticas públicas estructurales

que, más allá de proyectos piloto o innovaciones locales, establecen derechos, marcos de financiación y arquitecturas institucionales estables en materia de cuidados de larga duración.

La diversidad de modelos es muy notable, pero es posible identificar una serie de patrones de buenas prácticas que, con especificidades y variaciones, se repiten en los sistemas más consolidados y mejor valorados del continente (Comisión Europea, 2021; Spasova et al., 2018; OCDE, 2020). Estos patrones no configuran un “modelo único”, pero sí un conjunto de principios operativos eficaces en materia de acceso al sistema, financiación, tipo y calidad de servicios prestados, apoyo a cuidadores y gobernanza coherente entre niveles territoriales.

Un primer patrón transversal es la definición clara del derecho de acceso mediante baremos o evaluaciones estandarizadas de la dependencia. En los sistemas europeos más consolidados, la entrada al sistema depende de una valoración funcional que mide la capacidad de la persona para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, garantizándose con ello la equidad y la transparencia. En Alemania, Austria o Francia, se accede al sistema cuando se adquiere un determinado grado o “umbral” de dependencia (degree-based access). La pérdida de autonomía se evalúa mediante baremos estandarizados, y los distintos grados de dependencia existentes determinan el nivel de la prestación que se recibe. En los países nórdicos, el acceso se produce por necesidad (needs-based access). La persona accede al sistema cuando, tras una evaluación profesional, se constata que necesita ayuda para vivir de forma autónoma, no siendo necesario alcanzar un umbral rígido y estandarizado de dependencia. La evaluación que se hace es global y contextual. En todo caso, las valoraciones funcionales suelen presentar en casi todos los países una vinculación directa con derechos exigibles, así como con una cartera definida de servicios o prestaciones, algo que aumenta la transparencia y la confianza social en el sistema.

Los sistemas más eficaces cuentan además con una autoridad claramente identificable como puerta de entrada: los municipios, en el caso de los países nórdicos (Dinamarca, Suecia), los departamentos regionales (Francia), las aseguradoras so-

ciales (Alemania) o las agencias nacionales o regionales especializadas (Países Bajos, Austria, Bélgica-Flandes). Esta puerta de entrada no sólo evalúa la necesidad de entrada al sistema y criba la demanda, sino que además diseña un plan individual de atención al usuario y coordina los recursos sociales (en ocasiones, también los sanitarios). La fragmentación institucional es uno de los principales riesgos que presentan los sistemas de cuidados de larga duración en muchos países, por eso una buena práctica es que una sola entidad asuma la responsabilidad última del caso, incluso cuando los servicios se proveen por múltiples actores públicos y privados.

Durante los últimos años, los principales modelos europeos –como podemos ver en la tabla 1, donde se resumen las principales características de algunos casos relevantes– han ido dando una creciente prioridad al cuidado en el domicilio (“home-first”), orientando tanto el gasto como la organización de los servicios a facilitar el desarrollo de apoyos que faciliten vivir en casa el mayor tiempo posible. Así, por ejemplo, Dinamarca y Suecia han reducido notablemente el peso de las residencias, desarrollando servicios domiciliarios intensivos. Países Bajos ha restringido el acceso al sistema nacional de cuidados intensivos (Wlz) para concentrarlo en casos de alta dependencia, reforzando paralelamente los apoyos comunitarios municipales (Wmo). Escocia garantiza gratuitamente y de forma universal –a través del llamado Free Personal Care– un conjunto de cuidados personales, muchos de ellos a domicilio (ayuda para levantarse y acostarse, para la higiene y el cuidado corporal, para la alimentación, para la administración de medicación) lo que favorece la permanencia en el hogar. De esta forma, muchos países evitan hoy institucionalizaciones¹ prematuras y costosas, tanto económica como socialmente, y las reservan para cuando realmente son necesarias, fomentando servicios y apoyos que promueven la autonomía y la permanencia en el hogar.

¹ Nos referimos con este término al desplazamiento de las personas en situación de dependencia desde su domicilio a establecimientos especializados, como residencias, para ser cuidadas. En sentido contrario, la política de “desinstitucionalización” consiste en establecer las condiciones para que, en la medida de lo posible y respetando el deseo de las personas, estos cuidados sigan prestándose en el domicilio o el entorno próximo de las personas.

En relación con las prestaciones que se ofrecen, en Europa existen dos grandes orientaciones en los sistemas de cuidados de larga duración. Tenemos modelos que priorizan la provisión de servicios –ya sean públicos o concertados– y modelos que otorgan un papel central a las prestaciones económicas (cash benefits) para que las propias personas en situación de dependencia o sus familias organicen su cuidado (acudiendo al mercado, con apoyo familiar, o mediante una combinación de ambas). La mayoría de los casos son mixtos, pero con una clara orientación hacia uno u otro enfoque. Así, por ejemplo, los países nórdicos, junto con los Países Bajos y Francia, son representativos de sistemas que priorizan la provisión de servicios, frente a casos como los de Alemania o Austria, cuyo instrumento central son las prestaciones monetarias. Bélgica-Flandes y Escocia son sistemas mixtos, donde ambos enfoques se combinan de forma más equilibrada.

Desde la literatura académica y la evaluación de políticas públicas (Colombo, et al. 2011), se han destacado tradicionalmente una serie de ventajas claras de los modelos orientados a servicios: proporcionan una mayor equidad real en el acceso, reduciendo la desigualdad entre quienes tienen red familiar y quienes no, y evitando que el cuidado dependa de la situación económica y de la capacidad de organización familiar de la persona que necesita los cuidados; evitan la “familiarización forzada” del cuidado, dado que no presuponen que será la familia quien asuma su cuidado; facilitan un mejor control de la calidad y la seguridad, dado que se realizan de acuerdo a estándares profesionales, con formación obligatoria y supervisión pública; mejoran la integración sociosanitaria, dado que los servicios profesionales facilitan la coordinación con la atención primaria y los hospitales, así como la continuidad asistencial en personas con multimorbilidad, previniendo los ingresos hospitalarios evitables; además, los sistemas orientados a servicios crean empleo formal y estable, reducen la informalidad y mejoran los salarios y la cualificación laboral.

Según esta literatura, las prestaciones económicas no deben descartarse, pero se constata que funcionan notablemente mejor cuando son complementarias, no sustitutivas de los servicios de cuidados. De este modo, los sistemas europeos más valorados y eficientes priorizan la provisión de servicios profesionales, utilizando

las prestaciones económicas como instrumento flexible y secundario. Esto favorece la equidad, la calidad, la igualdad de género y la capacidad de planificación pública, especialmente en sociedades envejecidas.

Otro elemento clave en la definición y desarrollo de los modelos de cuidados de larga duración es su grado de universalismo (Spasova et al., 2018; Comisión Europea, 2021). En el debate de políticas públicas comparadas, decir que un sistema de cuidados de larga duración “tiende al universalismo” o es “universalista” no significa que provea gratuitamente todo tipo de servicios de cuidados, o que no existan copagos, sino que cumple un conjunto preciso de criterios institucionales. En concreto, se dice que un sistema tiende al universalismo cuando:

- El sistema garantiza el acceso por necesidad y como derecho, y este no depende del nivel de renta de los usuarios. Puede haber copagos, pero el acceso no es asistencial.
- Existe un derecho subjetivo reconocido (en forma de servicios o prestaciones), que es exigible a las administraciones públicas y que permite no relegar el cuidado a la familia o al mercado.
- El riesgo de dependencia se socializa, y el sistema se dirige al conjunto de la población en situación de dependencia, no sólo a los colectivos “vulnerables” o sin red familiar.
- Existe una financiación colectiva y estable del sistema, vía impuestos generales o seguro social, de forma que no dependa principalmente del gasto privado de las familias, aunque pueda darse una coexistencia restringida con copagos regulados y limitados.

A partir de esos criterios se puede situar a cada país en un continuo que va desde el universalismo fuerte a modelos más asistenciales o familiaristas. El universalismo fuerte –con servicios amplios y gratuitos, acceso por necesidad y baja mercantilización– es propio de los países nórdicos.

Otros países se sitúan en un universalismo de tipo “asegurador” (Alemania, Austria, Países Bajos): son universalistas en acceso y cobertura, presentan un derecho subjetivo ligado a un seguro social, así como prestaciones moduladas basadas particularmente en ayudas monetarias.



Tabla 1

Políticas públicas de cuidados de larga duración en Europa

País/ región	Nivel de gobernanza principal	Instrumento central	Criterio de acceso	Prestaciones clave	Orientación del modelo	Rasgo distintivo
Dinamarca	Municipal	Servicios sociales municipales	Necesidad (evaluación funcional)	Ayuda a domicilio, cuidados personales, residencial	“Envejecer en casa”	Universalismo. Derecho a servicios según necesidad, mínima institucionalización
Suecia	Municipal (marco estatal)	Sistema público de servicios sociales	Necesidad	Atención domiciliaria, residencial, apoyos comunitarios	“Envejecer en casa”	Universalismo financiado por impuestos
Países Bajos	Nacional + municipal	Wlz (nacional) + Wmo (municipal)	Necesidad	Cuidados intensivos (Wlz) y apoyos comunitarios (Wmo)	Mixto	Separación clara entre alta dependencia y apoyo comunitario
Alemania	Nacional (seguro social)	Seguro de dependencia	Grado de dependencia	Prestaciones en especie y en efectivo (combinables)	Mixto	Elección entre servicios y cuidado familiar remunerado
Francia	Departamental (marco estatal)	APA (prestación de autonomía)	Grado de dependencia	Plan individual de ayuda (domicilio o residencial)	Mixto	Descentralización operativa con instrumento nacional
Austria	Nacional (prestación nacional financiada por el Estado)	Pflegegeld	Grado de dependencia	Prestación monetaria universal	Pro-domicilio	Derecho subjetivo a prestación económica
Reino Unido/ Escocia	Regional (Escocia)	Free Personal Care	Necesidad	Cuidados personales gratuitos	Universalista parcial	Gratuidad del “núcleo” de cuidados personales
Bélgica/ Flandes	Regional (Flandes)	Vlaamse Sociale Bescherming	Afiliación + necesidad	Prestaciones financieras para CLD	Mixto	Seguro/protección social regional

Un modelo de universalismo particularmente relevante para aquellos sistemas que quieren avanzar hacia sistemas similares a los países nórdicos, pero tienen restricciones fiscales, puede ser el de Escocia. Escocia presenta un universalismo “parcial o focalizado”: ha universalizado un núcleo de cuidados personales (Free Personal Care), que no cubre todo el catálogo de servicios de cuidados de larga duración. En este caso el universalismo se produce por tipo de prestación, no para el sistema completo, lo que permite ir avanzando progresivamente desde ese núcleo hacia el resto de servicios y prestaciones. Este modelo permite avanzar hacia la desmercantilización de una parte central del cuidado, sin universalizar todo el gasto, sirviendo como modelo intermedio entre el universalismo pleno de los servicios (modelo nórdico) y los modelos asistenciales o aseguradores basados en amplios copagos.

Los cuidados de larga duración requieren, como resulta evidente, financiación sostenida a largo plazo. Los distintos países europeos han optado por diferentes modelos de financiación: impuestos generales (países nórdicos), constitución de un seguro social específico (Alemania), prestación nacional financiada por el Estado (Austria), esquemas regionales con contribución (Bélgica-Flandes). En todo caso, resulta clave que la ciudadanía identifique cómo se financia el sistema y perciba una relación clara entre contribución y derechos, dado que esto aumenta la legitimidad política del sistema y la sostenibilidad del gasto.

Asimismo, todos los países de nuestro entorno muestran una clara tendencia a fortalecer la calidad del empleo en el sector de los cuidados, como vía para mejorar la propia calidad de los cuidados prestados. Estrategias para avanzar en una formación reglada en el sector, el desarrollo de estándares de calidad de empleo cada vez más exigentes, y una supervisión pública incluso cuando el proveedor es privado son pasos que se han dado durante los últimos años en la mayoría de los sistemas.

Finalmente, resulta necesario comentar también el papel de la centralización/descentralización de la toma de decisiones en los sistemas de cuidados de larga duración. La descentralización aparece como fortaleza, dado que permite adaptarse mejor a las circunstancias de cada región o municipio. Pero para que sea posible aprovechar esta ventaja, es necesario que dicha descentralización se pro-

duzca acompañada de reglas comunes y bajo la coordinación de un nivel administrativo central (lo que podríamos denominar una “descentralización gobernada”). Una descentralización sin estándares y sin una coordinación central estable puede generar fuertes desigualdades territoriales y una baja equidad entre los usuarios del sistema.

En definitiva, las mejores políticas públicas de cuidados de larga duración comparten un núcleo común: derechos de acceso claros, universalismo fuerte, orientación al domicilio, financiación estable, apoyo prioritario a servicios antes que a prestaciones y gobernanza institucional coherente. Las diferencias nacionales importan, pero muchos de estos patrones son transferibles.

Para países que, como España, buscan reforzar su sistema de atención a la dependencia, estas experiencias sugieren que el debate clave no es “copiar modelos”, sino alinear principios: quién garantiza el derecho, cómo se financia, cómo se evalúa la necesidad y cómo se organiza la atención alrededor de la vida cotidiana de las personas.

En todo caso, no se puede olvidar que los sistemas de cuidados de larga duración son sistemas en evolución constante. No hay reformas únicas y definitivas, sino que los casos de los países que son referentes a nuestro alrededor demuestran la necesidad de que las instituciones tengan capacidad de aprender y corregir su trayectoria (redefiniendo prestaciones, actualizando baremos, impulsando los apoyos para mantener la autonomía de los usuarios cuando todavía es posible, mejorando la coordinación, etc.).

1.7

La Estrategia Europea de Cuidados

El reconocimiento de los cuidados como un bien público fundamental ha encontrado recientemente un importante punto de apoyo en la Estrategia Europea de Cuidados (Comisión Europea, 2022). Esta es una iniciativa lanzada por la Comisión Europea en septiembre de 2022 con el objetivo de mejorar la calidad, accesibilidad y sostenibilidad de los sistemas de cuidados en los Estados miembros de la UE. Incluye tanto los cuidados a largo plazo (los destinados a personas mayores o dependientes), como también los cuidados a la infancia (educación y atención temprana). A través de esta Estrategia, la Comisión Europea busca promover una serie de objetivos prioritarios:

- 1 Garantizar el acceso a servicios de cuidados asequibles y de calidad para todas las personas que los necesiten, especialmente mayores, personas con discapacidad y niños.
- 2 Mejorar las condiciones laborales y salariales de los y las cuidadoras, tanto formales (profesionales del sector) como informales (familiares).
- 3 Fomentar la igualdad de género, ya que la responsabilidad de los cuidados sigue recayendo de manera desproporcionada en las mujeres, lo que limita su participación en el mercado laboral.
- 4 Promover la inversión en infraestructuras y servicios públicos de cuidados, en el marco de las políticas de bienestar social de los distintos Estados miembros y gracias a la utilización, entre otros instrumentos, de los fondos europeos vinculados al Mecanismo de Recuperación y Resiliencia.

Como se ha dicho, el componente relativo a los cuidados de larga duración, en particular de personas mayores, dependientes y con discapacidad, es una de las dos piezas centrales de la Estrategia. En este sentido, la Estrategia toma como punto de partida el desafío estructural que el envejecimiento demográfico supone

hoy para los países de la UE, y establece un marco de acción para promover y desarrollar un acceso universal a cuidados de calidad. Asimismo, esta Estrategia insta a los Estados miembros a garantizar que las personas mayores puedan vivir con dignidad y autonomía, preferiblemente en su hogar, si así lo desean.

Con el objetivo de avanzar hacia esta universalización de los cuidados y de garantizar la dignidad y la autonomía de las personas mayores, la Estrategia Europea de Cuidados fomenta la prevención y el envejecimiento activo y, además, promueve una atención centrada en los servicios domiciliarios, la asequibilidad, la calidad y la coordinación sociosanitaria. Cuando no sea posible que, mediante la provisión de los apoyos públicos necesarios –como la teleasistencia, la atención domiciliaria y los centros de día– una persona siga viviendo en su hogar, la Estrategia recomienda los servicios residenciales. En todo caso, la necesidad de mejorar la calidad y disponibilidad de los servicios ofrecidos forma parte del corazón de la Estrategia Europea de Cuidados.

Esta Estrategia, surgida en el contexto de la pandemia de COVID-19, que evidenció la fragilidad de los sistemas asistenciales europeos, propone también mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales e invertir en las personas cuidadoras. La escasez de personal del sector –con bajos salarios, condiciones laborales precarias y alta rotación–, la desigualdad de género –el 90 % del personal de cuidados son mujeres– y la falta de formación y de cualificaciones formales de muchas personas cuidadoras, es constatada por la Estrategia Europea de Cuidados, señalándose la necesidad de actuar también en esos frentes –mejorando formación y condiciones laborales– para poder garantizar un verdadero acceso a cuidados de calidad.

Sin un empleo digno y estable, señala la Estrategia, no será posible la prestación de servicios de calidad. Asimismo, constata que una buena parte de los cuidados no se llevan a cabo en el sector formal de la economía, ni por trabajadoras y trabajadoras profesionales, sino que se desarrollan en el ámbito de las familias, en muchas ocasiones por personas cuidadoras informales. Apoyar a las cuidadoras informales –mediante prestaciones económicas, servicios de respiro, asesoramien-

to y protección social— es otro de los objetivos de esta Estrategia, de forma que también en el ámbito informal se refuerce la calidad, se mejoren las condiciones laborales y se avance en la igualdad de género.

La Estrategia Europea de Cuidados constituye un excelente punto de apoyo para que nuestro país pueda impulsar las políticas públicas necesarias que permitan avanzar hacia un verdadero reconocimiento del Derecho al Cuidado.

Tomándola como base, el Consejo de la Unión Europea adoptó en diciembre de 2022 una Recomendación sobre el acceso a cuidados de larga duración asequibles y de calidad. Esta Recomendación, si bien no tiene carácter vinculante, sí constituye una orientación que los Estados miembros deben tener en cuenta, preparándose con ello el terreno para debates que inevitablemente deberán producirse en un futuro no lejano.

Entre 2020 y 2025, España ha desarrollado diversas acciones normativas y políticas públicas que están alineadas tanto con la Estrategia Europea de Cuidados como con esta Recomendación:

- En enero de 2021 se aprobó el Plan de Choque en Dependencia, un acuerdo político y social alcanzado entre el Gobierno, las comunidades autónomas y los interlocutores sociales (sindicatos y organizaciones empresariales) con el objetivo de reactivar y modernizar el SAAD, que había mostrado graves carencias estructurales durante la pandemia de COVID-19 tras años de insuficiente financiación. Posteriormente, este aumento en la dotación económica se reforzó mediante el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, como veremos en el próximo capítulo.
- En junio de 2022, el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, órgano de cooperación entre el Estado y las comunidades autónomas, aprobó el llamado Acuerdo de Acreditación, estableciendo nuevos requisitos mínimos de calidad que deben cumplir los centros residenciales, centros de día y servicios de atención domiciliaria para poder formar parte del SAAD. Su finalidad era la de homogeneizar y elevar los estándares de calidad en todo el territorio.

- Finalmente, en junio de 2024 el Gobierno aprueba la Estrategia Estatal para un Nuevo Modelo de Cuidados en la Comunidad: un proceso de desinstitucionalización (2024-2030), con el objetivo de orientar a las administraciones públicas en la progresiva sustitución de los modelos institucionales clásicos —especialmente macro-residencias— por alternativas basadas en apoyos personalizados, en el entorno habitual de la persona, inclusivas y respetuosas con los derechos humanos.

No obstante, a pesar de estas iniciativas recientes, en nuestro país nos encontramos aún lejos del cumplimiento de los objetivos contemplados en la Estrategia Europea de Cuidados. Los desafíos pendientes son muchos y el camino para una verdadera incorporación del Derecho al Cuidado no ha hecho más que empezar en España. El reto financiero que tendrá el sector en las próximas décadas es enorme, si realmente se quieren asegurar grados altos de accesibilidad y universalidad. La mejora de la calidad y la transición hacia cuidados más personalizados y desinstitucionalizados supondrá un segundo desafío que no ha hecho más que echar a andar. Además, los retos que el sector tendrá en los próximos años en materia de empleo son muy notables, dadas las necesidades de incorporar nuevos trabajadores al SAAD, la exigencia por mejorar las condiciones laborales, y los requerimientos de cualificación y profesionalización. A lo largo de los distintos capítulos de este informe se irán abordando estos desafíos, con una atención especial a sus implicaciones para la Economía de los Cuidados.

Principales
características
del SAAD

El sistema español de cuidados de larga duración

2



2.1

El SAAD: origen y principios básicos

Como ya se ha mencionado, han pasado dos décadas desde la aprobación de la Ley de Dependencia, que al crear el SAAD constituyó un punto de inflexión en la consolidación del Estado del Bienestar en España y un progreso significativo en la protección social de las personas dependientes. Este sistema aporta desde entonces un muy importante valor económico y social en nuestro país, en la medida en que ha ampliado y reforzado el sistema de protección social, ha favorecido el bienestar de las personas y ha impulsado la economía de los cuidados.

La ley supuso, en gran medida, constituir los cuidados de larga duración como un “cuarto pilar” del Estado del Bienestar: se reconoció la dependencia como un riesgo social que debía ser abordado desde una perspectiva pública, estable y garantista, al mismo nivel que otros ámbitos clásicos como la sanidad, la educación o las pensiones.

La creación del SAAD, concebido como un marco común de actuación en todo el territorio nacional, permitió avanzar hacia la universalización de la atención, estableciendo criterios homogéneos de acceso a los servicios y prestaciones con independencia de la comunidad autónoma de residencia (aunque, como veremos al final de este mismo capítulo, las diferencias de gestión y financiación en distintos territorios sí ha dado lugar a notables desigualdades). Asimismo, se definió un catálogo de servicios y prestaciones económicas orientado prioritariamente a la provisión de cuidados profesionales, tales como la ayuda a domicilio, los centros de día y de noche o la atención residencial. Este enfoque buscaba reforzar la calidad de la atención y la profesionalización de los cuidados de larga duración, al tiempo que se impulsaba la creación de empleo formal en el sector.



Entre los principios básicos del SAAD destaca, en primer lugar, la universalidad condicionada a la necesidad, ya que el acceso al sistema no depende de la condición laboral ni de las cotizaciones previas, sino de la acreditación objetiva de una situación de dependencia mediante un procedimiento de valoración. Es decir, el SAAD se configura como un sistema no contributivo, financiado fundamentalmente a través de impuestos y aportaciones públicas, lo que determina su vocación universalista.

Esta universalidad condicionada se articula como un derecho subjetivo. De hecho, este reconocimiento fue uno de los elementos más relevantes de la LAPAD y supuso un cambio sustancial respecto a enfoques asistenciales anteriores, ya que convirtió la atención en una obligación exigible por la ciudadanía una vez acreditada la situación de dependencia, reforzando la seguridad jurídica de las personas beneficiarias.

De este modo, no solo se amplió el alcance del Estado del Bienestar, sino que se hizo desde una lógica de derechos sociales, situando a las personas en situación de dependencia como sujetos plenos de protección social y no como meros destinatarios de políticas asistenciales. El reconocimiento de este derecho subjetivo contribuyó a consolidar un modelo más inclusivo y equitativo, basado en la responsabilidad colectiva frente a situaciones de vulnerabilidad.

El acceso a las distintas prestaciones del sistema se determina en función del grado de dependencia reconocido, y no de la renta de la persona solicitante, aunque esta sí influye posteriormente en la determinación de la participación económica en el coste de los servicios, mediante los denominados copagos. Con este diseño se pretende priorizar la atención en función de la necesidad objetiva, manteniendo al mismo tiempo ciertos criterios de progresividad económica.

Además, el SAAD es un sistema de responsabilidad plenamente pública, con provisión mixta. La titularidad del sistema, su regulación, planificación, financiación básica y garantía última corresponden a las administraciones públicas. Son estas administraciones las que reconocen la situación de dependencia, determinan las prestaciones y supervisan su correcta prestación. En este sentido, se trata de un

servicio público integrado en el Estado del Bienestar. Sin embargo, la prestación efectiva de los servicios se realiza a través de un modelo de provisión mixta, con provisión pública directa, mediante centros y servicios gestionados por las propias administraciones, y también mediante provisión privada concertada o acreditada, en la que entidades privadas –tanto mercantiles como del tercer sector– prestan servicios financiados total o parcialmente con fondos públicos, bajo condiciones y estándares fijados por la administración. Es decir, la participación del sector privado no sustituye la responsabilidad pública, sino que actúa como instrumento de ejecución del sistema, siempre bajo regulación, control y financiación pública.

Otro principio esencial recogido en la LAPAD es el de equidad territorial, orientado a garantizar que el acceso a las prestaciones del SAAD se produzca en condiciones similares en todo el territorio nacional, con independencia del lugar de residencia. Este principio convive, no siempre con facilidad, con un alto grado de descentralización autonómica: las comunidades autónomas asumen un papel central en la gestión del SAAD, lo que permite adaptar la oferta de servicios a las realidades territoriales, pero también introduce retos relacionados con la homogeneidad en las prestaciones que reciben los usuarios.

El SAAD se articuló, desde su inicio, como un modelo de corresponsabilidad entre administraciones públicas, estatales y autonómicas, tanto en la financiación como en la gestión, lo que exige mecanismos estables de cooperación y coordinación interinstitucional. En el ámbito estatal, dicha coordinación se lleva a cabo en el llamado Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (que, en adelante, denominaremos simplemente Consejo Territorial).

En el nivel estatal, la Administración General del Estado establece el marco normativo básico que garantiza la igualdad de derechos en todo el territorio, define los criterios comunes del sistema y participa en su financiación a través del nivel mínimo de protección y del nivel acordado. Asimismo, ejerce funciones de coordinación territorial y evaluación del sistema, promoviendo la cooperación entre administraciones en el marco del Consejo Territorial.

En el nivel autonómico, las comunidades autónomas asumen las competencias clave del sistema. Entre sus funciones se encuentran la valoración de la situación de dependencia, el reconocimiento del derecho, la elaboración del programa individual de atención de cada persona (PIA) y la gestión de las prestaciones y servicios. Este nivel es, por tanto, el responsable directo de hacer efectivo el derecho subjetivo reconocido por el SAAD, así como de planificar y desarrollar la red de recursos necesaria.

Por último, el nivel local desempeña un papel fundamental a través de los ayuntamientos y sus servicios sociales comunitarios. Estos actúan en muchas ocasiones como puerta de entrada al sistema, ofreciendo información, orientación y apoyo a las personas solicitantes y a sus familias. Además, realizan funciones de seguimiento y acompañamiento, contribuyendo a una atención más cercana, personalizada y adaptada a las necesidades reales de las personas en situación de dependencia.

De este modo, el SAAD buscaba configurarse ya desde sus inicios como un sistema complejo, pero coherente, basado en principios de universalidad, equidad y corresponsabilidad, y con una arquitectura institucional que combina la garantía estatal de derechos con una gestión descentralizada y próxima a la ciudadanía.

2.2 Evolución temporal del SAAD

La evolución temporal del SAAD desde su puesta en marcha refleja un recorrido marcado por tres fases claramente diferenciadas, estrechamente vinculadas al contexto económico, político e institucional del país, así como a las políticas diseñadas para hacer frente a las diferentes crisis económicas. El desarrollo del sistema ha estado condicionado tanto por la política fiscal como por las prioridades de la agenda pública: desde una etapa inicial de expansión se pasó a un periodo de contención y retroceso asociado a la crisis financiera de 2008, para llegar de nuevo a un reciente proceso de reimpulso, especialmente a partir de 2020.

La fase de expansión inicial (2007–2011) coincide con los primeros años de aplicación de la LAPAD y se caracteriza por un notable crecimiento del sistema. Durante este periodo se produjo una rápida incorporación al sistema de personas en situación de dependencia, comenzando por las de mayor grado, así como el despliegue institucional y organizativo del SAAD en las comunidades autónomas. Se desarrollaron los procedimientos de valoración, se crearon estructuras administrativas específicas y se amplió la red de servicios y prestaciones. Esta etapa estuvo marcada por un fuerte impulso político y presupuestario, con un incremento significativo del gasto público en dependencia y una expansión del empleo en el sector de los cuidados.

La crisis económica y financiera iniciada en 2008 tuvo un fuerte impacto sobre el sistema a partir de 2012, dando lugar a una segunda etapa (2012–2016) caracterizada por políticas de recortes y medidas de contención del gasto. En este periodo se redujo la aportación de la Administración General del Estado al sistema –se suprimió el nivel acordado de financiación a las comunidades autónomas, las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar se recortaron en un 13% y se eliminó la cotización a la Seguridad Social para los cuidadores no profesionales–. Como consecuencia, durante este periodo aumentaron notablemente las listas de espera, se acumularon notables retrasos en el reconocimiento efectivo de derechos, se priorizaron las prestaciones económicas frente a los servicios y, en definitiva, se produjo un debilitamiento general de la capacidad del sistema para dar respuesta a la demanda. Esta etapa supuso una pérdida de intensidad protectora del SAAD y puso en cuestión su sostenibilidad y credibilidad como sistema de garantía efectiva de derechos sociales.

A partir de 2017 y, de forma más clara, desde 2020, se inicia una tercera etapa de reimpulso y reorientación del sistema, marcada por las debilidades estructurales que la pandemia de COVID-19 hizo patentes.

Este proceso, enmarcado en un contexto general de recuperación del gasto social, se concreta específicamente en la aprobación del Plan de Choque en Dependencia. Como se mencionó anteriormente, este plan vino dado por un sólido

acuerdo político y social alcanzado entre el Gobierno, las comunidades autónomas y los interlocutores sociales con el objetivo de reactivar y modernizar el SAAD tras la pandemia de COVID-19. A partir de 2020 se iniciará una recuperación sostenida de la financiación estatal –con un crecimiento de más de 3.400 millones de euros de gasto corriente en el periodo 2020-2024– y una apuesta explícita por reforzar la capacidad del SAAD. El aumento de recursos ha permitido, como veremos posteriormente, reducir parcialmente las listas de espera, mejorar la intensidad de los servicios y avanzar en la recuperación de derechos recortados en etapas previas.

Además, el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR), vinculado a los fondos Next Generation EU, ha tenido durante este periodo un componente propio que ha reforzado la financiación del sistema. El Componente 22 del PRTR (“Plan de choque para la economía de los cuidados y refuerzo de las políticas de inclusión”) ha destinado otros 3.000 millones de euros a reforzar las políticas de cuidados y, en particular, a iniciar la transformación del modelo de cuidados promoviendo la desinstitucionalización, la atención domiciliaria y la profesionalización del sector.

Como mencionamos en el capítulo 1, este reimpulso no se limita exclusivamente a la dimensión financiera, sino que incorpora además una reforma progresiva del modelo de cuidados y apoyos, orientada al enfoque de derechos humanos, a priorizar los servicios profesionales frente a las prestaciones económicas, y a promover un enfoque centrado en la persona, la desinstitucionalización y el fortalecimiento de los cuidados en el entorno comunitario y los servicios de proximidad.

2.3

El SAAD en cifras: acceso al sistema, prestaciones y servicios

En este apartado se analiza brevemente la estructura de los servicios y prestaciones del SAAD y se destacan algunas de sus características principales, con el objetivo de conocer y comprender mejor el funcionamiento del sistema actual.

Cuando una persona solicita acceder a las ayudas del SAAD, inicia un proceso administrativo que consta de tres etapas:

- 1** Valoración y reconocimiento de la situación de dependencia. En esta primera fase, se determina el grado de dependencia de la persona.
- 2** Reconocimiento del derecho a servicios y prestaciones económicas. La segunda etapa consiste en la elaboración de un Programa Individual de Atención (PIA), que establece los servicios y ayudas económicas a los que la persona tiene derecho.
- 3** Acceso efectivo a las prestaciones del PIA. La tercera y última fase se refiere al acceso real a los servicios y prestaciones reconocidos en el PIA.

Es importante señalar que, en promedio, este proceso toma casi un año en completarse. Esto resulta notablemente más prolongado que los 6 meses de plazo legal establecido, el cual ya de por sí se considera excesivamente extenso. Además, existen importantes diferencias entre las distintas comunidades autónomas. Por ejemplo, en Ceuta el proceso puede tardar 65 días y en Castilla y León puede extenderse hasta 114 días, mientras que, en el extremo opuesto, en Murcia y Andalucía el proceso se demora 562 y 565 días, respectivamente.

En España hay, a finales de 2025, 1.726.288 personas –el 62,5% mujeres y el 37,5% hombres– a las que las administraciones autonómicas les han reconocido una situación de dependencia en alguno de sus grados y, por tanto, tienen derecho reconocido a recibir cuidados y apoyos. De ellas, algo más del 93% cuentan con una re-

solución de PIA, lo que significa que tienen el derecho a recibir los servicios y prestaciones económicas del sistema. En total, hay 1.610.266 personas (1.101.415 mujeres y 599.851 hombres) que reciben 2.274.461 prestaciones de servicios o económicas.

Tras un inicio esperanzador, entre 2007 y 2011, en el que el SAAD se fue desarrollando en todas las comunidades autónomas, durante los años siguientes (2012-2017) los recortes presupuestarios sumieron al sistema en una situación de “punto muerto”. Como se puede ver en los gráficos 1 y 2, durante estos años se redujeron tanto las prestaciones concedidas como las personas con derecho a prestación en

el sistema. Quizá el rasgo más relevante de este periodo fue el notable aumento del llamado “limbo de la dependencia”: esa situación en la cual personas que han solicitado valoración de su grado de dependencia ya lo tienen reconocido y, a pesar de ello, no están recibiendo aún ninguna prestación o servicio efectivo. Esta situación ha generado que muchas personas en situación de dependencia quedasen en un limbo burocrático: tenían reconocido el derecho a recibir una prestación, pero pasaban meses, o incluso años, antes de que dicha prestación se hiciese efectiva. Este “limbo” ascendía a más de 384.000 personas en diciembre de 2015.

Gráfico 1

Solicitudes, resoluciones de grado y prestaciones del SAAD

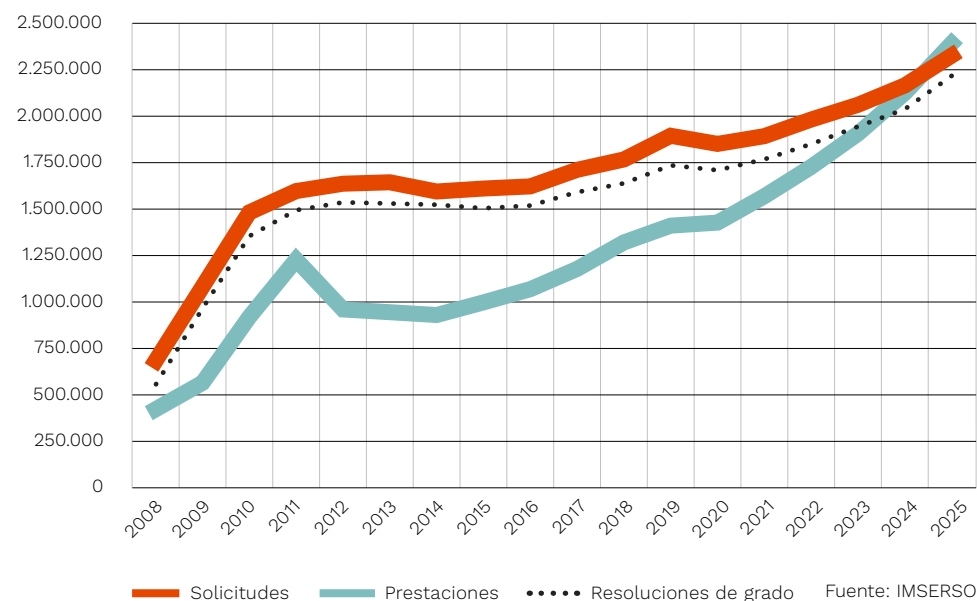


Gráfico 2

Personas con derecho a prestación y “limbo administrativo”

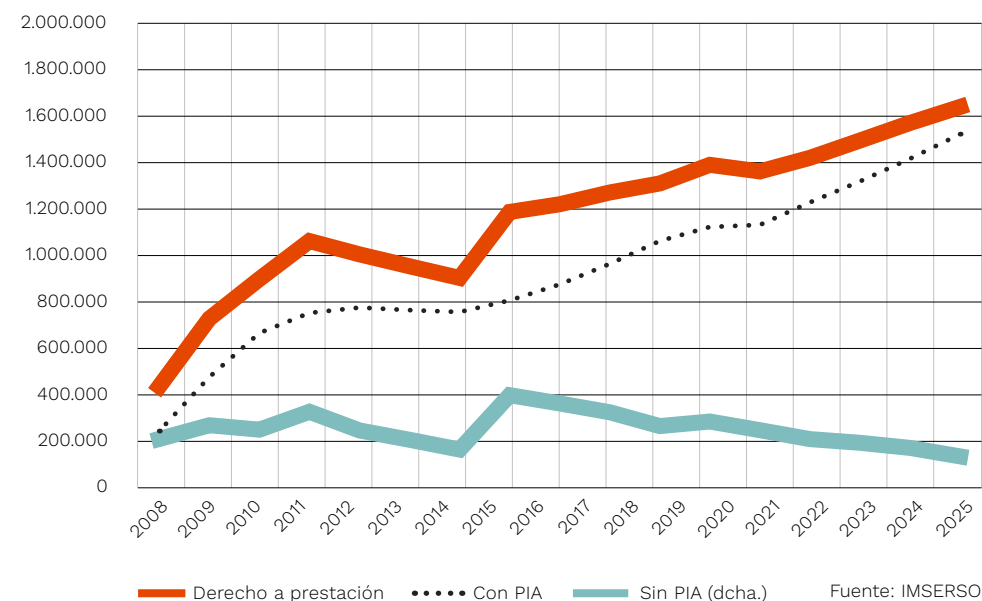


Tabla 2

Número de prestaciones que reciben las personas en función del grado de dependencia que tienen reconocido

Número de prestaciones por persona	Grado III	Grado II	Grado I	Total
1	66,26%	61,14%	58,60%	61,58%
2	29,96%	35,81%	39,93%	35,74%
3	3,58%	2,93%	1,40%	2,55%
4	0,18%	0,12%	0,06%	0,11%
5	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%
Total	100%	100%	100%	100%

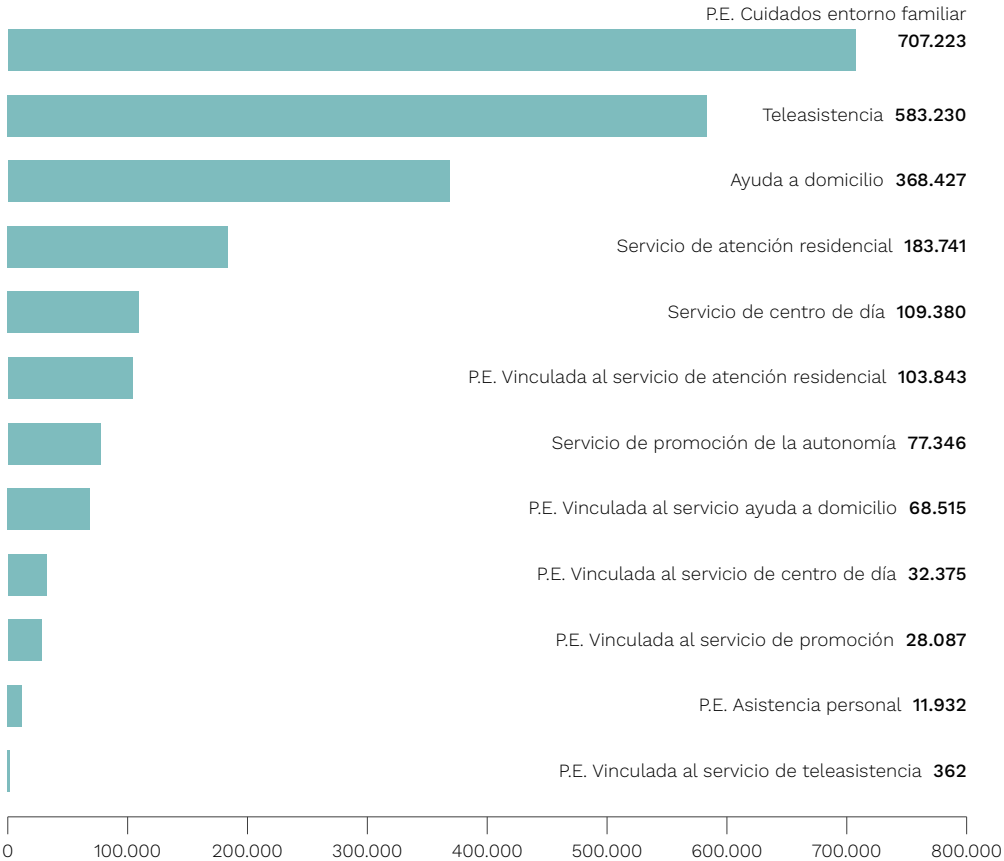
Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos del SISAAD

A partir de 2016 y, especialmente a partir de 2020, se inicia una progresiva mejora de la atención del sistema y comienzan a recuperarse tanto las prestaciones totales reconocidas por el sistema como el número de personas que reciben una prestación. A finales de 2025, el número de personas con derecho a prestación y sin resolución de PIA se había reducido un 70% desde 2015, situándose en 107.327 personas.

La mayoría de las personas que reciben una prestación del sistema (el 61,6%) reciben una única prestación, tal y como se puede ver en la tabla 2, mientras que una de cada tres personas (35,74%) acceden a dos prestaciones. Esta segunda prestación suele ser la teleasistencia que reciben 583.230 personas (gráfico 3).

Gráfico 3

Distribución de las prestaciones del SAAD en función de su tipología

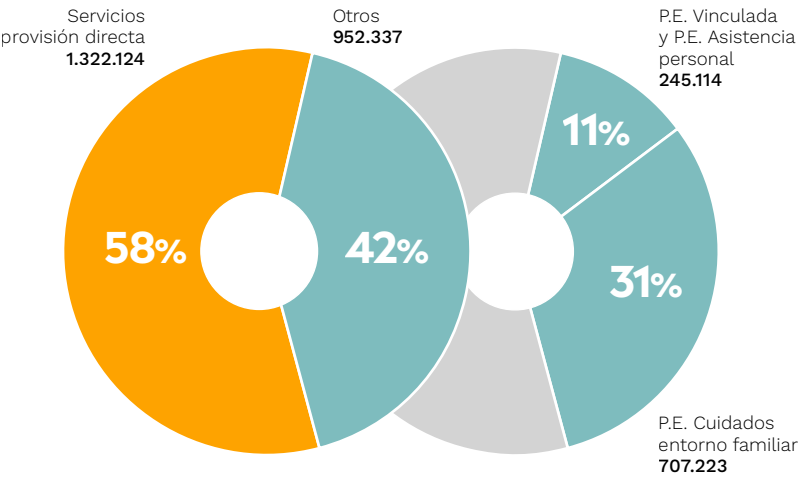


Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas del SISAAD

Como ya se dijo anteriormente, el SAAD combina las prestaciones de servicios de cuidados, contratados directamente por la administración pública, con prestaciones económicas. Entre las prestaciones de servicios se incluyen los servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio, los centros de día/noche y la atención residencial. Las prestaciones económicas pueden tener una finalidad compensatoria del cuidado informal (prestación económica para cuidados en el entorno familiar), o bien el objetivo de que la persona en situación de dependencia contrate los servicios que necesita en el mercado (prestación económica vinculada al servicio y prestación económica para asistencia personal). El conjunto de prestaciones y servicios del SAAD presenta la distribución que se recoge en la tabla 3.

Gráfico 4

Distribución de las prestaciones del SAAD en función de su tipología



Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas del SISAAD

Tabla 3

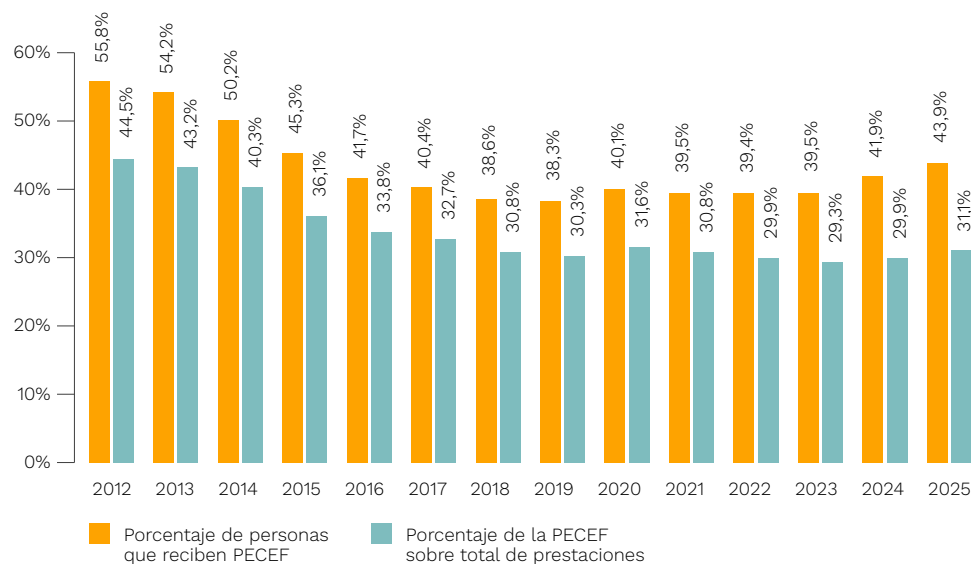
Distribución de prestaciones y servicios del SAAD según su tipología

Prestaciones del SAAD	Número	Porcentaje
P.E. Vinculada al servicio de teleasistencia	362	0,0%
P.E. Asistencia personal	11.932	0,5%
P.E. Vinculada al servicio de promoción	28.087	1,2%
P.E. Vinculada al servicio de centro de día	32.375	1,4%
P.E. Vinculada al servicio ayuda a domicilio	68.515	3,0%
Promoción de la autonomía	77.346	3,4%
P.E. Vinculada al servicio de atención residencial	103.843	4,6%
Servicio de centro de día	109.380	4,8%
Servicio de centro residencial	183.741	8,1%
Servicio de ayuda a domicilio	368.427	16,2%
Servicio de teleasistencia	583.230	25,6%
P.E. Cuidados entorno familiar	707.223	31,1%
Total	2.274.461	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos del SISAAD

Gráfico 5

Porcentaje de personas que reciben la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y peso de la prestación sobre el total



Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas del SISAAD

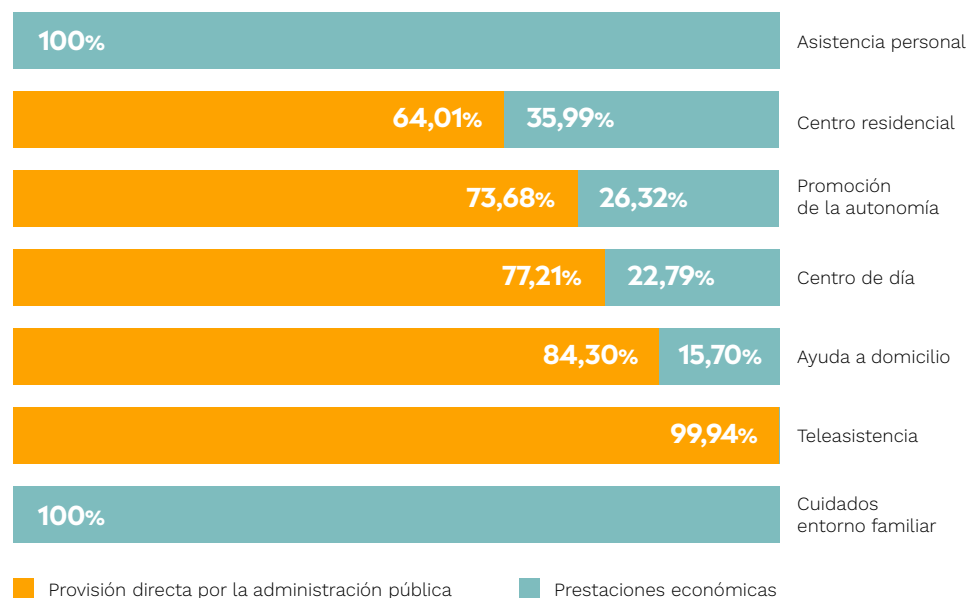
Llama la atención que el conjunto de las prestaciones económicas –y particularmente las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar– representa un elevado porcentaje (41,9%) sobre el total (gráfico 4). Desde sus inicios, los servicios y prestaciones económicas del SAAD han estado sesgados hacia la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, a pesar de que la filosofía original de la LAPAD (art. 14.4) confería un carácter preferente a las prestaciones de servicio, con un carácter secundario o residual de las prestaciones económicas. Esto se debe, en gran medida, a razones administrativas y presupuestarias, ya que resultan menos costosas y más fáciles de gestionar que los servicios directos.

