



***“Investigación e innovación en envejecimiento. Avances para una sociedad longeva.
Universidad Internacional Menéndez Pelayo
26 a 28 de agosto de 2026***

**Cuidar en una sociedad longeva
Economía de los cuidados, empleo y sostenibilidad del bienestar**

Pablo Antonio Muñoz Gallego

CENIE - Catedrático en Comercialización e Investigación de Mercados. Instituto Multidisciplinar de la Empresa de la Universidad de Salamanca.

Economía de los Cuidados

La **Economía de los Cuidados** se refiere al conjunto de actividades de cuidado de la salud y sociales –remuneradas o no– 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 (CENIE 2026). Forma parte de los pilares del **Estado del Bienestar**: educación, sanidad, pensiones, cuidados.

Se financia con el presupuesto de las administraciones públicas y de las familias (copagos, mercado).

Formas en que las administraciones públicas intervienen para los servicios de cuidados:

- Provisión directa de servicios públicos.
- Transferencias monetarias dirigidas a las personas en situación de dependencia o a sus familias, quienes pueden gestionar esos recursos para compensar la dedicación de un familiar o según sus propias necesidades.

Personas atendidas por cuidados de larga duración en España (EDAD 2020, entrevistas en abril y agosto del año 2021)

- Personas con alguna discapacidad: 4.318.060 → 40% de los +65 años declaran limitaciones moderadas o severas (2024)
- De las cuales reciben cuidados: 2.120.590 (49 %)
- Con dependencia reconocida: 979.080
- De los cuales reciben cuidados: 787.690 (80 %)

Limbo de la dependencia: a mediados de 2025 más de 280.000 esperaban una valoración, la aprobación de su plan individual de atención o la puesta en marcha efectiva de la prestación concedida.

Longevidad: Población +65 y +80

Con salud: % discapacidad, prevención

Renta

Tipología de servicios de CLD

- % solicitantes - % con prestación efectiva
- En el domicilio - institucionalizados

Sustitución informales por profesionales

Incorporación de la mujer al mercado del trabajo

Reparto AA PP y copagos -



**Mantenimiento como Población Activa
y contribución al PIB e ingresos fiscales**

Generación de puestos de trabajo en CLD

Impacto en el gasto público

Transferencia intergeneracional

Las redes familiares, especialmente las mujeres, siguen siendo las principales proveedoras de cuidados (informales) en nuestro país, sin recibir ninguna compensación. A medida que aumente la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, mayores serán los contratos formales con cuidadores. **Un aumento del 1 % en la participación femenina en el mercado laboral conlleva un incremento medio del 1,094 % en el gasto público en cuidados sanitarios de larga duración y un 1,049 % en gastos de atención personal y social de larga duración**, ambos como porcentaje del PIB; lo que indica una sustitución entre los cuidados formales y los informales.

Los cuidados informales se prestan principalmente para ayudar con las actividades instrumentales de la vida diaria (componente social) por lo que **hay un incremento de costes** tanto para la parte privada como para la pública al sustituir cuidados informales por profesionales.

Ayudar a las personas a envejecer en su propio hogar suele ser rentable para la administración y responde al deseo de vivir en casa el mayor tiempo posible. Esto exige adaptaciones de la vivienda, unos servicios de atención domiciliaria integral y centros de día asequibles, que permitan a las personas envejecer en su propio hogar sin tener que recurrir a la atención institucional. **Un aumento del 1 % en el gasto en cuidados de larga duración a domicilio puede reducir el gasto total en cuidados de larga duración en un 0,5 % de media** (OCDE 2025), aunque esto suponga una carga adicional para los cuidadores formales o informales.

El aumento de la renta genera un aumento de la demanda de cuidados en cantidad y calidad. Las administraciones pueden financiar una parte de estos servicios, otra parte la deben financiar los interesados.

COMPARATIVA DE LAS PROYECCIONES DEMOGRÁFICAS DE LA AIREF CON LAS DE OTROS ORGANISMOS PARA DIVERSOS AÑOS

		2025	2030	2035	2040	2045	2050	Promedio 2025-2050
Esperanza de vida al nacer (Años)	INE 2024	83,7	84,3	85,0	85,6	86,1	86,6	85,2
	EUROPOP2025	84,1	84,6	85,1	85,6	86,0	86,6	85,3
	AIReF 2026	84,1	84,8	85,4	85,9	86,5	87,0	85,6
	AIReF 2025	84,1	84,7	85,3	85,9	86,4	87,0	85,6
Esperanza de vida a los 65 años (Años)	INE 2024	21,5	22,0	22,4	22,8	23,2	23,5	22,6
	EUROPOP2025	22,0	22,4	22,8	23,1	23,5	23,8	22,9
	AIReF 2026	22,0	22,5	23,0	23,4	23,8	24,2	23,2
	AIReF 2025	22,0	22,4	22,9	23,3	23,7	24,2	23,1

En la **OCDE**, la proporción de **adultos de 65 años o más** se ha duplicado, pasando de menos del 9 % en 1960 al 18,5 % en 2023, y se prevé que alcance el 26,4 % en 2050. La población de **80 años o más** se duplicará, pasando del 4,9 % al 9,6 % durante el mismo periodo. Este cambio demográfico exigirá profundas adaptaciones en los sistemas sanitarios y de asistencia social para satisfacer la demanda ante el **fuerte aumento de servicios de cuidados de larga duración**. Las personas sénior de más edad tienen un gasto más elevado en atención sanitaria y social.

El diferencial entre mujeres y hombres seguirá reduciéndose. Se espera que la esperanza de vida al nacer de las mujeres alcance los 89,4 años en 2050 frente a los 84,8 años de los hombres, **87 años de media**.

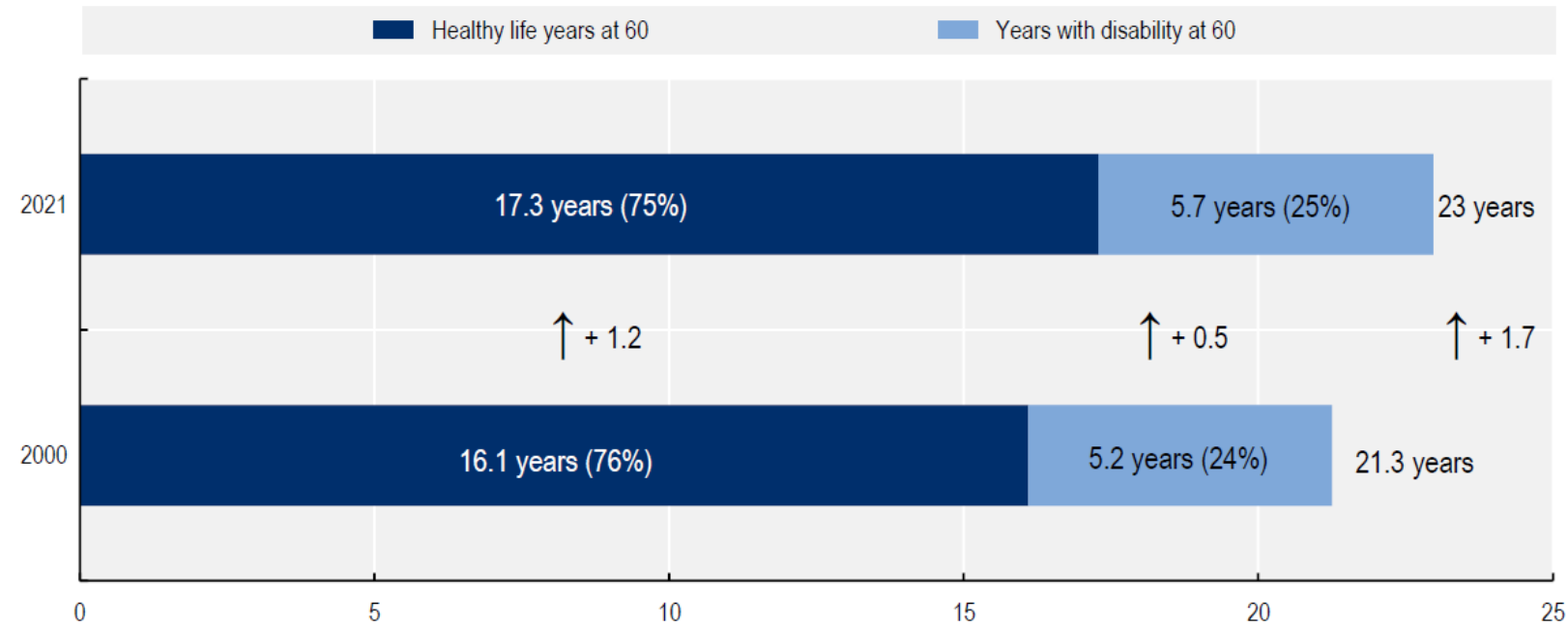
HAY QUE MEJORAR LA PROPORCIÓN DE AÑOS CON VIDA SALUDABLE