En 2012, se redujeron las cuantías de estas prestaciones, se impuso un periodo suspensivo de 2 años y se eliminó la financiación estatal de las cotizaciones del convenio especial de seguridad social de las personas cuidadoras no profesionales. Además, a finales de 2013, se modificó la fórmula de asignación de la financiación del nivel mínimo de protección, favoreciendo a los servicios y prestaciones vinculadas a servicios en detrimento de las prestaciones económicas para cuidados familiares. Como resultado, su peso sobre el total de prestaciones ha disminuido del 44,5% en 2012 al 31,1% actual (gráfico 5).

No obstante, actualmente el 43,9% de las personas con resolución de PIA reciben esta prestación, debido como se ha dicho a la insuficiente oferta de servicios y a que resulta una opción de gestión más ágil y con menor impacto presupuestario. Sin embargo, este tipo de prestación conlleva un gran esfuerzo para las familias, que recae principalmente en las mujeres. Como señalamos en el capítulo 6, esto dificulta la conciliación y perpetúa el rol tradicional de la mujer como cuidadora, contribuyendo a la refeminización de los cuidados, ya sea porque son las mujeres de la familia quienes asumen esta responsabilidad o porque se mercantilizan los cuidados, realizados normalmente por mujeres migrantes (Mongui, Cáceres y Ezquiaga, 2022).

Gráfico 6

Distribución de las prestaciones en función de la forma de provisión de los servicios excluida la prestación económica para cuidados en el entorno familiar



Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas del SISAAD

En todo caso, debe tenerse en cuenta que los cuidados en el entorno domiciliario son hoy una realidad muy fuertemente demandada. Cuatro de cada cinco personas con resolución de PIA eligen vivir en su propio hogar, demostrando el profundo deseo de las personas en situación de dependencia por permanecer en su entorno natural (Sancho y Martínez, 2021). Únicamente 183.000 personas, el 18%, viven en centros residenciales.

Estos datos revelan una realidad compleja, donde el anhelo de las personas por vivir de manera independiente choca con las limitaciones del sistema actual. El enfoque de derechos humanos y el respeto a la voluntad, los deseos y las preferencias de las personas sobre cómo y dónde recibir cuidados y apoyos señalan una tendencia hacia la priorización de los servicios domiciliarios (Oliva, Sancho y Del Pozo, 2023).

Si nos centramos en la forma de provisión de los servicios, dejando de lado los cuidados en el entorno familiar (que solo pueden facilitarse mediante una prestación económica), observamos que el 84,3% de las prestaciones corresponden a servicios de cuidados proporcionados directamente por la administración pública (tabla 4). El 15,7% restante son prestaciones económicas, es decir, la administración entrega una cantidad monetaria mensual a las personas en situación de dependencia para que adquieran los servicios de cuidados en el mercado.

Como se puede ver en el gráfico 6, la provisión directa por las administraciones públicas juega un papel preponderante en los servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día, promoción de la autonomía y, en menor medida, centros residenciales.

Cabe destacar el escaso desarrollo que ha tenido la asistencia personal en el ámbito del SAAD. En el conjunto del Estado tan solo 11.932 personas, el 0,52%, reciben la prestación económica para asistencia personal. De ellas 7.621, el 64%, viven en el País Vasco, la mayoría en Gipuzkoa, aunque su población representa el 1,5% de la población de España (gráfico 7). La principal razón que explica estos

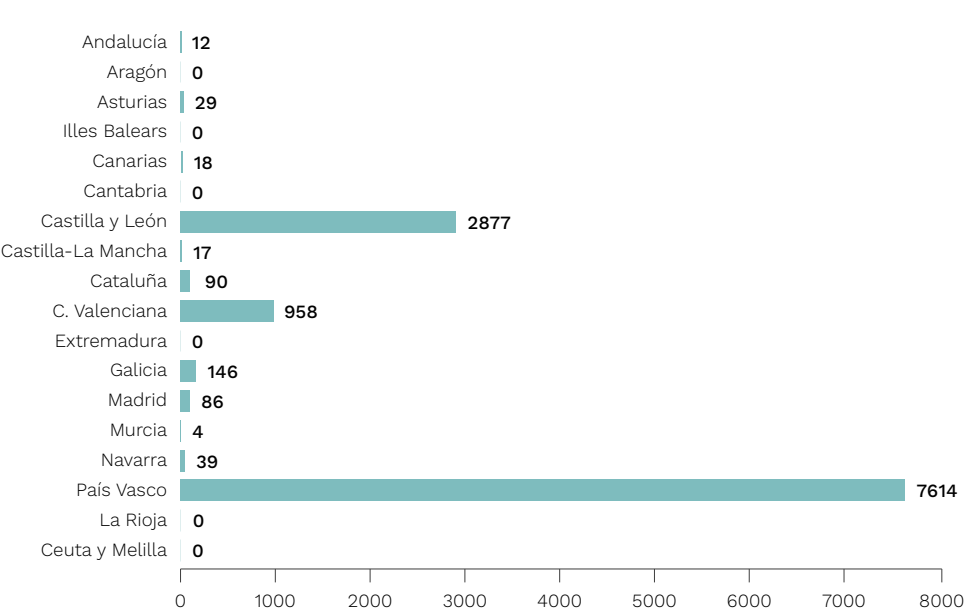
Tabla 4
Distribución de prestaciones según tipo de provisión del servicio

Servicios del SAAD	Servicios de provisión directa por la administración pública		Prestaciones económicas vinculadas al servicio y de asistencia personal	
	Número	% sobre el servicio	Número	% sobre el servicio
Asistencia personal	0	0,00%	11.890	100,00%
Centro residencial	183.406	64,01%	103.107	35,99%
Promoción de la autonomía	77.438	73,68%	27.660	26,32%
Centro de día	108.849	77,21%	32.124	22,79%
Ayuda a domicilio	362.913	84,30%	67.580	15,70%
Teleasistencia	572.680	99,94%	345	0,06%
	1.305.286	84,3%	242.706	15,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos del SISAAD

datos es que la Diputación Foral de Gipuzkoa ha regulado esta prestación económica abriéndola a todas las personas con independencia de su edad (Iribar y Sancho, 2023). Esta misma orientación se refleja en el Acuerdo del Consejo Territorial de mayo de 2023 que tan solo restringe el acceso a esta prestación a los niños y niñas con menos de 3 años.

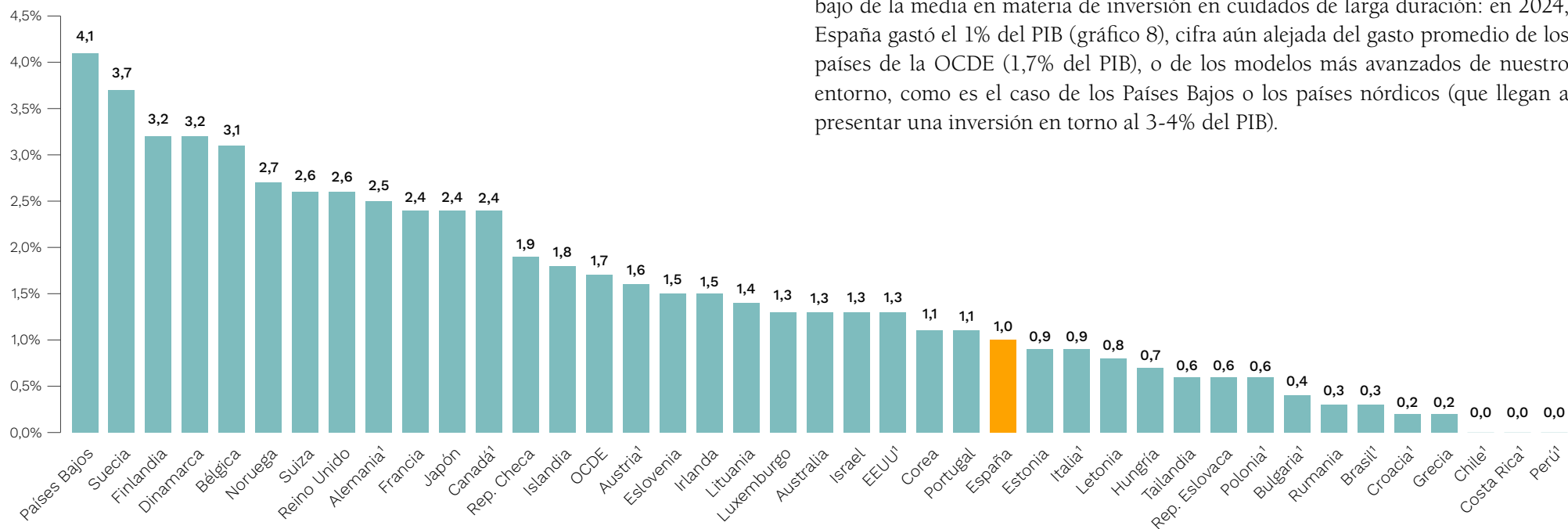
Gráfico 7
Distribución autonómica de las prestaciones económicas para asistencia personal



Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas del SISAAD

Gráfico 8

Gasto total en cuidados de larga duración
(% PIB, 2024 o año más cercano)



Nota: 1. Países que no informan sobre el gasto social en cuidados de larga duración, por lo que este componente no figura en el cómputo total.

Fuente: OCDE, Health at a Glance 2025.

2.4

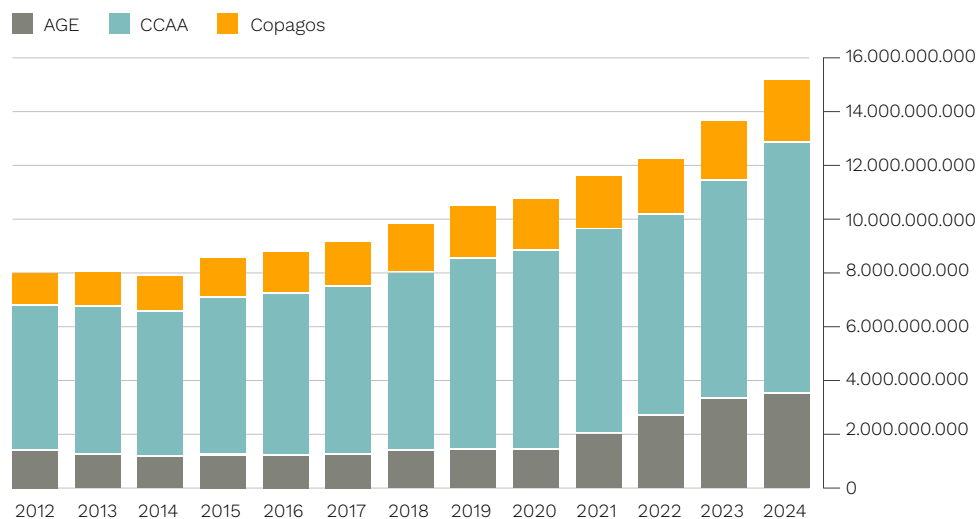
Gasto y financiación del SAAD

Si comparamos la situación de España con la del resto de países desarrollados del ámbito de la OCDE, observamos cómo nuestro país se sitúa claramente por debajo de la media en materia de inversión en cuidados de larga duración: en 2024, España gastó el 1% del PIB (gráfico 8), cifra aún alejada del gasto promedio de los países de la OCDE (1,7% del PIB), o de los modelos más avanzados de nuestro entorno, como es el caso de los Países Bajos o los países nórdicos (que llegan a presentar una inversión en torno al 3-4% del PIB).

Resulta paradójico que un país con una de las esperanzas de vida más elevadas del mundo dedique una inversión tan escasa a los cuidados para las personas mayores y dependientes. ¿Sobre qué base se sostienen entonces todos los cuidados no atendidos por el sistema? Como señalan Jiménez y Viola (2024), y como veremos con más detalle posteriormente, el sistema de cuidados de larga duración en nuestro país descansa en buena medida sobre una red de seguridad invisible que no se refleja en las estadísticas oficiales: los cuidados informales. En concreto, en el capítulo 6 realizamos una estimación detallada de dichos cuidados informales en nuestro país².

Gráfico 9

Gasto total en el SAAD
(2024, por financiadores, en euros)



Fuente: IMSERSO; Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, XXV Dictamen del Observatorio, 2025

Por otra parte, el SAAD se financia a través de tres fuentes: las aportaciones de la administración central, de las comunidades autónomas y de las propias personas beneficiarias (copagos). En 2024, el gasto total del SAAD fue de 12.900 millones, como refleja el gráfico 9, diferenciando la aportación de estas tres vías.

Con su puesta en marcha efectiva tras la aprobación de la LAPAD, el gasto público del SAAD experimentó una rápida expansión entre 2009 y 2011, acompañando la incorporación progresiva de personas con distintos grados de dependencia. En esos primeros años, el gasto total alcanzó los 6.500–7.000 millones de euros anuales, llegando a ser aproximadamente el 0,7% del PIB. Sin embargo, la crisis económica y las políticas de consolidación fiscal supusieron, como ya se ha dicho, un punto de inflexión: entre 2012 y 2016 el gasto se estancó, al tiempo que aumentaban las listas de espera.

A partir de 2017 se inicia una fase de recuperación gradual de la financiación, vinculada tanto a la mejora del ciclo económico como a las demandas para reforzar el sistema. El crecimiento del gasto fue inicialmente moderado, pero se acelera de forma clara desde 2020, con el Plan de Choque en Dependencia y los compromisos presupuestarios asociados. Entre 2021 y 2024, el gasto público en dependencia registra su mayor expansión, superando los 12.000 millones de euros anuales.

En lo que al reparto institucional del gasto se refiere, el predominio que asumen las comunidades autónomas en su financiación es muy claro. Durante todo el periodo 2009–2024, las CCAA han financiado la mayor parte del gasto total. La Administración General del Estado contribuye mediante el nivel mínimo de financiación y, de forma más irregular, a través del llamado nivel acordado, que se suspendió en 2012 y volvió a restablecerse desde 2021.

En 2019, la Administración General del Estado únicamente cubría el 16% del gasto público total del SAAD, recayendo el restante 84% en las comunidades autó-

² Por cuidados informales se entienden los realizados por personas no profesionales, del entorno familiar especialmente y mujeres en la inmensa mayoría de casos. Realizar estas tareas no supone un reconocimiento explícito del trabajo que conllevan en términos monetarios, como se verá más adelante.

nomas. A finales de 2024 la financiación asumida por la Administración General del Estado había crecido hasta suponer el 27% del gasto público total del SAAD. Así, incluso tras el refuerzo reciente, la financiación estatal sigue siendo minoritaria en términos relativos, lo que explica buena parte de las desigualdades territoriales en intensidad y cobertura del sistema.

Además, desde los primeros años de despliegue del SAAD, el copago se consolidó como un componente estructural de su financiación. Entre 2009 y 2011, la aportación económica de las personas que estaban recibiendo alguna prestación del SAAD era relevante, pero relativamente contenida, con un peso estimado de en torno al 15% del gasto total del sistema, en línea con su diseño original. Sin embargo, a partir de 2012, con los cambios del copago y el endurecimiento de los criterios de participación económica (Real Decreto-ley 20/2012), se produjo un incremento notable del esfuerzo exigido a las personas en situación de dependencia, tanto por el aumento de los porcentajes aplicables como por la ampliación de la base de renta y patrimonio considerada.

Durante el periodo 2013–2019, el copago alcanzó sus niveles máximos, situándose de forma estable entre el 18% y el 22% del gasto total del SAAD, con especial intensidad en servicios como la atención residencial y la ayuda a domicilio. En los últimos años, las reformas asociadas al Plan de Choque en Dependencia y a la revisión del modelo de participación económica han reducido ligeramente el peso relativo del copago, gracias al aumento del gasto público estatal y autonómico. Aun así, en 2024–2025, la aportación de las personas en situación de dependencia sigue representando alrededor del 16–17% del gasto total, un porcentaje elevado en comparación con otros sistemas más universalistas. Esto continúa siendo uno de los elementos más debatidos del modelo español por su impacto distributivo y sobre la equidad en el acceso.

2.5

Desigualdades territoriales

Desde su puesta en marcha, el SAAD ha estado marcado por fuertes desigualdades territoriales entre comunidades autónomas, que no solo no se han corregido con el paso del tiempo, sino que en algunos ámbitos se han consolidado. Aunque el marco normativo es estatal y reconoce un derecho subjetivo de acceso a las prestaciones, la descentralización en la gestión y financiación ha dado lugar a patrones territoriales diferenciados de intensidad, cobertura y calidad, configurando de facto distintos “modelos autonómicos” de atención a la dependencia.

Las causas de estas disparidades son múltiples y estructurales. En primer lugar, destaca la capacidad fiscal y presupuestaria desigual de las comunidades autónomas, que condiciona el volumen de recursos propios destinados al sistema más allá de la financiación estatal. En segundo término, influyen las prioridades políticas y estratégicas de cada gobierno autonómico, que se reflejan en decisiones sobre el peso relativo de los servicios frente a las prestaciones económicas, el desarrollo de la red pública o concertada, y el ritmo de incorporación de personas beneficiarias. A ello se suman diferencias en la estructura demográfica y territorial, como el envejecimiento, la dispersión poblacional o la ruralidad, que afectan tanto a la demanda potencial como a los costes de provisión.

Así, el gasto público por persona beneficiaria en 2024 presenta distancias notables, entre los 4.132 € de Aragón, 4.145 € de Asturias o 4.374 € de Castilla y León, y los 7.445 € de La Rioja, 6.707 € del País Vasco o los 6.526 € de Castilla La Mancha.

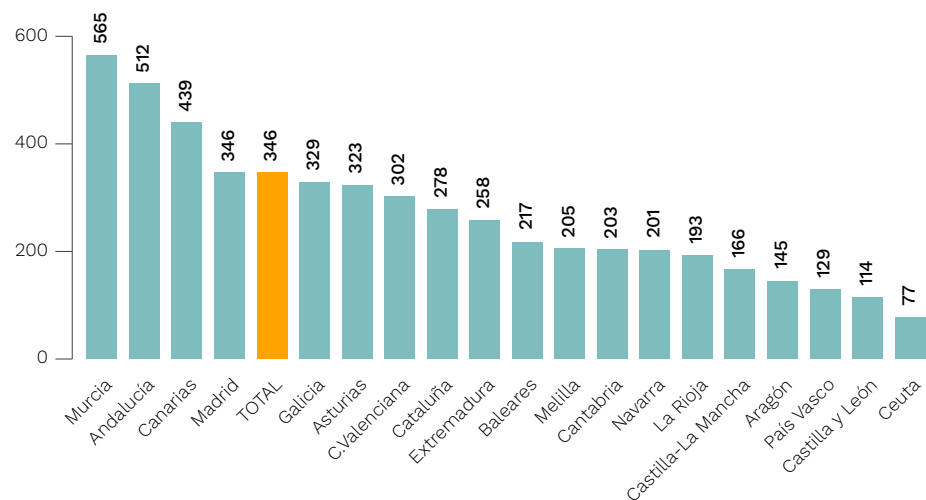
Estas desigualdades se manifiestan con claridad en diversos indicadores clave de funcionamiento del SAAD. Por ejemplo, en lo que tiene que ver con la cobertura, observamos diferencias muy notables, como detallaremos en el capítulo 3.

También son especialmente significativas las diferencias en los plazos de tramitación, que se reflejan en tiempos medios muy diferentes desde la solicitud de

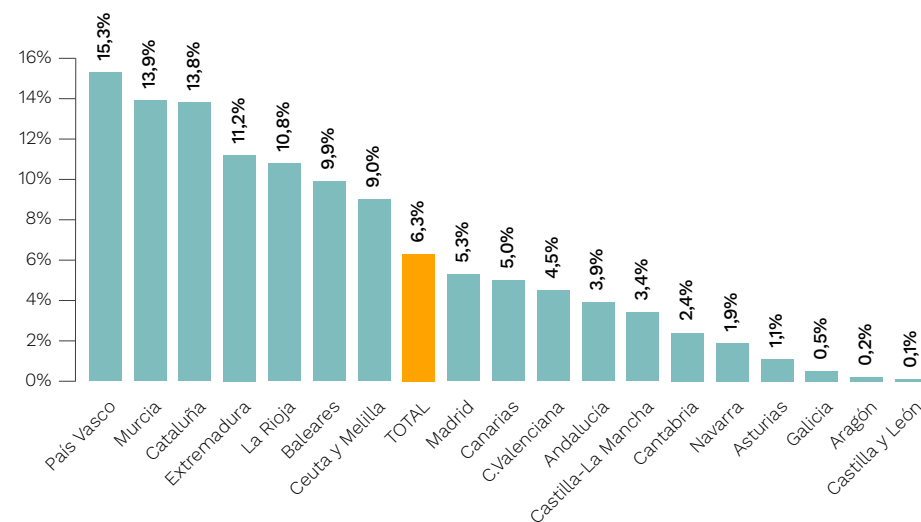
dependencia hasta la resolución de prestación: en Murcia, dichos plazos alcanzan los 565 días, mientras que en Castilla y León son únicamente 114 (gráfico 10). Asimismo, se observan tasas muy dispares de personas en “limbo de la dependencia” (personas beneficiarias con derecho a prestación pendientes de resolución de PIA), tal y como podemos observar en el gráfico 11.

Gráfico 10

Tiempo medio desde la solicitud de dependencia hasta la resolución de prestación (días)

**Gráfico 11**

% personas con derecho a prestación pendientes de resolución de PIA





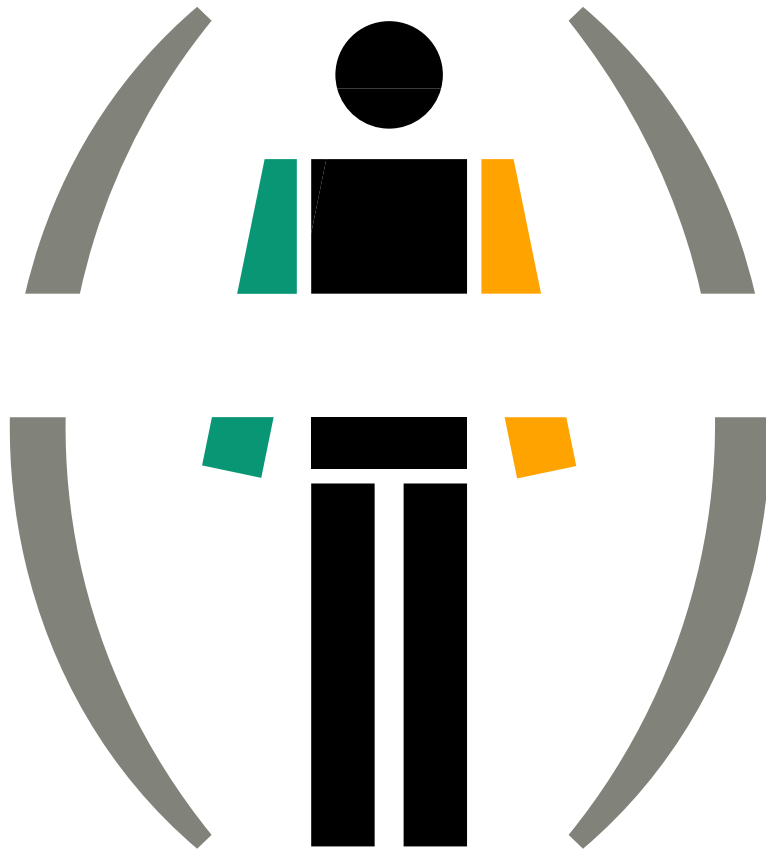
Otro ámbito donde las disparidades territoriales resultan evidentes es el de los copagos. A pesar de la existencia de un Acuerdo del Consejo Territorial con criterios comunes, su aplicación práctica varía sustancialmente entre comunidades autónomas, generando diferencias relevantes en la aportación media de las personas que reciben servicios similares.

También se observan divergencias notables en la intensidad media de los servicios, en la estructura del mix de prestaciones (porcentaje de servicios profesionales frente a prestaciones económicas) o en la calidad y estabilidad del empleo en el sector de cuidados, tanto en ratios de personal como en condiciones laborales, lo que tiene un impacto directo sobre la continuidad y calidad de la atención prestada.

Aunque las medidas impulsadas desde 2020 para el refuerzo del sistema han contribuido a reducir parcialmente algunas brechas, especialmente en cobertura, las desigualdades territoriales siguen siendo uno de los principales retos estructurales del SAAD. La experiencia acumulada sugiere que su corrección requiere no solo un mayor esfuerzo financiero estatal, sino también mecanismos más efectivos de coordinación, evaluación y homogeneización de estándares, que permitan garantizar un nivel comparable de acceso y atención con independencia del lugar de residencia, preservando al mismo tiempo el margen de adaptación autonómica a las realidades territoriales.

La insuficiencia
de servicios de cuidados
de larga duración
en España

Magnitud y evolución del care gap



3



3.1

Definición del care gap absoluto y relativo

Como se ha comentado en capítulos anteriores, los cambios demográficos, el crecimiento de la cronicidad y el aumento de la esperanza de vida están conllevando una mayor demanda de cuidados de larga duración tanto en España como en los países de nuestro entorno, en un proceso que sin duda continuará en los próximos años. Sin embargo, los sistemas de cuidados de larga duración no se han desarrollado al mismo ritmo, y para muchas personas en situación de dependencia la falta de servicios adecuados y la carencia de prestaciones limita de forma significativa el ejercicio efectivo de su derecho a una vida autónoma e independiente.

En muchos países europeos, en torno a la mitad de las personas de 65 años o más que presentan necesidades de cuidados de larga duración no reciben la ayuda requerida para realizar actividades domésticas o de cuidado personal (OCDE, 2025). En numerosos casos, los servicios asistenciales no están disponibles en el lugar ni en el momento en que se precisan, y la existencia de prolongadas listas de espera y de trámites complejos constituye una situación habitual.

En este capítulo analizamos esta insuficiencia de los cuidados existente actualmente en España, conocida como “care gap” o “brecha de cuidados”. La definimos, en concreto, como la demanda de servicios de cuidados de larga duración públicos (o financiados públicamente) que se encuentra actualmente insatisfecha como consecuencia de la falta de acceso o insuficiente cobertura de los servicios del SAAD.

La literatura que ha estudiado este care gap distingue dos grandes dimensiones del problema, una absoluta y una relativa (Grages y Pfau-Effinger, 2022):

- La brecha de cuidados absoluta se refiere a una “ausencia completa de apoyo público” a las personas que necesitan cuidados en su vida diaria. Es decir, incluye las personas en situación de dependencia que no reciben ningún tipo de prestación o servicio público de cuidados.

- La brecha de cuidados relativa se refiere, por su parte, a “niveles insuficientes de apoyo público” recibidos por aquellas personas en situación de dependencia que sí están siendo atendidas por el sistema de cuidados de larga duración.

Una parte la literatura sobre el care gap se centra en los efectos de los procesos de envejecimiento poblacional sobre la demanda futura de cuidados y hasta qué punto las reformas de los sistemas nacionales de cuidados permitirán satisfacerlos (por ejemplo, Comisión Europea, 2021). Otra parte de la literatura se ha desarrollado en relación con los problemas de acceso a los cuidados informales (por ejemplo, Patterson et al., 2021).

Para el caso de España, los cálculos de Grages y Pfau-Effinger (2022) situaban la brecha absoluta de cuidados en una tasa del 67,8%, mientras que la relativa estaba en un “nivel medio” en el contexto europeo. En concreto, concluían que “un tercio de personas mayores con necesidades de cuidado que recibe apoyo público no recibe niveles suficientes de atención, ya sea que opten por una prestación pública o por una provisión familiar de los cuidados”.

3.2

Metodología de cálculo del care gap

La brecha absoluta de cuidados se calcula como el porcentaje de población que declara sufrir limitaciones en sus actividades cotidianas, que no está siendo atendida por el SAAD. Para ello, combinaremos dos fuentes de datos principales:

- Las estadísticas de Eurostat sobre limitaciones habituales en las actividades de la vida diaria derivadas de problemas de salud en España, en particular para la población de más de 65 años; en porcentajes totales y por género; y diferenciando entre personas que perciben algún tipo de limitación (moderada o severa), como las que sufren limitaciones severas.
- Las estadísticas del SISAAD³ facilitadas por el IMSERSO sobre las personas que tienen resolución de su PIA, considerando el total de la población y discriminando por grupo de edad, por género y por CCAA, y particularizando además para las personas con un Grado III.

Con estos datos, calcularemos la brecha absoluta de cuidados recibidos, para cada grupo de población y durante todo el periodo 2017-2024, como el porcentaje de personas que sufren limitaciones en sus actividades habituales de la vida diaria que no tienen una resolución de PIA. Si este cociente fuera del 0%, no existiría brecha de cuidados.

También calcularemos, para cada grupo de población, el porcentaje de personas que declaran sufrir limitaciones severas, pero no tienen reconocido un Grado III de dependencia y no reciben una prestación efectiva para atenderla.

³ Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.



La brecha absoluta de cuidados, calculada de esa manera para cada grupo de población y durante el conjunto del periodo de estudio, debe interpretarse como la proporción de la población que, a pesar de sufrir limitaciones en sus actividades diarias no recibe ningún tipo de apoyo público, bien en forma de una provisión directa de alguna clase de servicios de cuidados, o bien en forma de prestación monetaria para poder contratarlos privadamente y/o compensar los gastos asociados a los cuidados familiares. Compararemos además nuestro cálculo con el del porcentaje de población potencialmente dependiente que ofrece el IMSERSO para todas las CCAA y, en particular, con el porcentaje de dicha población que no recibe una atención efectiva por el Sistema de Dependencia.

De cara a la estimación de la brecha relativa de cuidados, utilizaremos los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) correspondiente al año 2020. En particular, aproximaremos esta brecha relativa calculando el porcentaje de población actualmente atendida por el SAAD que expresa una falta de satisfacción de necesidades con los cuidados recibidos. Y la analizaremos según grado, según los servicios de atención que están recogidos por la Encuesta y también por CCAA, comparándola también con los resultados obtenidos por la literatura previa.

3.3

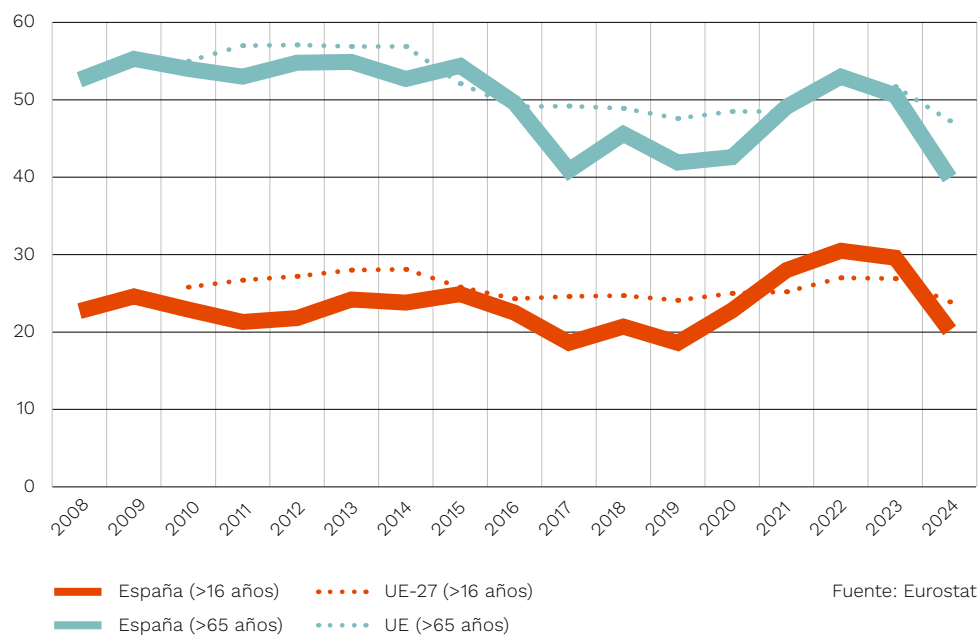
El care gap absoluto en España

El gráfico 12 recoge, en primer lugar, el porcentaje de la población española y europea que declara sufrir algún tipo de limitación habitual en las actividades de la vida diaria derivada de problemas de salud. Como vemos, en el caso de España ha disminuido desde el 22,7% al 20,2% entre 2008 y 2024, situándose por debajo de la media de la UE-27 (23,9% en 2024). Esto se observa también en la población de 65 o más años, donde ese mismo porcentaje habría disminuido en España desde el 52,6% al 39,9%, por debajo de la media de la UE-27 (47,3% en 2024).

El gráfico 13, por su parte, distingue para España entre quienes declaran tener algún tipo de limitación y quienes señalan que estas limitaciones son severas, y además diferencia por género. En ambas dimensiones se puede comprobar una acusada brecha de género, con un 43,5% y 10,3%, respectivamente, de mujeres mayores sufriendo limitaciones en 2024, frente al 35,2% y 7,7% de hombres mayores. Esta diferencia se ha mantenido relativamente constante a lo largo de todo el periodo y es mayor que en la UE-27, donde un promedio del 49,6% de las mujeres sufrirían algún tipo de limitación, y el 15,3% alguna limitación severa, frente al 44,3% y 13,4% de los hombres, respectivamente.

Gráfico 12

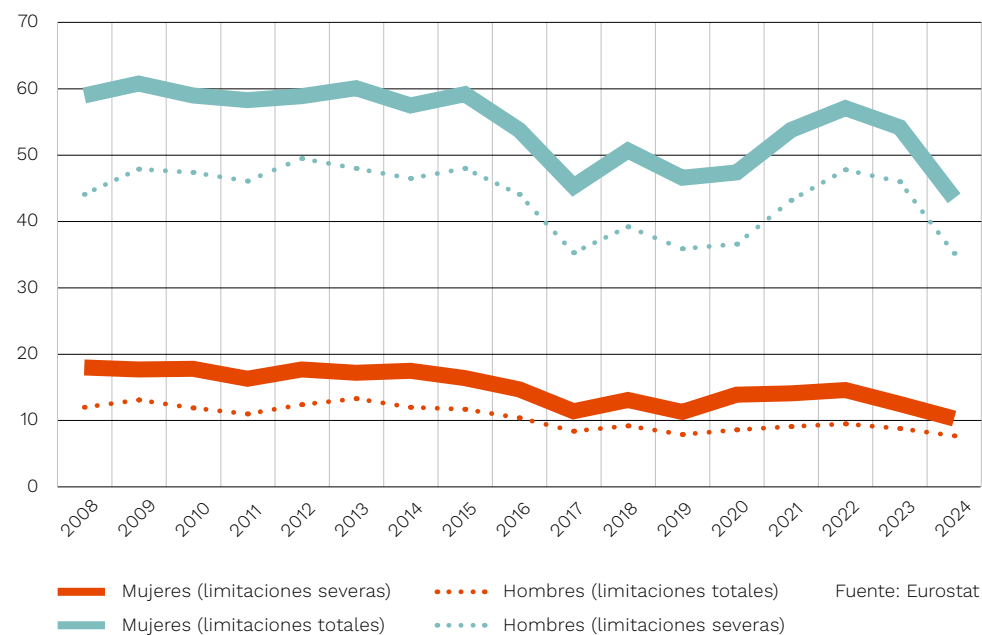
Porcentaje de la población con limitaciones habituales en las actividades de la vida diaria, según grupo de edad (España y UE-27)



Respecto a las personas atendidas, según los datos de la OCDE (2025), el porcentaje de personas de 65 o más años que reciben algún tipo de cuidado de largo duración en España ha pasado del 6,8% en 2013 al 14,9% en 2023, cerrándose la brecha con el promedio de la OCDE (tabla 5). Otro dato interesante es que, del total de personas recibiendo cuidados en España, aquellas atendidas en sus hogares han

Gráfico 13

Porcentaje de la población de 65 o más años con limitaciones habituales en las actividades de la vida diaria, según género (España)



pasado del 73,4% en 2013 al 84,5% en 2023, aumentando la distancia que ya existía con el promedio de la OCDE, donde ha pasado del 66,6% en 2013 al 69,9% en 2023. Esta evolución creciente a favor de los cuidados en el hogar también se constata en el gráfico 14, donde recogemos el porcentaje del conjunto de la población de 65 o más años en España que es cuidada en instituciones o en su casa.

Tabla 5

Personas recibiendo cuidados de larga duración y personas cuidadas en sus hogares
(% población de 65 o más años y % cuidado en sus hogares)

	Recibiendo cuidados		En casa	
	2013	2023	2013	2023
España	6,8%	14,9%	73,4%	84,5%
OCDE	11,0%	12,0%	66,6%	69,9%

Fuente: OCDE

Una vez que tenemos los datos de la población con necesidades y la población atendida, podemos estimar la brecha absoluta de cuidados a partir de la diferencia porcentual entre ambas. Como se recoge en la tabla 6, en 2024, de los 4 millones de personas mayores de 65 años que declaran sufrir alguna limitación en sus actividades diarias, sólo algo más de 1,1 millones estaban siendo atendidas de manera efectiva por el SAAD. Es decir: el care gap alcanzaría a casi tres cuartas partes de estas personas.

Además, más de 900.000 personas sufren limitaciones severas –situación asimilable a un Grado III de dependencia–, de las cuales únicamente algo menos de 350.000 estaban siendo atendidas en 2024, lo que supone que casi dos de cada tres personas con esta necesidad carecen de apoyo efectivo por parte del SAAD.

Gráfico 14

Porcentaje de personas cuidadas en instituciones y en sus hogares en España
(% población de 65 o más años)

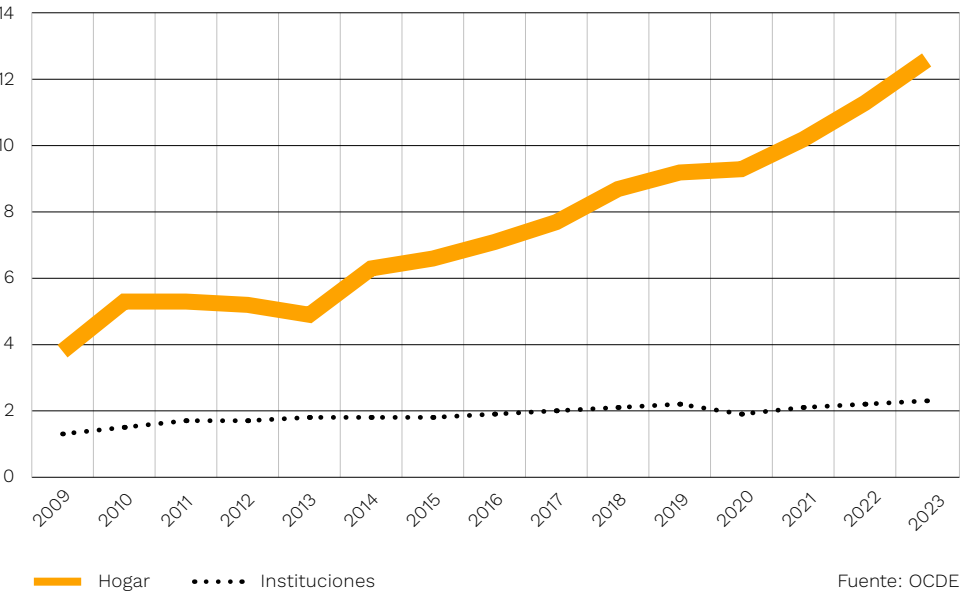


Tabla 6

Brecha absoluta de cuidados en España, 2024
(% población 65 o más años con limitaciones en su vida diaria)

	Total
Población total	10.180.492
Alguna limitación	4.062.016 (39,9%)
Limitación severa	936.605 (9,2%)
PIA total	1.122.821
PIA Grado III	345.196
Brecha (alguna limitación)	72,4%
Brecha (limitación severa)	63,1%

Fuente: Elaboración propia a partir de INE, Eurostat y SISAAD

Llevando a cabo un análisis diferenciado por género, podemos observar, en la tabla 7, que casi un 80% de los hombres mayores de 65 años que sufren alguna limitación en su vida diaria no están siendo atendidos por el SAAD, frente a un 68,1% de mujeres. Mientras que, entre quienes sufren limitaciones severas, los porcentajes serían más parejos: 63,8% de hombres frente al 62,5% de las mujeres mayores de 65. En todo caso se constata una mayor brecha absoluta de cuidados en los hombres que en las mujeres. Una hipótesis que permitiría explicar este fenómeno se encontraría vinculada con la brecha de género existente, en sentido inverso, en los cuidados informales en el ámbito familiar: las mujeres mayores cuidan de los hombres en situación de dependencia en una proporción mayor que a la inversa. Por esta razón, las mujeres recurren en mayor medida al SAAD cuando son ellas las que necesitan los cuidados.

Tabla 7

Brecha absoluta de cuidados en España por género, 2024

	Hombres	Mujeres
Población total	4.440.332	5.740.160
Alguna limitación	1.562.997 (35,2%)	2.496.970 (43,5%)
Limitación severa	341.906 (7,7%)	591.236 (10,3%)
PIA total	326.824	798.997
PIA Grado III	123.714	221.482
Brecha (alguna limitación)	79,1%	68,1%
Brecha (limitación severa)	63,8%	62,5%

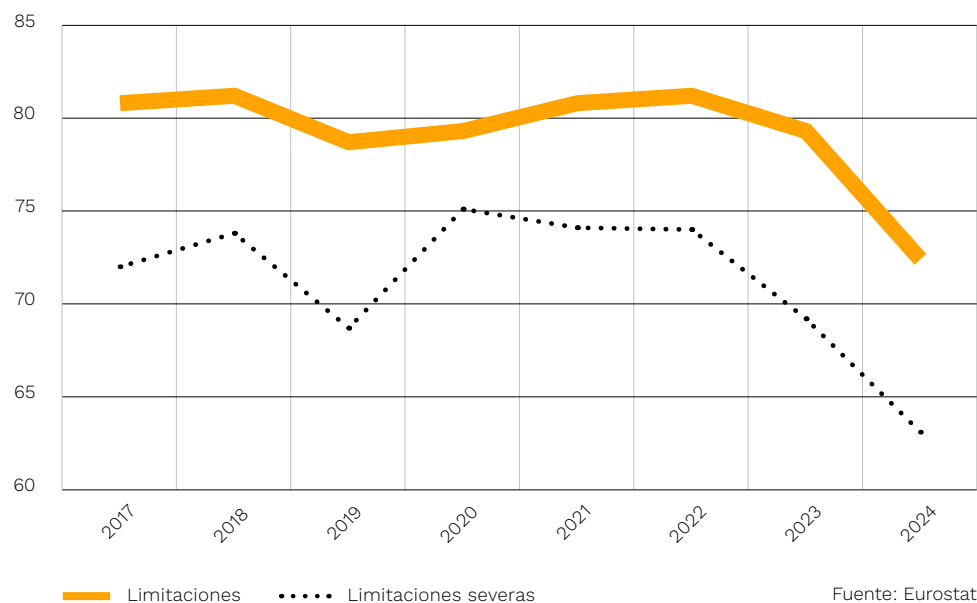
Fuente: Elaboración propia a partir de INE, Eurostat y SISAAD

El gráfico 15, por su parte, presenta la evolución de esta brecha absoluta de cuidados en España durante los últimos años para las personas mayores de 65 años, distinguiendo aquellas que presentan algunas limitaciones en su vida diaria y aquellas para las que estas limitaciones son severas.

Antes de la pandemia, la brecha absoluta de cuidados se situaba en 2019 en el 78,7% de las personas con alguna limitación, y en el 68,7% de quienes tenían limitaciones severas. En ambos casos, este porcentaje aumentó como consecuencia de COVID-19, para volver a reducirse hasta alcanzar el mínimo del periodo en 2024 (72,4% y 63,1%, respectivamente). Es importante señalar que esta reducción de la brecha absoluta de cuidados se produce a la vez que crece también el número absoluto de personas con limitaciones para su vida diaria, dado el patrón demográfico de progresivo envejecimiento. Se debe, por tanto, a un aumento mayor de las personas en situación en dependencia que son atendidas por el SAAD.

Gráfico 15

Evolución de la brecha absoluta de cuidados en personas mayores en España

**Gráfico 16**

Evolución de la brecha absoluta de cuidados en personas mayores en España, según género



El gráfico 16 desagrega esta información por sexo, constatándose tendencias paralelas y el mantenimiento de la mayor brecha para los hombres que hemos señalado antes durante todo el periodo cuando consideramos la población con cualquier tipo de limitación. En cambio, si nos fijamos solo en las personas con limitaciones severas, se observa un mayor de la brecha absoluta de cuidados en las mujeres entre 2019 y 2020, y desde entonces se estrecha notablemente la diferencia por género.

Tanto en hombres, como en mujeres, el porcentaje de personas que declaran sufrir esas limitaciones se redujo durante el periodo 2017-2024: de 8,4% a 7,7% (0,7 puntos) en el caso de los hombres y algo más, de 11,4% a 10,3% (1,1 puntos), en el caso de las mujeres. Sin embargo, mientras que el número de hombres mayores de 65 años con Grado III atendidos por el SAAD se ha incrementado en un 63,5% durante esos años, el de mujeres lo ha hecho en tan sólo un 25,2%. Una

parte de la explicación de este fenómeno puede encontrarse en el mayor descenso en el número de mujeres (-6,7%) atendidas por el SAAD en 2020 en comparación con el de hombres (-0,8).

Al analizar la evolución de la brecha absoluta de cuidados por CCAA nos encontramos con una importante dificultad: Eurostat no ofrece estadísticas sobre el porcentaje de personas sufriendo limitaciones en su vida diaria a nivel regional. Para resolverlo, en la tabla 8 se presentan dos cálculos. En la columna de la izquierda recogemos la brecha de cuidados en cada comunidad autónoma suponiendo que el porcentaje de las personas mayores de 16 años que sufren algún tipo de limitación en su vida diaria es el mismo en todas ellas. En la columna de la derecha se ofrece esa misma brecha, pero calculada como porcentaje de la población potencialmente dependiente (PPD), según la definición y los datos del propio IMSERSO.

La comparación entre ambos cálculos muestra, en primer lugar, que la brecha absoluta de cuidados a nivel nacional sería mayor que el porcentaje de la PPD que se encuentra sin atender por el SAAD (83,0% vs 76,0%). Es mayor también a nivel de todas y cada una de las CCAA.

En relación con la ordenación de las comunidades autónomas vemos, en segundo lugar, que Andalucía, Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunitat Valenciana y Extremadura se encuentran por debajo de la media nacional según ambas mediciones. Por el contrario, Canarias, Cantabria, Cataluña, Ceuta y Melilla, la Comunidad de Madrid, Galicia, La Rioja Murcia y Navarra están por encima de la media en ambos casos. Por último, País Vasco y Asturias estarían por debajo de la media en el primer caso, pero por encima en el segundo.

Tabla 8

Mediciones de la brecha absoluta de cuidados por CCAA, 2024

Prestaciones del SAAD	% población >16 años con alguna limitación	% PPD IMSERSO
Andalucía	81,2%	70,8%
Aragón	81,6%	75,7%
Asturias	82,7%	82,0%
Baleares	85,8%	74,0%
Canarias	89,7%	82,2%
Cantabria	83,4%	81,8%
Castilla y León	71,6%	69,2%
Castilla - La Mancha	79,9%	72,3%
Cataluña	84,2%	78,0%
Comunitat Valenciana	82,8%	74,5%
Extremadura	80,8%	75,3%
Galicia	85,5%	83,6%
Comunidad de Madrid	85,4%	76,2%
Región de Murcia	84,8%	77,0%
Navarra	86,6%	79,7%
País Vasco	82,0%	78,5%
La Rioja	84,0%	77,9%
Ceuta	91,9%	—
Melilla	89,0%	—
Ceuta y Melilla	—	81,8%
Media nacional	83,0	76,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de INE, Eurostat e IMSERSO

Tabla 9

Brecha relativa de cuidados,
según grado de dependencia
(España, % población atendida por el SAAD)

Grado de dependencia	Brecha relativa (%)
Grado I	30,9%
Grado II	26,8%
Grado III	26,7%
Todos los grados	28,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de EDAD 2020

Tabla 10

Brecha relativa de cuidados en España,
según servicio
(España, % población atendida únicamente por el SAAD)

Servicio	Brecha relativa (%)
Asistente personal	46,3%
Personal sociosanitario	42,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de EDAD 2020

3.4

El care gap relativo en España

La brecha relativa de cuidados es, como ya se dijo, el porcentaje de personas que están siendo atendidas por el SAAD, pero con un nivel de apoyo insuficiente. En la tabla 9 se presentan los resultados de su cálculo, diferenciando según su grado de dependencia reconocido.

Para el conjunto, esta brecha se sitúa en el 28,0%, que es ligeramente inferior a la calculada por ejemplo por Grages y Pfau-Effinger (2022), y desciende según la intensidad de la dependencia reconocida. Para el Grado I es del 30,9%; para el II del 26,8%; y para el III del 26,7%. Es decir, la falta de intensidad (o adecuación) de los cuidados recibidos es más acusada para quienes se encuentran en los primeros estadios de la situación de dependencia.

No obstante, hay que realizar una consideración de relevancia: en la encuesta EDAD, a partir de la cual calculamos estos datos, se pregunta por el conjunto de cuidados, tanto formales como informales, que reciben las personas con una dependencia reconocida. Eso implica que, probablemente, haya un porcentaje de aquellas personas que contestan que dichos cuidados sí satisfacen sus necesidades que lo hagan porque los informales estén complementando los cuidados formales que efectivamente reciben. Para tratar de sortear este potencial sesgo, hemos calculado la brecha relativa para quienes sólo reciben cuidados formales del SAAD. Aunque esta es una situación muy particular, es un cálculo que puede resultar de utilidad para aproximar mejor las insuficiencias de la atención formal. Como se ve en la tabla 10, en este caso la brecha es mayor que la calculada para el conjunto de personas en situación de dependencia que reciben cuidados formales y/o informales. Esto, por un lado, es un resultado lógico ya que es esperable que aquellas personas que no complementan los apoyos que le facilita el SAAD con otros cuidados informales tengan mayores dificultades para dar respuesta a sus necesidades diarias. Sin embargo, también estaría

Tabla 11

Brecha relativa de cuidados por CCAA (% población atendida por el SAAD)

CCAA	Brecha relativa de cuidados
Andalucía	37,8%
Aragón	33,3%
Asturias	12,7%
Baleares	—
Canarias	30,5%
Cantabria	14,2%
Castilla y León	19,8%
Castilla - La Mancha	28,4%
Cataluña	32,0%
Comunitat Valenciana	21,7%
Extremadura	23,5%
Galicia	28,1%
Comunidad de Madrid	31,2%
Región de Murcia	27,6%
Navarra	19,7%
País Vasco	13,4%
La Rioja	36,0%
Ceuta	—
Melilla	24,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de EDAD 2020

apuntando a una insuficiencia de la intensidad de los distintos servicios de cuidados formales existentes, o, como mínimo, de aquellos considerados en la encuesta.

De hecho, si se calcula la brecha relativa para quienes sólo reciben cuidados por parte de personas empleadas de hogar, el porcentaje se reduciría al 31,5%. Una posible explicación a esta mejor cifra podría estar vinculada a la mayor intensidad, al menos en horas, de los cuidados que prestan las personas cuidadoras contratadas bajo esa figura.

Para finalizar, hemos calculado la brecha relativa de cuidados por CCAA con el objetivo de tratar de delimitar en qué regiones la insuficiente intensidad o adecuación de los cuidados es más acusada. Hay que advertir, antes de nada, que pueden existir problemas de tamaño muestral suficiente de la EDAD para la población considerada de cara al cálculo (personas atendidas por el SAAD) por CCAA. En la tabla 11 se presentan los resultados obtenidos con el cálculo realizado.

En este caso, la variabilidad de la brecha relativa entre CCAA es mucho mayor que la existente para la brecha absoluta de cuidados. Hasta ocho CCAA sufren una brecha relativa mayor que la calculada para el conjunto del país (28,0%). Ordenándolas de mayor a menor brecha, se trataría de: Andalucía, Aragón, La Rioja, Cataluña, Comunidad de Madrid, Canarias y Castilla-La Mancha, situándose cerca, pero por debajo de la media tanto Galicia como la Región de Murcia.

El resto de CCAA presentarían una brecha relativa de cuidados claramente por debajo de la citada media, destacando cinco que se encontrarían por debajo del 20%. Ordenándolas de menor a mayor en este caso, se trataría de Asturias, País Vasco, Cantabria, Navarra y Castilla y León.

No recogemos los valores correspondientes a Ceuta y Baleares por su carácter excepcional, probablemente como consecuencia de problemas muestrales.

Por último, si se combinan los resultados en términos de brecha relativa y absoluta, es posible delinear tres situaciones diferenciadas en los sistemas de dependencia autonómicos: CCAA que presentan menores brechas tanto absoluta, como relativa (Castilla y León, Asturias y País Vasco, en estos últimos casos en función del indicador elegido para la absoluta); otras que presentan peores valores en ambas dimensiones (Canarias, Cataluña, Comunidad de Madrid y La Rioja); y el resto en situaciones mixtas.

3.5

Algunas reflexiones sobre la evolución del care gap en España

En este capítulo hemos analizado el care gap existente actualmente en España, entendido éste como la brecha derivada de la falta o insuficiencia de los cuidados recibidos por las personas en situación de dependencia respecto a sus necesidades. En particular, siguiendo a la literatura previa, hemos considerado dos tipos de brechas de cuidados: la absoluta (ausencia completa de apoyo público) y la relativa (niveles insuficientes o falta de adecuación del apoyo recibido).

Los resultados obtenidos tanto para el care gap absoluto (72% para el conjunto de la población mayor de 65 años con limitaciones para la vida diaria) y relativo (28% de personas atendidas por el SAAD con cualquier grado) arrojan unas cifras elevadas y similares a otros trabajos previos, como el citado de Grages y Pfau-Effinger (2022).

Una de las contribuciones originales de este capítulo es haber analizado la evolución reciente de la brecha absoluta de cuidados, constatando una tendencia descendente en la misma desde 2017, aunque con distintos vaivenes provocados por el incremento en distintos momentos (en 2018 y durante la pandemia) del porcentaje de personas mayores que sufren limitaciones habituales. A pesar de que en términos absolutos el número total de personas que se enfrenta a dichas limitaciones (también las severas) no está dejando de crecer, la brecha absoluta ha descendido de manera acusada, en especial entre 2022 y 2024 gracias a la intensificación del ritmo de incremento del número de personas atendidas por el SAAD.

En la dimensión de género, hemos constatado una mayor brecha absoluta de cuidados en los hombres que en las mujeres, una tendencia que se ha mantenido

a lo largo del periodo de análisis. Como ya sugerimos, es probable que esta diferencia sea consecuencia de la brecha inversa existente en los cuidados informales en el ámbito familiar, en el que son las mujeres mayores las que cuidan de los hombres en situación de dependencia en una proporción mayor que a la inversa, recurriendo aquéllas en mayor medida al SAAD cuando son ellas las que necesitan los cuidados. Por otro lado, resulta llamativo el menor ritmo de incremento del número de mujeres atendidas por el SAAD respecto al de hombres, especialmente en el caso de las dependencias de Grado III.

Por último, al particularizar el análisis por CCAA hemos encontrado algunos resultados de relevancia también, que, no obstante, hay que tomar con cierta cautela dadas las limitaciones que presentan las estadísticas disponibles para realizar los cálculos de las respectivas brechas. En primer lugar, hay que destacar que las diferencias son más marcadas en la brecha relativa, con una gran dispersión entre unas regiones y otras, que en la absoluta. Por otro lado, hemos combinado ambas brechas para delimitar aquellos sistemas autonómicos de dependencia que se encontrarían en mejor (Asturias, Castilla y León y País Vasco) y peor (Canarias, Cataluña, Comunidad de Madrid y La Rioja) situación en ambas brechas.

En conjunto, es posible afirmar que el SAAD se encuentra dando una mayor respuesta a las crecientes necesidades de cuidados, pero lo hace aún de manera insuficiente, dado el alto nivel en el que aún se encuentran tanto la brecha relativa, como sobre todo la brecha absoluta de cuidados.

La calidad de los cuidados de larga duración

Prestados a través
del SAAD



4.1

Introducción

El objetivo de este capítulo es analizar la calidad de cada una de las prestaciones del SAAD, por un lado, y las características del modelo de cuidados que se ha desarrollado, por otro.

Para lo primero, haremos un acercamiento descriptivo a la estructura y distribución de los servicios y prestaciones económicas de la cartera del sistema para, posteriormente, analizar la intensidad de dichos servicios y las cuantías de las prestaciones. Esto completa el análisis de la “brecha relativa” de cuidados desarrollado en el capítulo anterior, al identificar las insuficiencias que explican que muchas personas que se encuentran atendidas por el SAAD manifiesten sin embargo que no se están cubriendo sus necesidades. Este análisis se centrará en las personas solicitantes de las ayudas de la LAPAD que tienen una resolución administrativa que les reconoce la situación de dependencia (grado), así como el derecho de acceso a una o varias prestaciones del SAAD (PIA). La información se ha obtenido de las estadísticas mensuales oficiales sobre el SAAD, de los informes sobre servicios sociales que periódicamente publica el IMSERSO, de la explotación de microdatos del Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD) y de la macroencuesta, realizada por el Instituto Nacional de Estadística, de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia EDAD 2020.

El segundo objetivo del capítulo, como se ha dicho, será analizar el modelo de cuidados sobre el que actualmente se sustenta el SAAD. La crisis sanitaria, consecuencia de la pandemia de COVID-19, evidenció carencias y realidades que, si bien no eran nuevas, se hicieron visibles ante la dureza de las situaciones vividas. Desde entonces, son relevantes los esfuerzos institucionales para transitar hacia un sistema de cuidados basado en derechos humanos, que sitúe a la persona en el centro de los cuidados desde un enfoque comunitario.



4.2

La importancia de la calidad de las prestaciones y servicios

La pandemia de COVID-19 puso en evidencia los déficits de nuestro modelo de protección social, revelando la gran invisibilidad y los escasos recursos que tenemos para garantizar cuidados de calidad en los hogares y en el entorno natural de las personas. Esto ha situado en el centro del debate la calidad de los cuidados de larga duración, en general, y del SAAD, en particular.

En abril de 2020, personas expertas del ámbito académico, profesionales del sector, asociaciones y ciudadanía en general, suscribieron una Declaración que aboga por un cambio necesario en el modelo de cuidados de larga duración en España (Abellán et. al, 2020). Esta Declaración es una clara muestra de la preocupación del sector por mejorar la calidad de los cuidados a las personas en situación de dependencia.

En el nivel internacional, el Principio 18 del Pilar Europeo de Derechos Sociales, aprobado en 2017, afirma que toda persona tiene derechos a cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad (Comisión Europea, 2017), reforzando no solo el derecho a protección social, sino también la necesidad de transformar nuestro sistema de cuidados de larga duración con la calidad como uno de los objetivos prioritarios. También la Recomendación sobre el acceso a cuidados de larga duración de alta calidad asequibles (Consejo de la Comisión Europea, 2022), a la que nos hemos referido en el capítulo 2, volvió a incidir en la importancia de establecer criterios y normas de elevada calidad para todos los contextos de cuidados de larga duración. Un año después, en noviembre de 2023, el Consejo EPSCO insistía nuevamente en la necesidad de renovar el actual modelo de cuidados, en relación a las características que deben orientarlo. En concreto, señaló que los sis-

temas de cuidados a lo largo de la vida deben transitar hacia modelos de asistencia holísticos, centrados en las personas, basados en la comunidad y con perspectiva de género (Consejo EPSCO, 2023).

En nuestro país, las medidas implantadas en el SAAD para garantizar la calidad de los servicios son aún insuficientes: en ausencia de mecanismos institucionales claros para la evaluación de la atención (Rodríguez-Cabrero, G., Marbán-Gallego, 2022), la garantía de la calidad ha descansado frágilmente sobre la inspección y la acreditación de centros y servicios. En este sentido, la LAPAD establece que la competencia para acreditar centros, servicios y entidades corresponde a las Comunidades Autónomas (art. 16) si bien encomienda al Consejo Territorial la fijación de criterios comunes de acreditación (art. 34.2). Con base en este mandato, el Consejo Territorial aprobó en 2022 un Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD, que, más allá de introducir mejoras en las ratios de personal de los centros y servicios, establece los principios rectores del nuevo modelo de atención: (1) dignidad y respeto, (2) personalización y atención centrada en la persona, (3) participación, control y elecciones, (4) derecho a la salud y al bienestar personal, y (5) proximidad y conexiones comunitarias.

Además, este Acuerdo mandataba la constitución de una ponencia técnica con el objetivo de definir un sistema común de evaluación de la calidad de los servicios del SAAD, con criterios, estándares e indicadores que deberán referirse especialmente a los resultados e impactos de los servicios en las personas y, muy especialmente, en su dignidad y calidad de vida, así como a la calidad del empleo de las personas profesionales encargadas de prestar cuidados.

Otra prueba de que la cuestión de la transformación del modelo de cuidados de larga duración está ganando cada vez más relevancia en la agenda política es la inclusión de esta cuestión en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR), vinculado a los fondos Next Generation EU. Como se mencionó en capítulos anteriores, dicho plan incorpora un componente centrado en la economía de los cuidados y el refuerzo de las políticas de inclusión, que tiene como uno de sus objetivos prioritarios “la transformación del modelo de apoyos y cuidados de

larga duración para facilitar la transición hacia un modelo desinstitucionalizado, la atención centrada en la persona y el desarrollo de servicios comunitarios y de la atención domiciliaria”. En esta misma línea, la Estrategia Estatal de Desinstitucionalización (2024-2030), dirigida a personas con discapacidad, personas mayores en situación de dependencia, niños, niñas, adolescentes en el sistema de protección, jóvenes que han pasado por el mismo y personas sin hogar, supone también una hoja de ruta para la renovación y transformación del modelo de cuidados.

En resumen, existe un consenso profesional generalizado (IMSERSO, 2022), así como numerosos pronunciamientos nacionales e internacionales, sobre la importancia de mejorar tanto la suficiencia como la calidad del modelo de cuidados para las personas en situación de dependencia. Esto se ha traducido en mandatos, acuerdos, recomendaciones, estrategias y proyectos normativos a nivel nacional e internacional, que instan a transformar el sistema de cuidados de larga duración, con la suficiencia y calidad como sus objetivos prioritarios. En todo caso, queda aún un importante camino por recorrer para asegurar dicha atención de calidad en el SAAD, como veremos a continuación.

Tabla 12
Normativa sobre intensidad
del servicio de ayuda a domicilio

Normativa	Horas mensuales		
	Grado III	Grado II	Grado I
Real Decreto-ley 20/2012, de 14 de julio	De 46 a 70	De 21 a 45	Máximo 20
Real Decreto 675/2023, de 18 de julio	De 65 a 94	De 38 a 64	De 20 a 37

Fuente: Elaboración propia en base a la normativa estatal

4.3

Suficiencia de las cuantías de las prestaciones y de la intensidad de los servicios

Hemos analizado en el capítulo anterior la insuficiente cobertura (care gap) de los servicios y prestaciones de nuestro sistema de cuidados de larga duración. Ahora bien, además de esta insuficiente atención, cabe preguntarse si los cuidados y apoyos que se articulan en el ámbito del SAAD son suficientes en intensidad y en cuantía.

4.3.1

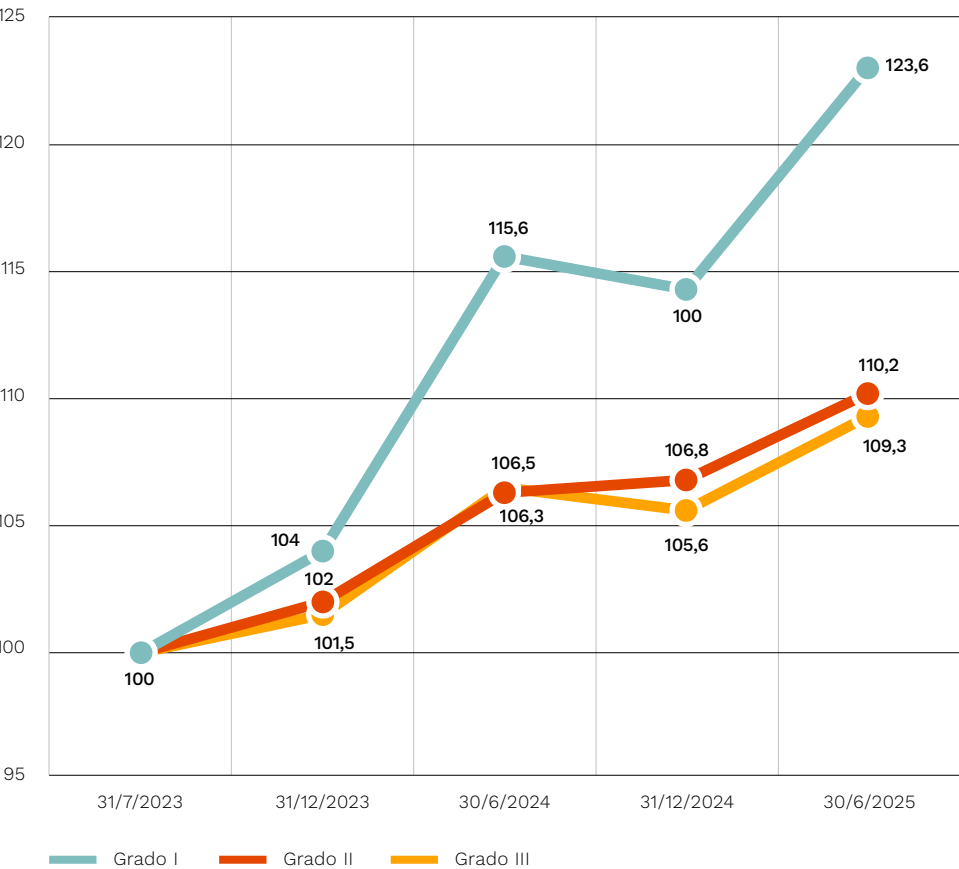
Intensidad del servicio de ayuda a domicilio

La ayuda a domicilio es uno de los servicios más importantes del SAAD. Sin embargo, su modelo organizativo lleva tiempo dando señales de agotamiento. Son dos las principales causas de este problema.

La primera es la baja intensidad horaria del servicio. Los recortes introducidos por el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, redujeron significativamente las horas de cuidados. Tal y como se puede ver en la tabla 12 y en el gráfico 17, la reforma de julio de 2023 desarrolló un aumento de dichas intensidades, consiguiendo un incremento efectivo de las intensidades medias entre un 9% y un 23%. Ahora bien, estos cambios no han logrado revertir por completo los recortes anteriores, fundamentalmente porque se han aplicado a las nuevas resoluciones de PIA, y no de forma retroactiva a quienes ya recibían el servicio en la fecha de entrada en vigor de la reforma. Esto se explica por el potencial incremento del copago que hubiese supuesto un aumento generalizado de las intensidades para los usuarios que ya recibían el servicio en la fecha de entrada en vigor de la reforma.

Gráfico 17

Evolución de la intensidad del servicio de ayuda a domicilio (julio 2023 = 100)



Fuente: elaboración propia a partir de estadísticas del SISAAD

Los datos muestran una intensidad media manifiestamente insuficiente, con 61,7 horas para las personas con grado III, 41,9 horas para el grado II y 18,3 horas para el grado I (tabla 13). Es decir, muchas personas reciben el servicio con intensidades por debajo de los mínimos normativos, reflejando un claro problema de intensidad horaria.

La segunda causa del agotamiento del servicio tiene que ver con el modelo de cuidados sobre el que se sustenta y con la reformulación que requieren estos cuidados en el entorno domiciliario. Esto debe suponer cambios en el rol de las profesionales de los cuidados y la dignificación de sus condiciones laborales (Sancho y Martínez, 2021).

Tabla 13

Intensidad en horas mensuales del servicio de ayuda a domicilio (provisión directa) en función del grado y de las prestaciones que recibe la persona

Número de prestaciones por persona	Grado III	Grado II	Grado I
1	68,51	41,56	18,55
2	64,52	42,71	19,08
3	34,18	23,05	20,03
4	34,58	28,57	22,27
5	34,97	35,27	27,90
Total	61,70	41,94	18,30

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos del SISAAD

4.3.2

Cuantías de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar

En cuanto a las cuantías de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, también fueron sensiblemente reducidas en la reforma de 2012, si bien los cambios normativos de 2023 recuperaron y aumentaron estas prestaciones (tabla 14 y gráfico 18).

Tabla 14

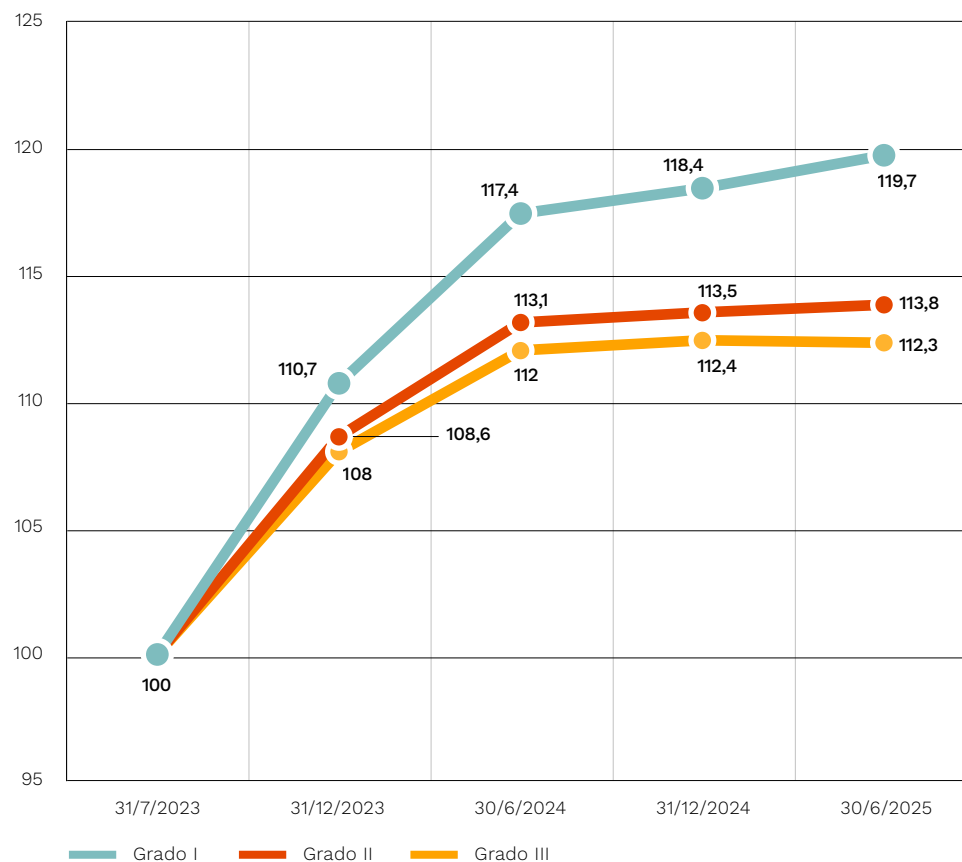
Cuantías máximas y mínimas de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (euros/mes)

Normativa	Cuantías	Grado III	Grado II	Grado I
Real Decreto-ley 20/2012, de 14 de julio	Máxima	387,64	268,79	153,00
	Mínima	—	—	—
Real Decreto 675/2023, de 18 de julio	Máxima	455,40	315,90	180
	Mínima	200	150	100

Fuente: Real Decreto 20/2012, de 13 de julio y Real Decreto 675/2023, de 18 de julio

Gráfico 18

Evolución de las cuantías de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (julio 2023 = 100)



Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas del SISAAD

Sin embargo, y pese a haberse incrementado estas cuantías entre 2023 y 2025, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar no permite sufragar suficientemente los gastos asociados a los cuidados y apoyos que requieren las personas en situación de dependencia que viven en sus casas. De media, una persona con una situación de dependencia en grado III cobra 384,8 euros mensuales (tabla 15). Si tenemos en cuenta que se trata de personas que requieren apoyo continuo y constante para la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria, es evidente que esta cantidad no resulta suficiente en modo alguno.

Tabla 15
Cuantías medias de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar según grado y número de prestaciones que recibe la persona (euros/mes)

Número de prestaciones por persona	Grado III	Grado II	Grado I
1	387,50	281,77	169,53
2	379,44	278,09	183,20
3	349,59	253,27	162,52
4	292,17	203,79	109,69
5	252,38	176,72	94,72
Total	384,80	278,40	171,90

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos del SISAAD

4.3.3

Cuantías de las prestaciones económicas para financiar servicios

En el caso de la prestación económica vinculada al servicio y la prestación económica para asistencia personal, las personas en situación de dependencia tienen que contratar en el mercado el servicio y abonar, por sus propios medios, la diferencia entre la cuantía monetaria que reciben de la administración y el precio en el mercado del servicio que reciben. Por lo tanto, la cuantía que se recibe es un factor determinante, aunque no el único, de la calidad del servicio al que se tiene acceso. En este sentido, la tabla 16 recoge las cuantías medias mensuales en función del tipo de servicio de cuidados que financian y del grado de dependencia de la persona.

Más de 103.000 personas reciben una prestación económica vinculada a la atención residencial. Esta ayuda tiene una cuantía media mensual de 568 euros para personas con grado III, 549 euros para personas con grado II y 430 euros para el grado I. Si comparamos estas cifras con el precio medio de concertación que pagan las administraciones públicas por una plaza residencial para personas mayores en España (1.922 euros mensuales) vemos que las personas en situación de dependencia tienen que asumir entre el 69,9% y el 76,3% del coste. Es decir, entre 1.343 y 1.466 euros al mes. Además, debe advertirse que las personas que contratan de manera individual lo hacen a precios más elevados que la administración, dada su nula capacidad de negociación. También, hay que considerar que los centros y servicios para personas con discapacidad son más caros. Por tanto, estos porcentajes pueden verse incrementados.

En el caso del servicio de ayuda a domicilio el precio de concertación medio por hora, para las personas mayores, es de 16,21 euros. La prestación económica vinculada a este servicio la reciben 67.580 personas. Aplicando la misma lógica, en

Tabla 16

Cuantía de las prestaciones económicas vinculadas a servicios y de asistencia personal (euros/mes)

Tipología de prestación	Grado III	Grado II	Grado I
P.E. Asistencia personal	831,7	562,8	298,4
P.E. Vinculada al servicio ayuda a domicilio	610,5	377,5	238,0
P.E. Vinculada al servicio de atención residencial	568,1	549,0	430,4
P.E. Vinculada al servicio de centro de día	499,6	367,5	264,4
P.E. Vinculada al servicio de promoción	397,5	293,0	257,9
P.E. Vinculada al servicio de teleasistencia	16,1	15,2	15,9

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos del SISAAD

el caso de la prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio, las personas en situación de dependencia financian el 47% si tienen grado III, el 49% para el grado II y el 33,7% para el grado I. Esto supone una aportación mensual de 538, 352 y 120 euros mensuales respectivamente.

Para los centros de día la situación es similar: las 32.124 personas que reciben la prestación económica vinculada deben aportar entre el 49% y el 73,5% del precio, lo que supone entre 471 y 707 euros al mes.

En resumen, la prestación económica cubre solo una parte del precio del servicio al que se vincula, dejando a las personas en situación de dependencia con la carga de asumir la mayor parte del gasto. Un esfuerzo de financiación que personas y familias con rentas bajas no pueden asumir.

4.4

La adecuación del modelo de cuidados a las nuevas demandas de calidad

La segunda cuestión que abordamos en este capítulo es si los cuidados y apoyos que se articulan en el ámbito del SAAD, con independencia de la intensidad de sus servicios y las cuantías de las prestaciones económicas, responden a las necesidades, preferencias y deseos de las personas en situación de dependencia. Si bien el incremento de la intensidad de los servicios y de las cuantías de las prestaciones económicas del SAAD es condición sine qua non para satisfacer las necesidades de las personas atendidas, es imprescindible asimismo transformar cualitativamente el modelo de cuidados de larga duración y, además, ampliar la cartera de prestaciones para que las personas puedan permanecer en su entorno y en su hogar.

Esto implica implementar un mosaico de cambios interrelacionados para articular los cuidados desde el respeto a la dignidad de las personas, con la autonomía como principio, fomentando su independencia y su participación plena en todos los ámbitos de la vida, en igualdad de condiciones con el resto de la población.

4.4.1

La urgente transformación del modelo de cuidados de larga duración

Durante mucho tiempo, las personas en situación de dependencia han sido percibidas por el imaginario colectivo como objetos de atención, en lugar de sujetos titulares de derechos y protagonistas de su propia historia. La LAPAD asocia la dependencia a grupos concretos de población (personas mayores, personas con discapacidad y personas enfermas) y pone el foco en sus limitaciones funcionales, sean estas físicas, mentales, intelectuales o sensoriales. Desde este marco discursivo la dependencia se considera un estado permanente y se asocia a una anomalía individual, sin considerar en modo alguno las limitaciones sociales, es decir, invisibilizando su faceta social (Artiaga, 2021). En consecuencia, el SAAD responde a un modelo médico o rehabilitador, un modelo asistencialista en contraposición al modelo social y con enfoque de derechos humanos que establece, entre otros, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CPDP) (Asís y Barranco, 2010).

Sin embargo, la situación de dependencia es un fenómeno muy complejo, que está condicionado por limitaciones funcionales individuales, pero también, y en gran medida, por limitaciones y restricciones sociales y del entorno en el que las personas desarrollan su vida cotidiana (Asís y Barranco, 2010).

El enfoque de derechos humanos se sustenta en dos pilares fundamentales: el Estado como garante de los derechos y principal responsable de su promoción, defensa y protección, por una parte, y las personas y grupos sociales como sujetos titulares de derechos, con la capacidad y el derecho de reclamar su cumplimiento y de participar activamente en el diseño y planificación de sus cuidados y ser protagonistas de su propia vida. (CIDH, 2018). En esta línea, la atención centrada

en la persona es un enfoque en el que las personas se convierten en el eje central de la organización de los cuidados (Martínez, 2017).

Tanto el enfoque centrado en la persona como el enfoque de derechos van más allá de la mera satisfacción de necesidades que ofrece el modelo asistencialista. Desde estos enfoques los resultados son importantes, pero también lo es la forma en que estos resultados se logran. Cuidar supone atender las necesidades básicas, pero también implica acompañar y apoyar a cada persona para que mantenga su autonomía y autogobierno, para que tome decisiones libres sobre los aspectos importantes de su vida y también sobre las rutinas cotidianas, aunque en ocasiones las decisiones tomadas entrañen riesgos, para que realice sus actividades con los apoyos justos, sin sobreprotección, para que participe en la vida de su comunidad y disfrute de interacciones sociales libremente, en definitiva para que sea protagonista de sus cuidados y desarrolle su propio proyecto de vida. El cuidado debe estar presidido por valores éticos que salvaguarden la dignidad de las personas, reconozcan su diversidad y garanticen el ejercicio de sus derechos, independientemente de la edad, discapacidad, estado de salud, situación de dependencia u otras circunstancias de la persona.

Se requiere, por tanto, que el SAAD invierta la lógica de la atención, desplazando la mirada, más allá de la persona en el plano individual, hacia el entorno social donde la vida se desarrolla (Artiaga, 2021).

En este nuevo paradigma, la personalización de los cuidados es fundamental y, con ella, el fomento del desarrollo de actividades significativas, es decir, aquellas que tienen valor y relevancia para la persona y para su proyecto vital. Esto implica cambios en los roles profesionales, puesto que se requiere un perfil que sea figura de referencia, que no solo conozca personalmente a la persona en situación de dependencia, sino que conozca su entorno cotidiano y que acompañe y asesore a la persona en su relación con la burocracia institucional (Soler et al., 2022). Indudablemente, los bajos salarios, la precariedad laboral, la falta de profesionalización y la insuficiente cualificación en este sector representan un obstáculo para la transformación del modelo de cuidados, tal y como se verá posteriormente en el capítulo 5.

4.4.2
Es necesario
un nuevo modelo
residencial

Según el European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (2012), la cultura institucional se caracteriza por la conjugación de tres factores: el aislamiento de la comunidad y/o la obligación de que las personas vivan juntas, la falta de control de las personas sobre sus propias vidas y las decisiones que les afectan, y la priorización de los requisitos de la organización por encima de las necesidades individuales de las personas. Por tanto, la cultura institucional va más allá del tamaño o de las características arquitectónicas del centro. Implica considerar elementos culturales como la despersonalización, la prestación colectiva de servicios, la rigidez de las rutinas, el trato estandarizado y uniforme, el distanciamiento y aislamiento social, el paternalismo, la falta de autonomía de las personas y la priorización de los intereses de la organización sobre las necesidades y preferencias de las personas. Además, la cultura institucional se caracteriza por una relación asimétrica y un desequilibrio de poder entre quienes cuidan y quienes son cuidados, que puede llegar a generar profundos desafíos y tener consecuencias negativas para el bienestar y la dignidad de las personas en situación de dependencia (Asís, 2023).

En nuestro país podemos afirmar que, en términos generales, el actual modelo residencial del SAAD responde a dicha cultura institucional. Se caracteriza por una red de centros con distintas características en cuanto al diseño arquitectónico, al tamaño del centro y a la propiedad y titularidad de la gestión. El último censo de residencias, publicado por el IMSERSO en 2022, ofrece las siguientes cifras: 5.188 centros residenciales para personas mayores con un total de 381.514 plazas y 1.455 centros residenciales para personas con discapacidad con 49.435 plazas.

La mayor parte de los centros son de titularidad y gestión privada: el 73,8% en el caso de personas mayores y el 78,7% para personas con discapacidad (tabla 17). En el primer caso, dos tercios de los centros privados (65,8%) tienen una finalidad lucrativa y, por el contrario, en el sector de discapacidad, el 93% de los centros privados no la tienen.

Tabla 17
Centros residenciales según
titularidad y tipo de gestión

Tipología de titularidad y gestión	Personas mayores	Personas con discapacidad
Titularidad pública y gestión privada con lucro	8,8%	2,4%
Titularidad pública y gestión privada sin lucro	3,3%	5,2%
Titularidad y gestión pública	14,2%	13,7%
Titularidad y gestión privada con lucro	48,5%	5,7%
Titularidad y gestión privada sin lucro	25,2%	73,0%
Total	100,0%	100,0%

Fuente: IMSERSO Centros residenciales de servicios sociales. Año 2022



Tabla 18
Centros residenciales:
habitaciones según
uso individual o compartido

Tipología de habitaciones	Personas mayores	Personas con discapacidad
Habitaciones de uso individual	43,2%	40,5%
Habitaciones de uso doble	55,6%	48,1%
Habitaciones de uso triple o más	1,2%	11,4%
Total	100,0%	100,0%

Fuente: IMSERSO Centros residenciales de servicios sociales. Año 2022

En el caso de las personas mayores, más de la mitad de las plazas residenciales están ubicadas en centros con un tamaño superior a las 100 plazas y 2 de cada 3 personas mayores viven en centros con más de 75 plazas. Además, 3 de cada 4 personas mayores comparten habitación. El 70,4% lo hacen en habitaciones dobles y el 2,3% en habitaciones triples o con más personas (tabla 18). Estas cifras son similares, si bien algo peores, en el caso de centros para personas con discapacidad, en los que tan solo el 23,7% de las personas disfruta de una habitación individual.

En los centros residenciales de nuestro país predomina una atención protocolizada, estandarizada y uniforme, con escasas oportunidades para que las personas puedan elegir y decidir sobre los distintos aspectos de su vida diaria (horarios rígidos, dónde y con quién comer o cómo pasar el día) con actividades en ocasiones sin sentido para las personas, que llegan incluso a la infantilización, con espacios comunes en los que se custodia a personas que se sientan alineadas (Díaz-Veiga y Sancho, 2013). A todo lo anterior hay que añadir que las precarias condiciones laborales del sector y la falta de reconocimiento social propician la constante rotación del personal que impide el establecimiento de los necesarios vínculos para una atención personalizada y centrada en las personas (Sancho y Martínez, 2021).

A raíz de la crisis sanitaria originada por la pandemia generada por la COVID-19 se han intensificado las voces que reclaman un cambio del modelo residencial, siendo el modelo hogareño, organizado en torno a las unidades de convivencia, la alternativa más extendida para reorientar el modelo y ofrecer la alternativa a las instituciones tradicionales (Sancho y Martínez 2021; Martínez, 2022). El despliegue de este nuevo enfoque de cuidados, que pertenece al marco filosófico de la atención centrada en la persona, se sustenta en diferentes pilares (Gómez y Castro, 2021; Martínez, 2022).

En primer lugar, se respeta la individualidad de cada persona, reconociéndola como un ser valioso y único, con capacidades y con derecho a controlar su propia vida, incluso cuando precise cuidados y apoyos complejos. En consecuencia, no se acepta el uso de sujeciones ni restricciones, ya que atentan contra la dignidad, autonomía, libertad y autoestima de las personas (Comisión cuidado sin sujeciones -SEGG, 2023).

El segundo pilar es la organización de los cuidados a pequeña escala, con cambios ambientales y adecuación de espacios que acerquen los centros a entornos hogareños y familiares. Así, se combinarán zonas de intimidad con otras que fomenten las relaciones interpersonales, dando especial relevancia a la interacción social y al conocimiento mutuo entre las personas residentes, el personal de cuidados y la comunidad.

En tercer lugar, se requiere una transformación a nivel organizacional, personalizando las actividades de la vida cotidiana de manera que tengan sentido para las personas.

El cuarto pilar es el enfoque comunitario, con la consiguiente complementariedad entre los activos comunitarios (voluntariado, servicios sociales, sanidad, asociaciones, comercios, farmacias, etc.) y los recursos especializados (profesionales de distinta índole). Además, se busca la participación del centro y de las personas que viven en él en los espacios y actividades sociales del pueblo o barrio en el que se ubica.

Otro factor clave es involucrar a las personas residentes y, si lo desean, a sus familiares y personas allegadas, en la gobernanza del centro, para adaptar los cuidados a las personas y no las personas a la organización del centro.

El séptimo pilar consiste en la imprescindible mejora de las condiciones salariales y laborales, las ratios, fundamentalmente de personal de atención directa, y del clima laboral.

4.4.3

Una nueva orientación para la asistencia personal

El servicio de asistencia personal tiene su origen en el movimiento de vida independiente para apoyar a las personas con discapacidad física. Se trata de un servicio que presta apoyo para que las personas puedan asistir al trabajo o acceder a las clases que corresponda por sus estudios, pero también para que puedan ir al cine, salir con sus amistades, viajar, ir de compras, o llevar a sus hijas o hijos al colegio como el resto de las personas (Rodríguez, 2011).

Sin embargo, la LAPAD establece como finalidad de la prestación económica para asistencia personal únicamente facilitar el acceso a la educación y al trabajo de la persona en situación de dependencia, así como tener una vida más autónoma

en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. Este enfoque insuficiente deja fuera de la finalidad del servicio la participación en la vida social y comunitaria, algo de especial relevancia en el artículo 19 de la CDPD, excluyendo las actividades instrumentales y las avanzadas. Sin embargo, el acceso a la cultura, el tiempo de ocio o las relaciones sociales son imprescindibles para una vida plena y, por ende, la asistencia personal debe favorecer el acceso a todas estas actividades.

En 2023, el Consejo Territorial aprobó el acuerdo sobre asistencia personal. Entre otras cosas, este acuerdo regula las condiciones de acceso a la asistencia personal: tener más de 3 años de edad y requerir los apoyos para desarrollar un proyecto de vida. Esto quiere decir que la finalidad de la asistencia personal se abre a cualquier tipo de actividad que quiera desarrollar la persona en situación de dependencia. Es evidente que este nuevo y acertado enfoque debe trasladarse al texto de la LAPAD para que alcance su máximo impacto.

4.4.4

Los nuevos servicios que deben introducirse en el catálogo del SAAD

Este nuevo paradigma de los cuidados de larga duración hace inevitable la revisión de la cartera de servicios del SAAD, en las siguientes direcciones:

- Paradigma housing. Uno de los principales cambios estratégicos que se deben introducir en la cartera de servicios del SAAD, reflejada en múltiples textos, es la incorporación de fórmulas alternativas a las residencias tradicionales, alineadas con el paradigma housing (SIIS, 2020; Sancho y Martínez, 2021; IMSERSO, 2022).

Esto implica incluir en la cartera del SAAD servicios como las viviendas colaborativas, también conocidas como cohousing, que se basan en la interdependencia como mecanismo de supervivencia para que la vida continúe (Martín, 2016) y

fomentan relaciones de intimidad, compromiso afectivo y solidaridad que van más allá de los vínculos de afinidad o parentesco (Artiaga, 2021). Este tipo de iniciativas dan respuesta a nuevas lógicas de organización social de los cuidados, alejadas de criterios puramente mercantilistas, que han surgido, en parte, como consecuencia de la falta de corresponsabilidad pública (Martínez-Buján y Díaz-Gorfin-kiel, 2025) y pretenden contribuir al acompañamiento de personas en situación de dependencia desde enfoques locales y comunitarios sin ánimo de lucro.

También existen alternativas residenciales caracterizadas por la separación entre la provisión de cuidados y la provisión de alojamiento o vivienda (SIIS, 2020), como las viviendas asistidas o con cuidados (Martínez, 2022). Estas modalidades han sido ampliamente desarrolladas en otros países y también –en menor medida– en el nuestro, y se encuentran recogidas de hecho en el Proyecto de ley de reforma de la LAPAD. Algunos ejemplos son el extracare housing británico, las viviendas seguras suecas, las viviendas compartidas o de grupo alemanas, las residence autonomie francesas (SIIS, 2020) o las viviendas para toda la vida de Lugaritz en Euskadi.

- **Accesibilidad en la vivienda.** La accesibilidad universal es una condición necesaria para que las personas en situación de dependencia puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones que el resto de la población. Esta accesibilidad, ya sea cognitiva, física o sensorial, se entiende como “la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible”, sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse (Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social).

Es fundamental que la accesibilidad se proyecte transversalmente. Esto significa que se debe considerar en todos los entornos de cuidado, ya sean privados o públicos, y a diferentes niveles: en el entorno físico, el transporte, los sistemas y las

tecnologías de la información y las comunicaciones, y en los servicios e instalaciones de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales.

- **Productos de apoyo.** Estos productos deben desempeñar un papel fundamental tanto para potenciar la autonomía de las personas en situación de dependencia y facilitar la permanencia en su entorno habitual, como para mejorar las condiciones en las que los cuidados se desarrollan, reduciendo el esfuerzo físico y facilitando las tareas más demandantes.

Los productos de apoyo dan respuesta a múltiples necesidades. Algunos ejemplos son: grúas, sillas de ruedas, andadores o bastones para facilitar las transiciones y la movilidad; audífonos o implantes cocleares para mejorar la comunicación; emuladores de ratón o teclados adaptados para posibilitar el uso de equipos informáticos; rampas, barras de apoyo, camas articuladas o domótica para mejorar la seguridad y comodidad en el domicilio, etc.

El Proyecto de ley para la reforma de la LAPAD y de la Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social incorpora al catálogo del SAAD el servicio de préstamo o cesión temporal de productos de apoyo con carácter complementario al resto de prestaciones.

- **Presupuestos personales.** El SAAD necesita importantes cambios que introduzcan agilidad, flexibilidad y personalización en el sistema para favorecer la toma de decisiones informadas, en consonancia con la voluntad, los deseos y las preferencias de las personas. Tres son los principales retos que abordar.

En primer lugar, es fundamental invertir la lógica de acceso a las prestaciones, de modo que el punto de partida sea el proyecto de vida de cada persona y no únicamente el diagnóstico.

Por otro lado, el sistema debe ganar en agilidad. El SAAD se articula en torno a procedimientos administrativos rígidos y complejos, lo que ralentiza tanto el acceso al sistema como realizar cambios en el tipo de prestación recibida. En ambos casos, se requieren resoluciones de PIA que se demoran de manera excesiva, lo que impide la adaptación del sistema a las circunstancias cambiantes de las personas y a las eventualidades que surgen en sus vidas.

Por último, es necesario introducir flexibilidad, de manera que las personas tengan la posibilidad de elegir entre una gama más amplia de servicios compatibles entre sí, que realmente respondan a sus necesidades, preferencias y deseos.

Para dar respuesta a estos y otros desafíos se plantea la inclusión de los presupuestos personales en el catálogo del SAAD. Aunque la prestación puede presentar diversas formulaciones, básicamente consiste en la asignación de un fondo o cuenta económica individual cuya finalidad es la adquisición de servicios de cuidados y apoyos. Este sistema permite que cada persona diseñe su itinerario de cuidados en función de sus necesidades, deseos y preferencias.

Esta prestación tiene su origen en el movimiento de vida independiente de personas con discapacidad en la década de 1970 (O'Brien y Duffy, 2009). Está implantada en el Reino Unido, Francia y Finlandia, con distintas formulaciones, si bien el modelo escocés, introducido a principios de la década de 2010 y conocido como "Self-directed support" es uno de los más avanzados y consolidados. Cabe citar la experiencia pionera en nuestro país liderada por Plena Inclusión, denominada Apoyos autodirigidos (San Román, 2024).

Algunos elementos clave para la incorporación de los presupuestos personales en la cartera del SAAD son:

- 1** La persona no recibe el dinero en efectivo, sino que elabora un plan personal de apoyos, con el acompañamiento de una persona profesional de los cuidados. En el plan se plasman tanto los objetivos que son relevantes para el proyecto de vida de la persona en situación de dependencia, como la composición del conjunto de servicios y prestaciones que va a recibir, con la única limitación del importe económico disponible en su fondo personal.
- 2** La cuantía que cada persona percibe está directamente vinculada con su plan personal de apoyos.
- 3** Los servicios se pueden contratar con profesionales con la debida cualificación o con entidades y empresas que cuenten con la debida acreditación.
- 4** Los estudios que se han hecho revelan totalmente imprescindible articular servicios personalizados y continuados de orientación, acompañamiento y fa-

cilitación para las personas tanto en el acceso a las prestaciones como en su gestión. El estrés que genera la responsabilidad de tener que llevar a cabo la gestión administrativa, la contratación y, en su caso, la gestión laboral de los presupuestos personales es alto.

Los presupuestos personales constituyen una herramienta innovadora que tiene el potencial de transformar positivamente la experiencia de las personas en situación de dependencia. Al otorgarles mayor capacidad de elección y decisión sobre los servicios de cuidados y apoyo que reciben, se fortalece su autodeterminación y se les ofrece mayor control sobre sus propias vidas. Además, esta modalidad de prestación introduce flexibilidad al sistema, favoreciendo una adaptación más ágil a las circunstancias cambiantes de las personas y a las eventualidades que surjan.

La inclusión de los presupuestos personales en la cartera de servicios del SAAD es muy recomendable. Sin embargo, para que puedan alcanzar su máximo potencial, es fundamental abordar al menos tres aspectos clave. En primer lugar, es indispensable que cuenten con un adecuado marco de financiación pública, de modo que las cuantías asignadas sean suficientes para cubrir las necesidades reales de las personas. Asimismo, la disponibilidad de una red de apoyos en el entorno de la persona en situación de dependencia es otro factor determinante a la hora de garantizar el éxito de esta prestación. Por último, es condición necesaria que cada territorio cuente con una red de servicios suficientemente diversificada, que permita a las personas acceder a los servicios que mejor se ajusten a sus preferencias y necesidades. Esto implica no solo la disponibilidad de una amplia gama de servicios, sino también la capacidad de adaptarlos y personalizarlos según las preferencias individuales.

En resumen, los presupuestos personales representan una estrategia prometedora para fortalecer la autonomía y la calidad de vida de las personas en situación de dependencia, siempre y cuando se acompañen de un adecuado marco de financiación, una red de apoyos en el entorno y una oferta diversificada de servicios a nivel territorial.

El empleo formal

La economía
de los cuidados
de larga duración

5



5.1

Delimitación del empleo en el sector de cuidados: actividades y ocupaciones consideradas

En este capítulo y en el próximo tratamos de aproximarnos a los cuidados de larga duración desde la perspectiva de las personas cuidadoras. Queremos saber cuántas personas trabajan en el sector y con qué intensidad, pero también sus características y las condiciones en que desarrollan su actividad.

Siguiendo a Eurofound (2025a) podemos clasificar el trabajo de cuidados desde varios puntos de vista que nos resultarán útiles para esta caracterización (y que resumimos en la figura 1).

Como vemos, un primer criterio fundamental es la diferencia entre el trabajo “remunerado” y “no remunerado” o informal (principalmente en el seno de las propias familias, aunque también puede incluirse aquí el trabajo de cuidados que se hace de manera voluntaria). En este capítulo nos ocupamos del trabajo de cuidados remunerado, mientras que en el próximo capítulo 6 nos ocuparemos del trabajo informal.