España es el país con mayor longevidad del entorno europeo. No todos los años adicionales de vida se disfrutan con buena salud, aunque se han logrado avances considerables. De los 1,7 años de aumento de la esperanza de vida a los 60 años entre 2000 y 2021, la mayor parte (el 75 %) correspondió a un aumento de los «años de vida saludable» sin discapacidad, el **otro 25 % sigue correspondiendo a años con discapacidad**. La falta cuidados aplicados cuando se precisan, se asocian de forma significativa, con un mayor riesgo de mortalidad (Prades-Colomé, 2025).

La mayor contribución para contrarrestar los efectos negativos del **cambio demográfico** sobre el crecimiento del PIB y las finanzas públicas, no proviene de la inmigración sino de fomentar una **mayor participación en el mercado laboral de las personas mayores que gozan de buena salud**.

En 2023, los países de la OCDE destinaron alrededor del 0,3 % de su PIB a la **prevención**; Canadá, UK, USA, Alemania, Países Bajos, duplican esa cifra.

Share of Healthy and Disabled Life Years at Age 60



Note: Estimates are based on 38 OECD countries.
Source: WHO Global Health Observatory (2024_[4]), “Healthy life expectancy (HALE) at 60 (years)”, <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy-at-age-60>.

TASA DE DEPENDENCIA

La tasa de dependencia, definida como la proporción de la población menor de 15 años y mayor de 74 años sobre la población en edad de trabajar, pasará del 30,2 % en 2025 al 38,9 % en 2050. Su comportamiento viene determinado principalmente por la **evolución de la tasa de dependencia de mayores** (población mayor de 74 años sobre población entre 15 y 74 años) que crece de forma continuada, siendo compensada parcialmente con el descenso en la de menores (población menor de 15 años sobre población entre 15 y 74 años). **Eurostat proyecta una tasa de dependencia del 40,6 % en el año 2050.**

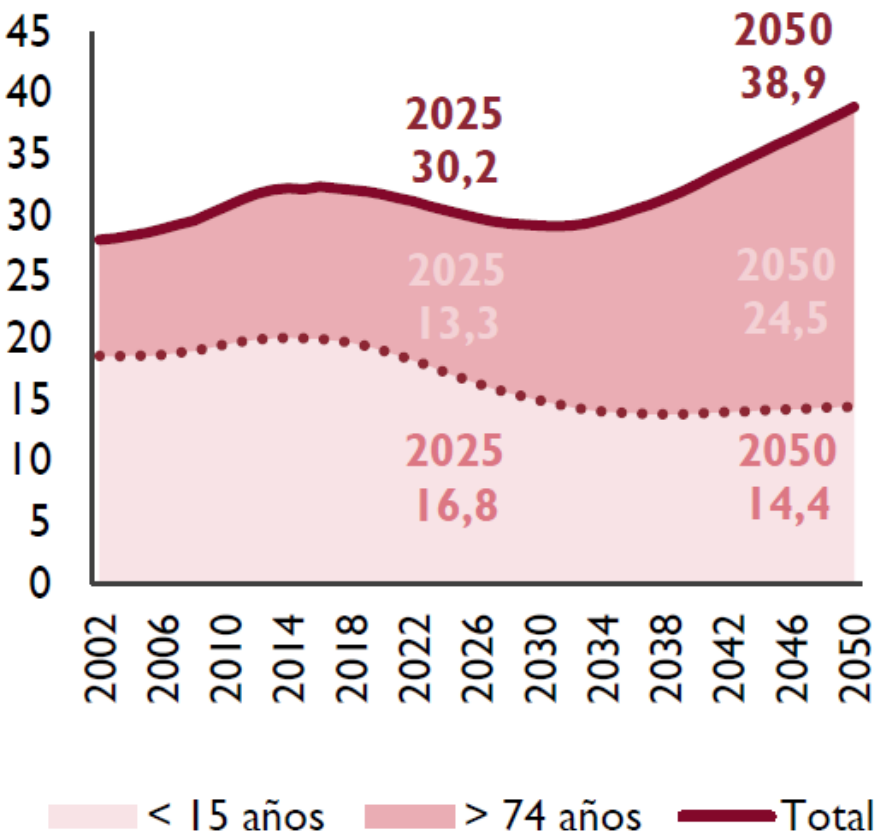
El cambio en la composición demográfica conlleva una **reducción de la población en edad de trabajar**, lo que puede afectar negativamente a las tasas de crecimiento del PIB y a la recaudación fiscal, lo que limita el aumento del gasto en sanidad y cuidados de larga duración para cubrir la creciente demanda derivada del envejecimiento de la población.

ANEXO I. CUADRO 1. ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN TRAMOS ETARIOS

		2002	2008	2025	2030	2040	2050
Tramos de Edad	De 0 a 14 años	14,5%	14,6%	12,9%	11,6%	10,5%	10,4%
	De 15 a 74 años	78,1%	77,1%	76,8%	77,4%	75,4%	72,0%
	De 75 a 100 o más años	7,4%	8,2%	10,3%	11,0%	14,1%	17,6%

Fuente: INE y AIReF

GRÁFICO 14.A. DESCOMPOSICIÓN DE LA TASA DE DEPENDENCIA



Fuente: INE, Eurostat y AIReF

AIREF (2026):Estudio de evaluación de la regla de gasto de pensiones

Catálogo de prestaciones del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)

- **Prestaciones de Servicios (PS):** teleasistencia, ayuda a domicilio, los centros de día/noche y la atención residencial. Representan el **58 %** de las prestaciones del SAAD (salud médicos-enfermería, ayudas diarias como comer, vestirse, limpieza del domicilio, compras, finanzas, ... sociales, ocio).
- Prestaciones Económicas (PE):
 - La vinculada a la **adquisición de un servicio profesional** que satisfaga las necesidades de la persona en situación de dependencia: teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día, residencias.
 - La prestación para el cuidado informal tiene por objeto la remuneración de la **ayuda provista por el cuidador informal** (familiar o entorno cercano), lo que supone un incremento de la renta familiar con el destino que cada familia considere oportuno (es la más frecuente). Representan el **42 %** de las prestaciones del SAAD.

La demanda de cuidados de larga duración se intensificará en las próximas décadas.

La tendencia es que se sustituyan PE por PS; es decir, priorizar la provisión directa de servicios profesionales por las administraciones o por el mercado.

Algunos países con un sistema generoso de protección social para los cuidados formales, como **Islandia y Suecia no se conceden prestaciones a los cuidadores informales**. En la OCDE, solo se cubre el 14 % de los costes en el caso de los cuidados informales, frente al 60 % en el caso de los cuidados formales.

El **SAAD es no contributivo, se financia fundamentalmente a través de impuestos.** 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**, bajo condiciones y estándares fijados por la administración.