A su vez, una parte del trabajo remunerado se realiza de manera no declarada, de manera que no se recoge por completo en las estadísticas oficiales de empleo. Aunque este tipo de informalidad tiene lugar en más sectores de la economía, su incidencia es mayor en el sector de los cuidados. Esto plantea algunos problemas específicos que abordaremos también en el último apartado de este capítulo.

Las tareas remuneradas de cuidados se realizan, por otra parte, con diferentes grados de profesionalización, a menudo coincidiendo con el carácter directo o indirecto de los cuidados.

Como ya hemos señalado en capítulos anteriores, mientras los cuidados directos consisten en la atención a personas que no tienen la autonomía suficiente para realizar algunas tareas por sí mismas, como comer, asearse o desplazarse, la prestación



de cuidados indirectos se refiere a la realización de otras tareas esenciales para el bienestar de las personas, como hacer la compra, cocinar y preparar alimentos, higienizar el espacio, o lavar y preparar la ropa. Atendiendo a esta caracterización de los cuidados, y siguiendo el criterio de la OIT (2024), incorporaremos a las personas trabajadoras del hogar como parte del sector de cuidados, al considerar su tarea como parte de los cuidados indirectos. Aunque no se pueda asignar exactamente qué parte de su trabajo corresponde a cuidados de larga duración, Domínguez et al. (2024) señalan que el 69,4% de las personas trabajadoras del hogar realizan tareas de cuidados de personas mayores y/o en situación de dependencia, el 73,4% refieren hacer tareas de limpieza y el 60,4% otras tareas de hogar (plancha, cocina...). Asimismo, los datos obtenidos de la encuesta sobre Cuidados a dependientes (CIS, 2014), indican que en el 73,9% de los casos la tarea más importante que presta la ayuda a domicilio es la limpieza del hogar; seguida del cuidado de personas con discapacidad, edad avanzada o enfermedad crónica que necesitan ayuda, realizado en el 9,5% de los casos.

Hay que tener en cuenta también que los trabajos de cuidados de larga duración se realizan en diferentes espacios (en el hogar de la persona dependiente y de la persona cuidadora, o en un espacio externo como centros de día o residencias con alojamiento) y con un elevado grado de interdisciplinariedad. Esto implica que el sector incluye numerosos perfiles ocupacionales, que van desde el ámbito sanitario (medicina, enfermería, fisioterapia, psicología) hasta el social (trabajo social, terapia ocupacional).

Considerando todas estas cuestiones y siguiendo también los criterios de otros estudios⁴ se pueden delimitar los empleos remunerados relacionados con el sector de cuidados de larga duración considerando o bien las tareas u ocupaciones que se realizan (según la clasificación de la CNO-11) o bien las actividades económicas en las que se encuadran estos empleos (según la CNAE-09):

- Atendiendo a las ocupaciones, incluimos las siguientes:
 - Auxiliares de enfermería (561).
 - Trabajadoras de los cuidados personales a domicilio (571).
 - Empleadas domésticas (910).

Figura 1

Clasificación del trabajo de cuidados

Remunerado		No Remunerado
Cuidados profesionales Ejemplo: Fisioterapeuta que trabaja en un centro para la atención a personas dependientes.	Cuidados profesionales Ejemplo: Fisioterapeuta que complementa sus ingresos con trabajos a domicilio no declarados.	Voluntariado Ejemplo: Persona voluntaria que reparte comidas a domicilio en un programa benéfico.
Declarado	No Declarado	Cuidados Informales Ejemplo: Persona que cuida a un familiar mayor en casa.
Cuidados no profesionales Ejemplo: Persona que trabaja en un hogar haciendo tareas de cuidados directos o indirectos con un contrato.	Cuidados no profesionales Ejemplo: Persona que limpia la casa de una persona dependiente y cobra dinero efectivo sin declarar.	
Regulado		No Regulado

Fuente: adaptado de Eurofound (2025a)

⁴ Por ejemplo, Eurofound (2020), SEPE (2024), Díaz Gorfinkel y Martínez Buján (2018).

- Atendiendo a las actividades económicas, el sector de cuidados está formado por las siguientes ramas:
 - Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios (871).
 - Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia (872).
 - Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física (873).
 - Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales (879).
 - Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y con discapacidad (881).
 - Otras actividades de servicios sociales sin alojamiento (889).
 - Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico (970).

5.2

La dimensión del empleo remunerado asociado al sector de cuidados en España

Atendiendo al criterio de delimitación basado en las ramas de actividad que hemos señalado y utilizando los microdatos anuales de la Encuesta de Población Activa (EPA)⁵, en 2024 había en España 1.290.568 personas trabajando en el sector de cuidados, lo que supone el 6% del total de personas ocupadas (tabla 1).

El 45,5% del trabajo en el sector corresponde al trabajo doméstico que se realiza en los hogares (mostrando la importancia de incluirlo) el 30% del trabajo se realiza en residencias con alojamiento, incluyendo a las residencias con cuidados sanitarios, y el 24,3% restante se ocupa en otro tipo de establecimientos sin alojamiento o centros de día y servicios de atención a domicilio. Por tanto, si solo se considera a las personas que se ocupan en las residencias, centros de día

y ayuda a domicilio, la dimensión del sector de cuidados supondría en torno al 3% del total del empleo en el país.

Diferenciando por sexos, el 87% de estas personas son mujeres. Esta feminización del sector se hace aún más evidente si tenemos en cuenta que el trabajo de los cuidados supone el 11,1% de todo el trabajo femenino, mientras que solo el 1,5% de los hombres se ocupan en este sector.

El gráfico 19, por su parte, ofrece una comparación temporal de la evolución del empleo en el sector y, dentro de él, las diferentes actividades y el sexo de las personas cuidadoras profesionales.

Tomamos como punto de partida el año 2011, porque es en el que comienza la actual clasificación nacional de ocupaciones (CNO-2011). Además, es el año previo al RDL 20/2012 de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, que introdujo recortes en la financiación del SAAD y modificó el sistema de gestión y de procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, como se ha señalado en el capítulo 2. El año 2014 puede recoger el impacto de estos cambios de este real decreto y de otros como el RDL 29/2012, de diciembre, que reforma la gestión y protección social en el Sistema Especial para Empleados de Hogar. En el año 2017 se amplían los derechos de conciliación y el año 2021 es el anterior al RDL 16/2022 de mejora de las condiciones de empleadas del hogar, con el reconocimiento del derecho a prestación por desempleo, cuyo impacto puede verse en los datos correspondientes al año 2024, que contiene la información completa más reciente.

⁵ Se ha optado por utilizar los datos estadísticos de la EPA para ofrecer una visión panorámica del sector. En otros trabajos consultados se aproxima la distribución ocupacional y sectorial con datos provenientes de registros estadísticos, como pueden ser los de afiliación a la Seguridad Social. La preferencia por trabajar con los microdatos de la EPA se justifica porque permite captar parte del trabajo no regulado al margen de los registros. Asimismo, la información sobre las características sociodemográficas es más completa y permite caracterizar mejor a quienes trabajan en el sector. No obstante, una de las principales limitaciones de trabajar con esta encuesta es que, al descender en el detalle de los datos en un sector relativamente pequeño, la fiabilidad de la muestra se reduce, con lo cual no se pueden realizar todos los cruces deseables (por ejemplo, profundizar en el análisis territorial).

Tabla 19
Personas ocupadas
en los sectores económicos
de cuidados (2024)

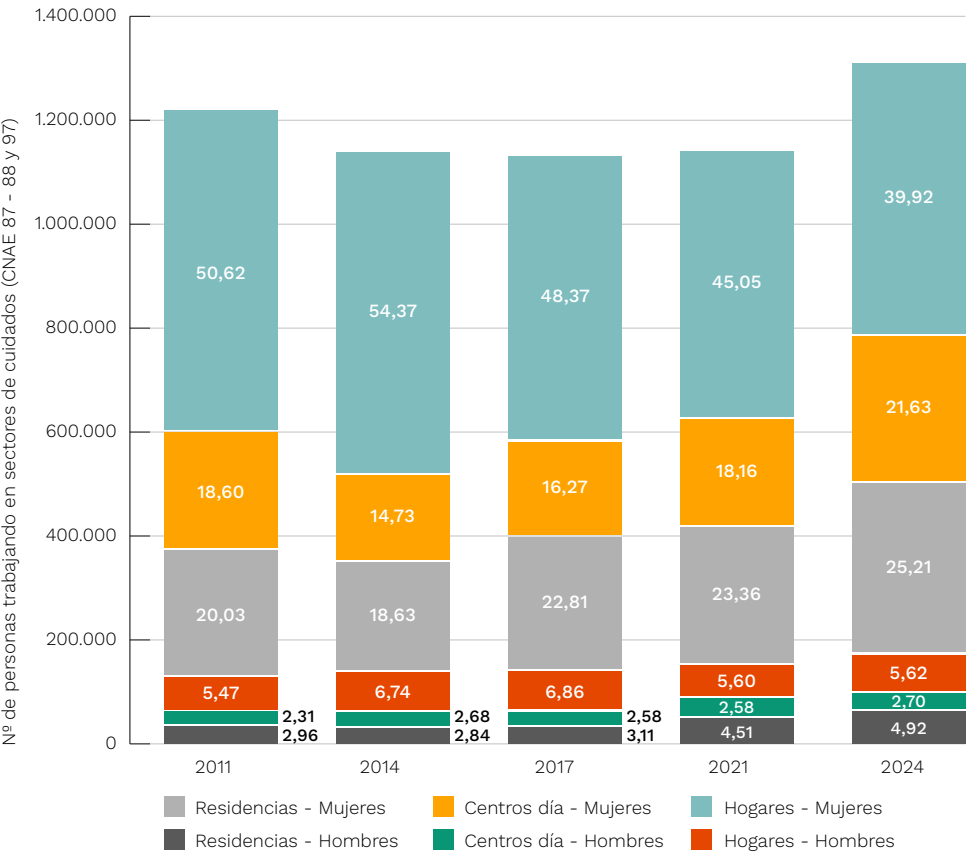
Número de personas	Residencias. CNAE 871+872 +873+879	Centros de día y ayuda a domicilio. CNAE 881+889	Hogares. CNAE 970	Total sector cuidados	%
Hombres	63.524	34.847	72.498	170.868	13,2%
Mujeres	325.425	279.115	515.159	1.119.699	86,8%
Total	388.949	313.962	587.657	1.290.568	100,0%
%	30,1%	24,3%	45,5%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la submuestra anual de la EPA

Entre 2011 y 2024 podemos observar un incremento en el número de personas trabajando en el sector. Las principales características de la distribución por sexo y subsectores se mantienen estables, aunque llama la atención que las personas trabajando en hogares han pasado de superar el 56% a representar el 45,5%. En sentido contrario, se ha ido incrementando la proporción de personas que trabajan en residencias (desde el 23% en 2011 al 30,1% en 2024).

En las residencias y centros trabajan personas que realizan ocupaciones definidas estrictamente como “cuidados” (como pueden ser médicas, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogas, trabajadoras sociales, educadoras sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería y animadoras socioculturales) y otras que realizan otro tipo

Gráfico 19
Número y % de personas trabajando
en los subsectores económicos de cuidados



Dentro de las barras del gráfico se muestran los porcentajes que representa cada sexo en cada subsector respecto del total del año.
Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la submuestra anual de la EPA, año 2024

Tabla 20

Porcentaje de personas que trabajan en el sector de los cuidados según su ocupación y salario medio de cada grupo

Grupos CNO-2011	% personas en el sector cuidados. 2024	Salario medio en €/año 2023. Conjunto economía
A Directores y gerentes	1,5	60.986
B Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza	4,0	38.858
C Otros técnicos y profesionales científicos e intelectuales	6,2	42.997
D Técnicos; profesionales de apoyo	3,0	33.243
E Empleados de oficina que no atienden al público	0,8	28.148
F Empleados de oficina que atienden al público	1,4	22.263
G Trabajadores de los servicios de restauración y comercio	1,9	18.028
H Trabajadores de los servicios de salud y el cuidado de personas	41,3	18.739
I Trabajadores de los servicios de protección y seguridad	0,3	35.215
J Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	0,7	24.551
K Trabajadores cualificados de la construcción, excepto operadores de máquinas	0,9	23.321
L Trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, excepto operadores de instalaciones y máquinas	0,3	26.345
M Operadores de instalaciones y maquinaria fijas, y montadores	0,6	28.852
N Conductores y operadores de maquinaria móvil	0,3	23.536
O Trabajadores no cualificados en servicios (excepto transportes)	36,9	15.277

Se incluyen las personas que trabajan en las ramas sectoriales de la CNAE correspondientes a la asistencia en establecimiento residenciales para personas mayores (871, 872, 873 y 879), actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores (881 y 889) y actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico (970).

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la submuestra anual de la EPA y de la Encuesta Anual de Estructura Salarial (2023).

de ocupaciones que no se definirían como cuidados directos (por ejemplo, tareas de hostelería y restauración, como personal auxiliar de limpieza, planchado, cocina; de mantenimiento, como ayudante de oficios varios, vigilantes, personal de transporte; o tareas de gestión y administración del propio centro)⁶. Esto se refleja en la tabla 20, donde recogemos el peso de las distintas ocupaciones que trabajan en el sector (es decir, cruzamos la información de actividades y ocupaciones).

El grupo más numeroso (41,3% de todas las personas que trabajan en el sector de cuidados) es el de las ocupaciones relacionadas con los servicios de salud y el cuidado a personas (fundamentalmente el grupo 57 CNO). Aquí se incluyen las trabajadoras de los cuidados personales a domicilio. Otro grupo muy relevante es el de trabajadores no cualificados (36,9% del sector). Como se aprecia en la propia tabla, por otra parte, estos son dos de los grupos con menores salarios en toda la economía.

Tras estos dos grupos, a mucha distancia se encontraría el grupo C, que incluye básicamente a psicólogos y psicólogas (código 28 CNO) y que significa únicamente el 6,2% del total de empleos del sector. En este caso, el salario medio de estas ocupaciones es el segundo más alto en el conjunto de la economía.

A partir del volumen de empleo del sector y de la estructura salarial por grupos ocupacionales, tal y como se recoge en esta tabla, la masa salarial asociada al empleo formal en cuidados se situaría en el entorno del 1,7% del PIB.

5.3

Características de las personas que trabajan en el sector

El gráfico 20 presenta la distribución de las personas ocupadas en el sector de cuidados atendiendo a su edad y vemos que la franja de edad más numerosa se sitúa entre los 45 y 54 años, tanto en el caso de las mujeres como de los hombres. Esto ocurre también en el conjunto de la economía, pero la diferencia es que en el sector de cuidados el siguiente grupo más numeroso es el de la edad superior a 55 años, mientras que en el resto de la economía es el de las personas de menos de 35 años.

La edad más frecuente en el sector de cuidados es de 54 años, frente a los 44 del conjunto de la economía en el año 2024. Hace una década, las edades más frecuentes eran, respectivamente, 51 y 39 años.

Por tanto, el sector de cuidados es un sector de mayor edad que la media y que, hasta el momento, no parece atraer a trabajadores y trabajadoras más jóvenes, precisamente debido a las características que tiene el empleo, como se verá más adelante.

En todas las actividades de cuidados se concentran trabajadoras mujeres de más edad, ya que más de la mitad tiene 45 y más años, especialmente en los hogares como empleadores de personal doméstico (CNAE 97). En las residencias y centros de día, donde la profesionalización de los cuidados es mayor, sí parece que se atrae a personas más jóvenes y hay una mayor renovación.

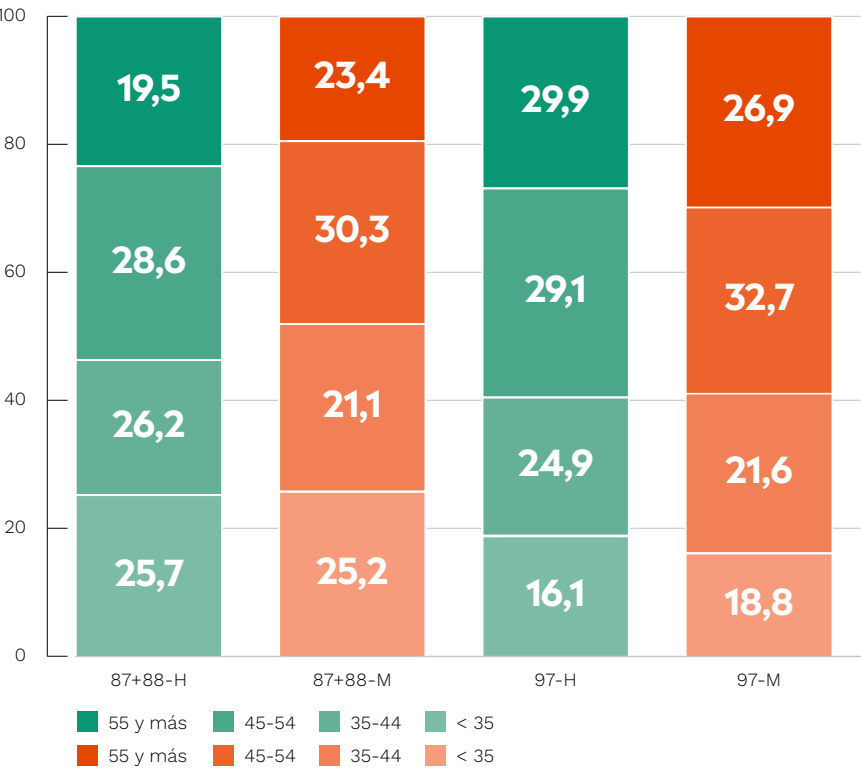
La tabla 21 muestra que un número importante de las personas que trabajan en el sector, el 42,4% de las mujeres y el 44,2% de los hombres, solo tiene cubierta la enseñanza obligatoria (o menos), aunque su peso es mayor en el empleo en los hogares que en las residencias y servicios sociales sin alojamiento.

La formación general es la más habitual entre las personas ocupadas del sector (51%), especialmente en el personal empleado por los hogares, seguida a gran distancia por la formación en salud (15,5%, ocupadas sobre todo en las residencias), servicios sociales (7,1%) y negocios y administración (5,3%).

⁶ Tobío et al. (2010).

Gráfico 20

Distribución de personas ocupadas en sectores de cuidados por grupos de edad y sexo. Año 2024



Se incluyen las personas que trabajan en las ramas sectoriales de la CNAE correspondientes a la asistencia en establecimiento residenciales para personas mayores (871, 872, 873 y 879), actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores (881 y 889) y actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico (970).

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la submuestra anual de la EPA

Tabla 21

Porcentaje de personas ocupadas en el sector de cuidados por nivel de formación alcanzado y sexo. Año 2024

Nivel de formación alcanzado	Residencias, servicios sociales sin alojamiento. CNAE 87+88		Hogares. CNAE 97		Total	
	H	M	H	M	H	M
Enseñanza obligatoria y menos	15,5	13,9	28,6	28,3	44,2	42,2
Segunda etapa de secundaria, bachillerato y FP grado medio	16,9	18,5	12,4	11,5	29,3	30,0
Grados universitarios y FP superior	15,3	14,1	4,0	6,3	19,3	20,4
Posgrado	7,2	6,3	0,0	1,2	7,2	7,4
Total	55,0	52,8	45,0	47,2	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la submuestra anual de la EPA

Por otro lado, se observa también la clara diferencia entre las residencias, donde buena parte del trabajo requiere de una formación previa elevada (como pueden ser las y los profesionales de enfermería y medicina, así como psicólogas, trabajadoras sociales o gerentes y directores de residencias).

Salvo estos casos de profesionales que requieren formación universitaria (medicina, fisioterapia, psicología, trabajo social...) la formación en este sector llega en ocasiones a partir de los certificados de profesionalidad, que combinan ciclos formativos específicos junto con reconocimiento de la experiencia profesional. Dentro de la familia profesional “Servicios socioculturales y a la comunidad” del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, se encuentran varios certificados que permiten la contratación en actividades del sector de los cuidados, como pueden ser los que aparecen en la Tabla 22. Uno de los certificados cuya demanda más ha crecido en términos relativos es el de gestión de llamadas de teleasistencia, que ha pasado de unos 400 contratos en 2015 a casi 3.000⁷ en 2024.

En cuanto a la procedencia o nacionalidad de las personas que trabajan en el sector, el 58,5% tiene la nacionalidad española; el 11,3% tiene doble nacionalidad y el 30,1% restante tiene nacionalidad extranjera. También aquí se observan importantes diferencias de género, ya que mientras el 81% de los hombres tienen la nacionalidad española, este porcentaje se reduce al 68,2% en el caso de las mujeres.

Estas cifras contrastan con el conjunto de la población ocupada, donde el 80% tiene nacionalidad española, el 5% tiene la doble nacionalidad y el 15% nacionalidad extranjera exclusivamente. Atendiendo a la diferencia por sexo, en el conjunto de la economía el 15,2% de los hombres y el 14,5% de las mujeres tienen nacionalidad extranjera. Esta proporción, en el sector de cuidados, se eleva al 16,9% y 51,5%, respectivamente. En definitiva, la proporción de personas migrantes en el sector es considerablemente superior, especialmente en el caso de las mujeres.

Se observa también una gran concentración por áreas de procedencia. El 66% de las personas extranjeras que trabajan en el sector de cuidados son mujeres latinoamericanas, el 5,5% hombres de esa misma región y el 18,2% son mujeres europeas (principalmente de Rumania y Bulgaria, países pertenecientes a la UE, así como de Ucrania).

Tabla 22

Contrataciones en el sector de los cuidados (CNAE 87+88+97) de personas en cuya demanda consta el certificado de profesionalidad indicado

	Nº contratos (2024)
Atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales	40.043
Atención sociosanitaria a personas en domicilio	10.367
Gestión de llamadas de teleasistencia	899
Empleo doméstico	359
Dinamización comunitaria	200

Fuente: Observatorio de las ocupaciones (SEPE)

Apenas hay hombres de procedencia europea en el sector. De África (especialmente de Marruecos) provienen sobre todo mujeres (el 5,7%) frente al reducido grupo de hombres (el 2,1% de todas las personas extranjeras que se ocupan en el sector de cuidados).

De nuevo se observa una gran diferencia entre las personas que se ocupan en las residencias y centros de día frente a las que realizan el trabajo de cuidados como personal doméstico en los hogares, siendo muy superior la proporción de mujeres de procedencia extranjera en este último caso. Esto hace que, en el conjunto del sector de cuidados, la proporción de población extranjera sea el doble que en el conjunto de actividades económicas (tabla 23).

⁷ Incluidos todos los contratos con este certificado de profesionalidad, no solo los correspondientes al sector de cuidados.



En conclusión, esta radiografía del sector permite establecer cuál es el prototipo de persona ocupada en él: principalmente es una mujer (en el 86% de los casos), de 54 años (la edad más frecuente), de nacionalidad española, aunque hay una alta probabilidad de que la procedencia sea de América Latina (el 30% de los casos) y con una formación general (51%) o en áreas de salud (15,7%).

Tabla 23
Proporción de población de procedencia extranjera en el conjunto de la economía y el sector de los cuidados.

Porcentaje sobre el total de población ocupada en cada caso	2011	2014	2017	2021	2024
% población extranjera total	12,6	10,6	11,1	12,0	14,9
Sector de cuidados	36,4	34,1	30,4	27,2	30,1
Residencias y centros de día (CNAE 87+88)	12,6	5,2	8,0	10,0	12,8
Hogares (CNAE 97)	55,0	52,6	48,5	43,9	50,9

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la submuestra anual de la EPA

5.4

Características de los trabajos que engloban los cuidados: midiendo la precariedad en el sector

Existen diferentes dimensiones que miden la calidad de los empleos. Entre otros: los salarios; la estabilidad en el empleo; la parcialidad y la posibilidad de trabajar las horas suficientes para alcanzar un salario que permita vivir dignamente; la distribución de los horarios en jornadas atípicas (fines de semana) o el encadenamiento de turnos de trabajo; la necesidad de compaginar más de un empleo para alcanzar unos ingresos adecuados; los riesgos laborales que conlleven accidentes o enfermedades profesionales; la posibilidad de formarse a lo largo de la vida; o la capacidad para participar en la negociación colectiva (Pérez Ortiz et al., 2020).

Atendiendo a las dimensiones que se pueden observar a través de los microdatos de la EPA, la tabla 24 muestra que las tasas de temporalidad y de parcialidad y la proporción de personas con más de un empleo son mayores en el sector de los cuidados que en el conjunto de la economía.

La tasa de temporalidad se ha reducido en 8,6 puntos en el conjunto de la economía desde la entrada en vigor de la reforma laboral de 2021. Sin embargo, el ritmo de reducción de la temporalidad en el sector de los cuidados es menor, con una disminución de solo 5,6 puntos, a pesar de partir de cifras más elevadas (28,7% frente al 24,8%).

Tabla 24

Precariedad en el mercado laboral (%)

	Total de la economía					Sector de cuidados. CNAE 87+88+97				
	2011	2014	2017	2021	2024	2011	2014	2017	2021	2024
Tasa temporalidad	25,2	24,1	26,6	24,8	16,2	31,6	21,1	26,7	28,7	23,1
Hombres	24,2	23,9	26,3	23,2	13,9	34,9	12,2	27,6	25,4	23,1
Mujeres	26,3	24,3	26,9	26,5	18,6	31,2	23,4	26,6	29,2	23,1
Tasa parcialidad	14,4	16,3	15,4	14,4	13,6	40,2	38,0	40,4	40,3	35,6
Hombres	6,4	8,1	8,1	7,0	7,0	21,4	9,6	20,7	25,6	19,6
Mujeres	24,2	26,0	24,3	23,1	21,2	42,4	45,6	43,3	42,5	38,1
Pluriempleo	2,3	2,3	2,5	2,6	2,8	4,5	3,2	4,2	5,3	5,6
Hombres	2,0	2,2	2,4	2,4	2,5	4,7	1,4	4,6	5,8	5,5
Mujeres	2,7	2,3	2,6	2,9	3,1	2,5	3,6	4,1	5,2	5,7
Jornadas atípicas	41,3	43,2	42,8	40,7	39,1	39,3	33,4	37,4	40,4	36,8
Hombres	41,6	44,6	43,6	41,3	38,8	50,7	25,1	46,4	42,1	36,1
Mujeres	41,1	41,5	41,8	40,0	39,3	38,0	35,7	36,1	40,2	36,9

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la submuestra anual de la EPA

La tasa de parcialidad es mucho más alta en el sector de cuidados (35,6% en 2024) que en el conjunto de la economía (13,6%). Esto significa menores ingresos, a menudo insuficientes para vivir, lo que se refleja en una mayor incidencia del pluriempleo.

Por el contrario, la proporción de personas que trabaja con jornadas atípicas (horarios de tarde o noche, los sábados o domingos, o el trabajo a turnos) es ligeramente más baja en el sector de cuidados en su conjunto. Sin embargo, el trabajo a turnos y durante los fines de semana es más frecuente en el caso de las residencias.

Otro indicador relevante es la elevada incidencia de los accidentes laborales, debido, por ejemplo, al sobreesfuerzo físico sobre el sistema musculoesquelético que provocan dislocaciones, esguinces o distensiones. Como se ve en la tabla 25, el número de accidentes, enfermedades profesionales y patologías no traumáticas⁸ por cada 1.000 personas ocupadas es muy superior en el sector de cuidados que en el conjunto de la economía.

En este caso solo se han incluido los sectores de residencias y atención domiciliaria y establecimientos sin alojamiento, y no el empleo en los hogares. Esto es así, porque estas estadísticas se recogen a través de los partes entregados por las personas afiliadas cubiertas por esta contingencia y las empleadas de hogar no tenían cubiertas todas las contingencias profesionales hasta el RDL 16/2022.

En definitiva, las características del trabajo que se realiza en el sector de cuidados muestran una precariedad superior al conjunto de la economía en la mayoría de los aspectos, aunque la tendencia muestra una cierta mejoría. Esta es lenta en algunas cuestiones (menor ritmo de disminución de las tasas de temporalidad) y más acelerada en otras como el caso de la reducción de accidentes y bajas por enfermedades profesionales (cae en 10,7 puntos frente a la reducción en solo 1,7 puntos en el conjunto de actividades económicas). Aspectos como los menores salarios, la elevada tasa de parcialidad, el mayor pluriempleo o la realización de jornadas atípicas siguen restando capacidad de atracción al sector, dificultando la incorporación de personas jóvenes y con mayores niveles formativos.

Esto es especialmente importante en un contexto en el que las necesidades de empleo del sector van a aumentar por la propia evolución de la población. Por ejemplo, el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 (2024) estima la evolución de la demanda de trabajadoras en el sector de cuidados de larga duración en España, proyectando diferentes escenarios de necesidades hasta 2030. Partiendo de una cifra de 489.900 personas trabajando a finales de 2024 en servicios del SAAD (trabajadoras de atención residencial, en centros de día y de noche, y de ayuda a domicilio) calcula que, en un escenario continuista respecto al grado de cobertura de las necesidades reales –es decir, sin corregir el care gap que hemos mostrado en el capítulo 3– España necesitará 261.000 cuidadoras profesionales más hasta el 2030 (un incremento del 53%). Esas necesidades aumentarían hasta las 414.000 cuidadoras adicionales (un 83% más que en la situación actual) en caso de querer asegurar un escenario de cobertura universal en el que se atienda a todas las personas que lo necesiten, con las actuales intensidades y servicios. Finalmente, si a la cobertura universal se añaden más servicios profesionales y comunitarios, el aumento llegaría hasta 639.400 personas (un 131% de incremento).

Más aún, uno de los desafíos a los que se enfrentan los trabajos de cuidados es que una parte de ellos se sigue haciendo en la economía sumergida, no solo en España. Como señala Eurofound (2025a) esto implica normalmente un deterioro de los derechos laborales de las personas cuidadoras: falta de amparo legal, incluida la protección social en caso de desempleo o enfermedad, o el acceso a una pensión digna; dificultades económicas, ya que normalmente el trabajo no regulado se asocia con una remuneración menor e irregular; problemas de salud física y mental, como ansiedad, estrés y otras afecciones; falta de oportunidades de formación y desarrollo profesional; alto riesgo de explotación y exposición a comportamientos sociales adversos; falta de acceso a la representación de las personas trabajadoras y a los resultados de la negociación colectiva; y aislamiento social.

⁸ No incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales, pero que se deben a la realización del trabajo.

Tabla 25

Riesgos laborales (enfermedades profesionales, patologías no traumáticas y accidentes laborales)

Nº accidentes laborales y bajas laborales por enfermedades profesionales		2017	2021	2024
Sector cuidados	Total accidentes laborales	22.845	22.514	27.173
	87 Residencias	14.099	13.027	15.580
	88 Centros de día	8.746	9.487	11.593
	Enfermedades profesionales	621	767	2.136
	Patologías no traumáticas	253	98	171
	Total	23.719	23.379	29.480
	Total personas ocupadas (sin hogares)	498.827	554.727	702.911
Índice de accidentes y enfermedades profesionales		47,5	42,1	41,9
Total de la economía	Accidentes laborales	515.082	523.800	556.385
	Enfermedades profesionales	21.049	20.381	26.803
	Patologías no traumáticas	4.704	2.378	2.723
	Total	540.835	546.559	585.911
	Total personas ocupadas	18.824.787	19.773.593	21.653.892
	Índice de accidentes y enfermedades profesionales	28,7	27,6	27,1

Fuente: Elaboración propia a partir del Anuario Estadístico del Ministerio de Trabajo y Economía Social



Nota: hay una ruptura de la serie en el año 2016 porque se incorporan como accidentes mortales todos los fallecimientos a consecuencia del accidente de trabajo en el plazo de un año desde la fecha del accidente, independientemente de la gravedad inicial. Asimismo, la serie de estadísticas sobre patologías no traumáticas comienza en 2017.

Igualmente, los derechos de las personas cuidadas también se ven afectadas, ya que no están cubiertas por los requisitos de calidad de los servicios prestados que sí existen en el trabajo formalizado y regulado.

La incidencia de este empleo no declarado se concentra principalmente en los cuidados contratados directamente por parte de los hogares. Según Barrial (2023), las razones aducidas por parte de los empleadores para mantener esta situación están relacionadas con el incremento del coste (seguridad social, salario mínimo) o con la complejidad burocrática, especialmente si la asistencia es por un tiempo limitado al día. Las propias personas trabajadoras pueden pedir también en ocasiones, cuando trabajan solo por horas, que sus empleadores incluyan las cotizaciones a la seguridad social directamente en su salario, por la urgencia en resolver su propia escasez de recursos. Y no hay que olvidar también la elevada presencia en el sector de personas migrantes. En la medida en que se encuentren en situación administrativa irregular, esto les impide formalizar sus acuerdos laborales.

Por esta razón, y teniendo en cuenta que el trabajo doméstico en España supone cerca del 30% de todo el que se realiza en Europa (Oxfam Intermón, 2021) son tan importantes los avances que se han producido recientemente en este campo, como la inclusión explícita de las trabajadoras del hogar en el escudo social aprobado durante la pandemia o la firma por parte de nuestro país del Convenio 189 de la OIT. El Real Decreto-ley 16/2022, para la mejora de las condiciones de trabajo y de Seguridad Social de las personas trabajadoras al servicio del hogar, supuso, por su parte, un cambio radical en el reconocimiento de los derechos laborales de estas personas: se les reconoció el derecho a la prestación por desempleo, eliminando una exclusión histórica; se les incluyó en el Fondo de Garantía Salarial (FOGASA), que cubre indemnizaciones en caso de insolvencia del empleador; se estableció la obligación del contrato por escrito, o la presunción del carácter indefinido de la relación laboral en caso contrario; se equiparó el régimen especial de la seguridad social con el régimen general; y se mejoró la protección frente al despido, eliminando el desistimiento del empleador sin indemnización e incorporando la necesidad de que existan causas objetivables. Finalmente, el Real Decreto 893/2024, por

el que se regula la protección de la seguridad y la salud en el ámbito del servicio del hogar familiar, incorporó la regulación de la prevención de riesgos laborales en el sector. Desde otro punto de vista, la subida del SMI por encima del 60% registrada desde 2019 ha tenido un impacto notable en las condiciones salariales del sector, que es uno en el que el porcentaje de personas afectadas es más elevado.

A pesar de este reconocimiento formal y sus efectos indudablemente positivos para las condiciones laborales de estas personas, Oxfam Intermón (2024, 2025) sigue señalando que aun quedan algunas cuestiones pendientes, y que un tercio de las personas que realizan tareas de cuidados en los hogares siguen sin estar dadas de alta en la Seguridad Social –y, por tanto, no ven materializados estos derechos reconocidos por la legislación–. Este porcentaje es el doble que la media estimada para el conjunto de la economía.

En esta misma dirección, la OIT (2024, cuadro 3) formula algunas recomendaciones concretas para las políticas públicas con el fin de asegurar el empleo decente en el sector de cuidados, que engloba en el marco conocido como “las 5R”: Reconocer, Reducir y Redistribuir el trabajo del cuidado no remunerado; Recomensar (más trabajo y trabajo decente para las personas cuidadoras); y Representación (diálogo social y negociación colectiva).

El empleo informal

El impacto económico del empleo informal en los cuidados de larga duración



6.1

Los cuidados informales y su influencia en la relación de la población con la actividad económica

Los cuidados informales tienen una importancia trascendental en todos los sistemas de cuidados de larga duración. Según la OCDE (2025), el 60% de las personas que reciben cuidados en los países que la integran afirman que estos son únicamente informales, y en torno al 13% de las personas adultas de más de 50 años están involucradas de alguna forma en este tipo de cuidados no remunerados. En el caso de España, la Fundación Pilares ha publicado recientemente los resultados de dos estudios, uno cuantitativo y otro cualitativo, sobre la situación de los cuidados familiares a las personas mayores en España y su evolución, confirmando que siguen constituyendo un elemento clave de la organización social de los cuidados de larga duración en nuestro país (Cañadas-Romero et al., 2024).

Desde un punto de vista económico, una implicación fundamental que tiene esta extensión del trabajo informal de cuidados es la pérdida de fuerza de trabajo por la necesidad que tienen estas personas de atender a familiares o personas residentes en el hogar. Como podemos ver en la tabla 26, según la EPA, en el año 2024 había más de 1 millón de personas que indicaron que o bien no participaban activamente en el mercado laboral (clasificándose como población inactiva) o bien se ocupaban menos horas de las deseadas (contabilizándose entre la población con jornada parcial) alegando responsabilidades de cuidados a familiares (hijos e hijas o personas mayores en situación de dependencia). Esto supone que el 2,7% de la población potencialmente activa (que podría participar en el mercado laboral español) se ocupa de tareas de cuidados que le impiden compaginar totalmente con un trabajo remunerado. Las diferencias por razón de género son evidentes, ya que, de estas personas, más del 90% son mujeres. Aunque en Cañadas-Romero et al. (2024) se reporta un aumento de la corresponsabilidad de



los miembros varones de la familia en este tipo de cuidados, también queda clara la persistencia de la feminización de los cuidados: las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras y, además, asumen la responsabilidad de la organización y gestión de los cuidados.

Considerando el resto de razones que justifican la inactividad (tabla 27) las responsabilidades de cuidados representan un 5,6% de las respuestas (9% en las mujeres y 1,1% en los hombres). Igualmente, para las mujeres, la responsabilidad de cuidados es el primer motivo para no estar disponibles a la hora de incorporarse inmediatamente a un empleo, en un 29% de los casos (tabla 28). Para los hombres, esta razón solo se da en el 10% de los casos, ocupando el cuarto lugar en el porcentaje de respuestas.

Por último, aunque el motivo fundamental que explica, tanto para hombres como para mujeres, por qué se trabajan menos horas es que no se ha encontrado un trabajo a tiempo completo, una diferencia muy clara en este caso es que el 18% de las mujeres indican las responsabilidades de cuidados como la segunda opción, mientras solo el 4% de los hombres trabajan a tiempo parcial por este motivo (tabla 29). Dado que el 72% de las personas que trabajan con una jornada inferior a la completa son mujeres, se observa que hay casi 400.000 mujeres que están dedicando parte de su posible tiempo de trabajo remunerado a tareas informales de cuidados.

Otra forma de observar que el tiempo dedicado a los cuidados limita la participación en el mercado de trabajo remunerado es a través de las excedencias solicitadas debido a cuidado de familiares (personas mayores, menores o personas con discapacidad). En ellas se sigue reflejando la clara feminización de los cuidados, ya que, en conjunto, el 75% de quienes solicitan excedencias en su trabajo por estas causas son mujeres.

En general, desde la Ley de Igualdad de 2007 se viene observando un incremento de las excedencias solicitadas, tanto por parte de mujeres como de hombres. Aun así, la proporción de mujeres sigue siendo muy superior y se ha incrementado la diferencia con los hombres, especialmente hasta 2017. Desde entonces y hasta la pandemia, se han ido reduciendo los permisos solicitados por mujeres de forma más acelerada que los solicitados por hombres, hasta el año 2024, donde se vuelven a incrementar ambos (gráfico 21).

Gráfico 21

Evolución de las excedencias por cuidado de familiares por cada 100.000 personas ocupadas, por sexo

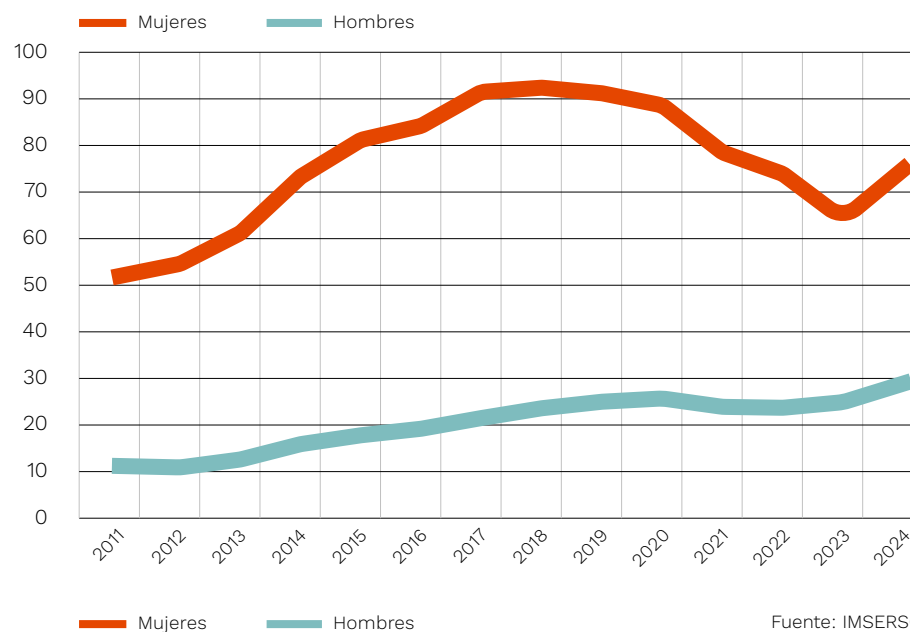


Tabla 26

Número de personas inactivas
y ocupadas que aluden razones
de cuidados, por sexo

Número de personas	2011			2014			2017		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Inactivas	6.174.072	9.234.173	15.408.245	6.415.328	9.144.677	15.560.004	6.630.974	9.281.407	15.912.381
Por responsabilidades de cuidados	22.259	603.373	625.632	28.488	477.433	505.921	33.073	505.909	538.982
Ocupadas	10.152.459	8.268.949	18.421.408	9.442.670	7.901.503	17.344.173	10.266.270	8.558.517	18.824.787
Ocupadas a tiempo parcial	654.448	1.999.316	2.653.764	768.218	2.052.258	2.820.475	828.353	2.079.065	2.907.418
Por responsabilidades de cuidados	15.567	318.328	333.895	7.936	275.280	283.216	14.144	263.921	278.065
Población potencialmente activa (mayor 16 años)	19.032.443	19.809.886	38.842.329	18.774.475	19.740.098	38.514.572	18.803.062	19.851.040	38.654.102
Nº personas responsabilidad cuidados	37.826	921.701	959.526	36.424	752.713	789.137	47.217	769.830	817.047
% personas con responsabilidad de cuidados respecto a la población potencialmente activa	0,2	4,7	2,5	0,2	3,8	2,0	0,3	3,9	2,1

Número de personas	2021			2024		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Inactivas	7.020.166	9.430.866	16.451.032	7.296.435	9.844.749	17.141.184
Por responsabilidades de cuidados	39.695	552.706	592.401	62.671	634.248	696.919
Ocupadas	10.651.729	9.121.864	19.773.593	11.601.420	10.052.472	21.653.892
Ocupadas a tiempo parcial	742.519	2.108.814	2.851.332	814.636	2.136.132	2.950.768
Por responsabilidades de cuidados	16.608	340.775	357.383	35.655	381.710	417.365
Población potencialmente activa (mayor 16 años)	19.270.773	20.383.434	39.654.208	20.209.023	21.356.744	41.565.767
Nº personas responsabilidad cuidados	56.303	893.480	949.784	98.326	1.015.958	1.114.284
% personas con responsabilidad de cuidados respecto a la población potencialmente activa	0,3	4,4	2,4	0,5	4,8	2,7

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la submuestra anual de la EPA

Tabla 27

Razón de inactividad
(2024)

Número de personas	Hombres	Mujeres	Total
Está cursando estudios o recibiendo formación	2.345.527	1.805.549	4.151.076
Otras razones personales	1.433.878	1.506.069	2.939.947
Por enfermedad o incapacidad propia	952.233	1.004.591	1.956.823
Está jubilada	382.373	1.201.509	1.583.881
Cuidado de niños/as o de personas adultas enfermas, discapacitadas o mayores	62.671	634.248	696.919
Otras razones	172.613	476.766	649.380
Otras razones familiares	28.028	325.037	353.064
No hay empleo adecuado disponible	41.482	87.387	128.868
Está afectada por una regulación de empleo	13.421	12.391	25.813
No sabe	12.180	9.404	21.584
Total	5.444.406	7.062.950	12.507.355

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la submuestra anual de la EPA

Finalmente, contamos con los datos de la Tesorería General de la Seguridad Social de las personas que se registran en el convenio especial de personas cuidadoras no profesionales, que son aquellas que se dedican total o parcialmente⁹ al cuidado de un familiar que tenga reconocida la dependencia (tabla 30). El incremento de personas adscritas a este convenio en el año 2019 se debe al RDL 6/2019, por el que el Estado

⁹ Permite compaginar esta cotización a la Seguridad Social con un empleo a tiempo parcial, siempre que la actividad laboral no interfiera con las responsabilidades de cuidado del familiar.

Tabla 28

Razones de no poder incorporarse
a un empleo en los siguientes 15 días (2024)

Número de personas	Hombres	Mujeres	Total
Enfermedad o incapacidad propia	66.190	96.028	162.218
Tener que completar estudios o formación	82.138	67.368	149.506
Responsabilidades de cuidado de hijos u otros familiares	25.687	111.520	137.207
Otras razones	58.464	68.209	126.673
Otras razones personales	17.937	28.211	46.148
Otras razones familiares	6.749	10.826	17.575
Total	257.165	382.163	639.328

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la submuestra anual de la EPA

se hace cargo de la cuota al régimen general de la Seguridad Social (ya que, desde 2013 corría a cargo del cuidador o cuidadora no profesional). En 2024 había cerca de 90.000 personas, muy mayoritariamente mujeres, que o bien trabajan a tiempo parcial o bien se dedican en exclusiva a cuidar –no profesionalmente– de una persona en situación de dependencia, acogiéndose a esta posibilidad establecida en la LAPAD¹⁰.

¹⁰ No se puede profundizar en los datos pues no existen cruces de información que permitan saber qué proporción de las personas que están en el convenio de cuidadores no profesionales tienen también un empleo a tiempo parcial o cuántos de estos cuidadores no profesionales han abandonado su trabajo para dedicarse en exclusiva al cuidado.

Tabla 29

Razones de trabajar a tiempo parcial (2024)

% Sobre total de cada sexo	Hombres	Mujeres
No haber encontrado a tiempo completo (TC)	2.345.527	1.805.549
Responsabilidades de cuidados	1.433.878	1.506.069
Cursos enseñanza o formación	952.233	1.004.591
No querer trabajo a tiempo completo	382.373	1.201.509
Otras razones	62.671	634.248
Otras razones personales	172.613	476.766
Otras razones familiares	28.028	325.037
Enfermedad o incapacidad propia	41.482	87.387
Desconoce el motivo	13.421	12.391
Total	5.444.406	7.062.950

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la submuestra anual de la EPA (INE)

Tabla 30

Personas afiliadas a la Seguridad Social en el convenio de cuidadores no profesionales

Afiliación media a fin de cada año	Hombres	Mujeres	Total	% Mujeres
2017	960	7.566	8.526	88,7%
2018	832	6.716	7.548	89,0%
2019	5.821	48.569	54.391	89,3%
2020	6.577	53.614	60.192	89,1%
2021	7.640	59.546	67.186	88,6%
2022	7.959	61.714	69.673	88,6%
2023	9.105	68.080	77.186	88,2%
2024	10.647	75.675	86.322	87,7%

Fuente: IMSERSO Centros residenciales de servicios sociales. Año 2022

6.2

Cómo valorar económicamente los cuidados informales de larga duración: metodología y antecedentes en la literatura

Para calcular el valor económico de los cuidados informales de larga duración es necesario realizar una estimación en dos etapas.

En primer lugar, se aproximan las horas de trabajo informal que reciben las personas cuidadas. Para ello, podemos utilizar la “Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia dirigida a hogares de 2020” (EDAD 2020) que nos aporta información sobre las horas de cuidados recibidas por persona con discapacidad, pudiendo distinguir entre horas de trabajo profesionales y no profesionales.

En segundo lugar, se imputa un valor monetario a dichas horas, pudiendo utilizarse varios procedimientos alternativos para asignar a estas horas un “precio sombra” (o precio de un bien o servicio no intercambiado en el mercado).

En este apartado, se repasan los principales métodos para la valoración económica de los cuidados informales (las horas y su precio) y se presentan algunos trabajos previos que han abordado esta cuestión desde enfoques alternativos.

6.2.1

La cuantificación de las horas de cuidado informal a partir de la encuesta EDAD 2020

Ciñéndonos a una definición estricta del trabajo informal de cuidados (aquel que no está remunerado y que lo proporcionan personas del entorno de la persona cuidada) la EDAD 2020 nos posibilita dos vías para cuantificarlo.

La primera de ellas consiste tomar como base las horas de cuidados declaradas por las personas con discapacidad. Las personas entrevistadas contestan si reciben cuidados, pudiendo darse la posibilidad de hacerlo por parte de múltiples cuidadores. A la vez, se reportan las horas de cuidados recibidas al día, y su desglose en tres categorías: cuidados prestados por personas del hogar, cuidados prestados por profesionales y cuidados prestados por otras personas. Los cuidados informales se pueden computar como la diferencia entre las horas de cuidados totales declaradas menos las horas de cuidados profesionales.