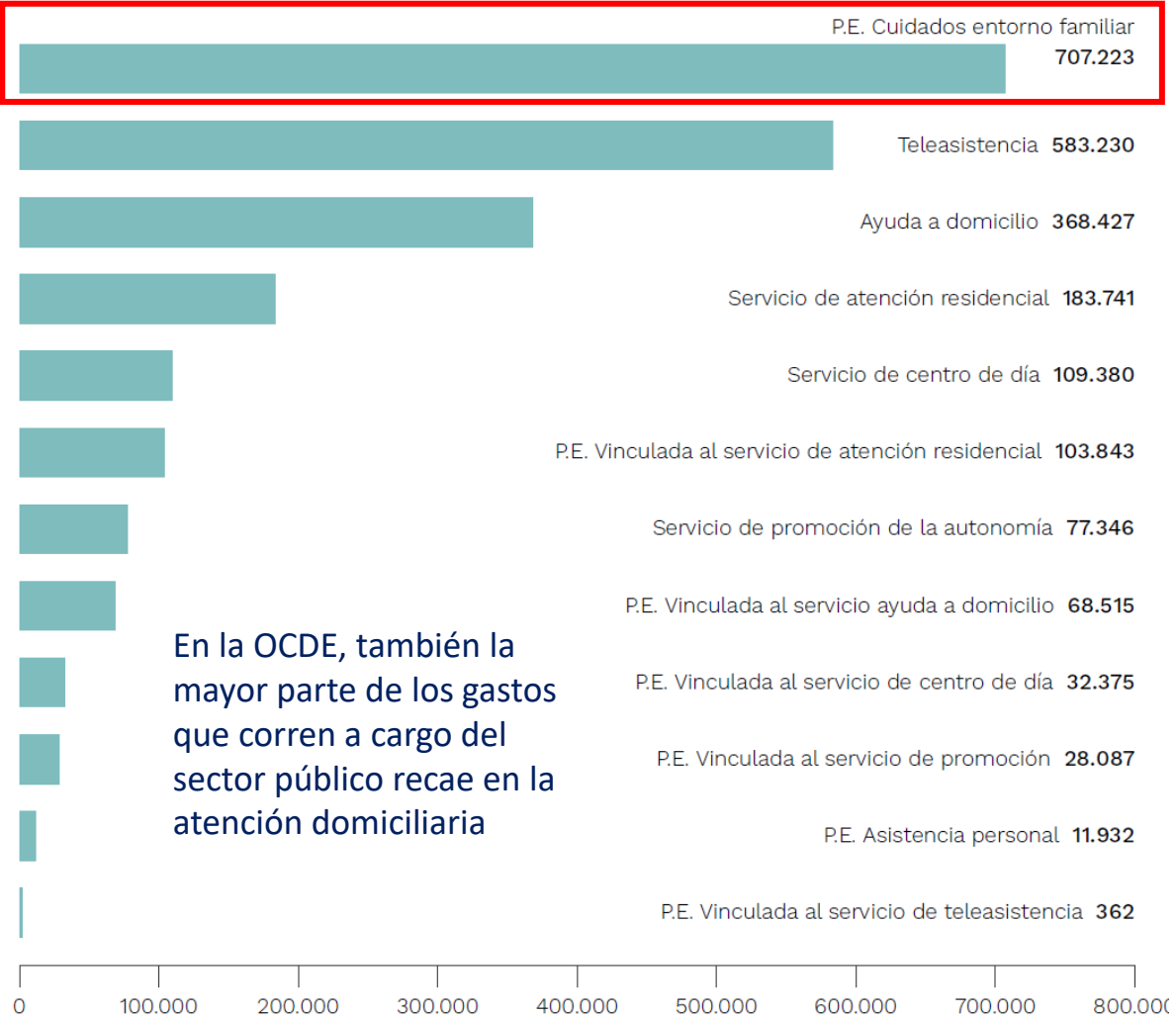
Se financia con aportaciones de la administración central (27%), de las **comunidades autónomas (57 %)** y de las propias personas beneficiarias (copagos 16 %; otros estudios lo sitúan muy por encima del 20 %). España mantiene importantes **desigualdades territoriales** en el acceso a las prestaciones, la cartera de servicios y su cuantía.

En 2022, el 13,6% de la población de 65 años o más recibía ayudas para la dependencia. En 2024 eran ya más del 15 %.

En España a finales de 2025 había **1.610.266 personas** que reciben **2.274.461 prestaciones de servicios o económicas** (CENIE 2026). La mayoría de las personas reciben una única prestación del sistema (el 61,6%).

Brecha de atención absoluta (72 %) o parcial (28 %) recibida por las personas con algún grado de dependencia, muestran una **demanda insatisfecha de servicios del SAAD** (CENIE 2026).

Distribución de las prestaciones del SAAD en función de su tipología



En la OCDE, también la mayor parte de los gastos que corren a cargo del sector público recae en la atención domiciliaria

Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas del SISAAD
CENIE 2026. El Derecho al Cuidado y la Economía de los Cuidados en España

¿Si se encontrara en situación de pérdida de autonomía, idealmente desearía...?

A todos, en %

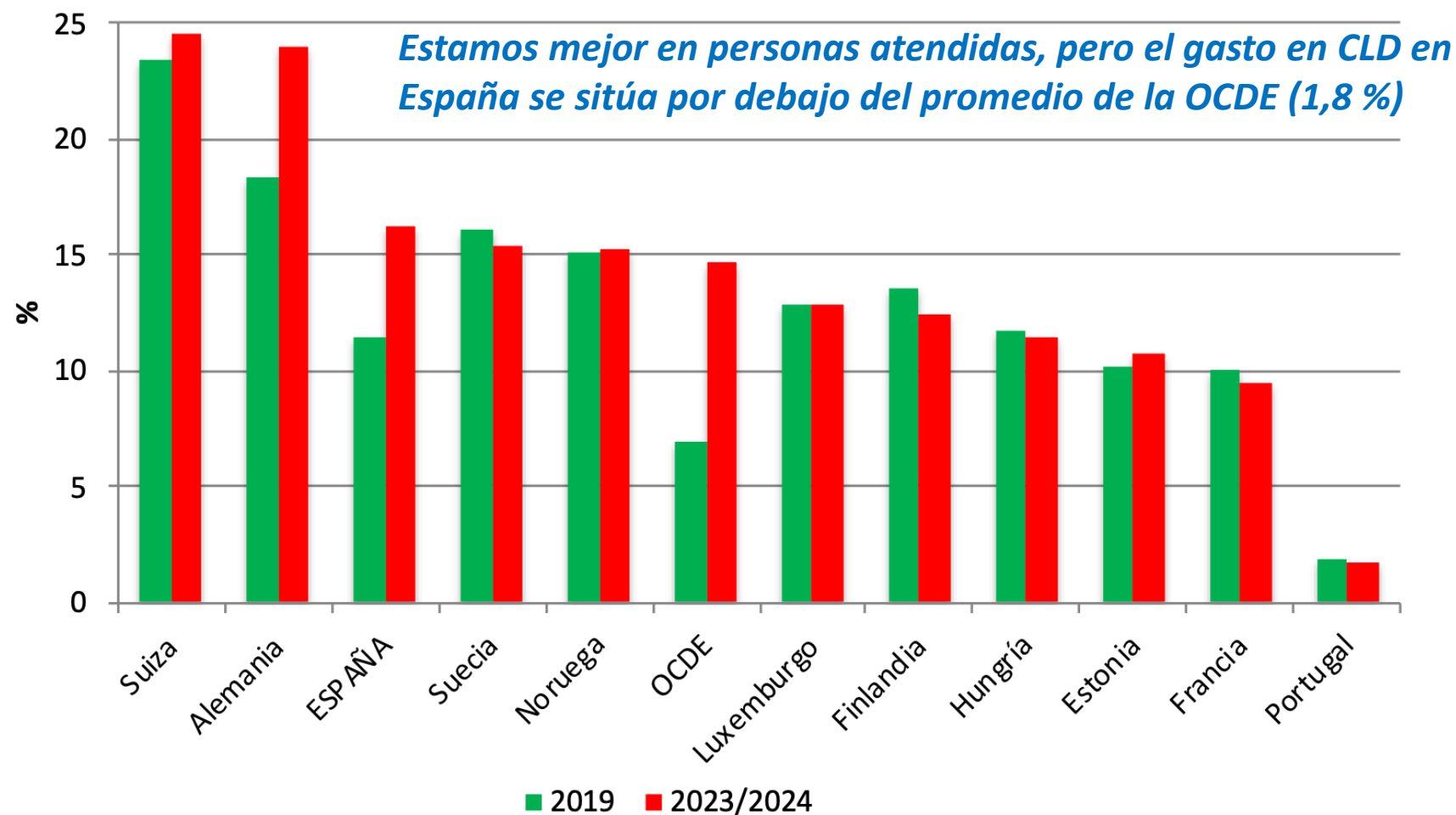


Entre los sénior europeos es mayoritario el deseo de vivir en casa el mayor tiempo posible. Esta opinión es más generalizada en Francia, Alemania e Italia y menor en Suecia.

Fuente: Observatorio CETELEM del consumo 2026.

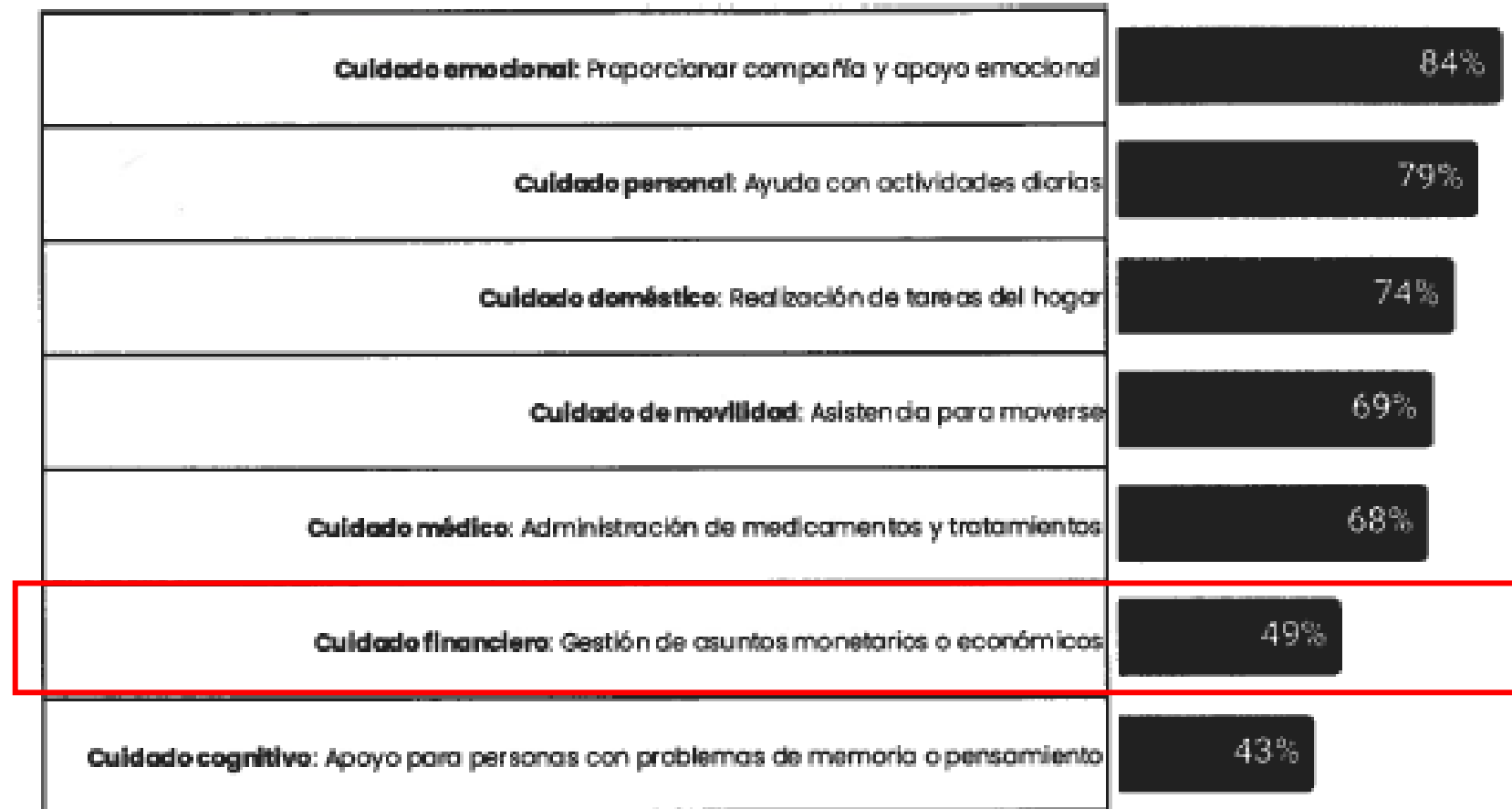
Entrevistadas del 19 de noviembre al 1 de diciembre de 2025. 10.930 personas encuestadas.

Personas de 65+ que reciben ayudas para la dependencia (en hogar o instituciones)



Fuente: OCDE stat. Suecia, España y Portugal, datos 2024. OCDE promedio 2023: sin Bélgica, Costa Rica, Eslovenia y Estados Unidos.

ÁMBITOS DE CUIDADO



Base personas cuidadoras*: 897

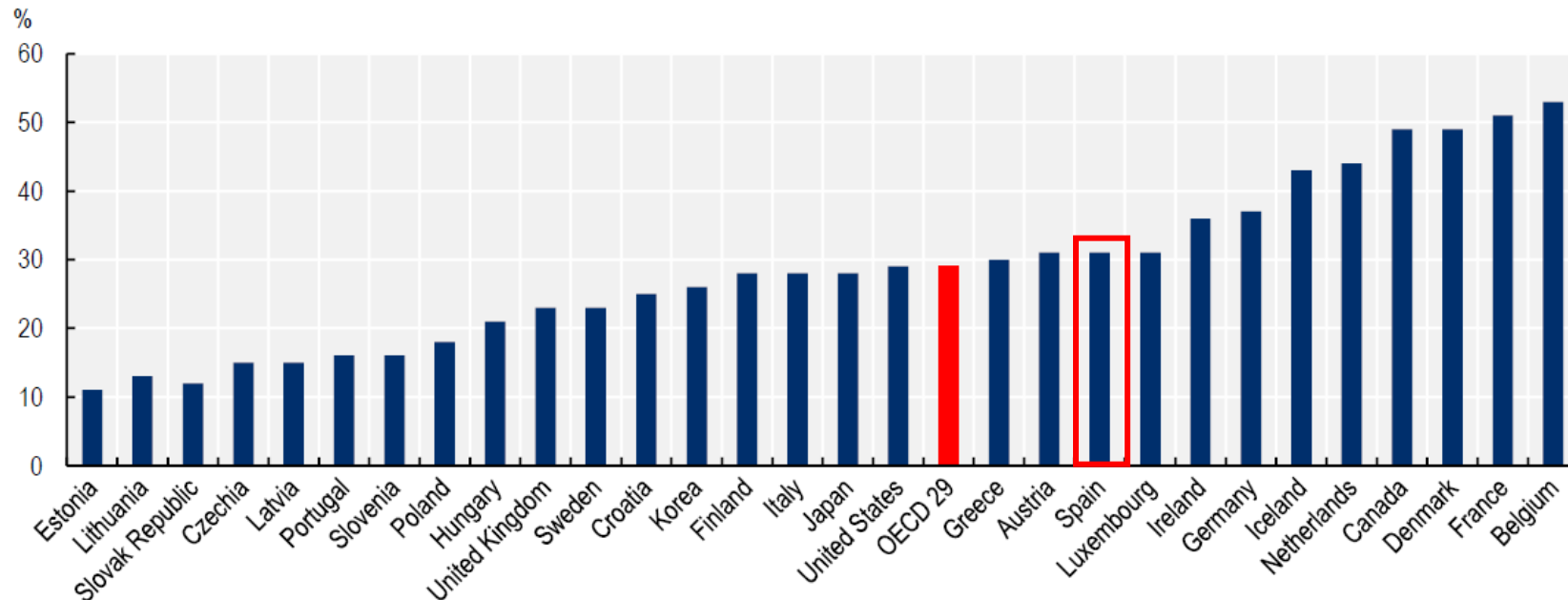
*consideraremos personas cuidadoras a las que cuidan en el presente o lo han hecho en el pasado.