Si bien este dato ha sido extensamente utilizado para el cálculo de las horas de cuidado informales, es necesario mencionar alguna de sus posibles limitaciones. Por un lado, estamos teniendo en consideración las horas de cuidado recibidas por las personas y, por lo tanto, su percepción sobre el cuidado recibido. Tal y como se definen los trabajos de cuidados –incluyendo los indirectos– cabe la posibilidad de que estos excedan al declarado por la persona cuidada. Por otro lado, y dada la estructura de la encuesta con la que trabajamos, al tomar las horas de cuidados en base a lo declarado por las personas cuidadas perdemos información sobre las horas de cuidado que cada persona cuidadora declara que está prestando.

La segunda de las vías consiste, precisamente, en explotar el módulo de personas cuidadoras principales. En este caso, atendemos a las horas de cuidado declaradas por las personas que lo proporcionan. Esta vía ofrece varias ventajas.

En primer lugar, las horas de cuidados informales vienen determinadas directamente por la identidad de la persona cuidadora, y nos posibilita distinguir cuánto cuidado se está ofreciendo por el colectivo de personas empleadas del hogar. De esta forma, podemos calcular un cuidado remunerado, pero no profesional y, por tanto, menos adecuado.

Entre estas dos opciones, en nuestra estimación nos basaremos en las horas de cuidados reportadas por las personas cuidadas, limitándolas en cualquier caso a un máximo de 16 horas al día.

6.2.2

Los métodos para valorar económicamente las horas de cuidado informal

En general, la literatura se ha centrado en tres tipos de métodos de valoración; los métodos de preferencia reveladas, los métodos de preferencias declaradas y otros métodos (van den Berg et al., 2004).

- En los métodos de preferencias reveladas, se parte de lo realmente observado en relación con el comportamiento de las personas cuidadoras: cuántas horas se dedican realmente a esta tarea. A su vez, estas se valoran de acuerdo con su “coste de oportunidad” (aquel salario al que la persona cuidadora está renunciando por dedicar una hora a las tareas de cuidados) o por su “coste de reemplazo” (el salario del sustitutivo en el mercado más cercano, es decir, el precio que habría que pagar por una hora de “cuidados formales”).

Las principales críticas a estos métodos se centran en que dejan de lado las preferencias de las personas cuidadas y las cuidadoras. En concreto, para el caso del método de coste de oportunidad se argumenta que puede haber cuidadores informales que no hayan tenido relación con el mercado de trabajo, o la imposibilidad

de conocer la preferencia de la persona cuidadora en cuanto al uso alternativo de su tiempo dedicado al cuidado. Por su parte, en cuanto al coste de reemplazo, se argumenta que el valor que el mercado asigna a las tareas de cuidado puede guardar poca relación con el valor de los inputs de dichas tareas.

- Los métodos de preferencias declaradas tratan de recoger los efectos sobre el bienestar individual de las personas cuidadoras. Dentro de este grupo de métodos tenemos el método de valoración contingente y el análisis conjunto (o experimentos de elección).

El método de valoración contingente trata de estimar la variación equivalente y la variación compensadora. La primera, conocida como “willingness to accept”, se refiere al precio por el cual la persona trabajadora estaría dispuesta a aumentar en una hora su tiempo al cuidado. Y la segunda, conocida como “willingness to pay”, recoge el precio que una persona cuidadora estaría dispuesta a pagar para reducir en una hora su trabajo de cuidados.

En cuanto al análisis conjunto, se realizan una serie de preguntas secuenciales a las personas participantes en el experimento, ofreciendo distintos escenarios sobre los que manifiestan sus preferencias.

Ambos métodos han sido criticados por la posibilidad de que las personas encuestadas no sólo tengan en cuenta su bienestar personal, sino también la salud de la persona que cuidan. Además, estos métodos sólo arrojan información sobre la intención de los encuestados, en lugar de los datos reales. En cuanto al segundo, asimismo, las principales críticas se han centrado en la complejidad de las preguntas realizadas.

- Por último, otros métodos proponen medir el coste del cuidado informal con variables que recojan el estado de salud y psicológico de las personas cuidadoras. Por ejemplo, a partir de encuestas a personas cuidadoras se calcula el salario por el que una persona dedicaría una hora al cuidado, manteniendo su bienestar constante. De esta forma, se argumenta, es posible controlar tantos los costes como los beneficios del cuidado informal sobre la persona cuidadora.

Para la valoración monetaria de los cuidados informales, en este capítulo nos basaremos en el método de coste de reemplazo, haciendo uso de los microdatos de la Encuesta Cuatrienal de Estructura Salarial de 2022.

En concreto, y siguiendo lo establecido en el capítulo anterior, como servicio sustitutivo cercano se usará el salario hora para las categorías profesionales 56 y 57 de la CNO-11 (“Trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud” y “Otros trabajadores de los cuidados a las personas”) en los sectores de actividad 87 y 88 de la CNAE-2009 (“Asistencia en establecimientos residenciales” y “Actividades de servicios sociales sin alojamiento”). No consideramos el salario de las personas empleadas del hogar, porque nuestro interés se encuentra precisamente en el salario de los trabajos de cuidados profesionales.

Esta elección de método de valoración se justifica principalmente por dos motivos. En primer lugar, por partir de datos reales frente a intenciones declaradas de las personas cuidadoras. En segundo lugar, porque si bien se han producido sustanciales avances en los métodos de valoración, estos recogen la valoración de dichos trabajos desde un punto de vista individual y subjetivo. Vale la pena recordar que los datos reales recogen el proceso de negociación colectiva por el que se fijan los salarios, lo que supone un proceso muy distinto al que encontraríamos en un mercado de trabajo en el que se negociasen las condiciones laborales de forma individual. Asimismo, la elección del método de coste de reemplazo nos permite establecer unos estándares mínimos que respondan a la valoración que socialmente se acuerde que ha de tener el trabajo de cuidados.

Con todo, se puede argumentar que este método infravalora el trabajo de cuidados informales, por dos vías. La faceta emocional y afectiva, más presente en los cuidados informales y no recogida en el servicio sustitutivo elegido, por un lado; y la existente brecha entre la valoración del trabajo de cuidados en el mercado de trabajo frente a la que socialmente podemos entender que supone si consideramos su papel vital en el desarrollo económico.

6.2.3

Revisión de la literatura reciente sobre el valor económico de los cuidados informales en España

La cuantificación de los cuidados informales en la economía española ha recibido una creciente atención en los últimos años, motivada por el aumento de las personas con necesidades de cuidados de larga duración y el imperativo de conocer la adecuación y suficiencia del SAAD y los sucesivos cambios legislativos.

Oliva-Moreno y Osuna-Guerrero (2009) se centran en el cálculo de los cuidados informales de personas con enfermedades altamente discapacitantes. Para ello, explotan la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud (EDDES) y optan por tomar como coste de reemplazo el salario bruto por hora de los profesionales de la ayuda a domicilio, en base a la información de los convenios colectivos y el dato del salario bruto femenino por hora del subsector «Otras actividades sociales y de servicios prestados a la comunidad; servicios personales», publicado en la Encuesta de Estructura Salarial de 2002. Los autores encuentran que las horas de cuidados informales ascendieron a 2.500 millones al año, lo que supone un valor monetario de entre el 1,55% y el 3,26% del PIB.

Moya-Martínez et al (2014) estiman la evolución del cuidado informal en España comparando los resultados del trabajo de Oliva-Moreno y Osuna-Guerrero (2009) basado en la EDDES-1999 con los obtenidos a partir de la EDAD – 2008. Estos autores toman las horas de cuidados informales a partir de lo reportado por las personas cuidadas y optan por el método de valoración basado en el coste de oportunidad. De acuerdo con sus estimaciones, el cuidado informal en España se situaba en torno al 8% del PIB.

Oliva-Moreno et al (2015) aproximan el valor monetario de los cuidados informales explotando la EDAD-2008 y aplicando tres métodos de valoración: valora-



ción contingente, coste de oportunidad y coste de reemplazo. Estos autores se basan en las horas declaradas por las personas cuidadoras. Para el año 2008, estiman que los cuidados informales ascendieron a 4.193 millones de horas, con un valor monetario entre 23.046 M € y 50.158 M€. Esto es, entre el 1,7% y el 4,9% del PIB.

Del Pozo et al (2020) se centran en estimar los cuidados informales en la economía española teniendo en consideración la importancia de los copagos en dependencia, en base a la EDAD-2008. De acuerdo con su análisis, más del 90% de los cuidados informales recibidos por las familias no son cubiertos por una prestación económica, a pesar de lo establecido en la Ley de Dependencia. En cuanto a las horas de cuidado informal de las personas en situación de dependencia, estiman una cantidad de 3.722 horas al año por persona con dependencia reconocida.

Catalán et al (2023) parten del número de personas dependientes del SAAD y de los datos de la Encuesta Nacional de Salud (2017) para aproximar las horas de cuidados informales. En su estudio, que se centra en personas mayores dependientes, aplican el método de coste de reemplazo para la valoración monetaria. En concreto, explotan los datos de la Encuesta de Estructura Salarial de 2014, tomando como base el salario hora de las categorías profesionales “Trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud” y “Otros trabajadores de los cuidados a las personas”, por un lado, y el SMI por otro. En resumen, los autores estiman que el valor monetario del cuidado informal está entre el 0,6% y el 1,4% del PIB, con más de 4 millones de cuidadores informales.

Costa-Font et al (2022) se basan en la EDAD-2020. Utilizando como coste de reemplazo el SMI y el salario mediano, estiman la valoración monetaria de los cuidados informales entre el 2,3% y el 3,8% del PIB. En un posterior trabajo, Costa-Font et al (2025) aproximan las horas de cuidados informales en base a la Encuesta Europea de Calidad de Vida (2016). De acuerdo con esta encuesta, las horas de cuidado informales ascendían a 1.252 millones al año, sustancialmente por debajo de lo revelado por otros estudios. Así, la valoración monetaria de los mismos se estima entre el 0,5% y el 0,93% del PIB.

Por último, Costa-Font et al (2025) se basan en varias olas de la SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) y aplican el método de valoración en base a indicadores de bienestar. En este caso, la valoración de los cuidados informales se sitúa en el 3,27% del PIB.

La revisión de la literatura pone en evidencia la complejidad en la cuantificación de lo “invisible”. Por un lado, debido la dificultad en encontrar los datos más adecuados para el análisis que se pretende llevar a cabo. Esto se refleja en la disponibilidad de varias encuestas que permiten aproximar los cuidados informales, a pesar de sus respectivas limitaciones. Además, la falta de bases de datos longitudinales imposibilita un análisis de la evolución de los cuidados informales. Por otro lado, cuantificar “lo invisible” resulta asimismo complejo dadas las divergencias existentes en la valoración monetaria en función del método elegido.

6.3.

Resultados de la estimación del valor económico de los cuidados informales y el cierre de la brecha de género.

En este apartado se presentan los resultados que hemos obtenido de la estimación realizada de acuerdo con la metodología y las fuentes que hemos detallado. Para ello, mostramos primero los principales descriptivos sobre las horas de cuidados informales que se obtienen de la EDAD 2020, presentamos después cuatro escenarios alternativos para la fijación del precio sombra de estas horas y, por último, obtenemos y comentamos nuestra estimación del valor monetario de las horas de cuidados informales.

6.3.1

Las horas de cuidados informales en España

La EDAD-2020 fue una encuesta cuyas entrevistas se realizaron entre los meses de abril y agosto del año 2021, y ofrece información sobre las limitaciones de la persona con discapacidad, la composición y renta de su hogar y, por último, un bloque de discapacidades que nos ofrece datos sobre el acceso de la persona a servicios, cuidados formales/informales, situación laboral, educativa, etc. Podemos utilizarla para nuestro estudio, porque la mayoría de personas que tienen reconocida la dependencia tienen una discapacidad. En la propia metodología de la EDAD se apunta que, si bien los conceptos de discapacidad entre la EDAD y la Base Estatal de Personas con Discapacidad (BEPD) no son exactos, existe una elevada probabilidad de que las personas que en la BEPD tenían un certificado de discapacidad reconocido igual o superior al 75% y/o un grado de dependencia del tipo II o III, fuesen también definidas como persona con discapacidad según la EDAD 2020. En cuanto a la interpretación de los resultados por desglose geográfico es necesario tomar con cautela los datos reportados para Islas Baleares, Ceuta y Melilla, al ser la incidencia de “Falta de respuesta” superior a la media nacional con motivo de la pandemia del COVID-19.

La tabla 31 recoge, por territorios, las personas que declaran recibir cuidados en su hogar, ya sea por una persona con la que conviva o una persona que reside fuera del hogar. En primer lugar, encontramos que, de los 4,3 millones de personas con discapacidad, casi el 50% recibe cuidados en su domicilio. Por comunidad autónoma, encontramos una significativa divergencia entre el 55% de personas que reciben cuidados en Galicia y en el País Vasco, frente al 39% en Melilla. En segundo lugar, tal y como esperábamos, las personas que reciben cuidados se concentran en el tramo de mayores de 65, suponiendo casi el 70% en el total nacional.

Tabla 31Principales cifras
de la EDAD 2020

(en miles de personas)

	Personas con discapacidad					Personas con dependencia reconocida							
	Total	De ellas, reciben cuidados				Total	De ellas, reciben cuidados				Grado I	Grado II	Grado III
	Número	Número	%	<65	≥65	Número	Número	%	<65	≥65			
Andalucía	834,88	421,44	50%	34%	66%	195,28	163,18	84%	32%	68%	23%	39%	38%
Aragón	117,74	51,5	44%	27%	73%	24,68	17,74	72%	30%	70%	43%	40%	17%
Principado de Asturias	105,62	48,83	46%	28%	72%	23,29	18,06	78%	38%	62%	29%	37%	34%
Illes Balears	90,64	41,02	45%	35%	65%	22,8	17,44	76%	40%	60%	23%	50%	27%
Canarias	245,51	119,9	49%	41%	59%	54,37	43,82	81%	49%	51%	33%	29%	38%
Cantabria	55,02	26,08	47%	36%	64%	14,79	12,47	84%	40%	60%	32%	26%	41%
Castilla y León	225,96	107,35	48%	25%	75%	55,64	45,5	82%	26%	74%	29%	37%	34%
Castilla - La Mancha	213,2	107,36	50%	33%	67%	49,41	40,92	83%	31%	69%	37%	31%	32%
Cataluña	603,92	306,67	51%	30%	70%	125,04	99,32	79%	27%	73%	37%	40%	23%
Comunitat Valenciana	490,56	228,1	46%	28%	72%	99,25	77,66	78%	31%	69%	36%	33%	31%
Extremadura	110,59	49,74	45%	34%	66%	26,05	20,42	78%	37%	63%	28%	37%	35%
Galicia	298,81	165,47	55%	23%	77%	54,95	46,73	85%	27%	73%	32%	29%	38%
Comunidad de Madrid	510,24	237,52	47%	30%	70%	127,39	98,89	78%	34%	66%	32%	34%	33%
Región de Murcia	153,68	70,94	46%	40%	60%	34,72	26,42	76%	44%	56%	22%	38%	40%
C. Foral de Navarra	48,84	23,82	49%	26%	74%	11,18	9,27	83%	29%	71%	27%	39%	33%
País Vasco	171,77	94,79	55%	29%	71%	50,64	41,92	83%	30%	70%	38%	31%	31%
La Rioja	27,3	14,28	52%	23%	77%	6,87	5,92	86%	24%	76%	31%	40%	29%
Ceuta	5,08	2,41	48%	39%	61%	1,14	0,82	72%	50%	50%	45%	15%	40%
Melilla	8,69	3,38	39%	40%	60%	1,58	1,19	75%	60%	40%	21%	20%	60%
Total	4.318,06	2.120,59	49	31%	69%	979,08	787,69	80%	32%	68%	31%	36%	33%

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la EDAD 2020

Tabla 32

Incidencia del cuidado informal (en miles de personas)

Con respecto a las personas que tienen una dependencia reconocida (979 mil, de acuerdo con la EDAD 2020) el 80% declara recibir cuidados o asistencia en su hogar, con una distribución relativamente equitativa según su nivel de dependencia, a pesar de que existen importantes disparidades entre las CCAA.

En la tabla 32 hemos recogido la incidencia que tiene el cuidado informal dentro del cuidado que reciben las personas con discapacidad. Como podemos observar, el 96% de las personas con discapacidad declara recibir cuidados informales. De forma similar, la incidencia del cuidado informal entre las personas con una dependencia reconocida se sitúa en el 95%.

Como comentamos en el apartado metodológico anterior, el cálculo de las horas informales puede hacerse atendiendo a la perspectiva de la persona cuidada o de la persona cuidadora (en este caso, sólo la principal). La tabla 33 ilustra las cantidades de horas semanales, en millones, que se declaran como recibidas u ofrecidas, distinguiendo en el segundo caso por el tipo de cuidador. De nuevo, fijándonos primero en las personas con discapacidad, nos encontramos con que, de los 150,7 millones de horas de cuidados recibidas, el 85% es informal. En cuanto a las horas de cuidado declaradas por las personas que son cuidadoras principales, vemos que el 94,1% son informales, apenas el 1% proviene de asistentes personales o personal sociosanitario y, por último, prácticamente un 5% recae sobre las personas empleadas del hogar. Una cuestión de re-

	Personas con discapacidad			Con dependencia reconocida		
	Miles de personas	De ellas, reciben cuidados informales		Miles de personas	De ellas, reciben cuidados informales	
Andalucía	421,44	404,36	96%	163,18	152,99	94%
Aragón	51,50	49,55	96%	17,74	15,79	89%
Principado de Asturias	48,83	46,73	96%	18,06	17,21	95%
Illes Balears	41,02	39,99	97%	17,44	16,42	94%
Canarias	119,90	116,32	97%	43,82	42,40	97%
Cantabria	26,08	25,46	98%	12,47	11,96	96%
Castilla y León	107,35	102,18	95%	45,50	43,83	96%
Castilla - La Mancha	107,36	99,58	93%	40,92	36,66	90%
Cataluña	306,67	290,67	95%	99,32	93,84	94%
Comunitat Valenciana	228,10	220,94	97%	77,66	73,75	95%
Extremadura	49,74	47,48	95%	20,42	18,67	91%
Galicia	165,47	161,59	98%	46,73	44,89	96%
Comunidad de Madrid	237,52	232,06	98%	98,89	97,14	98%
Región de Murcia	70,94	67,51	95%	26,42	25,61	97%
C. Foral de Navarra	23,82	22,40	94%	9,27	8,69	94%
País Vasco	94,79	90,59	96%	41,92	39,38	94%
La Rioja	14,28	13,46	94%	5,92	5,43	92%
Ceuta	2,41	2,18	90%	0,82	0,59	72%
Melilla	3,38	3,30	98%	1,19	1,11	93%
Total	2.120,59	2.036,35	96%	787,69	746,37	95%

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la EDAD 2020

levancia es que el peso del cuidado informal cae a medida que aumenta el grado de discapacidad.

La tabla 34 recoge la información de la tabla anterior, pero segregada por comunidad autónoma. Después de Melilla, donde el cuidado informal tiene un peso del 95,2%, las comunidades autónomas de Cantabria y Galicia se encuentran en la 2º y 3º posición. En contraposición, la Comunidad Foral de Navarra y La Rioja tienen la menor incidencia de cuidado informal, con un 72,1% y un 75,8%, respectivamente.

Por último, la tabla 35 recoge el promedio de horas semanales por persona declarada como cuidadora principal, mostrando los resultados con restricción superior a las 16 horas semanales y eliminando dicha restricción. Además, la tabla nos aporta información sobre la composición del colectivo de personas cuidadoras principales. Atendiendo al sexo, no se aprecian significativas diferencias en las horas dedicadas al cuidado (73 frente a 59), aunque se observa cómo el cuidado es llevado a cabo principalmente por mujeres (60% de las cuidadoras principales).

Otra característica es la diferencia en la carga de los cuidados en función del lugar de residencia de la persona que es cuidadora principal. Así, encontramos una diferencia de 28 horas semanales de cuidado entre las personas que residen en el hogar y aquellas que no. A pesar de ello, el promedio semanal de horas de cuidado de quienes no residen en el hogar alcanza una jornada laboral a tiempo completo (39,5 horas).



Tabla 33
Horas de cuidados en función de quién reporta y el nivel de dependencia

	Millones de horas de cuidado declaradas por la personas cuidadas			Millones de horas de cuidado declaradas por la persona cuidadora principal			
	Total	De las cuales informales		Total	Informales	Empleadas del hogar	Profesional
Grado I	16,8	13,8	82,2%	11,2	93,3%	5,5%	1,1%
Grado II	24,7	19,8	79,9%	16,2	95,1%	3,9%	1,1%
Grado III	26,3	20,7	78,9%	18,2	93,6%	5,3%	1,0%
No/NC	82,9	73,6	88,8%	57,1	94,1%	4,9%	1,0%
Total	150,7	127,9	84,9%	102,6	94,1%	4,9%	1,0%

Nota: Los cuidados informales de los cuidadores principales son aquellos que proveen los familiares y otras personas. En la categoría profesional se engloban los cuidados de asistentes personales y profesionales sociosanitarios.
Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de EDAD 2020

Tabla 34

Horas de cuidados en función
de quién reporta y CCAA

	Millones de horas de cuidado declaradas por la personas cuidadas			Millones de horas de cuidado declaradas por la persona cuidadora principal			
	Total	De las cuales informales		Total	Informales	Empleadas del hogar	Profesional
Andalucía	29,2	24,9	85,4%	21,1	95,5%	2,9%	1,6%
Aragón	3,5	3,0	85,7%	2,4	89,9%	7,9%	2,3%
Principado de Asturias	3,8	3,3	86,0%	2,4	96,0%	1,7%	2,3%
Illes Balears	3,4	2,9	85,2%	2,1	88,7%	11,3%	0,0%
Canarias	9,7	8,4	86,7%	7,0	97,7%	1,7%	0,6%
Cantabria	1,9	1,7	88,9%	1,4	97,3%	2,5%	0,2%
Castilla y León	7,8	6,7	86,0%	5,1	92,4%	6,5%	1,1%
Castilla - La Mancha	7,9	6,3	80,1%	4,8	95,2%	4,2%	0,6%
Cataluña	20,5	17,2	83,7%	13,9	92,7%	6,4%	0,9%
Comunitat Valenciana	16,2	14,0	86,4%	10,5	93,1%	6,4%	0,5%
Extremadura	3,0	2,5	82,4%	2,1	92,5%	5,5%	1,9%
Galicia	10,7	9,4	88,1%	7,3	97,9%	2,0%	0,1%
Comunidad de Madrid	17,9	15,2	85,0%	12,6	93,7%	5,4%	0,9%
Región de Murcia	4,6	3,8	83,4%	3,1	89,6%	8,6%	1,8%
C. Foral de Navarra	1,9	1,4	72,1%	1,2	90,6%	6,7%	2,7%
País Vasco	7,0	5,8	83,4%	4,7	91,8%	7,3%	0,9%
La Rioja	1,2	0,9	75,8%	0,6	90,0%	8,8%	1,1%
Ceuta	0,2	0,2	83,7%	0,1	93,6%	1,7%	4,8%
Melilla	0,3	0,3	95,2%	0,2	93,7%	4,8%	1,5%

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de EDAD 2020

Tabla 35

Promedio de horas de cuidados semanales por cuidador principal

		Horas semanales		Personas	% de personas
		Sin restringir	Restringido		
Por sexo	Hombre	72,9	58,9	601.939	28,4%
	Mujer	73,2	59,0	1.256.509	59,3%
	NC	90,2	71,0	262.139	12,4%
Por lugar de residencia	Reside en el hogar	85,1	67,4	1.434.476	67,6%
	No reside en el hogar	45,5	39,5	668.817	31,5%
	NC	77,9	59,3	17.295	0,8%
Por cuidador principal	Familiar	76,9	61,8	1.857.883	87,6%
	Mujer o pareja	80,8	63,5	335.817	15,8%
	Marido o pareja	78,1	61,6	282.771	13,3%
	Madre	89,6	71,5	189.029	8,9%
	Padre	88,9	71,4	34.213	1,6%
	Hija	75,2	60,7	538.371	25,4%
	Hijo	67,3	56,2	264.606	12,5%
	Otro familiar	69,6	57,2	213.075	10,0%
	NC	37,7	29,3	13.938	0,7%
	Otros	65,4	50,7	34.302	1,6%
	Empleada del hogar	58,9	49,6	139.874	6,6%
	Profesional	33,1	26,4	74.591	3,5%
	Socio-sanitario	21,9	17,9	45.202	2,1%
	Asistente	51,7	40,6	29.389	1,4%
	Total	74,5	60,0	2.120.588	100,0%

En último lugar, nos centramos directamente en la relación de los cuidadores y cuidadoras principales con la persona con discapacidad. De los 2,1 millones, el 87,6% de las personas cuidadoras son del entorno familiar de quien recibe los cuidados, destacando el papel de las hijas, con un 25,4%, seguido de las mujeres o parejas, con un 15,8%. En conjunto, hijas y parejas femeninas suponen el 41,2% de las personas cuidadores principales, frente al 25,8% que suponen los hijos y las parejas masculinas. A ello se le suman unas jornadas más largas para las mujeres. Esto refleja dos cuestiones principales. En primer lugar, el papel central de la familia en la provisión de cuidados en los hogares con personas con discapacidad. Y, en segundo lugar, el desigual reparto de estos cuidados entre hombres y mujeres.

En cuanto al cuidado remunerado, nos encontramos con que el promedio de las jornadas de las personas empleadas del hogar asciende a las 50 horas semanales, frente a la jornada laboral a tiempo completo de asistentes personales y la menos de media jornada del personal sociosanitario (18 horas semanales).

En definitiva: ha quedado evidenciada la elevada incidencia del trabajo de cuidados informales, tanto a las personas con discapacidad como para aquellas con una dependencia reconocida. Asimismo, se ha reflejado su desigual reparto por género. En términos anuales, las horas de cuidado informal declaradas por las personas cuidadas asciende a 6.665,3 millones al año, lo que es equivalente a 3,2 millones de puestos de trabajo a tiempo completo.

6.3.2

Elección del precio sombra para las horas de cuidados informales

Como señalamos más arriba, aplicamos el método del coste de reemplazo para la valoración monetaria de estas horas de cuidados informales. Para ello, utilizamos los microdatos de la Encuesta Cuatrienal de Estructura Salarial de 2022 y planteamos cuatro escenarios alternativos¹¹:

- 1 Salario por hora promedio de las ocupaciones “Trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud” y “Otros trabajadores de los cuidados a las personas”. Se sitúa en 9,59 euros/hora.
- 2 Salario por hora promedio de las ocupaciones anteriores controlando por los sectores de actividad de los cuidados “Asistencia en establecimientos residenciales” y “Actividades de servicios sociales sin alojamiento”. Se sitúa en 8,14 euros/hora.
- 3 Salario por hora que cierre la brecha de género del escenario (1). Se sitúa en 10,58 euros/hora.
- 4 Salario por hora que cierre la brecha de género del escenario (2). Se sitúa en 8,73 euros/hora.

Los escenarios propuestos pretenden dos cosas. En primer lugar, recoger lo mejor posible el precio del sustitutivo más cercano que se encuentre en el mercado. Por este motivo, controlamos por sector de actividad a la hora de tomar el salario hora. Es interesante mencionar la elevada dispersión de los salarios hora sólo considerando las categorías profesionales. Por ejemplo, el salario medio para esas ocupaciones en el sector de Actividades deportivas, recreativas y de entretenimiento es de 17,52 euros/hora.

En segundo lugar, controlando por ocupación y por sector de actividad, es decir a igualdad de condiciones, no entendemos que haya ningún factor que justifique la discriminación salarial de género. Por ello, los escenarios (3) y (4) plantean la valoración del trabajo de los cuidados contemplando el cierre de la brecha salarial de género (es decir, utilizando el salario masculino).

6.3.3

Resultados de la estimación

La tabla 36 recoge el valor monetario de los cuidados informales por comunidad autónoma para cada uno de los escenarios propuestos.

Como podemos ver, los cuidados informales suponen entre un 3,6% y un 4,7% del PIB. Si restringiésemos el ejercicio al cómputo de los cuidados informales entre las personas con grado de dependencia reconocida, tendríamos un total de horas de cuidado al año de 2.826 millones lo que supondría un valor monetario de entre el 1,4% y el 1,9% del PIB.

Estas cifras se encuentran dentro del margen de estimaciones del cuidado informal para la economía española que vimos en la revisión de la literatura previa.

El escenario más preciso, que sería el escenario (4), sitúa el impacto económico del cuidado informal en un 3,9% del PIB, lo que implica que el cierre de la brecha salarial de género para las personas cuidadoras informales tan sólo supondría un 0,3% del PIB.

Es preciso recordar que el ejercicio realizado no ha podido tener en consideración el papel del cuidado afectivo y emocional que, sin duda, juega un papel vital en la socialización de las personas con discapacidad y/o dependencia y, en definitiva, en su bienestar. De igual manera, tampoco se incluyen en la encuesta las tareas de organización y supervisión del cuidado.

¹¹ Para llevar a cabo los cálculos se han actualizado los salarios hora a euros de 2024.

Tabla 36

Valor monetario de los cuidados informales

(al año, millones de euros)

	Horas de cuidados informales	Escenario (1)	Escenario (2)	Escenario (3)	Escenario (4)
Andalucía	1.299,37	13.171,19	11.179,72	14.530,89	11.990,05
Aragón	155,96	1.580,88	1.341,85	1.744,08	1.439,11
Principado de Asturias	171,15	1.734,83	1.472,53	1.913,93	1.579,26
Illes Balears	150,98	1.530,46	1.299,06	1.688,46	1.393,22
Canarias	439,29	4.452,89	3.779,62	4.912,58	4.053,57
Cantabria	89,74	909,64	772,10	1.003,54	828,06
Castilla y León	349,72	3.545,01	3.009,00	3.910,97	3.227,10
Castilla - La Mancha	329,52	3.340,19	2.835,16	3.685,01	3.040,65
Cataluña	894,91	9.071,33	7.699,76	10.007,79	8.257,85
Comunitat Valenciana	728,95	7.389,14	6.271,91	8.151,94	6.726,50
Extremadura	130,49	1.322,77	1.122,77	1.459,32	1.204,15
Galicia	491,35	4.980,63	4.227,56	5.494,80	4.533,99
Comunidad de Madrid	791,07	8.018,82	6.806,38	8.846,63	7.299,72
Región de Murcia	199,41	2.021,33	1.715,71	2.230,00	1.840,06
C. Foral de Navarra	72,16	731,44	620,84	806,94	665,84
País Vasco	303,05	3.071,92	2.607,44	3.389,04	2.796,44
La Rioja	46,93	475,76	403,83	524,87	433,09
Ceuta	7,85	79,52	67,50	87,73	72,39
Melilla	13,41	135,89	115,35	149,92	123,71
Total	6.665,30	67.563,65	57.348,08	74.538,42	61.504,76
% PIB		4,2%	3,6%	4,7%	3,9%

Fuente: Elaboración propia con microdatos de EDAD 2020, de la Encuesta de Estructura Salarial 2022 y de Contabilidad Nacional Trimestral

También es importante señalar que se ha estimado un volumen de horas diarias de cuidado proporcionado por el entorno familiar que fuese indicativo de una buena conciliación. Esto se ha tratado de aproximar utilizando la información sobre problemas laborales, personales y sociales de las personas cuidadoras principales en el hogar. Sin embargo, la elevada dispersión de los resultados no ha permitido establecer un nivel de horas de cuidado familiar deseado factible. Con esto se pretende aclarar que, si bien el ejercicio realizado monetiza todo el trabajo informal, lo que se persigue es su puesta en valor y la necesidad de que éste no suponga trabas profesionales ni personales.

Los resultados que hemos obtenido revelan que los cuidados informales suponen un porcentaje abrumador sobre los cuidados totales, independientemente del colectivo estudiado o su comunidad autónoma. Además, han quedado de manifiesto las extensas jornadas laborales de las personas cuidadoras (60 horas semanales en promedio para el total), así como la mayor carga que sigue recayendo sobre las mujeres (que suponen el 60% de las cuidadoras principales).

En cuanto a la evolución, los agregados del cuidado informal apuntan en una dirección clara. Si comparamos el volumen de horas de cuidados informales con el resto de estimaciones presentes en la literatura nos encontramos con un aumento sustancial. Esto es de esperar, como consecuencia del envejecimiento poblacional. Por ejemplo, mientras que las estimaciones de horas de cuidados informales para el año 2002 se sitúan en los 2.500 millones, las horas reveladas por este estudio se sitúan en los 6.665 millones. En cambio, aunque los estudios no sean perfectamente comparables, el peso de los cuidados informales sobre el PIB se encuentra en una horquilla similar a los resultados de la literatura, explicándose las diferencias por los distintos métodos de valoración y porque los colectivos objeto de estudio en cada artículo no son idénticos.

Con todo, el ejercicio realizado nos aporta un valor monetario a la brecha de cuidados total de la economía española, complementando así la discusión sobre el care gap recogida en el capítulo 3.

6.4

Las necesidades de las personas que realizan cuidados informales y las políticas públicas para apoyarlas

Ha quedado claro a lo largo de todo el informe que los cambios demográficos, y particularmente los aumentos en la edad media de la población y su longevidad, así como el aumento de la cronicidad, se traducen en una mayor demanda de cuidados de larga duración que no está siendo plenamente atendida por los sistemas formales de cuidados. Por otra parte, estos cuidados en el seno de las familias también responden al deseo de la mayoría de las personas mayores a permanecer en el hogar. Todo esto aumenta la presión sobre los cuidados informales, cuya disponibilidad se ve limitada además por los cambios sociales en las estructuras familiares, como su menor tamaño, o la creciente incorporación laboral de las mujeres, que son quienes siguen asumiendo la parte principal de estos trabajos no remunerados.

Por tanto, además de reforzar los sistemas formales de cuidados con un enfoque de derechos, es fundamental comprender las necesidades de quienes proveen cuidados informales en el seno de las familias y abordarlas con políticas adecuadas. Particularmente, la conciliación entre trabajo remunerado y cuidado informal es un asunto de creciente importancia social, personal y económica.

Eurofound (2025b) ofrece un enfoque global sobre estas necesidades y las principales políticas públicas desplegadas en los países europeos, que se resume en la tabla 37.

Como se ve, las dificultades a las que se enfrentan las personas que participan en tareas de cuidados informales empiezan con la falta de reconocimiento de su labor, tanto en términos oficiales como de valoración social. Muchas veces, estas tareas se mantienen invisibles, lo que conlleva una falta de conciencia sobre las necesidades de apoyo que conllevan los cuidados informales.

Tabla 37

Necesidades de las personas que prestan cuidados informales y políticas para apoyarles

Necesidades	Políticas
Reconocimiento	Disponer de documentos oficiales con una definición clara de los cuidados informales y estrategias políticas para apoyarlos. Hacer visibles sus costes económicos.
Conciliación y redistribución	Políticas para asegurar la corresponsabilidad de los cuidados y reducir la brecha de género.
	Políticas para facilitar la conciliación de los cuidados y el trabajo.
Protección social	Cubrir cotizaciones al sistema de pensiones y otros sistemas de protección debidos a las tareas de cuidado informal.
Ingresos	Ayudas financieras para cuidadores informales.
Servicios públicos de apoyo	Mejorar el acceso a los servicios de respiro familiar, centros de día y atención domiciliaria. Desarrollar estrategias de desinstitucionalización de los cuidados que incrementen la oferta de estos servicios alternativos.
Formación	Servicios de información y asesoramiento. Planes específicos de capacitación para cuidadores informales.
Salud física y mental	Políticas de acompañamiento y supervisión de la salud física y mental.

Fuente: Eurofound (2025b)

Seguramente por esta razón, también, la expansión de los cuidados informales es contemplada socialmente como una forma más barata –incluso gratuita– de atender la demanda de cuidados de larga duración, frente a la inversión en sistemas formales. Sin embargo, como hemos visto en el apartado anterior, esto ignora los elevados costes económicos en términos de horas de trabajo remunerado que se pierden al año.

La redistribución del trabajo de cuidados entre todos los miembros de la familia y la conciliación de los cuidados con otros aspectos de la vida plantean también retos fundamentales. Con frecuencia, las personas que están haciendo tareas de cuidados de larga duración en la familia –principalmente, mujeres– se ven obligadas a renunciar a un trabajo remunerado o a reducir su jornada y experimentan dificultades para progresar en su carrera profesional. Por otra parte, como la suma de las horas que dedican al trabajo remunerado y no remunerado aumenta, descazan menos, renuncian a sus horas de ocio y vacaciones para cuidar, o disminuyen sus relaciones con otros familiares y amistades.

A su vez, la falta de acceso a oportunidades de trabajo remunerado en igualdad de condiciones, sin que se compense con medidas de protección social (particularmente, para compensar la falta de cotizaciones) da lugar a importantes dificultades económicas, que se trasladan después a pensiones de jubilación más bajas. A esto hay que añadir el aumento de los gastos que muchas veces están asociados a la presencia de personas en situación de dependencia y con necesidades de cuidados de larga duración en el hogar.

La falta de apoyo formal a estas tareas (centros de día, atención domiciliaria, respiro familiar) ya sea porque estos servicios no están disponibles o porque no son accesibles para muchas familias, agrava la carga de las personas cuidadoras. Estas personas también necesitan oportunidades para desarrollar habilidades y conocimientos que les ayuden en su función y el reconocimiento formal de la experiencia adquirida a través del cuidado informal les ayudaría a integrarse en el mercado laboral.

Finalmente, los cuidados informales pueden estar asociados con peores estados de salud física y mental, especialmente cuando aumenta su intensidad y no son el resultado de una elección voluntaria, sino la consecuencia de la falta de acceso

a servicios accesibles de cuidados formales. Con frecuencia, estas personas sacrifican su propia salud para prestar cuidados, sufriendo estrés, agotamiento y otros problemas de salud. Según la OCDE (2023), el 73% de las trabajadoras de cuidados de larga duración están expuestas a riesgos para su salud física o mental. También puede provocarse aislamiento y pérdida de conexiones sociales, lo que repercute en una peor calidad de vida.

Rocard y Llena-Nozal (2022) y OMS (2024) resumen las principales políticas adoptadas internacionalmente para abordar estos problemas. Por su parte, Brimblecombe et al. (2018) clasifican estas políticas en tres grandes categorías (apoyo indirecto, mediante medidas dirigidas a mejorar las condiciones de las personas cuidadas; apoyo directo, como terapias de apoyo psicológico para las personas cuidadoras; y mejora de las condiciones laborales) y presentan la evidencia académica internacional sobre su eficacia. Las principales conclusiones que podemos extraer de esta literatura son las siguientes:

- La inversión en los sistemas formales para atender la creciente demanda de cuidados de larga duración es esencial no solo para asegurar que los cuidados en el seno de las familias sean una elección genuinamente voluntaria, sino para reducir los efectos negativos para las personas cuidadoras y facilitar su conciliación con el trabajo remunerado. Especialmente relevantes para esto último son los servicios prestados durante las horas de la jornada laboral, como los centros de día. La gran mayoría de las investigaciones muestran, efectivamente, una relación positiva entre el uso de estos servicios y las trayectorias laborales de las personas cuidadoras. Esto es muy relevante en el caso de las mujeres y de quienes dedican más de diez horas semanales a los cuidados.
- Para alcanzar este objetivo y que las personas puedan prestar cuidados informales sin dejar de estar empleadas formalmente son también imprescindibles las políticas laborales, como los permisos remunerados y no remunerados y la extensión de modalidades de trabajo flexibles. Estas medidas de flexibilidad reducen la frecuencia en la que las obligaciones de cuidados llevan a la salida del mercado de trabajo, con todas las consecuencias que esto conlleva.

- Estas previsiones legales deben ir acompañadas de cambios en la cultura empresarial y garantizar en todo caso los derechos de las personas que se acogen a ellas, para que no sufran discriminación por este motivo y sus carreras profesionales no se vean afectadas. Con frecuencia, las personas que trabajan y cuidan se resisten a solicitar horarios flexibles u otras medidas similares por temor a ser considerados empleados “débiles”.
- En la mayoría de países, los permisos para cuidados son demasiado reducidos para atender las necesidades asociadas a los cuidados de larga duración. Aun así, pueden tener un efecto positivo si se combinan con políticas como el teletrabajo, la adaptación de la jornada u otras formas de flexibilidad laboral.
- Dado el desequilibrio actual entre hombres y mujeres en el reparto del trabajo es imprescindible aplicar estas políticas con una dimensión de género. Uno de sus objetivos debe ser que los hombres se acojan a los permisos por cuidados o las formas de trabajo flexible, incluyendo el teletrabajo, en la misma medida que las mujeres.
- Las prestaciones monetarias a las personas que prestan cuidados o a las personas que los reciben tienen por objeto compensar –parcialmente– las pérdidas de ingresos que conllevan con frecuencia los cuidados informales. Sin embargo, pueden tener un efecto indirecto negativo que hay que vigilar, especialmente para las mujeres: presionarlas para que sigan desempeñando estas funciones tradicionales de cuidado.
- Otras ayudas directas a las personas cuidadoras que son especialmente eficaces para mejorar su situación son la terapia psicológica, la formación y los grupos de apoyo. No obstante, la eficacia de la formación para reducir los efectos negativos del cuidado intensivo se debilita si se lleva a cabo de forma aislada a otras medidas.
- La tecnología puede desempeñar un papel importante en la promoción de la movilidad y la independencia y permitir que las personas mayores permanezcan en sus hogares el mayor tiempo posible, retrasando así la necesidad y la demanda de servicios de cuidados a largo plazo informales y formales.

La Unión Europea ha impulsado numerosas iniciativas políticas para atender estas necesidades de las personas que prestan cuidados informales y, especial-

mente, su conciliación con la participación laboral en condiciones de igualdad de género (Eurofound, 2025b).

Ya señalamos en el capítulo 1, por ejemplo, que la Estrategia Europea de Cuidados, adoptada en 2022, promueve un enfoque basado en el ciclo de vida para satisfacer las necesidades de cuidados en todas las edades y tiene por objeto mejorar el equilibrio entre la vida laboral y la vida privada de los cuidadores. Estuvo acompañada de dos recomendaciones del Consejo, una de ellas sobre el acceso a cuidados de larga duración asequibles y de alta calidad, en coherencia con el principio 18 del Pilar Europeo de Derechos Sociales. En IMSERSO (2024) puede encontrarse la respuesta de España a estas recomendaciones.

Los desequilibrios de género constituyen una de las dimensiones fundamentales de la política de cuidados y así se reconoce en la Estrategia de igualdad de género de la UE (2020-2025). Sus objetivos principales (cuestionar los estereotipos de género, cerrar las brechas de género en el mercado laboral, lograr una participación equitativa en los diferentes sectores de la economía y abordar las diferencias salariales y de pensiones entre hombres y mujeres) tienen una clara relación con la redistribución de las responsabilidades de cuidados. Igualmente, el aumento de la oferta de cuidados formales puede contribuir a reducir la brecha salarial.

La agenda de la Comisión Europea para el periodo 2024-2029 también incluye algunas iniciativas políticas que podrían tener impacto en los cuidados informales, como la nueva estrategia de igualdad de género, los planes para promover el empleo de calidad o la primera estrategia europea contra la pobreza, que podría facilitar el reconocimiento de las implicaciones que tienen las responsabilidades de cuidado para la situación económica de las familias (Eurocarers, 2018, documenta cómo el cuidado informal aumenta significativamente el riesgo de pobreza y exclusión social).

Entre todas estas iniciativas, sin embargo, merece la pena destacar la Directiva Europea 2019/1158, relativa a la conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y los cuidadores, y a su transposición en España.

Esta norma persigue mejorar la conciliación y lograr una distribución más equitativa entre géneros del trabajo remunerado y las tareas de cuidado, respondiendo

a los principios 2 y 9 del Pilar Europeo de Derechos Sociales. Para ello, establece requisitos mínimos para todos los Estados Miembros en cuatro áreas principales:

- Un régimen completamente nuevo de permisos tanto para los padres y madres (permiso de maternidad y paternidad, y permiso parental) como para las personas que realizan trabajos de cuidados de larga duración para personas adultas. En concreto, en este último sentido, se deben reconocer al menos cinco días laborables al año para cuidados de familiares, con flexibilidad en cuanto a cómo se asignan y se reparten entre los miembros de la pareja. La directiva no establece, sin embargo, una remuneración mínima para este permiso.
- Se refuerza el derecho a solicitar modalidades de trabajo flexibles para compatibilizarlo con las tareas de cuidados familiares (teletrabajo, calendarios laborales flexibles, reducción del horario laboral). Por ejemplo, la legislación europea anterior solo reconocía este derecho a progenitores que regresaban de un permiso de paternidad, pero ahora se extiende a quienes tengan criaturas de hasta ocho años, pero también a cuidadores de personas adultas. Aunque el empleador no está obligado a aceptar una solicitud de horario flexible, sí tiene la obligación de justificar su negativa.
- Se reafirma la obligación de que los Estados miembros garanticen el derecho de las personas trabajadoras a ausentarse por motivos familiares urgentes si una enfermedad o un accidente requieren su presencia inmediata.
- Finalmente, también prevé una mayor protección para las personas trabajadoras que se acojan a estas medidas, prohibiendo cualquier discriminación o despido por solicitar o disfrutar de permisos o modalidades de trabajo flexibles.

De acuerdo con Sprang (2023), la implementación de esta directiva puede contribuir eficazmente a los objetivos de la igualdad de género (al promover que los varones asuman también los permisos por cuidados o esquemas de trabajo más flexibles) y de conciliación entre los cuidados, la vida laboral y la vida personal. Delgado (2025), por su parte, señala que, con esta directiva, “el Derecho de la UE da un salto cualitativo al integrar de manera más explícita los principios de igualdad de género y corresponsabilidad en el reparto de los cuidados”. También señala como un aspecto especialmente destacable la ampliación del ámbito de los

cuidados, que dejan de estar circunscritos a los menores para incluir a personas mayores, enfermas y en situación de dependencia y, así, adaptar las políticas de conciliación a los cambios demográficos, incluido el aumento de la longevidad y la consiguiente demanda de cuidados no profesionales. A pesar de ello, la protección económica y la duración de los permisos para los cuidados a personas dependientes sigue siendo claramente inferior a la que se reconoce para los hijos e hijas.

La directiva parte de la idea, acertadamente, de que fórmulas para conciliar la vida familiar y la vida profesional tienen un impacto positivo en la reducción de la carga de trabajo familiar no remunerado que recae sobre las mujeres¹². Siendo esto cierto, sin embargo, conviene insistir nuevamente en que la posibilidad de que los hombres y las mujeres se acojan por igual a estos permisos depende de la disponibilidad de una oferta suficiente de servicios accesibles y asequibles para los cuidados de larga duración, de que durante los permisos se perciba una remuneración adecuada y de que se superen los factores económicos y culturales que siguen obstaculizando el progreso hacia la igualdad de género en el ámbito del cuidado informal.

En general, estas medidas para facilitar que quienes realizan trabajos informales de cuidados puedan mantener un empleo remunerado pueden suponer beneficios importantes para las personas afectadas (Lafferty et al., 2023). Por ejemplo, el trabajo remunerado les proporciona estabilidad financiera, oportunidades de interacción social y un respiro de las tareas de cuidado. También ayuda a mantener la autoestima, la identidad profesional y las habilidades laborales.

Según Eurofound (2015), las personas cuidadoras que mantienen además un empleo suelen presentar niveles más bajos de depresión y una mayor calidad de vida que los cuidadores que abandonan completamente el mercado laboral. Sin

¹² En el caso de España, por ejemplo, Curull, Maynou y Farré (2024) realizan una investigación sobre el impacto del teletrabajo y muestran que, para la mayoría de las personas que lo realizan, su atributo más valioso es la mejora del equilibrio entre su vida personal y familiar. Otro resultado relevante es que los hombres que teletrabajan están más involucrados tanto en las tareas domésticas como en los cuidados.

embargo, estos efectos positivos también dependen del entorno en que realizan este trabajo, y muchas veces de aspectos no “regulados”, como la cultura laboral y la flexibilidad informal, que permiten a las personas cuidadoras no solo modificar las horas y las tareas según sea necesario, sino también sentirse comprendidos y apoyados en el lugar de trabajo (Fahy et al., 2025).