Fuente: García, A. y Parra, I. (2026): El consumidor ecosistémico. Investigación y Marketing, abril, p. 34 a 389.

Gasto de las administraciones en cuidados de larga duración

Los sistemas de asistencia formal cubren menos del 30 % de las necesidades de cuidados de larga duración en los países de la OCDE. El resto lo cubren el gasto privado y los cuidados informales, lo que acarrea mayores costes sociales, ya que los cuidadores informales ven reducido su empleo, sus horas de trabajo o su estado de salud.

Public coverage of long-term care benefits as a share of individuals reporting low, moderate and severe needs



Note: Low, moderate, and severe needs correspond to 6.5, 22.5 and 41.25 hours of care per week, respectively. An older person with severe needs receiving LTC at home is assumed to live with a spouse who can provide 24-hour supervision, help with taking medicines, and manage the finances, but cannot provide any other ADL/IADL care.

Source: OECD analyses based on the Long-Term Care Social Protection questionnaire and the *OECD Health Database*.

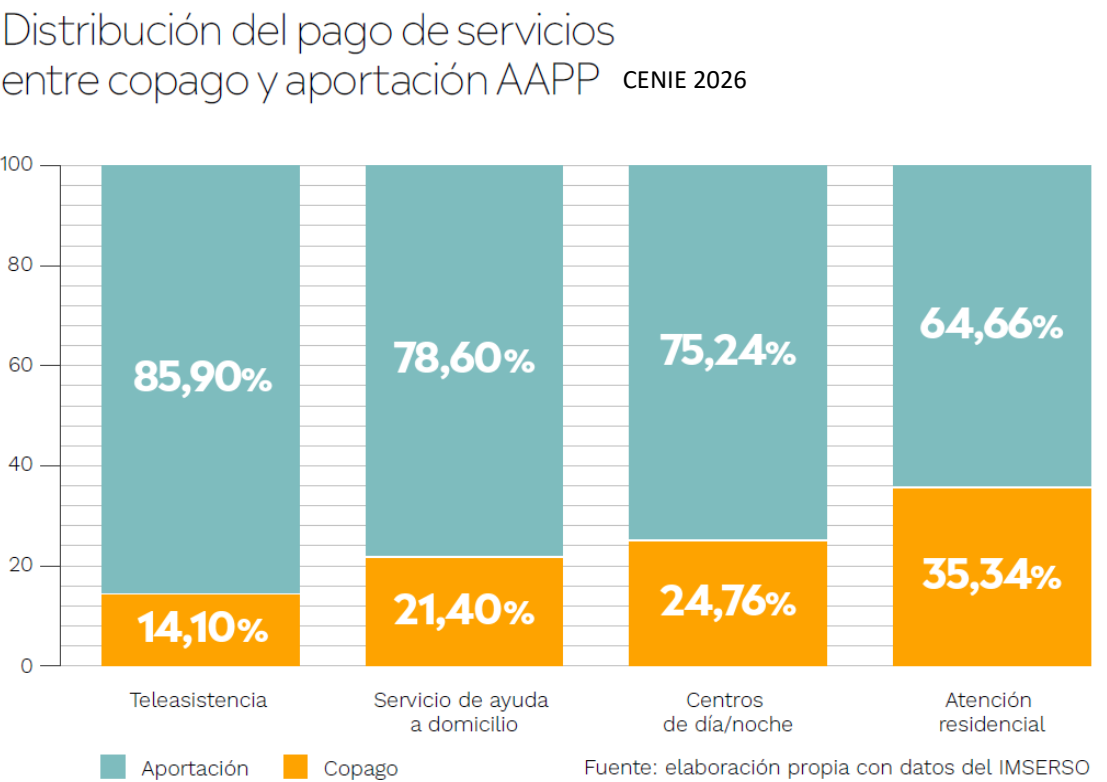
La suma del **gasto de las PE y PS en 2023 fue 10.622,9 M, el 0,71% del PIB**. Esta cifra está muy alejada del 4% de Noruega u Holanda, o del 3% de Suecia o Dinamarca.

Añadiendo los efectos indirecto e inducido de este gasto, la **aportación al el PIB del gasto en dependencia, a precios de mercado, es 17.259,6 M**. Es decir, **la inversión inicial se multiplica por 1,6** cuando contemplamos todos sus efectos sobre el PIB. A este gasto de las administraciones hay que añadir el gasto privado asumido directamente por las familias.

Además, contribuye a reducir la **demanda de servicios sanitarios**(Serrano-Alarcon et al 2021). Atención sanitaria y dependencia están interconectados en demanda y costes.

La previsión del crecimiento del gasto público en el SAAD es que pasemos del **0,71% del PIB actual, hasta un 0,99-1,07% en 2030**, este incremento de 0,36 puntos que está vinculado fundamentalmente al cambio demográfico. Para alcanzar la cobertura universal en 2030 y reforzar los servicios domiciliarios profesionales en vez de depender de los cuidados familiares, sería necesario aumentar la inversión en el SAAD en casi otros 0,25 puntos sobre el PIB (1,29-1,31). (CENIE 2026).

Según la AIREF el envejecimiento de la población requerirá aumentos del gasto en sanidad (hoy en el 6% del PIB) y los destinados a atender la dependencia (un 0,8% del PIB). **En 2050, los de sanidad alcanzarán un 8,2% del PIB y los de cuidados deberán duplicarse, hasta el 1,8% del PIB**.

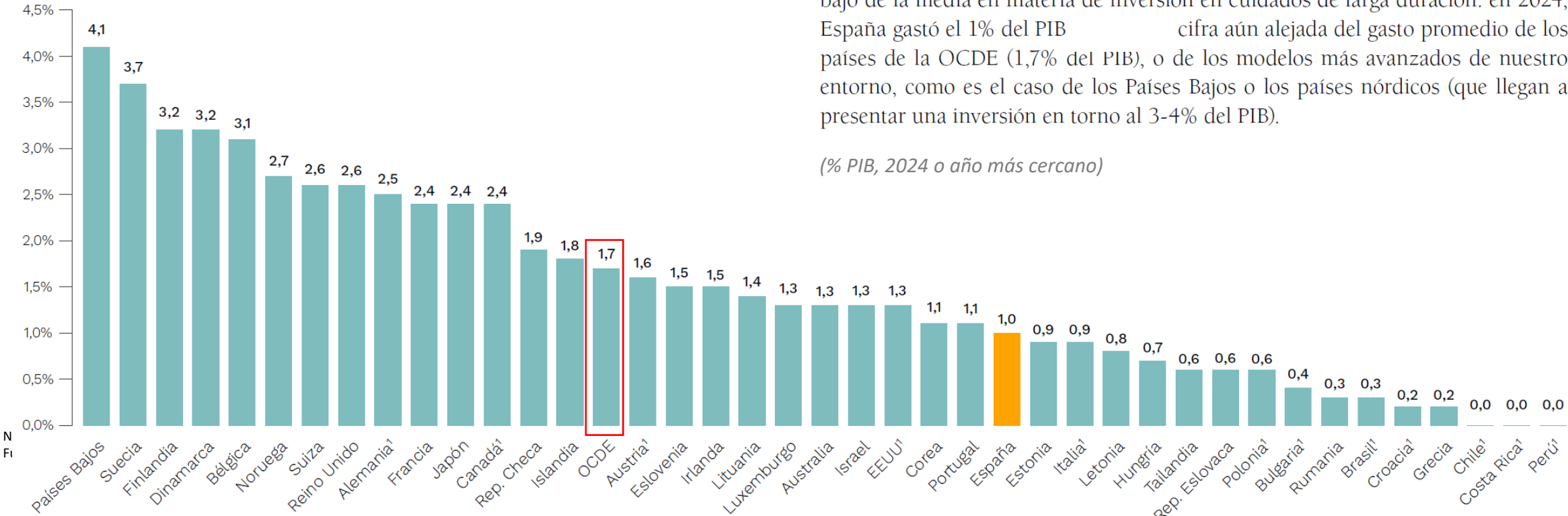


Evolución del gasto total en cuidados de larga duración en la OCDE

Se espera que el **gasto público** en cuidados de larga duración casi se duplique entre 2023 y 2050, alcanzando el 2,8 % del PIB en los países de la OCDE. Esto refleja **aumentos** de 0,5 puntos porcentuales en el componente **sanitario (hasta el 1,7 % del PIB)** y de 0,7 puntos porcentuales en el **componente social (hasta el 1,1 % el PIB)**. ($1,7 + 1,1 = 2,8$ %). Esta participación podría ser más baja si consideramos la mejora en la prevención y estilos de vida ($1,61+1,05=2,66$ %) y si tenemos en cuenta la mejora en productividad debido a la tecnología ($1,66+0,98=2,64$ %). Pero podría ser mayor si el crecimiento de costes (el laboral crecerá por encima del crecimiento del PIB nominal) aumentase más que en la actualidad ($1,83+1,2=3,02$ %). Este efecto es mayor en el componente social (cuidados) que en el sanitario (Blavet et al 2026, OCDE). A este gasto público hay que añadir el soportado por las familias.

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 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).

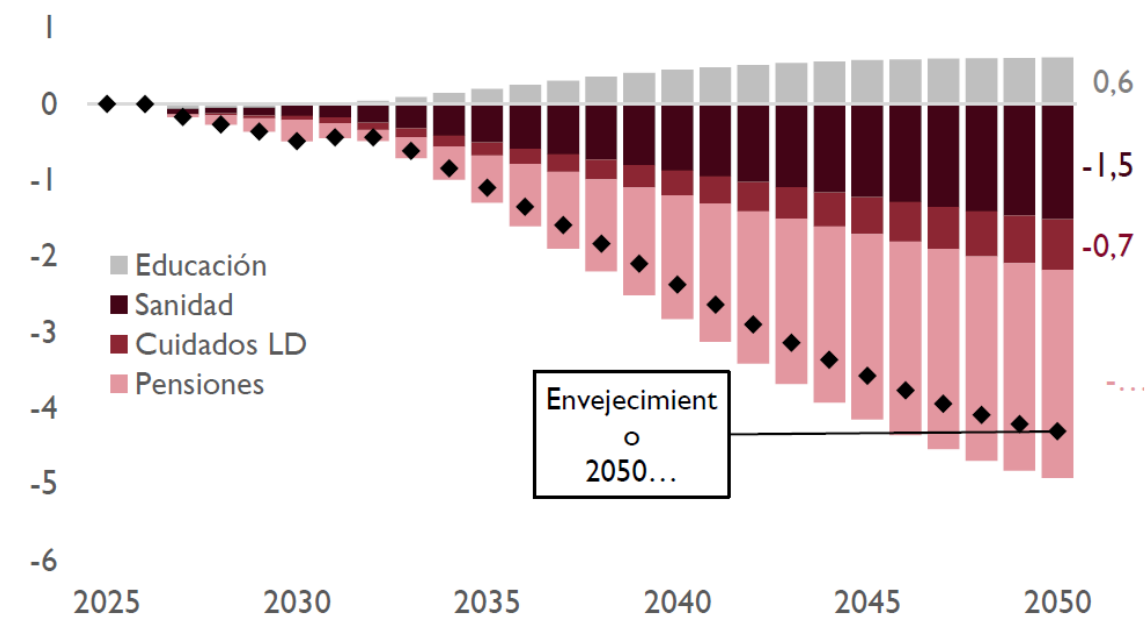
(% PIB, 2024 o año más cercano)



Impacto del envejecimiento de la población en el gasto público ...

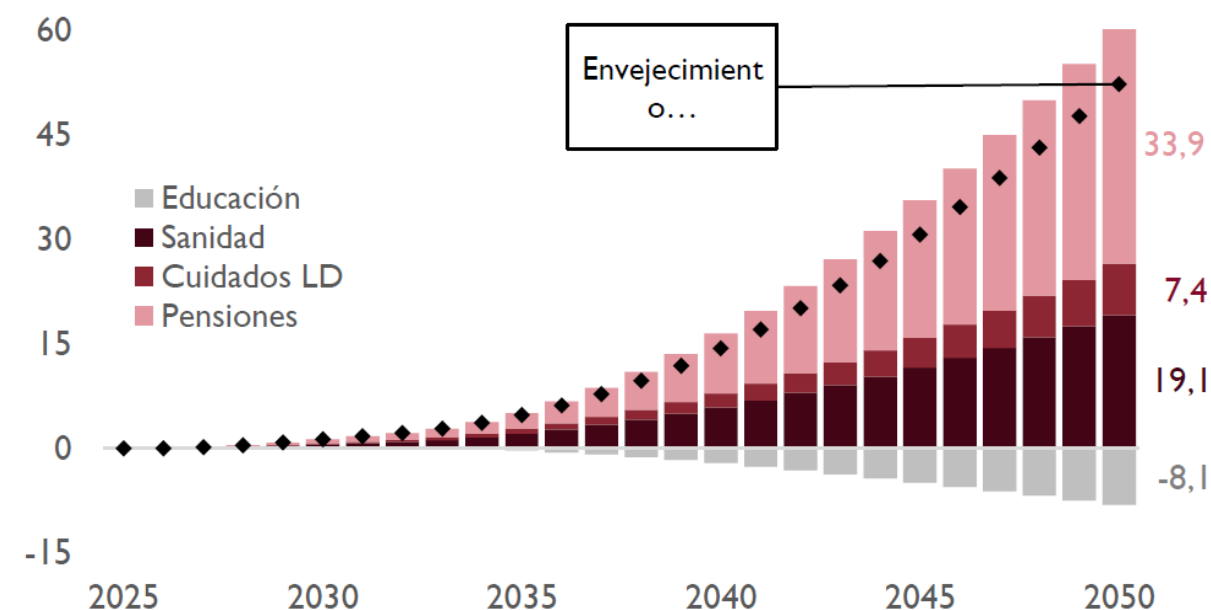
- Por el incremento de personas en situación de dependencia (población, longevidad, envejecimiento)
- Por incremento de costes. Son actividades intensivas en mano de obra. Las mejoras en la productividad son limitadas.
- Por una mayor y mejor cobertura de las prestaciones.
- Por el mayor esfuerzo en profesionalización (sustituyendo cuidado informal por el profesional) e incorporación de tecnologías para los cuidados.