La directiva fue traspuesta a la legislación española mediante el Real Decreto-ley 5/2023, que reforma diferentes aspectos del Estatuto de los Trabajadores, del Estatuto Básico del Empleado Público y de la jurisdicción social. Posteriormente, se ampliaron algunos aspectos de esta transposición mediante el Real Decreto-ley 2/2024, reforzando aspectos como los derechos de conciliación sin condicionalidades empresariales y la extensión del principio de igualdad al marco autonómico y al empleo público¹³.

Como se señala en su preámbulo, el objetivo de esta trasposición es eliminar cualquier desventaja en las carreras profesionales de las personas que se ocupan de manera informal de las tareas de cuidado de familiares o personas en situación de dependencia, lo que requiere que los puestos de trabajo se adapten a las necesidades derivadas de la crianza, pero también del cuidado de otras personas que requieren cuidados de larga duración. Rotundamente, se afirma que, con ello, se produce un “verdadero reconocimiento del derecho de conciliación como parte del elenco de derechos de toda persona trabajadora”, conectando con nuestro enfoque.

En concreto, aparte de los cambios relativos al permiso de paternidad y al permiso paternal, en lo referente a las personas que realizan cuidados informales de larga duración a la vez que tienen un trabajo remunerado los cambios más relevantes son los siguientes:

- Se especifica que el trato desfavorable dispensado a mujeres u hombres por el ejercicio de sus derechos de conciliación o corresponsabilidad de la vida familiar y laboral será constitutivo de discriminación por razón de sexo.
- Se modifica artículo 34.8 del Estatuto de los Trabajadores, referido al derecho a solicitar fórmulas de trabajo flexible. Aunque ya en 2019 se había ampliado este derecho, todavía lo condicionaba a la negociación colectiva y a las necesidades

organizativas. La adaptación a la Directiva Europea desarrolla un enfoque más garantista que impida rechazos arbitrarios o desproporcionados por parte de las empresas. En concreto, se reducen los días que puede durar el proceso de negociación frente a una petición para el ejercicio de este derecho (máximo de 15 días, frente a los 30 anteriores). Además, se establece un silencio positivo si transcurre este plazo y no hay una respuesta por parte de la empresa, y si esta no lo acepta, debe justificar por qué y ofrecer una propuesta alternativa, también motivada.

- Además, se amplía el derecho a la adaptación de jornada de las personas con dependientes a cargo para incluir a aquellas que tengan necesidades de cuidado respecto de los hijos e hijas mayores de doce años, el cónyuge o pareja de hecho, familiares por consanguinidad hasta el segundo grado de la persona trabajadora, así como de otras personas en situación de dependencia cuando, en este último caso, convivan en el mismo domicilio, y que por razones de edad, accidente o enfermedad no puedan valerse por sí mismos, debiendo justificar las circunstancias en las que fundamentar su petición.

- Se amplía de dos a cinco días hábiles el permiso (retribuido) recogido en el artículo 37.3 del Estatuto de los Trabajadores por accidente o enfermedad graves, hospitalización o intervención quirúrgica sin hospitalización que precise reposo domiciliario del cónyuge, pareja de hecho o parientes hasta el segundo grado por consanguinidad o afinidad, incluido el familiar consanguíneo de la pareja de hecho, así como de cualquier otra persona distinta de las anteriores, que conviva con la persona trabajadora en el mismo domicilio y que requiera el cuidado efectivo de aquella. Hay que tener en cuenta que no se trata de un permiso de cinco días anuales: España ha mejorado lo dispuesto en la directiva y, si se cumplen los requisitos, la persona trabajadora tendrá derecho a cinco días cada vez que se produzca una situación que lo justifique.

¹³ Ver Delgado (2025), para un análisis más exhaustivo de la evolución normativa, los déficits de trasposición y los retos que aún persisten en materia de conciliación, corresponsabilidad y cuidado en la legislación española.

El impacto de la inversión

En cuidados
de larga duración
sobre la economía



7.1

Introducción

El objetivo de este capítulo es estimar el impacto económico global que la inversión realizada en el SAAD produce en la economía española. Sin embargo, al tratarse de un sistema tan complejo y fragmentado, como describimos en el capítulo 2, realizar dicha estimación no es una tarea sencilla.

El SAAD ha cumplido en 2025 su mayoría de edad bajo el paraguas de una prolija legislación en los distintos ámbitos geográficos (nacional, regional, municipal) hasta el punto de que se podría considerar, en cierto modo, que existen diecisiete más dos sistemas de dependencia, aunque unidos por la normativa nacional. Esto se refleja en las diferencias entre comunidades en aspectos como los que ya hemos señalado, referidos, por ejemplo, a los tiempos de espera para ser baremados o para recibir una prestación. Por otro lado, la asignación de una prestación de dependencia está condicionada por el territorio donde se solicita y no solo por el propio grado de dependencia. Y también observamos diferencias importantes en el copago en función del lugar de residencia. Finalmente, resulta significativo que las prestaciones económicas, que originalmente estaban diseñadas para un carácter residual, han llegado a representar más del 80% de asignación de todas las prestaciones de dependencia en algunos territorios.

En cualquier caso, este reto puede abordarse adecuadamente utilizando modelos extendidos Input-Output (I-O) cuyos datos de entrada sean las inversiones asociadas al SAAD, y en su salida obtengamos los impactos que tienen en términos de actividad económica, empleo e ingresos públicos. Esta tarea la abordamos en los dos próximos apartados.

Concretamente, en el 7.2 detallamos la estimación de los costes –o, mejor, inversiones– que caracterizan la situación actual del del SAAD. A esto lo llamaremos “escenario base”. En el apartado 7.3 podremos obtener ya su impacto económico actual. Dejamos para un próximo capítulo la estimación de los gastos necesarios para asumir distintas propuestas de mejora del SAAD (escenarios alternativos) y de sus impactos económicos.





7.2

Estimación de los costes actuales del SAAD: el escenario base

Como hemos detallado en el capítulo 2, el catálogo de prestaciones ofrecido por el SAAD recoge la concesión de prestaciones de servicios (PS) o prestaciones económicas (PE). Entre las PS se incluyen los servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio, los centros de día/noche y la atención residencial; mientras que entre las PE están la vinculada al servicio, la PE para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (diseñada para el cuidado informal) y la de asistencia personal. Cabe señalar en este punto la existencia de prestaciones de prevención de dependencia y promoción de la autonomía personal, que representan alrededor del 4% del total de prestaciones, que no incluiremos aquí en la estimación de gasto debido a la falta de información específica sobre destino final y costes de estas prestaciones.

La filosofía original del diseño de la LAPAD confería un carácter preferente de las PS en la asignación de prestaciones frente a las PE. Por otro lado, dentro de las prestaciones económicas, la PE vinculada al servicio y la PE de asistencia personal tienen como destino final la adquisición de un servicio profesional que satisfaga las necesidades de la persona en situación de dependencia, mientras que la PE para el cuidado informal tiene por objeto la remuneración de la ayuda provista por el cuidador informal. En términos de utilización de la renta derivada de la prestación económica reconocida, la diferencia radica en que, en las dos primeras, el destino es el sector sociosanitario; mientras que, en la última, la consecuencia es un incremento de la renta familiar con el destino que cada familia considere oportuno.

Para la estimación del coste anual total del SAAD¹⁴ se obtiene información del número de prestaciones de las estadísticas publicadas por el Servicio de Estadísti-

cas, dentro de la Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación del IMSERSO. También se extraen de estas estadísticas las cuantías promedio de transferencia mensuales de las prestaciones económicas, según tipo de prestación. Este conjunto de estadísticas se publica, con carácter mensual, desde julio de 2008, pero desde julio de 2023 se aprecia un mayor grado de profundidad y transparencia, lo que nos permite ajustar nuestras estimaciones a la realidad con mayor precisión. Los datos están desagregados según tipo y subtipo de prestación, grado de dependencia y Comunidad Autónoma de residencia.

En cuanto al coste individual de cada tipo de PS y el porcentaje estimado de copago que deben realizar las personas que las reciben, la información procede del informe del IMSERSO sobre Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España para el año 2023. El número de prestaciones concedidas, a modo de resumen, se recoge en la tabla 38. Además del total de prestaciones por cada servicio y grado de dependencia, calculamos las tasas medias (λ) por cada 1.000 personas mayores de 65 años. Se observa que la PE por cuidado informal es la más frecuente en todos los grados, especialmente en el grado II ($\lambda = 21.8$), seguida de la teleasistencia, con una mayor proporción en el grado I ($\lambda = 15.9$). La atención residencial, en cambio, es muy baja en el grado I ($\lambda = 0.9$), pero crece significativamente en los grados II y III, lo que refleja que numerosas comunidades reservan este servicio exclusivamente para esos Grados. Las desviaciones estándar (DE) son relativamente altas en la mayoría de los servicios, especialmente en la teleasistencia, ayuda a domicilio y PE por cuidado informal (por ejemplo, DE = 12.2 en el grado I para esta última) lo que indica una gran variabilidad entre comunidades, posiblemente debido a diferencias en políticas regionales, en la disponibilidad de recursos y en el hecho de que el servicio de teleasistencia ostente un rol fundamental en la combinación de prestaciones cuando se concede más de una prestación por persona. En conjunto, las DE son elevadas, ya que en muchos casos representan más del 50% de la tasa media, sugiriendo desigualdades territoriales en la provisión de servicios. El número total de prestaciones fue de 1.744.167 distribuidas en un 32,3%, 39,3% y 28,4% para los grados I, II y III respectivamente.

¹⁴ Los costes del SAAD se calculan para el año 2023, que es para el que se disponen de datos suficientes para construir el modelo I-O extendido empleado.

Tabla 38

Tasa media de servicios realizados por cada 1000 personas >65 años y cantidad total de servicios realizados

	Grado I		Grado II		Grado III	
	λ (DE)	Cantidad	λ (DE)	Cantidad	λ (DE)	Cantidad
PS de teleasistencia	15,9 (9,4)	16.5214	12,3 (8,3)	148.544	6,5 (4,7)	78.187
PS de ayuda a domicilio	11,3 (8,7)	12.7017	9,5 (10,2)	130.646	6 (6)	74.789
PS de centros de día/noche	2,8 (1,6)	24.920	4,4 (1,9)	44.254	3,2 (1,5)	31.531
PS de atención residencial	0,9 (1,2)	10.632	8,4 (4,5)	79.008	9,6 (3,4)	90.300
PE vinculada al servicio	6,1 (8,8)	57.358	7,6 (7,5)	71.341	7,5 (7,4)	70.608
PE por cuidado informal	19,3 (12,2)	179.057	21,8 (8,9)	212.157	16 (7,3)	148.604

λ : tasa media; PS: Prestación de Servicio; PE: Prestación Económica;
DE: Desviación Estándar; Se calcula la tasa por CCAA y por cada 1.000 habitantes > 65 años y posteriormente λ y su DE.
Fuente: Elaboración propia con datos del IMSERSO

Tabla 39

Tasa media de PE vinculada a los diferentes realizados por cada 1000 personas >65 años y cantidad total de servicios realizados

PE vinculada al servicio de:	Grado I		Grado II		Grado III	
	λ (DE)	Cantidad	λ (DE)	Cantidad	λ (DE)	Cantidad
Ayuda a domicilio	3,5 (6,4)	31.524	2,4 (4,6)	19.286	1,9 (4,1)	13.963
Centros de día/noche	1,3 (3,4)	12.896	0,6 (0,7)	6.283	0,5 (0,6)	5.299
Atención residencial	0,3 (0,9)	3.103	4 (3,7)	39.409	4,6 (4,3)	46.381
Prevención Dependencia y Promoción A. Personal	1,0 (1,2)	9.698	0,6 (0,9)	6.305	0,5 (0,8)	4.942

Dada la baja frecuencia del servicio de teleasistencia (218 para los 3 grados) no se ha incluido en esta tabla.
 λ : tasa media; PS: Prestación de Servicio; PE: Prestación Económica;
DE: Desviación Estándar; Se calcula la tasa por CCAA y por cada 1.000 habitantes > 65 años y posteriormente λ y su DE.
Fuente: Elaboración propia con datos del IMSERSO

En cuanto a la PE vinculada al servicio, puede ser desagregada por tipo de servicio al que está vinculado, lo que permite ajustar mejor el coste estimado. En la tabla 39 podemos observar que cuando la PE se vincula a ayuda a domicilio es el servicio más utilizado, especialmente en personas con Grado I de dependencia. En cambio, cuando la PE se vincula a la atención residencial se vuelve predominante en los Grados II y III. La PE vinculada a los servicios de prevención y los centros de día o noche se utilizan sobre todo en la etapa más moderada de dependencia, siendo significativamente menos frecuentes en Grados II y III.

Una vez conocido el detalle del número de prestaciones es necesario también asignar un valor/precio a cada una, lo que haremos por tipo, subtipo y grado de dependencia de cada prestación para mayor ajuste. Tomamos como referencia la publicación del IMSERSO sobre “Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España” (diciembre 2023) que ofrece información sobre los precios y porcentajes promedios de copago o participación económica de las personas en situación de dependencia atendidas por el SAAD, tanto de los servicios de teleasistencia y de ayuda a domicilio, como de plazas públicas y concertadas de centros de día y servicios residenciales.

Con esta información no solo se calcula el precio total de la prestación, sino también el copago promedio y la aportación pública, como se recoge en la tabla 40. Los servicios con menor coste, como la teleasistencia y la ayuda a domicilio, suponen un gasto anual reducido y están mayoritariamente financiados por las AAPP, con un copago entre bajo y moderado. En cambio, los servicios más intensivos, como los centros de día/noche y, especialmente, la atención residencial, presentan costes mucho más elevados, con un mayor copago, que llega a cubrir hasta más de un tercio del coste total en el caso residencial.

También observamos que las desviaciones estándar aumentan significativamente en los servicios más costosos, como los centros de día/noche y la atención residencial, lo que indica una mayor variabilidad entre CCAA en los precios; en cambio, en servicios como teleasistencia y ayuda a domicilio, las desviaciones sugieren una mayor homogeneidad territorial en estos servicios. En el gráfico 22 mostramos la distribución porcentual entre personas en situación de dependencia y AAPP del pago de servicios.

Tabla 40

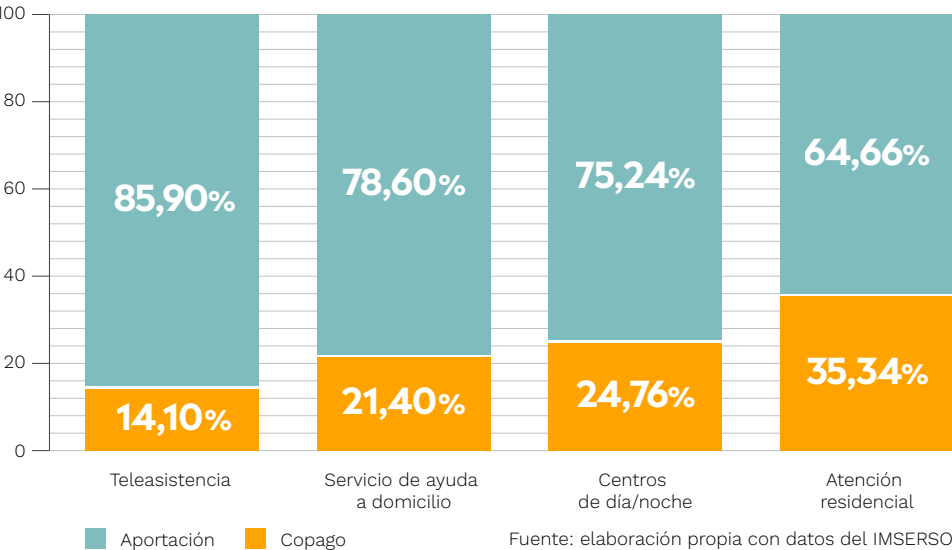
Precios medios anuales en € de las CCAA y distribución de este entre el usuario y la AAPP

	Coste Media (DE)	Copago Media (DE)	Aportación AAPP Media (DE)
Teleasistencia	182,52 (5,305)	25,73 (2,427)	156,79 (6,53)
Servicio de ayuda a domicilio	189,78 (2,969)	40,6 (3,252)	149,18 (3,187)
Centros día/noche	10.567,45 (247,038)	2616,2 (82,222)	7.951,25 (262,726)
Atención residencial	22.364,11 (497,689)	7.904,46 (239,694)	14.459,65 (468,182)

DE: Desviación Estándar
Fuente: Elaboración propia con datos del IMSERSO

Gráfico 22

Distribución del pago de servicios entre copago y aportación AAPP



En el caso de las PE, existen las vinculadas al servicio y de asistencia personal. En cuanto a la PE vinculada al servicio cada una tiene por objeto la adquisición de un servicio posterior entre teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día/noche y/o atención residencial, además de las ayudas para la promoción de la autonomía personal (que son obviadas en este trabajo por su reducido peso específico y dificultad para la obtención de datos). Para cada destino de la prestación inicial, son conocidas las cuantías promedio mensuales transferidas por el SAAD según comunidad de residencia, entendiéndose el copago como la diferencia entre la cuantía máxima de la prestación recogida en la normativa y la prestación promedio concedida.

Tabla 41

Precios mensuales medios en € por PE vinculada a cada uno de los tipos de servicios

	Grado I Media (DE)	Grado II Media (DE)	Grado III Media (DE)
Servicio de ayuda a domicilio	207,6 (48,8)	303,7 (96,5)	487,2 (119,0)
Centros de día/noche	248,8 (89,9)	329,5 (98,3)	449,6 (136,9)
Atención residencial	454 (326,7)	439,8 (149,1)	572,4 (119,9)

DE: Desviación Estándar. Las medias y desviaciones se calculan sobre los precios medios de cada servicio/prestación de cada CCAA.
Fuente: elaboración propia con datos del IMSERSO

En la tabla 41 recogemos las cuantías medias de la PE dependiendo del servicio al que esta se vincula. En general, aumentan con el grado de dependencia, destacando que la atención residencial presenta los valores más elevados en todos los grados, especialmente en el Grado III con una media de 572,4 euros. También se observan desviaciones altas entre CCAA.

No existen datos de costes para la estimación del coste de la Prestación para la Autonomía Personal y Prevención de Dependencia (PAPD), por lo que se ha optado por asimilar la PAPD a la PE vinculada al servicio, pero sólo para el grado I, que suponemos se aproxima más a las necesidades de las personas que reciben la PAPD.

Por último, la PE para el cuidado informal supone que la prestación económica recibida se destina a financiar el tiempo que una o varias personas cuidadoras informales ha dedicado a cuidar a la persona en situación de dependencia, y lo ha hecho cumpliendo los requisitos de cuidado no profesional, no retribuido y suministrado por la familia o el entorno más cercano. Las cuantías estimadas se hacen de manera similar a la PE vinculada al servicio: la diferencia entre las cuantías mensuales promedio transferidas a las personas que reciben una PE para el cuidado informal, según comunidad de residencia, y la cuantía máxima recogida en la legislación.

En el gráfico 23 presentamos los precios medios y desviaciones pagadas por la AAPP. Sigue el patrón de comportamiento de todas las PE: conforme aumenta el grado, se supone que el número de horas de atención requeridas es mayor y, por tanto, la cuantía promedio de la PE crece. Y también lo hace la DE debido a la heterogeneidad de cuantías promedio otorgadas por cada comunidad.

Finalmente, la combinación de número de prestaciones (de cada CCAA, tipo, subtipo y grado) y los diferentes precios por CCAA, tipo, subtipo y grado de dependencia permiten estimar el coste total de las prestaciones. Todo ello sin tener que reducir a la hipótesis esencial de otros trabajos previos, que es “una persona, una prestación”. Esto es importante, porque la ratio promedio global del conjunto de prestaciones para el total nacional de España es de aproximadamente 1,4 por persona en situación de dependencia, sin conocerse cuáles son las combinaciones que más emplean.

Toda esta información, que se sintetiza en la tabla 42, es la que sirve de base para conocer el impacto económico de cada una de las prestaciones una vez introducido en el modelo I-O. Por su parte, el gráfico 24 muestra la distribución de los costes totales anuales por tipo de servicio y el gráfico 25 representa los costes totales anuales, desagregados por grados de dependencia y cuantía sufragada por el usuario y la AAPP.

Tabla 42

Costes anuales estimados del SAAD por tipo de servicio para el año 2023. Millones de euros

	Copago M€ (%)	AAPP M€ (%)	Coste total M€
Teleasistencia			
Grado I	4,52 (14,6)	26,32 (85,4)	30,84
Grado II	4,09 (14,3)	24,44 (85,7)	28,53
Grado III	2,01 (13,4)	12,99 (86,6)	14,99
Total	10,61 (14,3)	63,74 (85,7)	74,36
Servicio de ayuda a domicilio			
Grado I	47,22 (12,4)	334,34 (87,6)	381,56
Grado II	74,45 (8,0)	858,41 (92,0)	932,86
Grado III	75,29 (9,1)	747,68 (90,9)	822,97
Total	196,96 (9,2)	1.940,43 (90,8)	2,137,39
Centros de día/noche			
Grado I	63,32 (25,2)	188,10 (74,8)	251,42
Grado II	102,20 (21,7)	367,75 (78,3)	469,94
Grado III	71,77 (21,6)	259,80 (78,4)	331,57
Total	237,29 (22,5)	815,64 (77,5)	1.052,94
Atención residencial			
Grado I	90,30 (34,8)	169,14 (65,2)	259,44
Grado II	604,61 (32,8)	1.236,43 (67,2)	1.841,04
Grado III	666,22 (31,0)	1.480,92 (69,0)	2.147,14
Total	1.361,13 (32,0)	2.886,50 (68,0)	4.247,62

Continúa

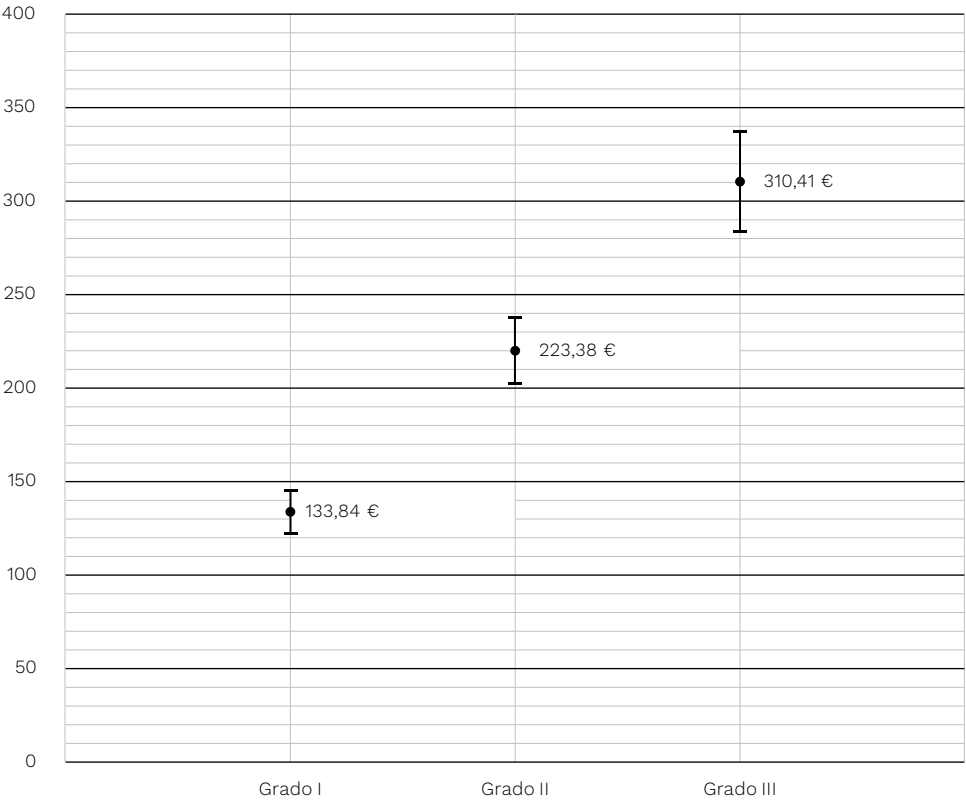
Continuación tabla 42

	Copago M€ (%)	AAPP M€ (%)	Coste total M€
PE vinculada al servicio:			
Grado I	102,24 (42,4)	138,84 (57,6)	241,09
Grado II	144,45 (30,6)	327,79 (69,4)	472,24
Grado III	196,74 (30,6)	446,18 (69,4)	642,92
Total	443,44 (32,7)	912,81 (67,3)	1.356,25
PE por cuidado informal:			
Grado I	80,99 (20,9)	305,77 (79,1)	386,76
Grado II	184,09 (22,9)	620,16 (77,1)	804,24
Grado III	132,10 (23,4)	131,23 (76,6)	563,33
Total	397,18 (22,6)	1.357,16 (77,4)	1.754,34

PE: Prestación Económica; Los porcentajes se refieren al total de fila.
Fuente: Elaboración propia con datos de IMSERSO

Gráfico 23

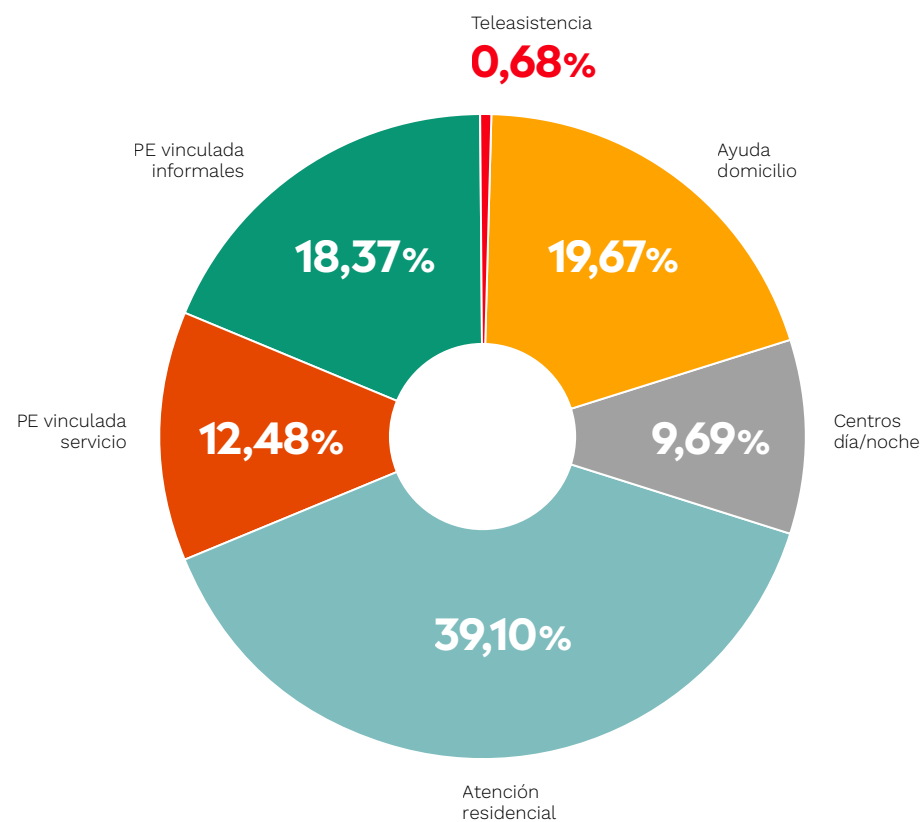
Precios medios de la PE para el cuidado informal, por grado de dependencia



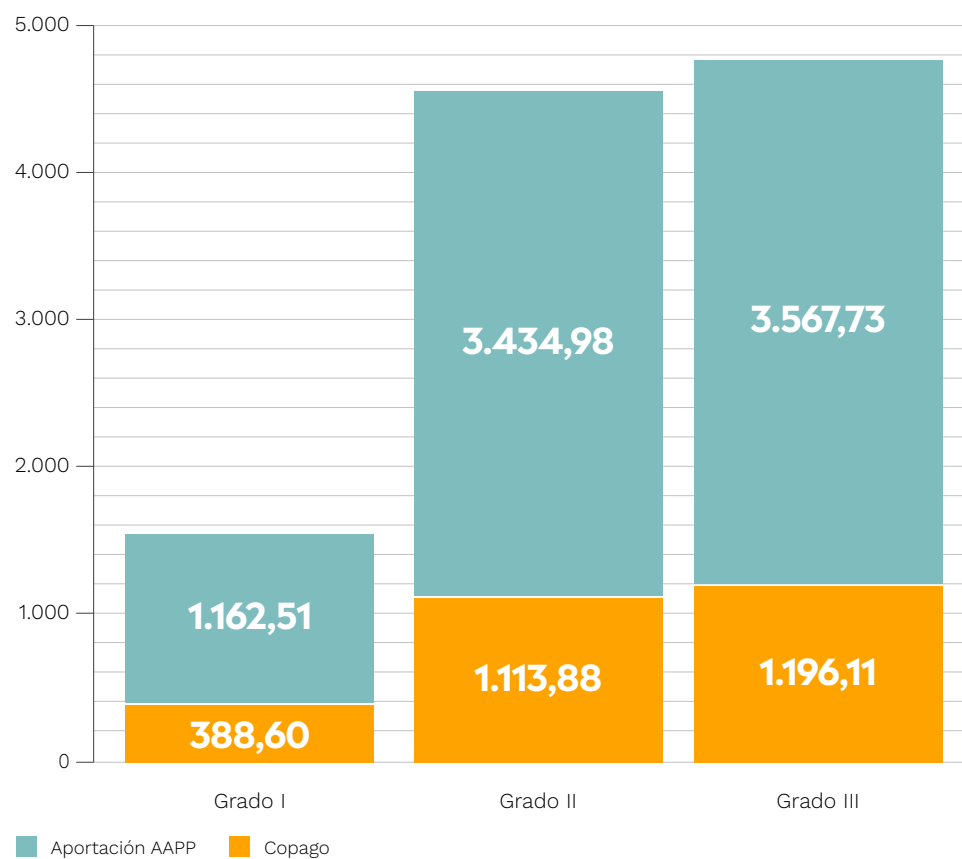
Las barras representan la desviación estándar entre las CCAA.
Fuente: elaboración propia con datos del IMSERSO

Gráfico 24

Distribución porcentual de los costes anuales totales por tipo de servicio

**Gráfico 25**

Costes anuales estimados, por grado de dependencia (2023)



Los costes totales fueron: 1.551,11M€ para el grado I, 4.548,86M€ para el grado II, 4.522,93M€ para el grado III y 10.622,89M€ la suma del total. Fuente: elaboración propia con datos de IMSERSO

7.3

Impacto económico de la inversión pública en los cuidados de larga duración

La figura 2 muestra una estimación del efecto económico generado en la economía española a partir del gasto de las prestaciones asociadas al SAAD, utilizando para obtenerla el modelo Input-Output basado en la Matriz de Contabilidad Social (MCS) para el año 2023 explicado en el anexo metodológico. Estos resultados son una medida del efecto dinamizador que tiene, sobre la economía en su conjunto, la contribución a la demanda agregada del gasto en atención a la dependencia.

Tal como se ha mencionado anteriormente, la cifra estimada de gasto derivado de la suma de las PE y PS en 2023 es 10.622,9 M€, que es el incremento inicial en la demanda agregada que provoca el SAAD. Tengamos en cuenta, sin embargo, que:

- Una parte de ese gasto irá destinada a pagar los impuestos indirectos (1.275,5 M€). El resto será la demanda inicial generada en el SAAD valorada a “precios básicos” o “antes de impuestos indirectos y subvenciones”.
- No toda esta demanda, sin embargo, será atendida por producción realizada en España: otros 1.095,6 M€ corresponden a importaciones y, por tanto, no generarán nuevos efectos expansivos en la producción y en el empleo del sistema económico español.

En consecuencia, las prestaciones por dependencia en el año 2023 suponen un aumento inicial de las compras realizadas a los sectores económicos españoles por un valor de 8.251,8 M€ a precios básicos.

Ahora bien, este “efecto directo” activa a su vez otros dos impactos sobre la actividad económica del país:

- El efecto indirecto, derivado del hecho de que los sectores económicos que prestan estos servicios utilizan a su vez materias primas, materiales y suministros (consumo intermedio) que son provistos por otros sectores productivos nacionales.

- El efecto inducido, ya que estos aumentos directos e indirectos de la producción generan rentas adicionales (los salarios correspondientes a los empleos necesarios para obtenerla y los beneficios empresariales) que, al gastarse, volverán a incrementar la demanda. Esto acarrea nuevos aumentos del empleo y de la producción.

Sumando los efectos directo, indirecto e inducido, el impacto total de la inversión en el SAAD sobre la producción asciende a 22.179,8 M€, también a precios básicos. Descontando los 6.195,8 M€ que corresponden al consumo intermedio y volviendo a añadir los 1.275,5 M€ de los impuestos indirectos en el interior del país) obtenemos la cifra final del PIB, a precios de mercado, generado a partir del gasto en prestaciones en dependencia: 17.259,6 millones de euros. Es decir, la inversión inicial de 10.622,9 millones se ha multiplicado por 1,6 cuando contemplamos todos sus efectos sobre el PIB.

Las rentas generadas en este proceso se distribuyen entre el pago de los impuestos indirectos y sobre la producción¹⁵, la remuneración al factor trabajo (incluyendo las cotizaciones sociales a cargo de las empresas y las propias personas trabajadoras) y la remuneración del capital, en forma de beneficios empresariales.

A partir de estas cifras, el modelo permite obtener también qué parte de la renta generada vuelve a la Administración en forma de retorno fiscal. Esto es importante, porque restándoselo a la inversión inicial de 10.622,9 M€ estaríamos calculando el “esfuerzo fiscal neto” que hace el Estado para mantener el SAAD. En concreto, este retorno fiscal asciende a 5.177,6 M€, distribuidos de la siguiente forma:

- Los impuestos indirectos asociados al gasto inicial en el SAAD, que habíamos estimado en 1.275,5 M€.
- Los impuestos indirectos pagados en las compras realizadas por hogares y empresas en las siguientes rondas de gasto, que ascienden a 1.145,9 M€.

¹⁵ Estos incluyen todos los impuestos que soportan las empresas como resultado de su participación en la producción, independientemente de la cantidad o el valor de los bienes y servicios producidos o vendidos. Se trata, por ejemplo, de impuestos sobre el uso de la tierra, sobre el uso de vehículos y maquinaria, sobre la contaminación, o determinadas licencias.

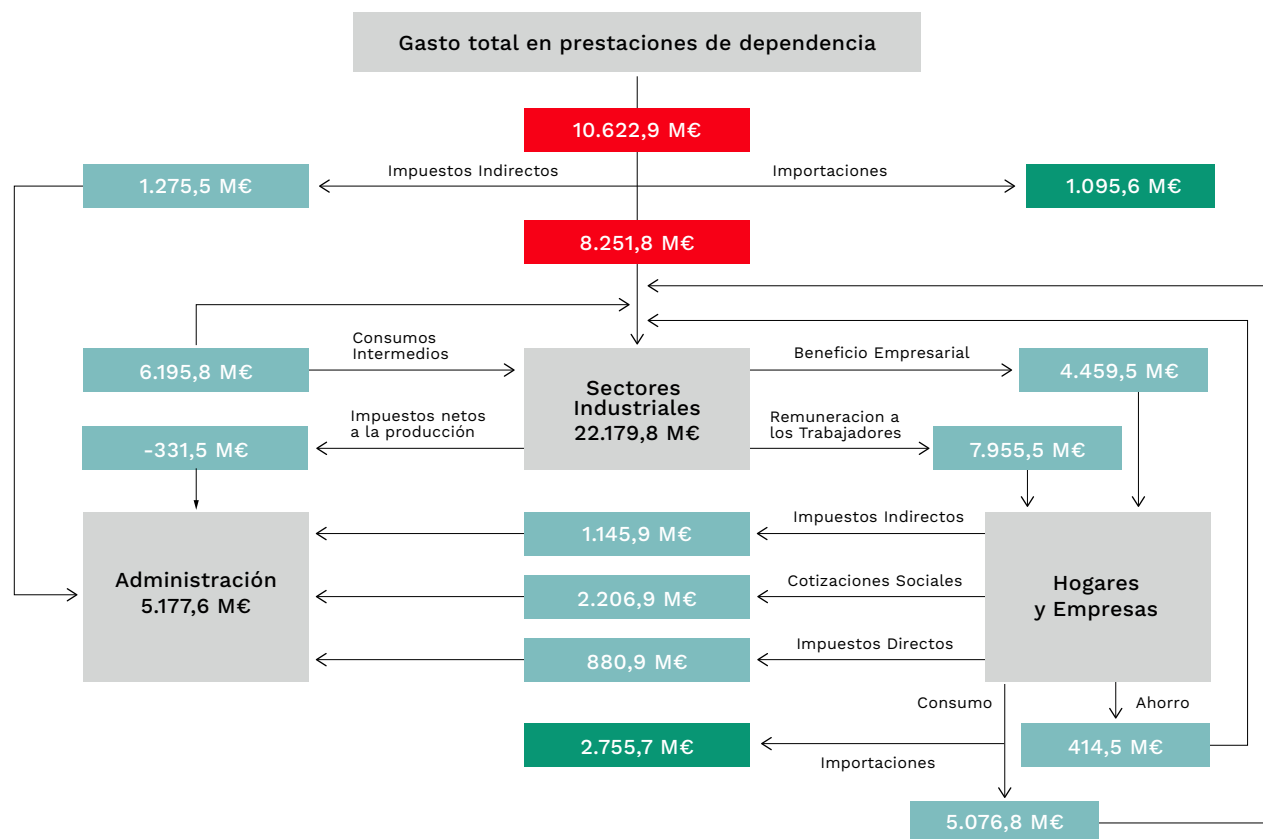
- Los impuestos a la producción, netos de subvenciones, que, como vemos en la figura 2, tienen un signo negativo (-331,5 M€). Esto significa que las subvenciones son mayores que los ingresos tributarios por estos conceptos.
- Los impuestos directos vinculados a las rentas generadas en el proceso productivo y recibidas por hogares y empresas (880,9 M€ en IRPF e Impuesto de Sociedades).
- Las cotizaciones sociales a cargo de los empleadores (1.883,1 M€) y de las propias personas trabajadoras (323,7 M€).

Este retorno fiscal total equivale al 48,5% del gasto inicial en prestaciones de dependencia. Dicho de otra forma, el “esfuerzo fiscal neto” que hicieron en 2023 las administraciones públicas para la atención a la dependencia asciende a 5.445,3 millones de euros.

La tabla 43 muestra, a precios básicos y con un nivel de desagregación de 15 sectores, los resultados de la distribución sectorial correspondientes al incremento de la producción final que tiene lugar en el interior del país que se deriva del efecto directo asociado a la inversión en el SAAD (8.251,8 M€ a precios básicos) y al incremento de la producción total, incluyendo los efectos indirecto e inducido y el consumo intermedio (22.179,8 M€ a precios básicos). Lógicamente, en el primer caso el impacto se concentra en el sector de sanidad y de servicios sociales, que concentra en 85% del impacto. En cambio, al considerar el conjunto de efectos, este porcentaje baja hasta el 34% y el impacto económico se distribuye entre el resto de sectores.

Figura 2

Efecto económico generado en la economía española por el gasto en las prestaciones asociadas a la dependencia



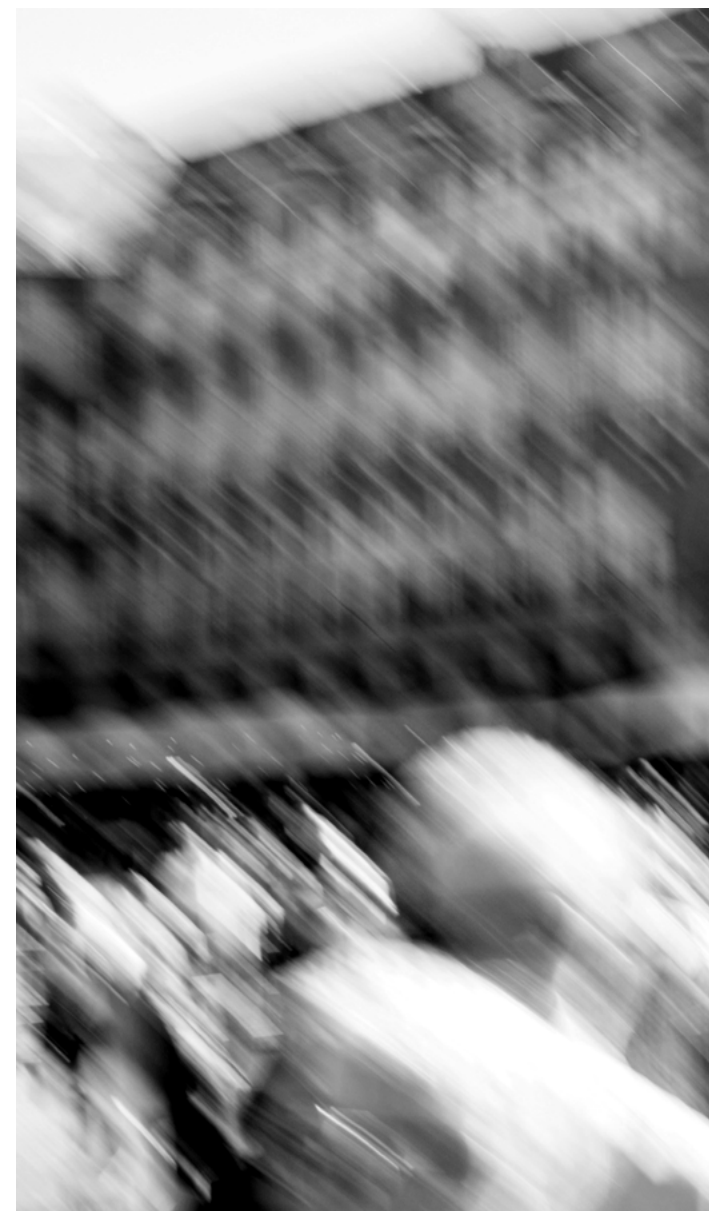
Fuente: Elaboración propia

Tabla 43

Distribución sectorial de los efectos del gasto en dependencia sobre la actividad económica (precios básicos)

Sector económico	Efecto directo sobre la demanda		Efecto total sobre la producción	
	Millones €	%	Millones €	%
Agricultura, Ganadería y Pesca	19,6	0,2%	304,9	1,4%
Energía, Captación, depuración y distribución de agua, saneamiento y reciclaje	15,2	0,2%	844,8	3,8%
Industrias de alimentación, bebidas, tabaco, textil y calzado	95,3	1,2%	1.016,8	4,6%
Manufacturas	56,7	0,7%	1.330,9	6,0%
Construcción	11,9	0,1%	1.338,2	6,0%
Comercio, venta y servicios relativos a vehículos	246,2	3,0%	2.041,2	9,2%
Transporte	38,0	0,5%	858,7	3,9%
Alojamiento y restauración	220,6	2,7%	1.438,0	6,5%
Correos, información y telecomunicaciones	39,3	0,5%	547,5	2,5%
Intermediación financiera y seguros	74,3	0,9%	874,2	3,9%
Actividades inmobiliarias	290,4	3,5%	1.555,6	7,0%
Actividades profesionales e I+D	19,7	0,2%	1.386,3	6,3%
Administraciones Públicas, Defensa y Educación	53,2	0,6%	434,0	2,0%
Sanidad y Servicios Sociales	6.969,0	85,5%	7.496,0	33,8%
Act. culturales, asociativas y de ocio, Servicios de mantenimiento, personales y domésticos	102,3	1,2%	712,8	3,2%
Total	8.251,8	100%	22.179,8	100%

Fuente: Elaboración propia



Anexo metodológico

En este anexo se detalla la parte más técnica de la implementación de los modelos que sirven de herramienta para la estimación de los impactos económicos.

Los modelos Input-Output (I-O) permiten capturar incrementos en la producción, empleo y renta derivados de variaciones en la demanda agregada, con un nivel importante de desagregación sectorial. La principal herramienta de análisis en este proceso es la Tabla Simétrica I-O, cuya estructura recoge las interrelaciones entre todas las ramas productivas del sistema económico y aporta información adicional sobre la demanda final y la distribución del valor añadido.

Concretamente, para la estimación de los resultados, se implementó una Matriz de Contabilidad Social (MCS) basada en las Tablas I-O de la economía española publicadas por el INE. En este proceso, también se hace un análisis de los datos de consumo recogidos en la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) del año 2023 para estimar tanto el perfil de consumo de los hogares beneficiarios de prestaciones de dependencia como el de las personas ocupadas en la producción que se genera.

La idea principal es que el gasto en las prestaciones públicas asociadas a la atención a la dependencia supone, en primer lugar, o bien una transferencia corriente que incrementa la renta de los hogares o bien un aumento de los ingresos de las empresas a las que se contrata para la prestación de un servicio de atención a la dependencia. Este aumento inicial de rentas da lugar a nuevas rondas de gasto, amplificando el efecto expansivo en la producción, el empleo y la renta.

En concreto, el modelo I-O implementado para este análisis captura inicialmente el efecto directo derivado del incremento en la demanda que se genera por el gasto de las prestaciones para la atención a la dependencia y el efecto indirecto asociado a la producción de los bienes intermedios necesarios para satisfacer el gasto inicial.

En una segunda ronda, el modelo I-O permite obtener el efecto inducido sobre la producción como consecuencia del aumento en la demanda generada asociada a los salarios los beneficios empresariales generados en la primera ronda. Estos mayores niveles de producción y de empleo, a su vez, se traducen en un aumento de la recaudación impositiva y las cotizaciones sociales, por lo que una parte del gasto inicial destinado a las prestaciones por dependencia retorna a las arcas públicas, “autofinanciándose” parcialmente.

La metodología IO resulta especialmente adecuada y ha sido ampliamente utilizada en análisis de economía relacionados con estimaciones de la producción, el empleo y la renta de sectores productivos concretos (Aznar y Aparicio, 2000; Cabrer-Borrás y Barrios, 1994). También ha sido utilizada en simulaciones de valores específicos de la demanda final y ante diferentes escenarios asociados a cambios en la demanda final (Bielsa y Duarte, 2011; Duarte, Mainar y Sánchez-Chóliz, 2013; Sánchez-Chóliz y Duarte, 2006; Sánchez-Chóliz, Duarte, y Mainar, 2007), en estudios económicos a nivel socio-demográfico (Batey, 2016; Madden, 1993; Steenge, Carrascal y Serrano, 2020) y en evaluaciones de impacto de diferentes políticas sociales (de Fuenmayor Fernández, Pérez y Morera, 2019; Díaz, 2014; Díaz Díaz, 2011; Observatorio de la Realidad Social de Navarra, 2016).

Un avance fundamental en la mejora de las estimaciones ofrecidas por los modelos I-O es su extensión mediante las MCS. La tabla A.1 muestra su estructura básica, donde se refleja el flujo circular de la renta. Una MCS es una matriz cuadrada donde sus elementos representan las transacciones realizadas en una economía durante un periodo de tiempo (Stone, 1962). Su aplicación en un modelo económico explica las relaciones entre el valor añadido y la demanda final de una manera más eficiente que las Tablas I-O tradicionales. Dado que los modelos I-O básicos se centran únicamente en la relación entre la demanda final y la producción, la ampliación mediante las MCS permite describir de una forma más completa el flujo circular de la renta y los mecanismos por los que el proceso productivo determina la demanda final.

Cuadro A.1

Estructura básica de una Matriz de Contabilidad Social

	Producción	Factores Productivos	Sectores Institucionales	Capital	Sector Exterior
Producción	Cosumos intermedios		Consumo del sector público y privado	Formación Bruta de Capital	Exportaciones
Factores Productivos	Remuneración de VA a los factores				
Sectores Institucionales	Impuestos s/producción y s/productos	Transferencias entre factores productivos y sectores institucionales	Transferencias corrientes entre sectores institucionales	Impuestos s/capital	Transferencias del resto del mundo
Capital		Consumo de capital fijo	Ahorro de sectores institucionales		Ahorro exterior
Sector Exterior	Importaciones		Transferencias al resto del mundo		

VA: Valor Añadido

Las filas recogen los ingresos recibidos de los elementos de cada columna y las columnas reflejan la renta distribuida entre los elementos de cada fila. Cada componente de la MCS indica el flujo bilateral entre las cuentas que confluyen en ese elemento, de modo que una celda ij correspondería a los ingresos del sector de la fila i que provienen del sector de la columna j . Dado que las MCS contienen todas las transacciones realizadas por los agentes de la economía, debe cumplirse la identidad contable por la cual el gasto que realizan los agentes económicos debe ser igual a la renta que han obtenido. Por tanto, la suma de cada columna debe ser igual a la suma de cada fila.

Los datos contenidos en la MCS permiten diseñar modelos como el que utilizamos aquí. Entre otros resultados, permite calcular los multiplicadores, entendidos como coeficientes de la utilización de recursos que están asociados a las necesidades de inputs por unidad producida de cada bien.

En este caso, hemos estimado una MCS de la economía española de 2023 que incluye las clasificaciones de sectores productivos, factores productivos y sectores institucionales que se detallan a continuación:

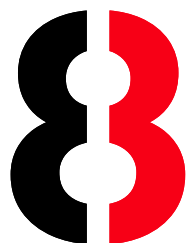
- Sectores productivos. Se consideran las 64 ramas que figuran en la Clasificación Estadística de Actividades Económicas (NACE Rev.2). Es necesario armonizar los datos de la Tabla IO con los componentes de la demanda final que son obtenidos a partir de las bases de datos de registros de la Contabilidad Nacional de 2023. Para ello se toma como base la Tabla IO del INE de 2019 y se proyecta a 2023 según el método descrito en Eurostat (2014, p. 461). Básicamente, este método implica un procedimiento iterativo para derivar una Tabla IO.
- Factores productivos. Los datos incluidos en las filas de la MCS vinculadas al trabajo y al capital contienen los componentes del valor añadido que aparecen como remuneración de los diferentes sectores económicos (salarios, excedente bruto de explotación y rentas mixtas, contribuciones sociales e impuestos netos a la producción) en la economía española para el año 2023.
- Sectores institucionales. Después de las cuentas asociadas a los factores productivos aparece la Formación Bruta de Capital (inversión/ahorro) y las cuentas que

representan los sectores institucionales (Hogares, Sector Público e Instituciones sin ánimo de lucro al servicio de los hogares, Instituciones financieras y no financieras). La actividad de los Hogares queda reflejada principalmente en la cuenta de Consumo, pero también en los flujos monetarios con la Administración Pública y Sector Exterior en forma de transferencias e impuestos. A su vez, el Sector Público queda representado por su propio gasto corriente (consumo e inversión públicos), las Cotizaciones Sociales que pagan los empleadores, las Cotizaciones Sociales recibidas, los Impuestos indirectos netos sobre la producción, los Impuestos sobre los productos e importaciones y los impuestos directos (IRPF). Por último, el Sector Exterior queda identificado principalmente por las importaciones/exportaciones junto a las transferencias efectuadas por el resto de los sectores institucionales hacia/desde el resto del mundo en la economía española para el año 2023.

Una vez construida la MSC, el gasto en dependencia (apartado 7.2) es el “input” que hay que introducir para conocer su impacto global en la actividad económica española (apartado 7.3).

El impacto económico

La reforma del Estado
de Bienestar
desde la perspectiva
del Derecho al Cuidado
de larga duración



8.1

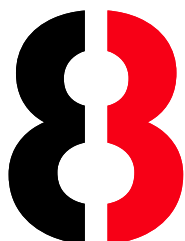
La inversión futura en el SAAD: distintos escenarios

Una idea central que preside este informe es que las personas en situación de dependencia deben tener reconocido el Derecho a recibir cuidados de calidad, prestados en las condiciones adecuadas también para las personas cuidadoras. También hemos visto que, aunque la implantación del SAAD ha supuesto un salto cualitativo muy importante en esta dirección, todavía hay personas que, necesi-tándolo, no son atendidas, o son atendidas insuficientemente. Como resultado, dependen de los cuidados informales. Por tanto, es necesario reforzar el sistema y reforzarlo, para acercarlo más al tipo de servicios, de base comunitaria, que permi-tirá satisfacer en mayor medida ese Derecho al Cuidado.

Esto significa, irremediablemente, incrementar las inversiones en el SAAD, más aún teniendo en cuenta los cambios demográficos que están produciéndose y el aumento de la longevidad.

En el capítulo anterior hemos analizado el impacto que actualmente tiene la inversión en cuidados de larga duración sobre la actividad económica de nuestro país. En este capítulo damos un paso más, y estudiamos el impacto económico que tendría ese aumento en la inversión, necesario para adaptarse a la demanda creciente (por aumento de la población potencialmente dependiente), para corregir la brecha de cuidados (aumentando el porcentaje de personas atendidas) y para comenzar la transformación del sistema (modificando el tipo de prestaciones pre-dominantes).

Para cuantificar este cambio en la política de cuidados de larga duración utili-zaremos como punto de partida el trabajo publicado por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 (2024) y titulado “Estimación de necesidades



de trabajadoras de cuidados de larga duración a 2030”. En él, se estima el número de personas y el número de prestaciones que se precisarán en el SAAD español, bajo distintas hipótesis, en 2030. Se trata de un plazo razonable para hacer previsiones y, al utilizar las propias previsiones que maneja la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, permite mantener nuestro análisis dentro del contorno en que se desarrollan los debates reales sobre las políticas públicas en este campo, reforzándose su utilidad.

En concreto, en nuestras simulaciones utilizaremos tres de los cuatro escenarios presentados en el informe del Ministerio, basándonos en las mismas hipótesis de partida. Los llamaremos, adaptando la terminología usada en ese mismo documento, “escenario continuista”, “escenario de cobertura universal” y “escenario universal y cambios en la combinación de prestaciones”.

El primero de los escenarios –el escenario continuista– se dividirá a su vez en otros dos –escenario continuista puro y escenario continuista actualizado–, distinguiéndose entre sí por la tasa utilizada para actualizar los costes a lo largo del tiempo.

Esta es una cuestión importante, ya que el documento del Ministerio de Derechos Sociales incluye únicamente una estimación del crecimiento necesario del número de prestaciones en cada escenario, pero no de su coste unitario. Sin embargo, nosotros sí necesitamos esa cifra para calcular la inversión en el SAAD (es decir, para pasar de número y tipo de prestaciones a una cifra total en euros).

Para hacerlo, nuestro punto de partida será el coste estimado de cada prestación en 2023 que presentamos en el capítulo 7, suponiendo que hasta 2030 se actualizan a una tasa anual del 2%, acorde con el objetivo de inflación del BCE. La única excepción será lo que hemos llamado “escenario continuista puro”, en el que los costes se actualizan a la misma tasa que la media del periodo 2010-2023 (claramente insuficiente para asegurar la mejora necesaria en la calidad de las prestaciones).

Además, tomaremos como punto de partida el número y tipo de prestaciones recogidas en la tabla 44 para 2023.

Tabla 44

Número de prestaciones según su tipología (todos los grados, 2023)

	Número de prestaciones	Total
Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)	Servicio SAD	332.452
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a SAD	64.773
Centros de Día / Noche (CDN)	Servicio CDN	100.705
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a CDN	24.478
Atención Residencial (ATRES)	Servicio ATRES	179.940
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a ATRES	88.893
Promoción de la Autonomía Personal/ Prevención de la Dependencia	Servicio PAPD	67.917
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a PAPD	20.945
Prestación Económica Para el Cuidado Informal		539.818
Teleasistencia		391.945
Total		1.811.866

Fuente: IMSERSO

Veamos a continuación cada uno de los escenarios de reforma del SAAD considerados en este ejercicio de simulación.

Escenario 1

Escenario
Continuista puro

En este primer escenario la distribución de prestaciones de dependencia que tendrá lugar en 2030 será similar a la que existe en este momento, pero adaptada de manera proporcional al número de personas y a los cambios en la composición demográfica. Como tasa de variación del coste de las distintas prestaciones tomamos la tasa de variación anual que efectivamente experimentó cada prestación durante el periodo 2010 – 2023.

En la tabla 45 se recogen las tasas de variación de las distintas prestaciones y del precio de cada prestación, para este primer escenario.

Tabla 45

Tasas de variación del número de prestaciones de dependencia y del precio de cada prestación de dependencia. Escenario 1

Prestaciones		Tasa de variación del número de prestaciones Periodo 2023-2030	Tasa de variación del coste anual
Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)	Servicio SAD	96,20%	1,30%
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a SAD	96,20%	0,25%
Centros de Día / Noche (CDN)	Servicio CDN	25,70%	0,00%
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a CDN	25,70%	0,25%
Atención Residencial (ATRES)	Servicio ATRES	31,20%	1,64%
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a ATRES	31,20%	0,25%
Promoción de la Autonomía Personal/ Prevención de la Dependencia	Servicio PAPD	85,70%	1,25%
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a PAPD	85,70%	0,25%
Prestación Económica Para el Cuidado Informal		53,20%	0,00%
Teleasistencia		76,40%	1,25%

Fuente: Elaboración propia y Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 (2024)

Escenario 2
Escenario Continuista
Actualizado

Este segundo escenario constituye una réplica del anterior, con el único cambio de la tasa de actualización de los costes a lo largo del tiempo. En este caso, el coste futuro de las distintas prestaciones se actualiza a una tasa del 2% anual. El resto de las hipótesis permanece constante, y se recogen en la tabla 46.

Tabla 46

Tasas de variación del número de prestaciones de dependencia y del precio de cada prestación de dependencia. Escenario 2

		Tasa de variación del número de prestaciones Periodo 2023-2030	Tasa de variación del coste anual
Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)	Servicio SAD	96,20%	2,00%
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a SAD	96,20%	2,00%
Centros de Día / Noche (CDN)	Servicio CDN	25,70%	2,00%
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a CDN	25,70%	2,00%
Atención Residencial (ATRES)	Servicio ATRES	31,20%	2,00%
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a ATRES	31,20%	2,00%
Promoción de la Autonomía Personal/ Prevención de la Dependencia	Servicio PAPD	85,70%	2,00%
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a PAPD	85,70%	2,00%
Prestación Económica Para el Cuidado Informal		53,20%	2,00%
Teleasistencia		76,40%	2,00%

Fuente: Elaboración propia y Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 (2024)

Escenario 3

Escenario de Cobertura Universal

Este tercer escenario se sustenta en dos hipótesis. La primera es común a los dos escenarios anteriores: la distribución de prestaciones de dependencia que existirá en 2030 es similar a la de 2023, adaptada al número de personas y composición demográfica prevista para 2030. La segunda hipótesis, sin embargo, es que para entonces se atenderá a todas las personas valoradas con grado de dependencia, eliminándose el limbo de dependencia. Por tanto, es necesario aumentar en mayor medida las prestaciones del SAAD que en los dos escenarios anteriores. Respecto a las cuantías de costes, nuevamente se estima en el 2%.

La tabla 47 muestra las tasas de variación del número de prestaciones y la tasa de actualización del precio de cada prestación para este tercer escenario.

Tabla 47

Tasas de variación del número de prestaciones de dependencia y del precio de cada prestación de dependencia. Escenario 3

		Tasa de variación del número de prestaciones Periodo 2023-2030	Tasa de variación del coste anual
Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)	Servicio SAD	137,25%	2,00%
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a SAD	137,25%	2,00%
Centros de Día / Noche (CDN)	Servicio CDN	51,60%	2,00%
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a CDN	51,60%	2,00%
Atención Residencial (ATRES)	Servicio ATRES	56,62%	2,00%
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a ATRES	56,62%	2,00%
Promoción de la Autonomía Personal/ Prevención de la Dependencia	Servicio PAPD	137,45%	2,00%
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a PAPD	137,45%	2,00%
Prestación Económica Para el Cuidado Informal		84,64%	2,00%
Teleasistencia		112,42%	2,00%

Fuente: Elaboración propia y Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 (2024)

Escenario 4

Escenario Universal
y cambio de prestaciones

Este cuarto y último escenario mantiene la hipótesis de cobertura universal de la población en situación de dependencia que caracterizaba el escenario anterior, pero además supone un cambio en la distribución de prestaciones de dependencia. En concreto, se reduce el peso de la institucionalización y aumenta el de los cuidados de base domiciliaria y acompañamiento al cuidado informal. Por supuesto, esto no aborda todas las cuestiones que planteamos en el capítulo 4 sobre el necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración, pero sí recoge unos primeros pasos asumibles en este periodo de tiempo. Los costes de las prestaciones también se actualizan a una tasa del 2%.

La tabla 48 recoge, en concreto, las tasas de variación del número de prestaciones y del precio de cada prestación de este cuarto escenario. Vemos que, en relación con el escenario 3, aumenta la tasa de variación del servicio de ayuda a domicilio y los centros de día/noche y se reduce la tasa de variación de la atención residencial y de la PE para el cuidado informal.

Tabla 48

Tasas de variación del número de prestaciones de dependencia y del precio de cada prestación de dependencia. Escenario 4

		Tasa de variación del número de prestaciones Periodo 2023-2030	Tasa de variación del coste anual
Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)	Servicio SAD	207,02%	2,00%
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a SAD	207,02%	2,00%
Centros de Día / Noche (CDN)	Servicio CDN	73,25%	2,00%
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a CDN	73,25%	2,00%
Atención Residencial (ATRES)	Servicio ATRES	46,18%	2,00%
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a ATRES	46,18%	2,00%
Promoción de la Autonomía Personal/ Prevención de la Dependencia	Servicio PAPD	137,45%	2,00%
	Prestación Económica Vinculada al Servicio destinada a PAPD	137,45%	2,00%
Prestación Económica Para el Cuidado Informal		33,35%	2,00%
Teleasistencia		112,42%	2,00%

Fuente: Elaboración propia y Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 (2024)

8.2

Estimación de la inversión necesaria en cada escenario

A partir de las hipótesis relativas a la evolución del número de prestaciones y los costes unitarios asociados a cada tipología de cuidado, estimamos a continuación la inversión total del SAAD que se registraría en el año 2030 bajo los cuatro escenarios alternativos anteriores.

Globalmente, los resultados muestran un aumento notable de esta inversión respecto al escenario base de 2023, impulsado tanto por el crecimiento demográfico, y por tanto de la demanda potencial de cuidados, como por las mejoras en las coberturas y, en su caso, en el tipo de prestaciones priorizadas.

La tabla 49 sintetiza estos resultados, desagregando el coste por naturaleza de la prestación y cuantificando el impacto presupuestario final de cada escenario. Como vemos, el gasto en prestaciones de servicios constituye siempre la mayor parte del coste total. La inversión necesaria en cada escenario de reforma del SAAD se pone además en relación con el PIB previsto para el año 2030. Para ello, se utilizan las previsiones del Fondo Monetario Internacional (World Economic Outlook Database, octubre de 2025).

Como se puede observar, la inversión estimada en el SAAD para el año 2023 ascendió al 0,71% del PIB de ese año¹⁶. En los dos escenarios continuistas –escenario 1, continuista puro, y 2, continuista actualizado– la inversión en el SAAD se eleva hasta 20.329 M€ y 21.949,39 M€, respectivamente, lo que representa el 0,99% y 1,07% del PIB estimado para 2030 en cada uno de los casos. En los escenarios 3 y 4, caracterizados por la premisa de atención universal (sin listas de espera) y, además, por un cambio de modelo hacia la atención domiciliaria en el caso del escenario 4, las previsiones de inversión se incrementan hasta los 26.455 M€ (1,29% del PIB de 2030) y 26.890,52 M€ (1,31% del PIB de 2030).

Tabla 49

Estimación del coste de las prestaciones y total para el año 2030 (M€)

	Prestaciones de servicios	Prestaciones económicas	Total SAAD	%PIB de cada año
Escenario Base 2023 (Capítulo 7)	8.868,55	1.754,34	10.622,89	0,71%
Escenario 1. Continuista puro	17.260,55	3.068,74	20.329,30	0,99%
Escenario 2. Continuista actualizado	18.424,36	3.525,02	21.949,39	1,07%
Escenario 3. Cobertura universal	22.206,88	4.248,43	26.455,32	1,29%
Escenario 4. Cobertura universal y cambio prestaciones	23.822,23	3.068,29	26.890,52	1,31%

Fuente: Elaboración propia

¹⁶ Téngase en cuenta que esta cifra no es comparable con el gasto total en cuidados de larga duración que hemos ofrecido en otras partes del informe, utilizando por ejemplo las estadísticas de la OCDE, y que se acerca más al 1% del PIB. Este último concepto es más amplio, incluye gastos sanitarios y sociales asociados a personas con limitaciones permanentes para las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria y se basa en criterios comparables internacionalmente, que no se limitan al gasto cubierto en España por el SAAD. Podríamos decir que la OCDE basa esta definición en necesidades funcionales, no en el reconocimiento administrativo de una situación de dependencia.

Los resultados revelan que, si bien el esfuerzo presupuestario en valor absoluto podría llegar a multiplicarse por 2,5, en términos relativos del PIB este aumento sería de 0,6 puntos porcentuales, quedando todavía por debajo de la media de la OCDE y lejos del intervalo 2%-3% de gasto en cuidados de larga duración de los países del norte de Europa.

Por otra parte, de esos 0,6 puntos de incremento en términos del PIB de 2030, 0,36 puntos se podrían explicar como consecuencia del cambio demográfico (la diferencia entre el escenario base y el escenario 2). Dicho de otra forma: en un contexto de cambio demográfico, la opción de mantener el peso de la inversión del SAAD sobre el PIB en los próximos años sería totalmente insuficiente y conduciría sin ninguna duda a un aumento de la brecha de cuidados, dejando un porcentaje mayor de personas en situación de dependencia sin atender o deteriorando aún más su atención.

De hecho, para alcanzar la cobertura universal en 2030 sería necesario aumentar la inversión en el SAAD en otros 0,22 puntos sobre el PIB (la diferencia entre los escenarios 3 y 4) llegando al 1,29%.

Finalmente, el cambio en las prestaciones aumentaría el gasto, según estas previsiones, en solo 0,02 puntos del PIB (el cambio del escenario 3 al 4). Es muy probable que esta última cifra esté infraestimada. Por un lado, es cierto que las prestaciones asociadas a la atención residencial son más costosas, y su reducción (respecto al escenario 3) podría compensar el esfuerzo por la mejora de la atención en los domicilios de las personas en situación de dependencia. Sin embargo, no estamos teniendo en cuenta (por falta de información suficiente) que el avance hacia servicios de base comunitaria con más calidad, en la línea de lo sugerido en el capítulo 4, conllevaría seguramente un aumento mayor de los costes unitarios de las prestaciones. Además, aquí estamos considerando solo el coste anual de la prestación de los servicios, pero la adaptación de los centros residenciales actuales a unas instalaciones más adaptadas al paradigma de atención centrada en la persona conlleva también un coste inicial que habría que abordar. En cierta medida, aquí habría que incluir ya los 3.000 millones de inversión asociados al Componente 22 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia que mencionamos en el capítulo 2.

8.3

Impacto económico del aumento de la inversión en los cuidados de larga duración.

En línea con lo que vimos en el capítulo anterior, la economía de los cuidados nos enseña que no solo debemos mirar la mejora de los cuidados de larga duración como un coste, sino que esta inversión moviliza actividad económica, crea empleo y, consecuentemente, ingresos fiscales que contribuyen a (auto)financiar parte de esta mejora. En este apartado presentamos las estimaciones de este impacto macroeconómico en cada uno de los escenarios que estamos considerando.

Para ello, seguiremos la misma metodología que se utilizó en el capítulo 7. Este procedimiento de estimación se basa en el modelo extendido Input-Output y, de forma resumida, captura el efecto multiplicador que el incremento de la demanda agregada asociado a la inversión en cuidados provoca sobre el sistema económico en términos de producción, empleo, generación de renta y su distribución, así como del retorno a la administración en forma de impuestos y cotizaciones sociales. Este efecto incluye los efectos directo, indirecto e inducido, y se puede desagregar sectorialmente.

Tabla 50

Impacto económico del aumento de la inversión en el SAAD

Sector económico	Diferencias con el escenario base (2023)			
	Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3	Escenario 4
Δ Inversión SAAD (%PIB)	0,28%	0,36%	0,58%	0,60%
Δ PIB (%PIB)	0,46%	0,59%	0,94%	0,99%
Δ Empleo (Nº)	249.971	288.227	402.612	431.952
Δ Ingresos fiscales (%PIB)	0,14%	0,18%	0,28%	0,30%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 50 resume estos resultados:

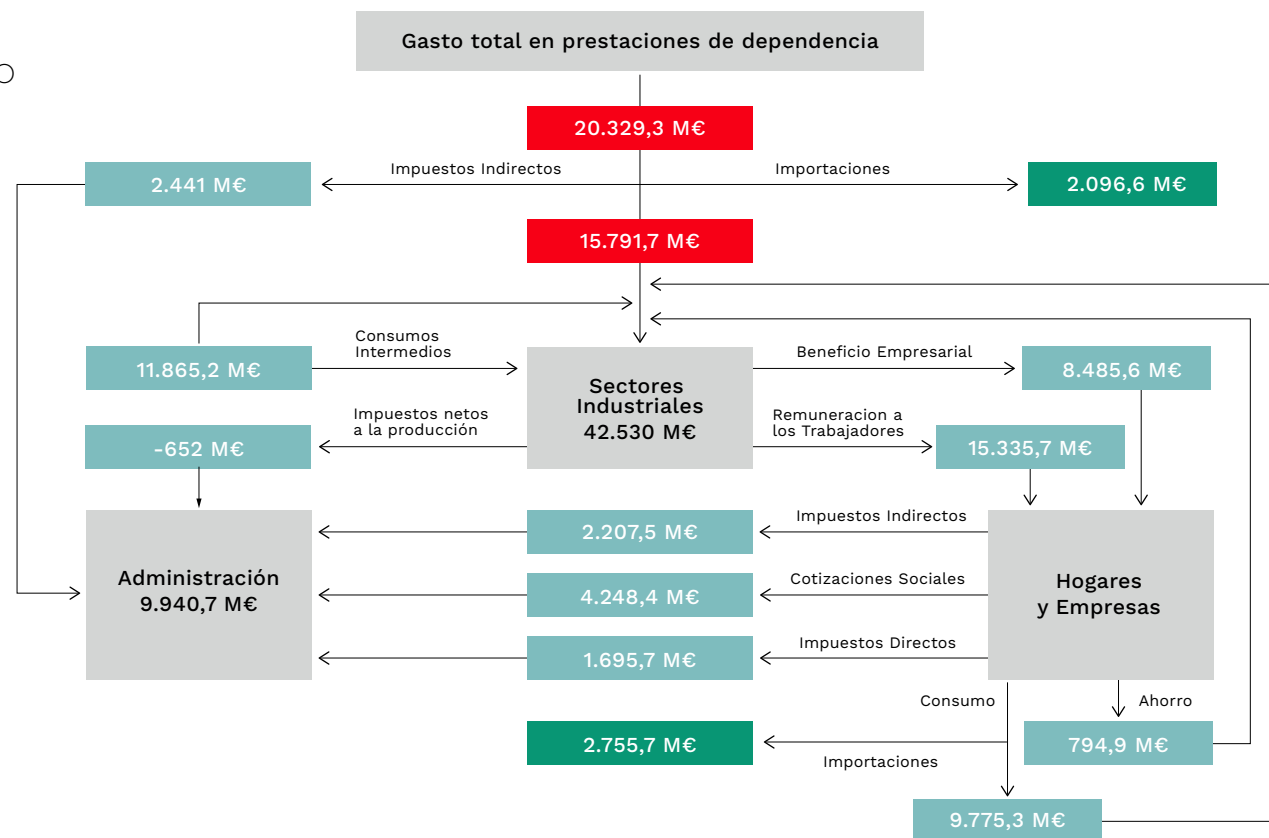
La primera fila de la tabla recoge el aumento de la inversión del SAAD, en puntos porcentuales del PIB, que se corresponde con cada escenario, comparado con el escenario base (2023). Las tres siguientes recogen el impacto económico de este aumento de la inversión:

- Dado el multiplicador cercano a 1,6 que hemos calculado con nuestro modelo, este mayor gasto en cuidados de larga duración produce un aumento en el PIB de 2030 que se sitúa entre el 0,6% si únicamente se atiende el cambio demográfico y el 1% si además se asegura la cobertura universal y se inicia un cambio en el modelo de atención a la dependencia, modificando las prestaciones.
- Este aumento de la actividad se traduce a su vez en más empleo, necesario para atender este aumento en las prestaciones por dependencia, pero también la mayor actividad económica en el resto de sectores. Esta cifra se situaría entre 289.000 y 432.000 nuevos empleos, aunque esta última cifra está probablemente infraestimada, ya que no tenemos en cuenta el cambio en las ratios que seguramente acompañaría al cambio en el mix de prestaciones del SAAD. Por ejemplo, el documento del Ministerio de Derechos Sociales estima que el crecimiento del empleo en el SAAD podría llegar en este caso hasta los 639.000.
- Por último, el incremento de la actividad económica y el empleo genera también mayores ingresos fiscales por los impuestos que se recaudan a partir del aumento de la renta y del consumo y por las mayores cotizaciones sociales asociadas al empleo. Este retorno fiscal es, como vimos en el apartado anterior, cercado al 49% de la inversión inicial.

Para terminar, las figuras 3 a 6 presentan el detalle del efecto sobre la actividad económica de cada uno de estos escenarios:

Figura 3

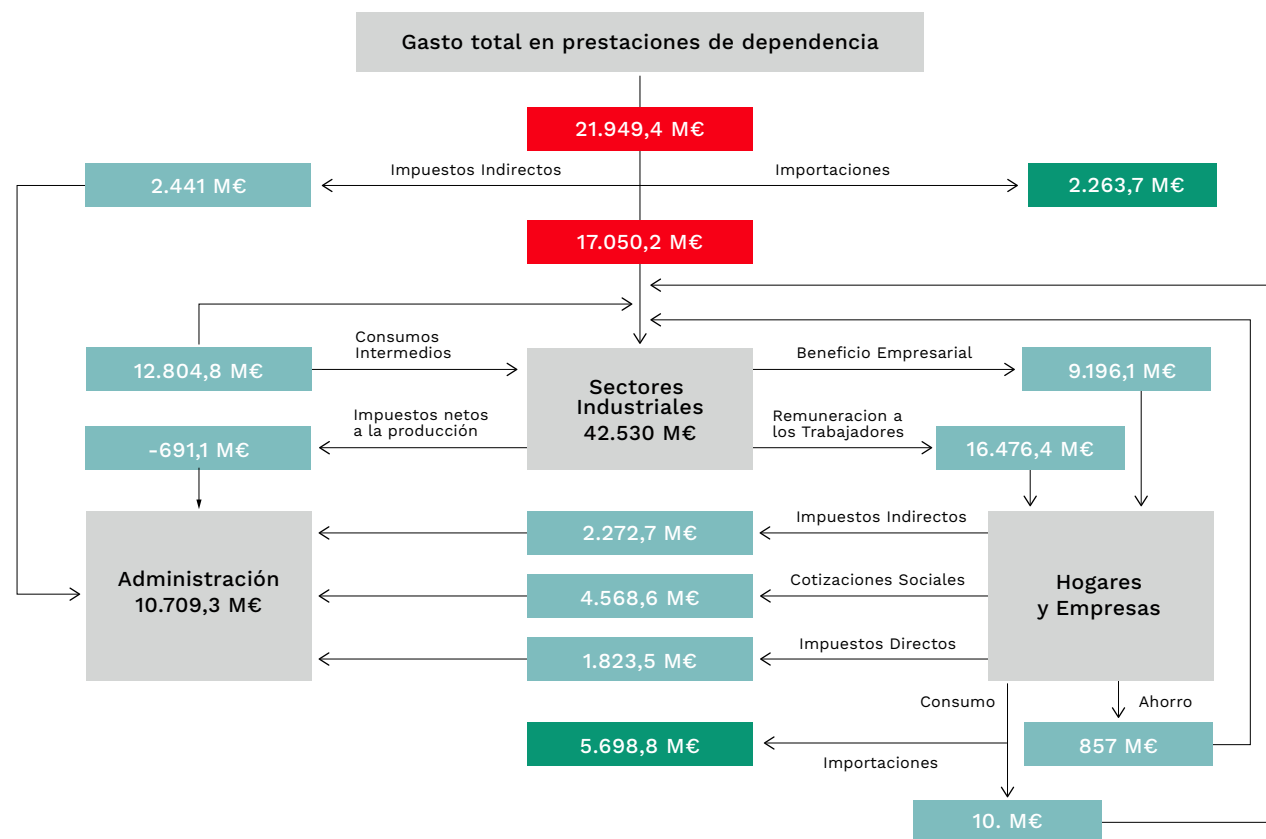
Efecto económico generado en la economía española por el gasto en las prestaciones asociadas a la dependencia



Escenario 1

Figura 4

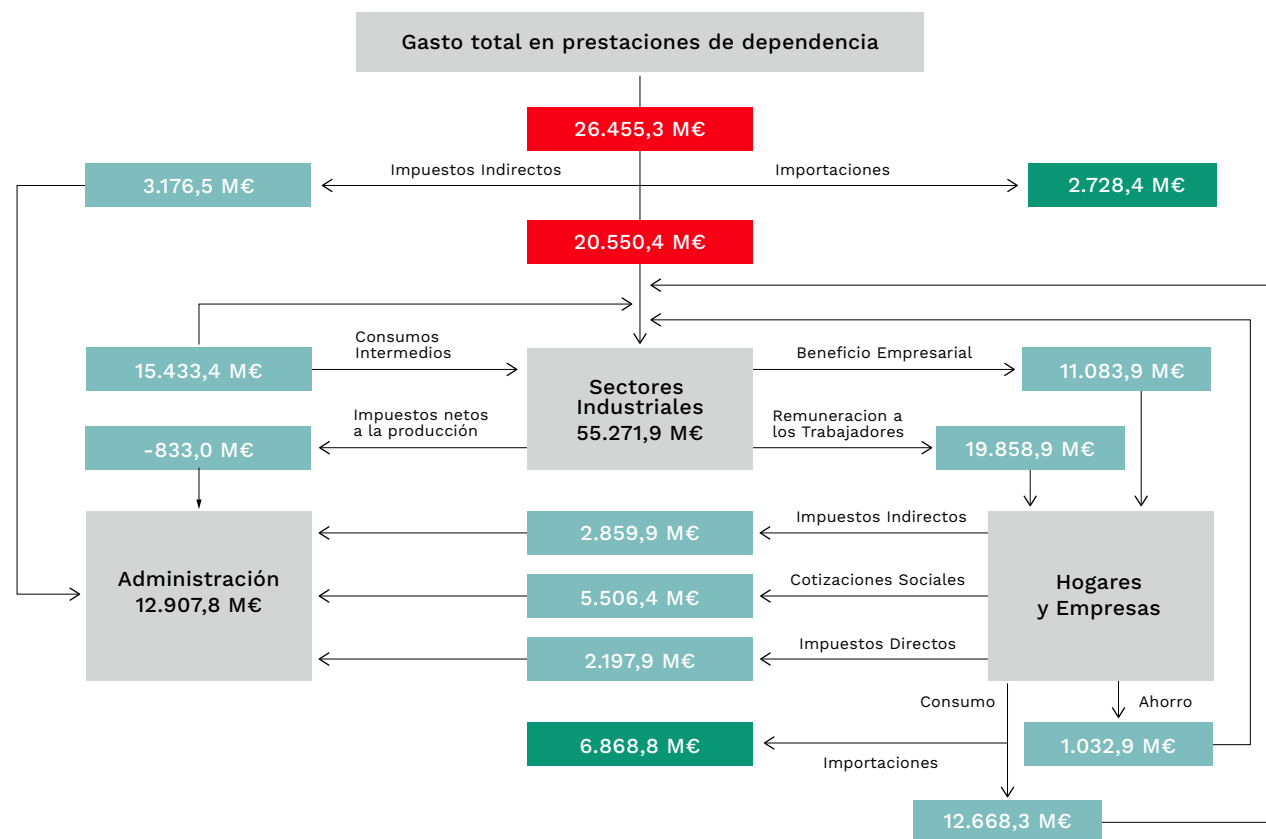
Efecto económico generado en la economía española por el gasto en las prestaciones asociadas a la dependencia



Escenario 2

Figura 5

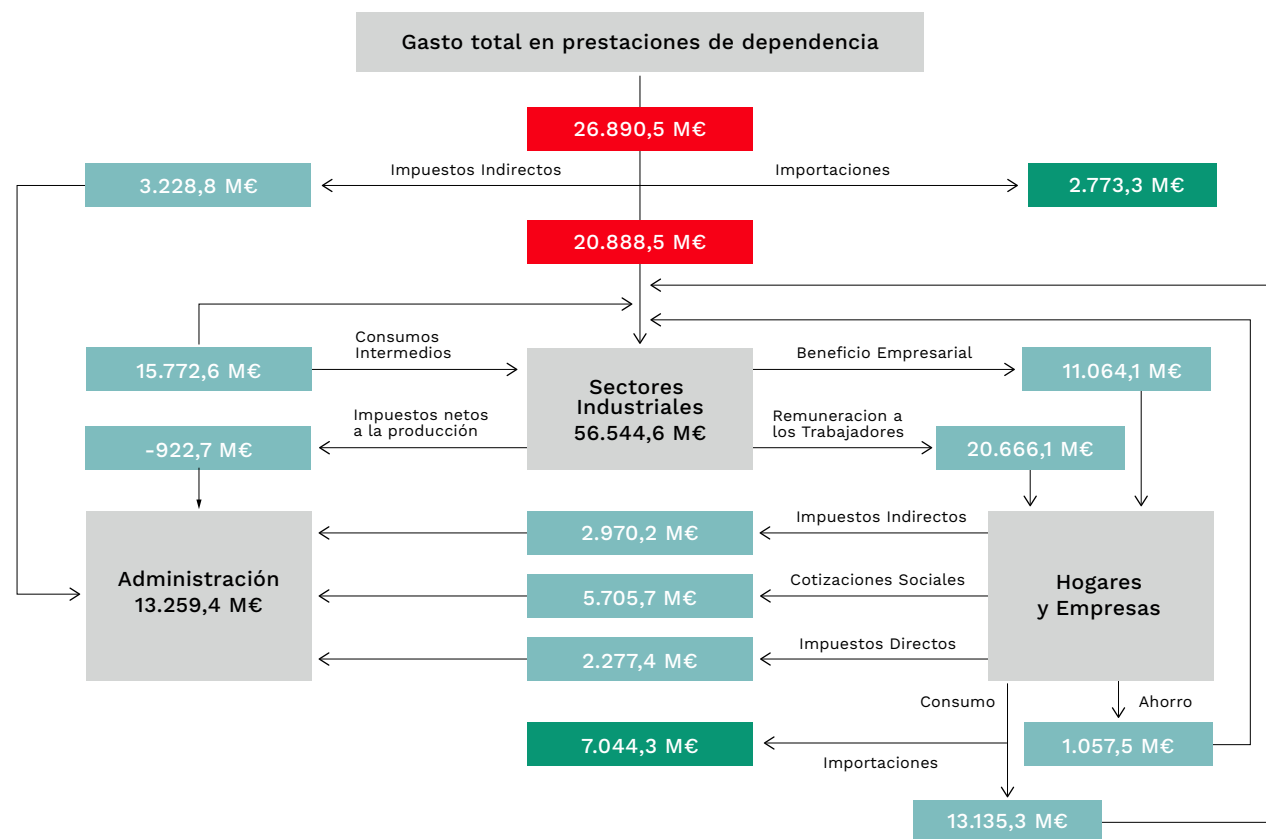
Efecto económico generado en la economía española por el gasto en las prestaciones asociadas a la dependencia



Escenario 3

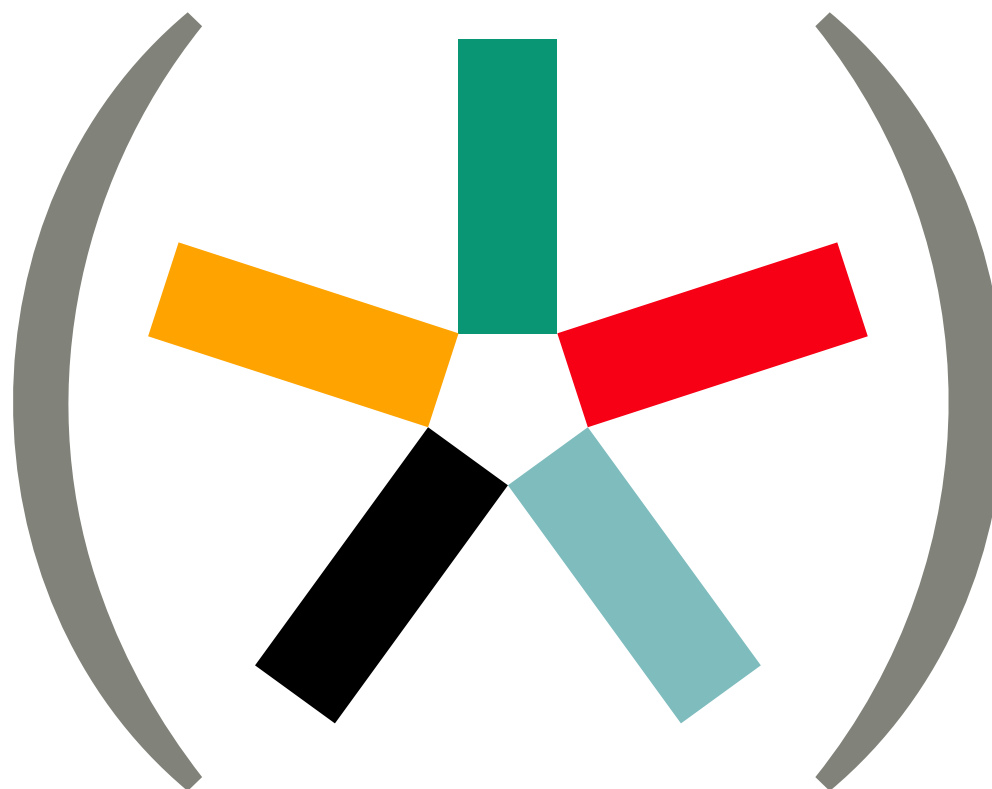
Figura 6

Efecto económico generado en la economía española por el gasto en las prestaciones asociadas a la dependencia



Escenario 4

Mensajes principales
y recomendaciones
Cinco ejes



Como resumen del informe, en este último capítulo presentamos los mensajes principales que, a nuestro juicio, se extraen del análisis realizado en los capítulos anteriores, así como algunas recomendaciones de políticas públicas.

9.1

Mensajes principales

1 Los cuidados de larga duración deben reconocerse como un derecho social y un bien público esencial.

Los cuidados no son una cuestión privada ni familiar, sino un pilar básico para la sostenibilidad de la vida y del propio sistema económico y social. En sociedades longevas como la española, garantizar cuidados de larga duración adecuados es una condición imprescindible para una vida digna. Reconocer el Derecho al Cuidado implica asumirlo como una responsabilidad colectiva, al mismo nivel que la sanidad o la educación, y avanzar hacia su plena exigibilidad jurídica dentro del Estado social de derecho.

2 La creación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) supuso un avance decisivo, pero sigue estructuralmente infradesarrollado.

La creación del SAAD en 2006 marcó un punto de inflexión al configurar los cuidados de larga duración como el cuarto pilar del Estado del Bienestar y reconocer un derecho subjetivo a la atención en situaciones de dependencia. No obstante, el sistema arrastra déficits persistentes: insuficiencia de servicios, retrasos administrativos prolongados, elevadas listas de espera, fuerte dependencia de prestaciones económicas y una financiación claramente insuficiente. Estos límites impiden que el derecho reconocido se materialice de forma efectiva y homogénea en todo el territorio.



3 España presenta importantes carencias en materia de cuidados de larga duración, lo que genera desigualdades sociales, territoriales y de género.

El desarrollo del Estado del Bienestar en la década de 1980 tuvo por objetivo garantizar una provisión universal de servicios esenciales, suficientes y de calidad para toda la población, independientemente del nivel de renta de cada persona. Sin embargo, ese objetivo hoy no se cumple para quienes necesitan cuidados de larga duración. Existe una notable brecha entre las necesidades reales de cuidados y la capacidad del sistema para atenderlas. Esta insuficiencia se traduce en fuertes desigualdades en la atención, y la falta de servicios públicos suficientes desplaza los cuidados hacia el ámbito familiar e informal, reforzando la división sexual del trabajo.

4 El envejecimiento demográfico convierte los cuidados de larga duración en un reto estructural e inaplazable.

Si no se actúa con determinación y premura, las carencias que hoy ya tiene nuestro sistema de cuidados de larga duración se acentuarán de forma preocupante. El rápido envejecimiento de la población española, junto con el aumento de la longevidad y de las situaciones de cronicidad y discapacidad, incrementará de forma sostenida la demanda de cuidados de larga duración en las próximas décadas. Este fenómeno no es coyuntural ni reversible y exige políticas públicas de largo plazo, con planificación estratégica, financiación estable y capacidad de adaptación institucional.

5 Hacer efectivo el Derecho al Cuidado exige una modernización de nuestro Estado del Bienestar, en línea con los países de nuestro entorno.

La renovación del Estado del Bienestar español debe pasar en este momento por el reconocimiento formal del Derecho al Cuidado. Las políticas de cuidados de larga duración deben estar en pie de igualdad con el resto de pilares del Estado del Bienestar –la educación, la sanidad o las pensiones–. La Estrategia

Europea de Cuidados y la experiencia de otros países europeos señalan una vía adecuada para modernizar nuestro Estado del Bienestar y avanzar hacia un sistema de cuidados universal, equitativo y sostenible: derechos de acceso claros, financiación estable y suficiente, prioridad a los servicios frente a las prestaciones económicas, orientación al cuidado en el domicilio, y una gobernanza coordinada con estándares homogéneos.

6 Tras su creación, el SAAD ha evolucionado de forma muy desigual, con diversas etapas muy marcadas por el contexto económico y a las prioridades de la política pública.

La fase inicial de expansión (2007–2011), coincidente con la implantación de la LAPAD, se caracterizó por un fuerte impulso político y presupuestario, el rápido despliegue institucional del sistema, y el aumento del gasto público y del empleo. El sistema atravesó una segunda etapa de contención y retroceso (2012–2016), asociada a la crisis financiera y marcada por las políticas de austeridad y los recortes en la financiación estatal, la reducción de prestaciones y el debilitamiento de la capacidad protectora del sistema, con el consiguiente aumento de listas de espera y retrasos en el reconocimiento de derechos. A partir de 2017 –y con más intensidad a partir de 2020– se inicia una tercera fase de reimpulso y reorientación, que se materializa en el Plan de Choque en Dependencia (2021), con un notable incremento de la financiación pública, una reducción parcial de las listas de espera y una apuesta por modernizar el modelo de atención.

7 El fuerte aumento de las prestaciones del SAAD entre 2017 y 2025 ha permitido reducir el “limbo de la dependencia” más de un 70%.

Uno de los problemas estructurales del SAAD es el llamado “limbo de la dependencia” –personas que tienen reconocido un grado de dependencia y, a pesar de ello, no reciben ninguna prestación o servicio–. Este limbo se ha reducido notablemente en los últimos años, pasando de 384.000 personas en diciembre de 2015 a 107.000 en diciembre de 2025, gracias a que las presta-

ciones totales del SAAD se han duplicado entre 2017 y 2025. A finales de 2025 existían 1.610.266 personas (1.101.415 mujeres y 599.851 hombres) atendidas por el SAAD, recibiendo un total de 2.274.461 prestaciones de servicios o económicas. En todo caso, se siguen manteniendo aún plazos muy elevados entre la solicitud, la valoración y el acceso efectivo a las prestaciones –que en algunos territorios superan ampliamente el año–, lo que vacía de contenido el derecho subjetivo reconocido por la ley.

8 El desarrollo del SAAD ha favorecido históricamente las prestaciones económicas frente a los servicios profesionales, contrariamente al espíritu con el que se diseñó.

Aunque la Ley de Dependencia establecía la prioridad de los servicios frente a las prestaciones económicas, en la práctica el sistema ha recurrido de forma masiva a estas últimas, especialmente a las vinculadas al cuidado en el entorno familiar. Esta orientación responde a razones presupuestarias y administrativas, debilitando con ello la profesionalización de los cuidados y la capacidad de control de la calidad por parte de los poderes públicos. Hoy en día, los servicios de provisión directa constituyen el 58% de las prestaciones del SAAD, siendo las prestaciones económicas el restante 42%. Las prestaciones vinculadas al cuidado en el entorno familiar, aunque se han reducido en los últimos años, equivalen al 31% de las prestaciones totales del sistema.

9 El modelo español sigue siendo excesivamente familiarista e informal, con elevados costes económicos y sociales ocultos. Su refuerzo debe producirse mediante la provisión directa de servicios.

Una parte muy significativa de los cuidados de larga duración en España sigue siendo proporcionada por cuidadoras informales –mayoritariamente mujeres– sin reconocimiento ni protección suficientes. Esta informalidad tiene un elevado coste económico implícito y efectos negativos sobre la participación laboral de las mujeres, su salud y la igualdad de género. Así, reforzar el sistema formal

de cuidados no solo es una necesidad para las personas cuidadas, sino también una forma de desarrollar infraestructuras sociales que ayuden a sostener colectivamente mejor las tareas de cuidados, evitando los costes económicos y sociales asociados a la informalidad. Este refuerzo ha de producirse mediante la provisión directa de servicios y evitando las prestaciones vinculadas al cuidado en el entorno familiar.

10 La infrafinanciación del sistema español de cuidados es muy acusada en comparación internacional.

España destina actualmente menos del 1 % del PIB a cuidados de larga duración, una cifra claramente inferior a la media de la OCDE (1,8%) y muy alejada de los países con sistemas más desarrollados, que alcanzan el 3-4% del PIB. Esta brecha de inversión explica buena parte de las carencias actuales de nuestro sistema y limita su capacidad para ofrecer servicios suficientes, intensivos y de calidad.

11 El SAAD presenta fuertes desigualdades territoriales, que configuran de facto distintos modelos autonómicos de atención a la dependencia.

Pese a la existencia de un marco estatal común, las diferencias en gasto por persona beneficiaria, cobertura, plazos de tramitación, copagos, intensidad de los servicios y condiciones laborales del sector son muy acusadas entre comunidades autónomas. Estas disparidades generan una vulneración del principio de equidad territorial y hacen que el acceso efectivo a los cuidados dependa en gran medida del lugar de residencia.

12 La insuficiencia de servicios de cuidados de larga duración en España se pone de manifiesto en la existencia de la llamada brecha de cuidados, o “care gap”.

El care gap, o brecha de cuidados, es la parte de la demanda de cuidados de larga duración que permanece insatisfecha y no es cubierta por el SAAD, y

constituye un indicador clave para evaluar su suficiencia real. La existencia de este care gap implica no solo un déficit de servicios, sino también una vulneración potencial de derechos sociales reconocidos normativamente. La brecha absoluta se refiere a las personas en situación de dependencia que no reciben ningún tipo de apoyo público, ni en forma de servicios ni de prestaciones económicas, mientras que la brecha relativa alude a aquellas personas que sí están atendidas por el SAAD, pero reciben apoyos insuficientes en intensidad o adecuación para cubrir sus necesidades reales.

13 Tanto la brecha absoluta de cuidados, como la brecha relativa, alcanzan niveles preocupantemente elevados.

En 2024, cerca de tres cuartas partes de las personas mayores de 65 años que declaran tener alguna limitación en las actividades básicas de la vida diaria no reciben atención efectiva del SAAD. Esta proporción es también muy elevada en el caso de las personas que declaran tener limitaciones severas, donde aproximadamente dos de cada tres personas carecen de apoyo público adecuado. Entre quienes sí reciben apoyos del SAAD, el 28% de las personas considera que los cuidados que reciben (formales e informales) son insuficientes para dar respuesta a sus necesidades, y ese porcentaje se incrementa hasta el 40% en el caso de quienes sólo reciben cuidados formales.

14 El care gap se ha reducido en los últimos años, aunque se mantiene elevado.

El care gap absoluto se ha reducido de manera notable durante los últimos años gracias, entre otros factores, al incremento del número de personas atendidas por el SAAD. Pese a esta mejora, la brecha absoluta sigue siendo estructuralmente elevada. El care gap relativo estimado en el trabajo es ligeramente inferior a otras estimaciones realizadas por estudios previos, pero sigue siendo también elevado.

15 Existe un impacto diferencial por género en la brecha absoluta de cuidados.

Se comprueba una brecha de cuidados absoluta sistemáticamente mayor en los hombres que en las mujeres mayores de 65 años. En 2024, cerca del 80% de los hombres con limitaciones no recibían atención del SAAD, frente a algo más del 68% en el caso de las mujeres. Esta diferencia se mantiene a lo largo del periodo analizado y se explica, en parte, por la distribución desigual de los cuidados informales en el ámbito familiar, donde las mujeres siguen asumiendo mayoritariamente el rol de cuidadoras. Las mujeres recurren en mayor medida al SAAD cuando ellas necesitan cuidados, mientras que los hombres dependen más del apoyo informal.