GRÁFICO 36. CONTRIBUCIONES A LA VARIACIÓN DEL SALDO PRIMARIO DE LOS COMPONENTES DEL ENVEJECIMIENTO (PUNTOS DE PIB)



Fuente: AIReF

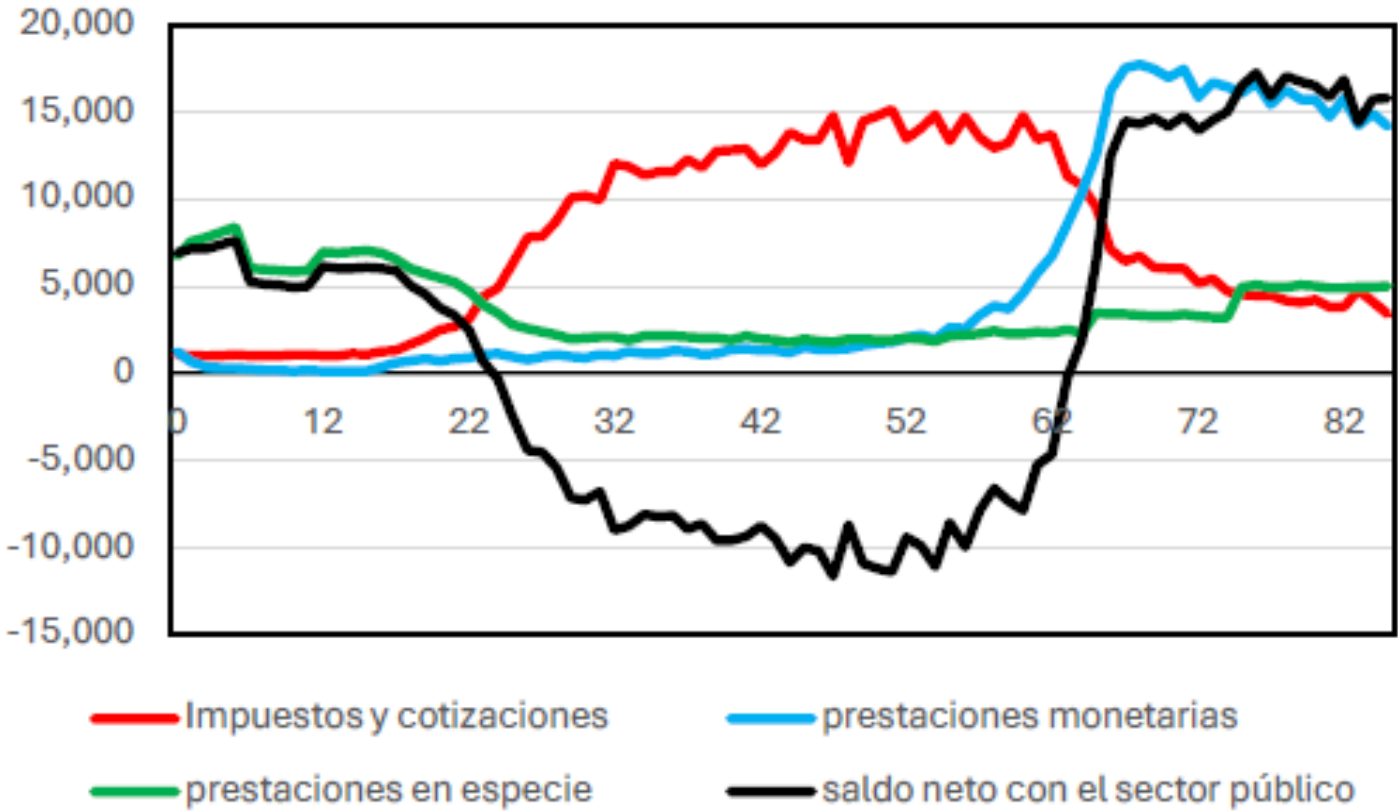
GRÁFICO 37. CONTRIBUCIONES A LA VARIACIÓN DE LA DEUDA DE LOS COMPONENTES DEL ENVEJECIMIENTO



Fuente: AIReF

Evolución del saldo neto con el sector público, calculado como la diferencia entre las prestaciones públicas de carácter monetario (fundamentalmente pensiones, desempleo y ayudas sociales) y en especie (educación, sanidad y otras prestaciones sociales en especie) por un lado, y los impuestos y cotizaciones sociales por el otro.

Saldo neto con el sector público, 2022
Valores medios por persona por edad simple en euros corrientes, ambos sexos



Ingresos y gastos de los hogares españoles por edad y género’, promovido por el Centro de Investigación Ageingnomics de Fundación Mapfre y la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (Fedea), De la Fuente, A. (coordinador), Marín, C., López Laborda, J. y Onrubia, J. (2026). [«Cuentas etarias de los miembros de los hogares, 2022. Metodología y resultados»](#) FEDEA, Estudios sobre la economía española no. 2026-06. Madrid.

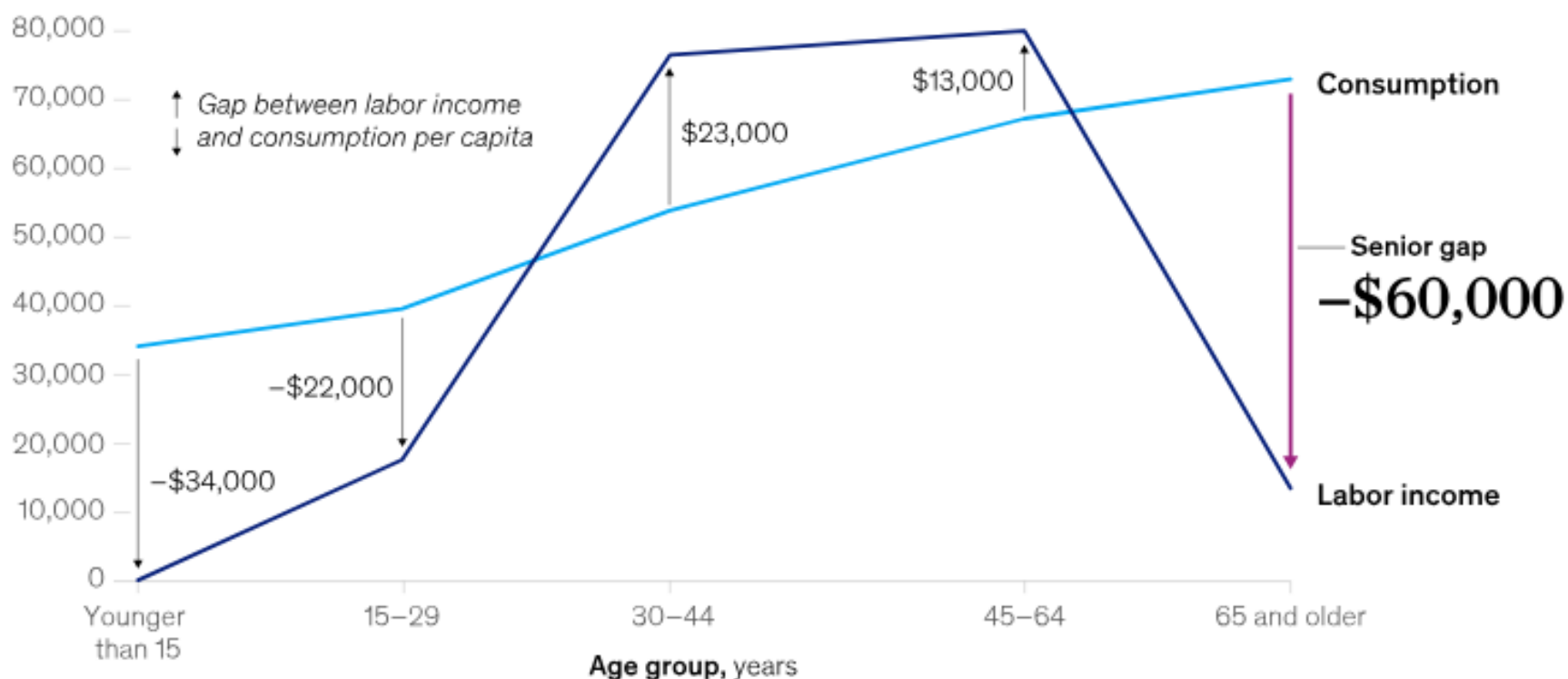
Los ingresos laborales y el consumo cambian a lo largo de un ciclo de vida. En la jubilación, los ingresos laborales disminuyen, pero el consumo no lo hace, creando un déficit. La brecha senior. En los Estados Unidos, cuando se combinaba el consumo directo y en especie, la diferencia era de 60 000 \$ en promedio por persona de 65 años o más en 2023.