16 Existen diferencias por grado de dependencia en la brecha relativa.

La brecha relativa de cuidados disminuye ligeramente a medida que aumenta el grado de dependencia reconocido. Las personas con Grado I presentan mayores niveles de insatisfacción que aquellas con Grados II y III. Este patrón sugiere que el sistema prioriza los casos más graves, pero deja parcialmente desatendidas situaciones de dependencia moderada o incipiente. Esta evidencia sugiere problemas de intensidad y adecuación de los apoyos en fases tempranas de la atención, con posibles efectos negativos: al retrasarse la intervención temprana, aumenta la probabilidad de agravamiento de las situaciones de dependencia, con mayores costes humanos y económicos a largo plazo.

17 El care gap presenta una elevada heterogeneidad territorial.

Las fuertes desigualdades territoriales del SAAD vuelven a reflejarse cuando analizamos el care gap. Aunque las limitaciones estadísticas dificultan una medición plenamente precisa, los resultados muestran que algunas regiones (Canarias, Cataluña, Comunidad de Madrid y La Rioja) presentan brechas sistemáticamente superiores a la media nacional, tanto en términos absolutos

como relativos, mientras que otras muestran brechas inferiores (Asturias, Castilla y León y el País Vasco). Esta disparidad territorial revela una preocupante heterogeneidad en la prestación de servicios de cuidados.

18 El modelo actual del SAAD presenta importantes déficits de calidad.

La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto la insuficiente calidad que presenta el SAAD en sus diversas dimensiones. Desde entonces, existe un consenso generalizado sobre la necesidad de contar con más medios y recursos, aumentar la oferta de servicios y mejorar la calidad del modelo. Esto se ha traducido en mandatos, acuerdos y recomendaciones a nivel nacional e internacional que instan a transformar el SAAD, con la calidad como uno de los objetivos prioritarios.

19 El servicio de ayuda a domicilio presenta una insuficiente intensidad horaria.

La intensidad horaria media del servicio es claramente exigua para cubrir las necesidades de las personas en situación de dependencia. A pesar de las mejoras normativas introducidas en 2023, las horas efectivamente prestadas se sitúan, en muchos casos, por debajo de los mínimos establecidos. Además, las reformas recientes no se han aplicado de forma retroactiva, lo que limita su impacto real. Esta insuficiencia horaria cuestiona la capacidad del servicio para constituirse como una alternativa sólida a la institucionalización.

20 Las cuantías de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar no cubren los costes reales de la atención.

Aunque incrementadas recientemente, estas cuantías siguen siendo insuficientes. Las cuantías medias percibidas, especialmente en los grados más altos de dependencia, resultan claramente inadecuadas frente a las necesidades de apoyo continuado. Esta situación traslada una parte sustancial del coste de los cuidados a las familias, afectando de manera desproporcionada a los hogares

con menores recursos económicos. Este diseño limita la equidad del sistema y refuerza desigualdades sociales y de género preexistentes, dado que contribuyen a la refeminización de los cuidados.

21 Las prestaciones económicas vinculadas al servicio conllevan elevados copagos.

Estas prestaciones cubren menos de la mitad del precio que tienen los servicios en el mercado, lo que obliga a las personas que las perciben y a sus familias a asumir una parte muy significativa del coste del servicio contratado. Esto resulta inviable para los hogares con menores rentas. En la atención residencial, por ejemplo, los copagos pueden superar el 70% del coste total. Esta carga financiera constituye una barrera de acceso efectiva y compromete el principio de universalidad del sistema.

22 Para mejorar la calidad no basta con reforzar cuantías e intensidades horarias. También es necesario transformar el modelo.

Es necesario pasar de un modelo asistencialista a otro centrado en la persona, de base comunitaria y con enfoque de derechos humanos. Mejorar la calidad implica ir más allá de la mera satisfacción de necesidades y acompañar a las personas para que mantengan su autonomía y autogobierno, para que tomen decisiones libres sobre aspectos importantes, pero también sobre las rutinas cotidianas. Se debe avanzar hacia un modelo más desinstitucionalizado, que preste los apoyos para que las personas puedan seguir viviendo en su entorno y en su hogar mientras sea posible. Además, los centros residenciales deben superar la cultura de la estandarización y deben organizar los cuidados a pequeña escala, con cambios ambientales que acerquen los centros a entornos hogareños y familiares, con zonas de intimidad, con actividades personalizadas, activando los recursos de la comunidad para que las personas participen en los espacios y actividades sociales del barrio o pueblo en el que viven. Un centro residencial debe ser un nuevo hogar.

23 La asistencia personal está muy poco desarrollada, pese a su potencial transformador.

La prestación de asistencia personal, clave para promover la autonomía y la vida independiente, tiene una implantación marginal en el conjunto del Estado y se concentra casi exclusivamente en muy pocos territorios. Este déficit es una oportunidad perdida para avanzar hacia modelos más flexibles, personalizados y alineados con el enfoque de derechos humanos. Su modelo debe ir más allá del acceso a la educación y al trabajo, debe abrirse al acceso a la cultura, el ocio, las relaciones sociales, en definitiva, a todas las actividades de la vida diaria y a personas de cualquier edad.

24 Es importante incorporar nuevos servicios y herramientas innovadoras en el catálogo del SAAD.

Es necesario ampliar y diversificar la cartera de servicios del SAAD para adaptarla a las nuevas demandas sociales. Entre las posibilidades, destacan la mejora de la accesibilidad en la vivienda de las personas atendidas, el desarrollo de productos de apoyo para facilitar la permanencia de las personas en su domicilio, las nuevas alternativas residenciales basadas en el paradigma housing, así como la introducción de presupuestos personales. Estas herramientas permitirían una mayor flexibilidad, personalización y adecuación de los cuidados, facilitando la permanencia de las personas en su entorno habitual y fortaleciendo su autonomía.

25 La economía de los cuidados es un motor creciente del empleo en España.

Los cuidados de larga duración no constituyen un sector marginal, sino una actividad económica de gran escala, con un notable impacto sobre el empleo y la estructura productiva. Según los microdatos de la Encuesta de Población Activa, en 2024 trabajaban en España cerca de 1,3 millones de personas en

actividades relacionadas con los cuidados de larga duración, lo que representa aproximadamente el 6% del empleo total del país. El 46% de este empleo se desarrolla en los hogares como trabajo doméstico, mientras que el resto se reparte entre residencias (30%) y servicios sociales sin alojamiento (24%), como centros de día y ayuda a domicilio. Si se excluye el empleo doméstico, el sector representa en torno al 3% del empleo en España.

26 Existe una elevada feminización del empleo en la economía de los cuidados.

Uno de los rasgos más destacados del sector es su intensa feminización: el 87% de las personas empleadas en los cuidados son mujeres, concentrando este sector más del 11% del empleo femenino total, frente a apenas el 1,5% del empleo masculino. Esta distribución revela que los cuidados de larga duración siguen funcionando como un ámbito laboral altamente segregado por género. La feminización es especialmente acusada en el trabajo doméstico y en los cuidados directos de menor cualificación, mientras que los hombres tienen una presencia algo mayor en categorías profesionales más altas o en tareas auxiliares.

27 La precariedad laboral en el empleo de cuidados es estructural y muy superior al resto de la economía.

El empleo en el sector de cuidados presenta niveles de precariedad superiores al promedio de la economía. Las tasas de temporalidad (23,1%) y, especialmente, de parcialidad (35,6%) son significativamente más elevadas, que las del resto de la economía (16,2% y 13,6% respectivamente, para el año 2024). El salario medio en el sector se sitúa un 35-45% por debajo del salario medio del país, y el índice de accidentes laborales y enfermedades profesionales casi duplica la media nacional. Así, la precariedad laboral sigue siendo un rasgo estructural del sector, afectando tanto a su capacidad de atracción de profesionales como a la calidad de los cuidados prestados.

28 Un sector con niveles formativos insuficientes y profesionalización desigual.

Una parte muy significativa de las personas que trabajan en cuidados cuenta únicamente con estudios obligatorios o inferiores, especialmente en el empleo doméstico. Aunque en residencias y centros de día existe una mayor presencia de formación profesional y universitaria, el nivel formativo medio del sector es inferior al del conjunto de la economía. La profesionalización avanza de manera desigual, apoyada en certificados de profesionalidad que han experimentado un notable crecimiento, como los vinculados a la atención sociosanitaria o la teleasistencia. Sin embargo, la baja cualificación sigue siendo un rasgo estructural del sector, lo que limita tanto la calidad del empleo como la calidad potencial de los cuidados prestados.

29 La fuerza laboral en el sector de cuidados tiene una edad media elevada.

Una característica especialmente preocupante del sector es el envejecimiento de su fuerza de trabajo. La edad más frecuente de las personas empleadas en cuidados es de 54 años, diez años por encima de la media del conjunto de la economía. Además, más de la mitad de las trabajadoras tiene 45 años o más, especialmente en el empleo doméstico. El informe señala que el sector muestra una escasa capacidad de atracción de personas jóvenes, debido a factores como los bajos salarios, la parcialidad y las condiciones laborales exigentes. Esta situación plantea un riesgo estructural para la sostenibilidad futura del sistema de cuidados, en un contexto en el que la demanda de empleo en el sector crecerá de forma acelerada durante la próxima década.

30 Un sector con alta presencia de población migrante.

El sector de cuidados presenta una proporción de población extranjera que duplica a la media del mercado laboral español. En 2024, el 30% de las personas empleadas en cuidados tenía nacionalidad extranjera, porcentaje que se eleva a

más del 50% en el trabajo doméstico. Esta presencia es especialmente elevada entre mujeres procedentes de América Latina y, en menor medida, de Europa del Este y el norte de África. Esta concentración responde tanto a la notable demanda de mano de obra como a la falta de alternativas laborales para muchas mujeres migrantes. Esta realidad incrementa la vulnerabilidad de las trabajadoras del sector, muchas de ellas en situaciones de irregularidad administrativa y empleo no declarado (particularmente en el caso del trabajo doméstico).

31 Crecimiento futuro de la demanda de empleo en cuidados.

En el sector se proyecta un fuerte incremento de la demanda de trabajadoras de cuidados hasta 2030. Según la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, se estima que, en un escenario continuista, serían necesarias más de 260.000 personas adicionales, cifra que superaría las 400.000 si se quiere garantizar la cobertura universal de los servicios prestados por el SAAD, y podría llegar a más de 600.000 nuevas trabajadoras en el caso de querer asegurar cobertura universal junto con un modelo reforzado con servicios profesionales y comunitarios. Para asegurar esta demanda futura de mano de obra, es imprescindible una mejora de las condiciones laborales del sector.

32 Los cuidados informales juegan un papel central en el sistema español de cuidados de larga duración.

Los cuidados informales siguen siendo un pilar central del sistema de cuidados de larga duración en España. Más del 95% de las personas con dependencia reconocida recibe cuidados informales, generalmente proporcionados por familiares o por trabajadoras del hogar. Es decir, el sistema formal actúa, en muchos casos, como complemento y no como sustituto del cuidado familiar, con profundas implicaciones económicas y sociales. Aunque ha habido avances normativos muy relevantes, como el Real Decreto-ley 16/2022, que equiparó los derechos de las trabajadoras del hogar con el régimen general de la Seguridad Social, una parte significativa del sector sigue al margen de la formalización.

La informalidad no solo tiene efectos negativos sobre los derechos laborales de las trabajadoras, y sobre la sobrecarga de trabajo que asumen las cuidadoras familiares, sino también sobre la calidad de los servicios prestados, al quedar estos fuera de la supervisión pública y de los estándares del sistema formal.

33 Los “cuidados familiares” recaen mayoritariamente en las espaldas de las mujeres.

De los 2,1 millones de personas que son cuidadores y cuidadoras principales según el módulo de personas cuidadoras principales de la EDAD 2020, el 87,6% de las personas son del entorno familiar, destacando el papel de las hijas (el 25,4%), seguido de las mujeres o parejas (15,8%). En conjunto, hijas y parejas femeninas suponen el 41,2% de las personas cuidadoras principales, frente al 25,8% que suponen los hijos y las parejas masculinas. Esto refleja tanto el papel central de la familia en la provisión de cuidados en los hogares con personas con necesidades de cuidados de larga duración, como el desigual reparto de estos cuidados entre hombres y mujeres.

34 Los cuidados informales tienen un fuerte impacto sobre la participación laboral de las mujeres.

El cuidado informal supone un enorme sesgo de género, que limita las posibilidades que las mujeres tienen de participar en igualdad de condiciones en el mercado laboral, no ya solo circunscrito al sector de los cuidados, sino en general, debido a la carga extra que soportan en los hogares. De hecho, más de un millón de personas (el 2,7% de la población potencialmente activa), en su inmensa mayoría mujeres, ve limitada su participación en el mercado laboral por responsabilidades de cuidados. Estas responsabilidades explican una parte significativa de la inactividad femenina y del empleo a tiempo parcial involuntario. Esta situación contribuye de forma directa a la existencia de una notable brecha de género en empleo, salarios y pensiones, y a una importante pérdida de talento para el conjunto de la sociedad.

35 La dimensión “invisible” de los cuidados de larga duración presenta una magnitud muy significativa, entre el 3,6% y el 4,7% del PIB.

En este informe incluimos una estimación macroeconómica de los cuidados informales de larga duración en España, variable habitualmente “invisible” en los análisis. Para ello, medimos las horas totales de cuidados informales que reciben las personas mayores de 65 años con discapacidad, utilizando la Encuesta de Discapacidades y Atención a la Dependencia del año 2020. En términos anuales, las horas de cuidado informal no consideradas en la economía formal ascienden a 6.665 millones al año. Si todas esas horas de trabajo informal aflorasen a la economía formal, equivaldrían a 3,2 millones de puestos de trabajo a tiempo completo. Aplicando el método de coste de reemplazo, estimamos que los cuidados informales suponen entre el 3,6% y el 4,7% del PIB español. Si restringimos el ejercicio al cómputo de los cuidados informales entre las personas con grado de dependencia reconocida, tendríamos un total de horas de cuidado al año de 2.826 millones, lo que supondría un valor monetario de entre el 1,4% y el 1,9% del PIB. Esta estimación pone de manifiesto la magnitud económica de un trabajo que permanece mayoritariamente invisible en las cuentas nacionales.

36 La inversión en cuidados de larga duración es un motor económico.

El gasto público asociado al SAAD no debe interpretarse únicamente como un coste económico para la sociedad, sino como una inversión con un elevado efecto dinamizador sobre la economía española. A partir de un enfoque macroeconómico basado en modelos Input-Output ampliados mediante una Matriz de Contabilidad Social, el análisis muestra que la inversión en cuidados genera importantes efectos directos, indirectos e inducidos sobre la producción, el empleo y las rentas. En 2023, un gasto inicial de 10.623 millones de euros en prestaciones de dependencia desencadenó un impacto total sobre el PIB de 17.260 millones de euros. Este resultado implica un multiplicador económico cercano a 1,6, confirmando que la inversión en cuidados de larga duración tiene una capacidad significativa para estimular la actividad económica más allá del propio sector so-

ciosanitario. Sectores como el comercio, la hostelería, la construcción, la industria manufacturera, la energía o las actividades profesionales experimentan incrementos significativos de producción como consecuencia del gasto en cuidados.

37 Por cada euro que las administraciones públicas gastan en cuidados de larga duración, ingresan 49 céntimos.

Nuestro análisis muestra que una parte sustancial del gasto público en cuidados de larga duración retorna a las administraciones públicas a través de impuestos y cotizaciones sociales. En concreto, el retorno fiscal total asociado al gasto del SAAD en 2023 se estima en 5.177,6 millones de euros, lo que equivale a cerca del 48,5% del gasto público inicial. Es decir, por cada euro que las administraciones públicas gastan en cuidados de larga duración, ingresan 49 céntimos. Este retorno procede de impuestos indirectos, impuestos directos sobre las rentas generadas y cotizaciones sociales vinculadas al empleo creado. Una vez descontado este retorno, el esfuerzo fiscal neto del Estado para financiar el sistema de dependencia se reduce a unos 5.445 millones de euros. Este resultado es clave para el debate de política pública, ya que evidencia que el coste neto del SAAD es considerablemente inferior al gasto presupuestario bruto.

38 Actualizar las prestaciones y los costes del SAAD según el crecimiento demográfico previsto, requerirá reforzar la inversión en el sistema.

Estimamos cuatro posibles escenarios futuros del SAAD, según la inversión que se considere de aquí a 2030. Los dos primeros escenarios -llamados continuistas- se limitan a mantener la lógica actual del sistema, actualizando las prestaciones y los costes para adaptarlos al crecimiento demográfico previsto, pero sin incorporar cambios adicionales. Estos dos escenarios implican un crecimiento del gasto público en el SAAD desde el 0,71% del PIB actual, hasta un 0,99-1,07% en 2030, incremento de gasto de 0,36 puntos que estaría vinculado fundamentalmente al cambio demográfico. Es decir, en un contexto de cambio demográfico, la opción de mantener constante el peso de la inversión

del SAAD sobre el PIB en los próximos años sería totalmente insuficiente y conduciría sin ninguna duda a un aumento de la brecha de cuidados.

39 Corregir el care gap, aumentando el porcentaje de personas atendidas, y mejorar la calidad del sistema, requiere un aumento adicional de inversión en el SAAD.

Además de los dos escenarios continuistas, estimamos otros dos escenarios más ambiciosos, orientados no sólo a cubrir el crecimiento demográfico previsto, sino también a garantizar la cobertura universal, así como un cambio en el modelo de atención, reduciendo el peso de la institucionalización y reforzando los cuidados domiciliarios y comunitarios. Estos dos nuevos escenarios de inversión implicarían un crecimiento del gasto público en el SAAD desde el 0,71% del PIB actual, hasta un 1,29-1,31% en 2030. Es decir, para alcanzar la cobertura universal en 2030 y reforzar los servicios domiciliarios sería necesario aumentar la inversión en el SAAD en casi otros 0,25 puntos sobre el PIB.

40 Los distintos escenarios de incremento de la inversión en el SAAD considerados en nuestras estimaciones tendrían efectos macroeconómicos muy relevantes.

Las estimaciones realizadas muestran que el aumento de la inversión en el SAAD tendría un importante efecto multiplicador sobre el PIB. En 2030, este aumentaría entre un 0,6%, si únicamente se atiende el cambio demográfico, y el 1% si además se asegura la cobertura universal y se inicia un cambio en el modelo de atención a la dependencia, modificando las prestaciones. Asimismo, esta inversión conllevaría la creación de al menos 250.000 empleos, pudiendo llegar a ser de 430.000 nuevos empleos en el escenario más ambicioso. El aumento de los ingresos públicos oscilaría entre el 0,14% y el 0,30% del PIB, según el escenario. Los incrementos de inversión en el SAAD no son por tanto un mero coste, sino que esta inversión moviliza actividad económica, crea empleo y, consecuentemente, ingresos fiscales.



9.2

Recomendaciones de políticas públicas

Reconocer el Derecho al Cuidado

1 Reconocer explícitamente el Derecho al Cuidado como derecho social fundamental exigible.

Resulta imprescindible consolidar el cuidado de larga duración como un derecho social plenamente equiparable a la sanidad o la educación, superando su consideración residual o asistencial. Este reconocimiento debe traducirse en una mayor exigibilidad jurídica del derecho, con garantías efectivas de acceso en plazos razonables y con apoyos adecuados a las necesidades de cada persona. Reforzar el estatus normativo del Derecho al Cuidado permitiría fortalecer la legitimidad del SAAD, reducir su vulnerabilidad frente a ciclos económicos adversos y asegurar una protección homogénea en todo el territorio. Asimismo, contribuiría a desplazar definitivamente la responsabilidad del cuidado desde el ámbito privado y familiar hacia una lógica de responsabilidad pública y colectiva, acorde con el envejecimiento estructural de la sociedad española.

2 Integrar la planificación demográfica y la anticipación de la demanda futura de cuidados.

El envejecimiento poblacional convierte los cuidados de larga duración en un reto estructural e inaplazable. Es necesario incorporar proyecciones demográficas y escenarios de demanda en la planificación del SAAD, anticipando las necesidades futuras de servicios, infraestructuras y personal. Esta planificación estratégica debe permitir adaptar el sistema de forma gradual, evitando respues-

tas tardías y costosas. La anticipación es clave para garantizar la sostenibilidad financiera, organizativa y social del sistema en las próximas décadas. Además, el debate sobre los cuidados de larga duración en nuestro país no puede centrarse únicamente en la sostenibilidad futura del sistema, sino que debe abordar de forma prioritaria su insuficiente capacidad actual para garantizar derechos.

3 Aumentar de forma sostenida la financiación pública del SAAD para converger con la media europea.

La infrafinanciación constituye uno de los principales cuellos de botella del sistema español de cuidados. Elevar progresivamente el gasto público en dependencia hasta, al menos, el entorno del 1,3 % del PIB en 2030 es una condición necesaria para cerrar la brecha de cuidados, mejorar la calidad y garantizar la cobertura universal. Este esfuerzo debe concebirse como una inversión social y económica, dado su elevado efecto multiplicador sobre el empleo, el PIB y los ingresos fiscales. Una financiación suficiente y estable permitiría planificar a medio y largo plazo el desarrollo del sistema, eliminar listas de espera, ampliar servicios, transformar progresivamente el modelo de cuidados, mejorar condiciones laborales y reducir desigualdades territoriales.

Reducir la brecha de cuidados

4 Cerrar la brecha de cuidados (care gap) absoluta y relativa como objetivo estratégico del sistema.

Aunque en los últimos años se ha producido un aumento del gasto público en cuidados y del número de personas atendidas –especialmente tras el Plan de Choque en Dependencia–, este esfuerzo ha sido insuficiente para compensar el déficit acumulado. La existencia de una amplia brecha de cuidados, tanto en términos de personas no atendidas como de apoyos insuficientes, revela un déficit estructural del SAAD. Las políticas públicas deben fijar explícitamente

como objetivo la reducción progresiva de esta brecha, incorporando indicadores de cobertura real e intensidad adecuada de los cuidados. Ello exige ampliar el número de personas atendidas, pero también mejorar la adecuación de los apoyos a las necesidades reales, especialmente en situaciones de dependencia moderada. Abordar el care gap es esencial para garantizar la efectividad del derecho y evitar desigualdades sociales y de género persistentes.

5 Reducir de manera drástica los plazos administrativos y garantizar el acceso efectivo en tiempo razonable.

La persistencia de largos plazos entre la solicitud, la valoración y el acceso efectivo a las prestaciones vacía de contenido el derecho subjetivo reconocido por la Ley de Dependencia. Es prioritario simplificar procedimientos, reforzar los recursos administrativos y establecer plazos máximos garantizados, homogéneos en todo el territorio. La digitalización de procesos, el refuerzo de plantillas técnicas y una mejor coordinación interadministrativa permitirían reducir de forma estructural el llamado “limbo de la dependencia”. Garantizar una respuesta ágil no solo mejora la protección de derechos, sino que evita el agravamiento de las situaciones de dependencia y reduce costes humanos y económicos a medio plazo.

Mejorar la gobernanza y equidad del SAAD

6 Corregir las profundas desigualdades territoriales mediante una gobernanza estatal más robusta.

Las disparidades entre comunidades autónomas en cobertura, intensidad de los servicios, copagos y plazos de tramitación generan inequidades incompatibles con un derecho social de carácter universal. Es necesario reforzar los mecanismos de coordinación y cohesión del SAAD, estableciendo estándares estatales mínimos vinculantes en financiación, calidad e intensidad de las prestaciones. Asimismo, debe revisarse el sistema de financiación territorial

para asegurar una corresponsabilidad equilibrada entre administraciones, con el necesario incremento de la financiación estatal. Una gobernanza más sólida permitiría reducir la heterogeneidad actual y garantizar que el acceso efectivo a los cuidados no dependa del lugar de residencia.

Transformar el modelo de cuidados

7 Avanzar en la transformación del modelo asistencial hacia un enfoque centrado en la persona y basado en derechos.

La modernización del SAAD requiere superar definitivamente un enfoque asistencialista para avanzar hacia un modelo centrado en la persona, la autonomía y el respeto a los derechos humanos. Esto implica personalizar los apoyos, promover la participación activa de las personas en las decisiones que afectan a su vida cotidiana y reforzar los cuidados comunitarios y domiciliarios. En el ámbito residencial, es necesario avanzar hacia modelos de pequeña escala, entornos más hogareños y una mayor integración con la comunidad. La calidad debe entenderse no solo como cobertura de necesidades básicas, sino como garantía de dignidad, bienestar y proyecto vital. No se trata solo de atender necesidades, sino de acompañar proyectos de vida, promocionar la autonomía y garantizar la inclusión de las personas en su comunidad. Sin este cambio de paradigma, los incrementos de financiación difícilmente se traducirán en una mejora sustantiva de la calidad.

8 Reforzar el peso de los servicios profesionales frente a las prestaciones económicas.

El diseño del SAAD debe reequilibrarse claramente hacia la provisión directa de servicios profesionales, reduciendo la dependencia estructural de las prestaciones económicas, especialmente las vinculadas al cuidado en el entorno familiar. Aunque estas prestaciones pueden tener un papel complementario,

su uso masivo fomenta la informalidad de los cuidados, debilita la profesionalización, dificulta el control de calidad y refuerza un modelo familiarista con elevados costes sociales ocultos. Priorizar servicios como la ayuda a domicilio, los apoyos en el hogar, los centros de día o la atención residencial de calidad permitiría avanzar hacia un sistema más equitativo, eficaz y alineado con los estándares europeos, que permita reducir la sobrecarga que actualmente soportan las familias, en particular las mujeres.

9 Reforzar la intensidad horaria y la calidad del servicio de ayuda a domicilio.

El servicio de ayuda a domicilio debe convertirse en un pilar central del modelo de cuidados, capaz de ofrecer una alternativa real a la institucionalización. Para ello, es imprescindible aumentar de forma efectiva su intensidad horaria, garantizando el cumplimiento de los mínimos establecidos y adaptando las horas a las necesidades individuales. Es además necesario corregir las desigualdades derivadas de reformas parciales o no retroactivas. Asimismo, debe mejorarse la calidad del servicio mediante una mayor profesionalización, estabilidad laboral y coordinación sociosanitaria. Un servicio de ayuda a domicilio robusto favorece la permanencia en el hogar, mejora la autonomía personal y reduce costes a largo plazo, alineándose con un enfoque comunitario y centrado en la persona.

10 Incrementar las cuantías de las prestaciones económicas vinculadas a servicios y revisar el sistema de copagos para garantizar la equidad y la cobertura universal.

Los elevados copagos asociados a determinadas prestaciones, especialmente en servicios residenciales y vinculados al servicio, constituyen una barrera de acceso efectiva para personas con rentas bajas. Es necesario revisar en profundidad el sistema de participación económica, asegurando que los copagos sean progresivos, proporcionados y compatibles con el principio de universalidad. Las cuantías de las prestaciones económicas deben vincularse al coste real de

los cuidados. La reducción de la carga financiera sobre las familias contribuiría a mejorar la equidad social, evitar situaciones de exclusión y reforzar la legitimidad del sistema, garantizando que el acceso a los cuidados dependa de la necesidad y no de la capacidad económica.

11 Impulsar decididamente la asistencia personal como herramienta de autonomía y vida independiente.

La asistencia personal constituye una de las prestaciones con mayor potencial transformador del sistema, pero su desarrollo en España sigue siendo muy limitado. Es necesario extender su implantación a todo el territorio, simplificar su acceso y ampliar su alcance más allá del ámbito educativo o laboral. La asistencia personal permite a las personas con dependencia ejercer un mayor control sobre su vida, participar en actividades sociales, culturales y de ocio, y desarrollar proyectos vitales propios. Su fortalecimiento contribuiría a diversificar el catálogo de apoyos y a avanzar hacia un modelo más flexible y alineado con los principios de vida independiente.

12 Ampliar la actual cartera de servicios del SAAD, que es insuficiente para responder a la diversidad de las personas en situación de dependencia.

El SAAD carece en este momento de instrumentos eficaces para apoyar la permanencia en el hogar, la vida independiente y la inclusión en la comunidad. Para promover estos objetivos, se debe ampliar la actual cartera de servicios del SAAD, reforzando la asistencia personal, alternativas habitacionales (tipo cohousing) a las residencias tradicionales, la incorporación de nuevos productos de apoyo y de medidas sistemáticas de accesibilidad, y apostando por los presupuestos personales. Esta ampliación del catálogo del SAAD ofrecería respuestas flexibles y personalizadas, de forma que las personas puedan recibir apoyos ajustados a sus necesidades, voluntad y preferencias. La calidad del sistema está, por tanto, estrechamente ligada a la diversificación y moderniza-

ción de su cartera de servicios. Además, estas medidas deben ir acompañadas de una financiación suficiente, una red de servicios diversa y mecanismos de orientación y acompañamiento que aseguren su efectividad y equidad.

Una inversión estratégica

13 Avanzar en la profesionalización del sector de los cuidados y mejorar de forma sustancial las condiciones laborales.

La calidad del SAAD está estrechamente vinculada a las condiciones laborales de quienes prestan los cuidados. En primer lugar, es imprescindible una mejora sustancial de las condiciones laborales y salariales del personal cuidador, alineándolas con la elevada responsabilidad social y la cualificación requerida, a fin de hacer atractivo el empleo formal. Deben asegurarse salarios dignos, reducirse la excesiva temporalidad y la parcialidad involuntaria, y avanzar en la mejora de la salud laboral. Asimismo, debe reforzarse la formación inicial y continua, elevándose los niveles de cualificación y asegurándose el reconocimiento de las competencias profesionales ya adquiridas. Un empleo de calidad es clave para atraer y retener talento, garantizar la sostenibilidad futura del sistema y mejorar la calidad de la atención prestada.

14 Reforzar los servicios de inspección y control de la calidad en el SAAD.

Para garantizar la calidad, equidad y seguridad de los servicios prestados en el SAAD, resulta imprescindible reforzar de manera sustancial los servicios públicos de inspección y supervisión. Ello requiere aumentar los recursos humanos y técnicos destinados a las labores inspectoras en las comunidades autónomas, así como avanzar en su especialización en el ámbito específico de los cuidados de larga duración. Asimismo, es necesario armonizar criterios básicos de inspección y evaluación de la calidad en todo el territorio, estableciendo estándares comunes que aseguren niveles homogéneos de atención. El refuerzo

de los sistemas de información, la trazabilidad de las actuaciones inspectoras y la transparencia de los resultados –incluida la publicación de indicadores de calidad– contribuirían a mejorar la rendición de cuentas. Un sistema de inspección sólido no solo protege los derechos de las personas en situación de dependencia, sino que también impulsa la mejora continua de los servicios y la profesionalización del sector.

15 Adoptar medidas para reducir la sobrecarga de las personas que asumen cuidados informales en el seno de las familias.

Con el objetivo de aliviar la carga física, emocional y económica que soportan las cuidadoras informales del SAAD, mayoritariamente mujeres del entorno familiar, se recomienda avanzar hacia un modelo que priorice el apoyo efectivo y la corresponsabilidad pública en los cuidados. En este sentido, es clave reforzar y diversificar los servicios de respiro, la atención domiciliaria profesional y los recursos comunitarios de proximidad, de modo que las familias dispongan de alternativas reales y continuadas al cuidado exclusivo en el hogar. Asimismo, resulta necesario mejorar el reconocimiento social y económico de las cuidadoras informales, mediante prestaciones adecuadas, cotizaciones a la Seguridad Social suficientes y programas de formación y apoyo psicológico. Estas medidas deben integrarse en una estrategia más amplia de igualdad de género y conciliación, orientada a evitar la cronificación de situaciones de sobrecarga y a garantizar el bienestar tanto de las personas dependientes como de quienes las cuidan.

16 Incorporar una perspectiva de género transversal en todas las políticas de cuidados.

El sistema de cuidados sigue reproduciendo desigualdades de género, tanto en el ámbito del cuidado informal como en el empleo remunerado. Por ello, las políticas públicas deben incorporar de manera explícita una perspectiva de género que reduzca la sobrecarga que soportan las mujeres, promoviendo la corresponsabilidad y reforzando el conjunto de los servicios públicos de cuida-

dos para facilitar la participación de las mujeres en el mercado laboral, avanzar en la igualdad, reducir brechas salariales y de pensiones, y reconocer social y económicamente el valor del cuidado.

17 Modificar la narrativa y reconocer los cuidados como una inversión estratégica para el desarrollo económico y social.

Finalmente, es fundamental consolidar un cambio de narrativa que reconozca los cuidados de larga duración como una inversión estratégica y no como un gasto improductivo. La evidencia muestra que el SAAD no sólo presta servicios y facilita la conciliación de las familias –especialmente de las mujeres–, también genera empleo, actividad económica y retornos fiscales significativos. Integrar esta visión en el debate público y presupuestario facilitaría un mayor consenso social y político en torno al refuerzo del sistema, alineando las políticas de cuidados con una estrategia de desarrollo inclusivo, sostenible y generador de bienestar colectivo.

Referencias

Abellán, A. et. Al, (2020): *Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país*. Recuperada de: [Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país • Fundación Pilares](#)

Agénjo-Calderón, A. (2023): “The Sustainability of Life Approach: A State of Affairs”, *Feminist Economics*, 29(4), 133–157.

Artiaga, A. (2021): “Cuidados comunitarios y gobierno común de la dependencia: las viviendas colaborativas de personas mayores”, *Revista Española de Sociología*, 30(2), 1-16.

Asís, R. (2023): *Estudio sobre los procesos de desinstitucionalización y transición hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios*. Recuperado de: <https://estudiodesinstitucionalizacion.gob.es/>

Asís, R., Barranco, M. C. (2010): *El impacto de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre*. Madrid: Cinca.

Aznar, A., Aparicio, M. T. (2000): “Un modelo para la estimación de la renta comarcal. Aplicación a las comarcas aragonesas”. *Documentos de Trabajo del Instituto Aragonés de Estadística*, (1).

Barrial, C. (2023): *Cuaderno de trabajo: Retos en el trabajo del hogar y los cuidados*, Asociación de Investigación y Especialización sobre Temas Iberoamericanos (AIETI), Madrid.

Batey, P. W. (2016): “What Can Demographic–Economic Modeling Tell Us about the Consequences of Regional Decline?”, *International Regional Science Review*, 41(2), 256-281.

Bielsa, J., Duarte, R. (2011): “Size and linkages of the Spanish construction industry: key sector or deformation of the economy?” *Cambridge Journal of Economics*, 35(2), 317-334.

Brimblecombe, N. et al. (2018): ‘Review of the international evidence on support for unpaid carers’, *Journal of Long-Term Care*, September, 25–40.

Cabrer-Borrás, B., Barrios, V. (1994): “Impacto socioeconómico de Ford España en la Comunidad Valenciana”. *Documento de Trabajo de la Universitat de València*. Valencia.

Cañadas-Romero, M.A. et al. (2024): “Evolución de los cuidados familiares a las personas mayores en España “, *Estudios de la Fundación*, 8. Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Carrasco, C. (2006): “La paradoja del cuidado: necesario pero invisible”, *Revista de Economía Crítica*, Nº 5, 39–64.

Catalán, A., Maudos, J. (2023): *Dimensiones económicas de la longevidad: evidencia del caso español*, Fundación BBVA.

CIS (2014): *Encuesta sobre Cuidados a dependientes*, Estudio CIS nº 3009.

Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., Tjadens, F. (2011): *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Publishing.

Comas, D. (2019): “Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados”, *Cuadernos de Antropología Social*, 49, 13-29.

Comas, D. (2015): “Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar”, *Revista de Antropología Social*, 24, 375-404.

Comas-Herrera, A. (2022): “Una perspectiva internacional: sistemas de cuidados, salud y bienestar”, *Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*, Madrid.

Comisión cuidado sin sujeciones - Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2023): *Cuidados sin sujeciones 2023*. Documento técnico. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

Comisión Europea (2021): *Long-Term Care Report: Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society*. Joint report prepared by the Social Protection Committee (SPC) and the European Commission (DG EMPL).

Comisión Europea (2022): *Estrategia Europea de Cuidados*. Bruselas: Comisión Europea.

Comisión Europea (2017): *Pilar Europeo de Derechos Sociales*. Bruselas: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2018): *Políticas públicas con enfoque de derechos humanos*. Doc. 191

Consejo de la Unión Europea. (2022). *Recomendación del Consejo de 8 de diciembre de 2022 sobre el acceso a cuidados de larga duración de alta calidad asequibles* (2022/C 476/01).

Consejo EPSCO (2023): *Conclusiones sobre la transición de los sistemas de cuidados a lo largo de la vida hacia unos modelos de asistencia holísticos, centrados en las personas, basados en la comunidad y con perspectiva de género*.

Costa-Font, J., Jiménez, S., Vilaplana-Prieto, C., Viola, A (2022): “Long-term Care in Spain”, *Estudios sobre la economía española*, FEDEA, octubre 2022.

Curull, M., Maynou, L., Farré, L. (2024): “Teletrabajo después de la pandemia. Análisis desde la perspectiva del trabajador”, *El Observatorio Social*, Fundación La Caixa.

De Fuenmayo, A., Pérez, R. G., Morera, T. S. (2019): “Impacto económico de las rentas mínimas: la Renta Valenciana de Inclusión”, *Investigaciones regionales: Journal of Regional Research* (44), 97-110.

Del Pozo-Rubio, R., Moya-Martínez, P., Ortega-Ortega, M., Oliva-Moreno J. (2020): “Shadow and extended shadow cost sharing associated to informal long-term care: the case of Spain.” *Health Economic Review*, 10(1):12.

Delgado, C. (2025): “Materias pendientes en la conciliación familiar y profesional a propósito de la trasposición de la Directiva (UE) 2019/1158”, *Revista Justicia & Trabajo*, 6, 147-179.

Díaz, B. D. (2014): “La atención a la dependencia como motor de desarrollo económico”, *Revista Internacional de Sociología*, 72(1), 139-171.

Díaz, B. (2011): “El impacto económico y social de la atención a la dependencia en Cantabria”, *Colección Estudios Sociales*, 11, 1-82.

Díaz-Veiga, P., Sancho, M. (2013): “Residencias, crisis y preferencias de las personas mayores”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48 (3), 101-102.

Díaz-Gorfinkel, M., Martínez-Buján, R. (2018): “Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España”, *Panorama Social*, 27, 105-118.

Domínguez, A., Lamas, S., Pérez, A. (2024): *Encuesta sobre salud laboral en el empleo de hogar y los cuidados. Informe de resultados*, Universidade da Coruña y Plataforma por un Empleo de Hogar y Cuidados con Plenos Derechos de Madrid.

Duarte, R., Mainar, A., Sánchez-Chóliz, J. (2013): “The role of consumption patterns, demand and technological factors on the recent evolution of CO2 emissions in a group of advanced economies”, *Ecological Economics*, 96(0), 1-13.

Durán, M. A. (2012): *El trabajo no remunerado en la economía global*, Fundación BBVA.

Durán, M. A. (2018): *La riqueza invisible del cuidado*, Universitat de València.

Eurocarers (2018): *Informal care, poverty and social exclusion*.

Eurofound (2015): *Working and caring: Reconciliation measures in times of demographic change*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Eurofound (2020): *Long-term care workforce: Employment and working conditions*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Eurofound (2025a): *Undeclared care work in the EU: Policy approaches to a complex socioeconomic challenge*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Eurofound (2025b): *Unpaid care in the EU*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (2012): *Common European Guidelines on transition from institutional to community-based care*.

Eurostat (2014): *Eurostat Manual of Supply, Use and Input-Output Tables*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

- Fahy, M., Dowling-Hetherington, L., Phillips, D., Moloney, B., Duffy, C. et al. (2025): ““If my boss wasn’t so accommodating, I don’t know what I would do”: Workplace supports for carers and the role of line managers and co-workers in mediating informal flexibility”, *Human Resource Management Journal*, 35 (1), 302–318.
- Flores Giménez, F. (coord.) (2021): *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, Fundación HelpAge International España.
- Gomez, A. y Castro, J. (2021). *Residencias vip en el ecosistema de cuidados a personas mayores: un modelo en discusión*. Revista Zerbitzuan, nº 75, pp.107-136.
- Gracia, J. (2022): “Derecho al cuidado: un abordaje desde los derechos (humanos)”, *Oñati socio-legal series*, 12 (1), 179–210.
- Grages, C., Pfau-Effinger, B. (2022): “Gaps in the Provision of Long-Term Care across Europe”, *EUROSHIP Working Paper*, No. 14.
- Iribar, J., Sancho, M. (2023). “Autonomía y desinstitucionalización en la asistencia personal: el caso de Gipuzkoa”, *Zerbitzuan*, 80, 5-17.
- Jiménez, S., Viola A.A (2024): “Observatorio de la Dependencia FEDEA. 5º Informe”, *Estudios sobre la Economía Española*, 2024/36. FEDEA.
- IMSERSO (2024): *Implementación de la Estrategia Europea de Cuidados. Respuesta de España a la Recomendación del Consejo de la Unión Europea de 8 de diciembre de 2022 sobre el acceso a cuidados de larga duración, de alta calidad y asequibles*.
- Lafferty, A., Phillips, D., Fealy, G., Paul, G., Duffy, C. et al. (2023): “Making it work: A qualitative study of the work–care reconciliation strategies adopted by family carers in Ireland to sustain their caring role”, *Community, Work & Family*, 26 (3), 292–311.
- Madden, M. (1993): “Welfare payments and migration in a nonlinear, extended input-output model with an application to Scotland”, *Papers in Regional Science*, 72(2), 177-199.
- Marrades, A. I. (2016): “Los nuevos derechos sociales: el derecho al cuidado como fundamento del pacto constitucional”, *Revista de derecho político*, 1(97), 209–242.
- Martín, M.T. (2016): *Cuidado, vulnerabilidad e interdependencias. Nuevos retos políticos*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Martínez, T. (2017): *La atención centrada en la persona. Decálogo*. Recuperado de: www.acpgerontologia.com
- Martínez, T. (2022): *Las Unidades de Convivencia Modelo Hogareño, una alternativa a las residencias de personas mayores institucionales*. Serie Documento Acpgerontologia, nº 8.
- Martínez-Buján, R., Díaz Gorfinkiel, M. (2025): “Cuidados de larga duración y programas de innovación comunitaria: composición, desafíos y despliegue territorial”, *Investigaciones Regionales - Journal of Regional Research*, 61, 5–13.

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 (2024): *Estimación de necesidades de trabajadoras de cuidados de larga duración a 2030*. No podemos mirar hacia otro lado. Madrid.

Monguí, M., Cáceres, P., Ezquiaga, A. (2022): *Libro Blanco sobre la situación de las mujeres inmigrantes en el sector del trabajo del hogar y los cuidados en España*. Madrid: Dykinson.

Moya-Martínez, P., Escribano-Sotos, F., Pardo-García, I. (2014): “Estimating Total Informal Care Costs in Spain. Can Formal Care Reduce it?”, *Ageing International*, 39, 403–420.

O’Brien, J., Duffy, S. (2009): “Self-Directed Support as a Framework for Partnership Working”, en J. Glasby y H. Dickinson (eds), *International Perspectives on Health and Social Care: Partnership Working in Action*, 136–151. Wiley Online Library.

Observatorio de la Realidad Social de Navarra (2016): “El impacto económico de la renta de inclusión social”, *Boletín Tendencias*, 1, 1-6.

OCDE (2020): *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*. Paris: OECD Publishing.

OECD (2023): *Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care*, Paris: OECD Publishing.

OCDE (2025): *Health at Glance*. Paris: OECD Publishing.

Oliva, J., Sancho, M., del Pozo-Rubio, R. (2023): “Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: primeros 15 años y una mirada hacia el futuro”, *Gaceta Sanitaria*, 37, 1022530.

Oliva-Moreno, J., Osuna, R. (2009): “Los costes de los cuidados informales en España”, *Presupuesto y Gasto Público*, 56, 163-182.

Oliva-Moreno, J., Peña-Longobardo, L.M., Vilaplana-Prieto, C. (2015): “An Estimation of the Value of Informal Care Provided to Dependent People in Spain.” *Applied Health Economics and Health Policy*, 13, 223–231.

OIT (2019): *El trabajo de los cuidados y los trabajadores del cuidado. Para un futuro con trabajo decente*, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.

OIT (2024): *El trabajo decente y la economía del cuidado*, Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.

OMS (2024): “Supporting informal long-term caregivers”, *Long-term care financing: lessons for low- and middle-income settings*. Brief 10.

Oxfam Intermón (2021): *Esenciales y sin derechos, o cómo implementar el Convenio 189 de la OIT para las trabajadoras del hogar*. Barcelona.

Oxfam Intermón (2024): *Hacia la trasposición integral del Convenio 189 de la OIT de trabajo decente para trabajadoras del hogar*. Barcelona.

Oxfam Intermón (2025): *Trabajo invisible y cuerpos rotos. Radiografía del empleo de hogar y cuidados en España*. Barcelona.

Patterson, S.E.; Schoeni, R.F.; Freedman, V.A.; and Seltzer, J.A. (2021): “Care Received and Unmet Care Needs Among Older Parents in Biological and Step Families”, *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 77(S1), S51–S62.

Pautassi, L. (2023): El derecho al cuidado. *De la conquista a su ejercicio efectivo*, Serie Trabajo y Justicia Social, Friedrich-Ebert-Stiftung.

Pautassi, L. (2007): *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*, Serie Mujer y Desarrollo 87, CEPAL, Santiago de Chile.

Pérez-Ortiz, L., Sánchez, A., Viñas, A.I. (2020): “Calidad del empleo e igualdad de género, una propuesta de medición y aplicación en España”, *Regional and Sectoral Economic Studies*, 20(1), 77-94

Pérez-Orozco, A. (2006): “Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico”, *Revista de economía crítica*, 5, 7–37.

Rocard, E., Llena-Nozal, A. (2022): “Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind”, *OECD Health Working Paper No 140*, Organisation for Economic Cooperation and Development, Paris.

Rodríguez, A. (2011): “Reflexiones en torno a la figura del asistente personal para la vida independiente y La promoción de la autonomía de las personas con diversidad funcional”, *Zerbitzuan*, 41, 115–127.

Rodríguez-Cabrero, G., Marbán-Gallego, V. (coords.) (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. Madrid: IMSERSO.

Sánchez-Chóliz, J., Duarte, R. (2006): “The effect of structural change on the self-reliance and interdependence of aggregate sectors: the case of Spain, 1980–1994”, *Structural Change and Economic Dynamics*, 17(1), 27-45.

Sánchez-Chóliz, J., Duarte, R., Mainar, A. (2007): “Environmental impact of household activity in Spain”, *Ecological Economics*, 62(2), 308-318.

Sancho, M., Martínez, T. (2021): “El futuro de los cuidados de larga duración ante la crisis de la COVID-19”, en A. Blanco et al. *Informe España 2021*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas

San Román, A. (Coord.). (2024): *Informe de evaluación del prototipo Apoyos Autodirigidos*. Madrid: Plena inclusión.

SEPE (2024). “El Empleo en España en el sector de los cuidados de larga duración”, *Informe del Observatorio de las Ocupaciones*.

SIIS Centro de Documentación y Estudios, Fundación Eguía-Careaga (2020): “Algunas pistas para la mejora del sistema de atención a la dependencia en España”, *Zerbitzuan*, 72, 77–90.

Soler, Á. G., Urtiaga, N. E., Azurmendi, M. (2022): “Etxean Bizi, ¿es posible vivir en casa cuando se necesitan apoyos?: reformulando el modelo actual de provisión de apoyos y cuidados en el domicilio”, *Zerbitzuan*, 78, 67-85.

Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R., Vanhercke, B. (2018): *Challenges in Long-Term Care in Europe: A Study of National Policies*. Brussels: European Social Policy Network (ESPN), European Commission.

Spijker, J., Zueras, P. (2016): “El cuidado a los mayores en un contexto de envejecimiento y cambio social, político y económico”, *Panorama Social*, 23, 109-124.

Sprang, F. (2023): “Realising equality with the Work-life Balance Directive: Why care work is political”, *European Perspectives*, Dossier 2, 5-11.

Steenge, A. E., Carrascal, A., Serrano, M. (2020): “Income distributions in multi-sector analysis; Miyazawa’s fundamental equation of income formation revisited”, *Structural Change and Economic Dynamics*, 53, 377-387.

Stone, R. (1962): *A social accounting matrix for 1960*. Chapman and Hall.

Tobío, C., Agulló, M. S., Gómez, V., Martín, M.T. (2010): El cuidado de las personas. *Un reto para el siglo XXI*, Colección Estudios Sociales nº 28, Obra Social la Caixa.

van den Berg, B., Brouwer, W.B.F., Koopmanschap, M.A. (2004): “Economic valuation of informal care”, *The European Journal of Health Economics*, 5, 36–45.

Zárate Rivero, Belén (2017): “La dependencia diez años después de la Ley 39/2006: un derecho social problemático que olvidó a la familia como sujeto cuidador”, *Persona y derecho*, 76, 179–207.



La Economía de los Cuidados en España

El Derecho al Cuidado[®]