En España también hay una tendencia a concentrar gasto público en la población jubilada.

Estados Unidos

The senior gap measures the difference between labor income and consumption among individuals 65 years and older.

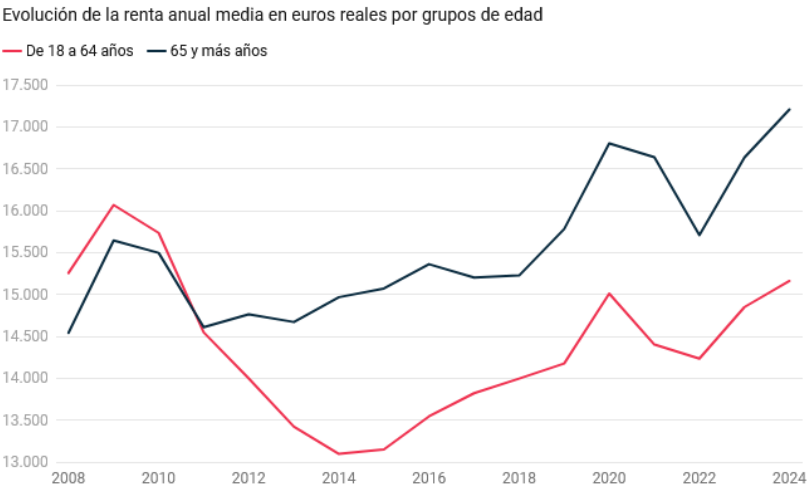
Example: US labor income and consumption per capita by age group, 2023, \$, 2021 PPP



Note: Consumption includes direct, out-of-pocket spending as well as the value of in-kind public goods and services.
Source: National Transfer Accounts Project; World Data Lab; McKinsey Global Institute analysis

Las personas entre 65 y 85 años terminan con la **renta disponible** más alta de todos los grupos de edad. Aunque el importe de las jubilaciones es inferior a las rentas de trabajo que dejan de percibir, las transferencias públicas no monetarias (salud, CLD) y un sistema fiscal progresivo, convierten a este tramo de edad en el de mayor renta. Tienen 1.551 euros per cápita más al año que el segundo grupo con mayor renta, las personas entre 50 y 65 años.

Así ha crecido la brecha de renta en España

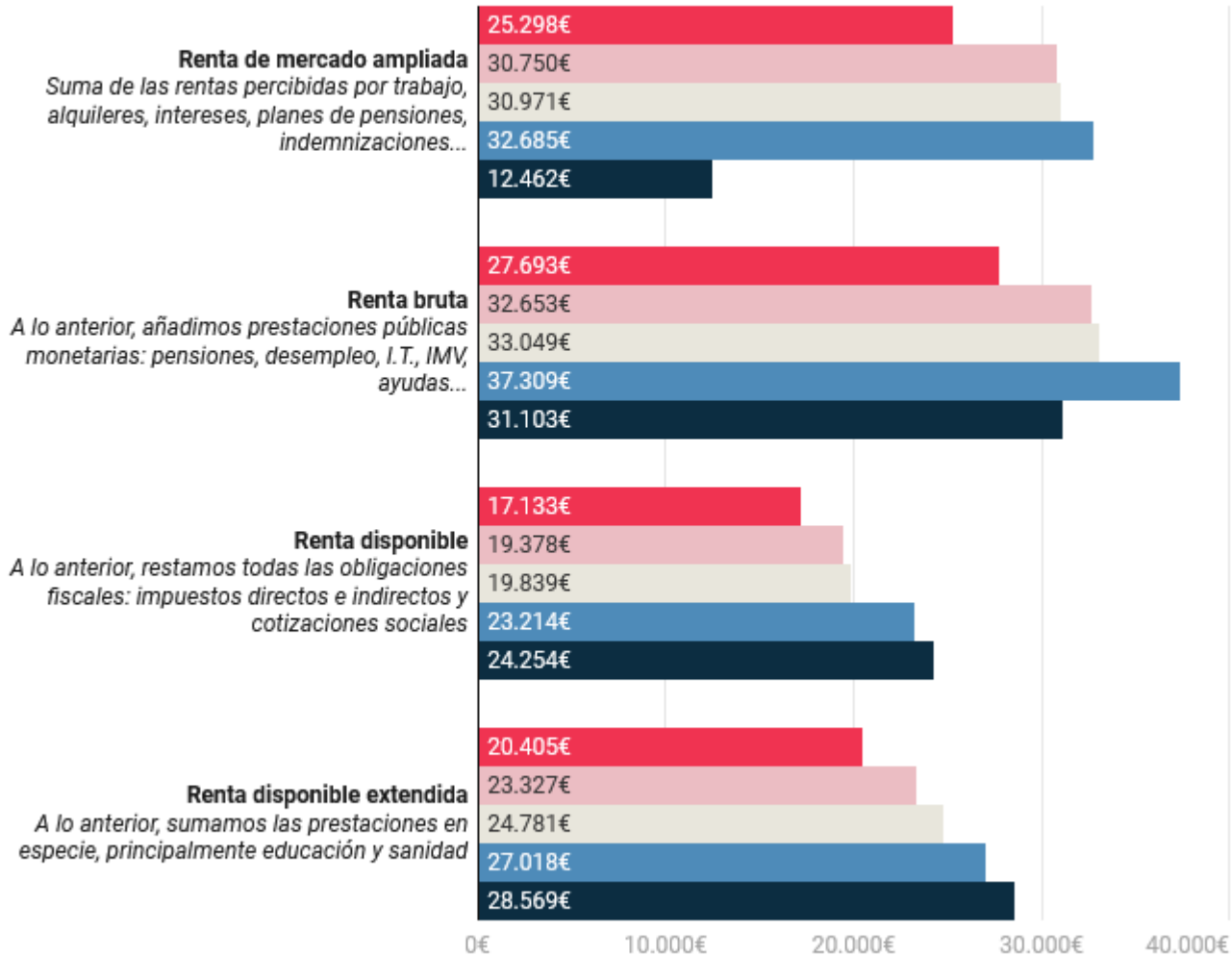


Fundación BBVA e IVIE (2025): Formación, transición digital y calidad de vida de los mayores en España. A partir de datos del INE.

Evolución de la renta en España por grupos de edad

En euros de renta equivalente.

17 a 30 años 30 a 40 años 40 a 50 años 50 a 65 años 65 a 85 años



Fuente: Jon González (@jongonzlz) a partir de datos del Observatorio sobre el reparto de los impuestos y las prestaciones. Fedea (2022) • Descargar los datos • Creado con Datawrapper

El empleo remunerado en cuidados de larga duración (CENIE 2026, datos de 2024).

Número de trabajadores: 1.290.568, lo que supone el 6% del total de personas ocupadas (EPA). Si se excluye el empleo doméstico, el sector representa en torno al **3,2 % del empleo** en España. La **masa salarial** asociada al empleo formal en cuidados se situaría en el entorno del **1,7% del PIB**.

a) Residencias	388.949 (30 %)
b) Centros de día y Ayuda a domicilio	313.962 (24 %)
c) Hogares	587.657 (46 %)

- Tasa de **temporalidad**: 23,1 % (16,2 % total economía)
- Tasa de **parcialidad**: 35,6 % (13,6 % total economía)
- Índice de **accidentes y enfermedades profesionales**: 41,9 % (27,1 % total economía)
- **Edad** más frecuente del trabajador 54 años, diez años por encima de la media del conjunto de la economía

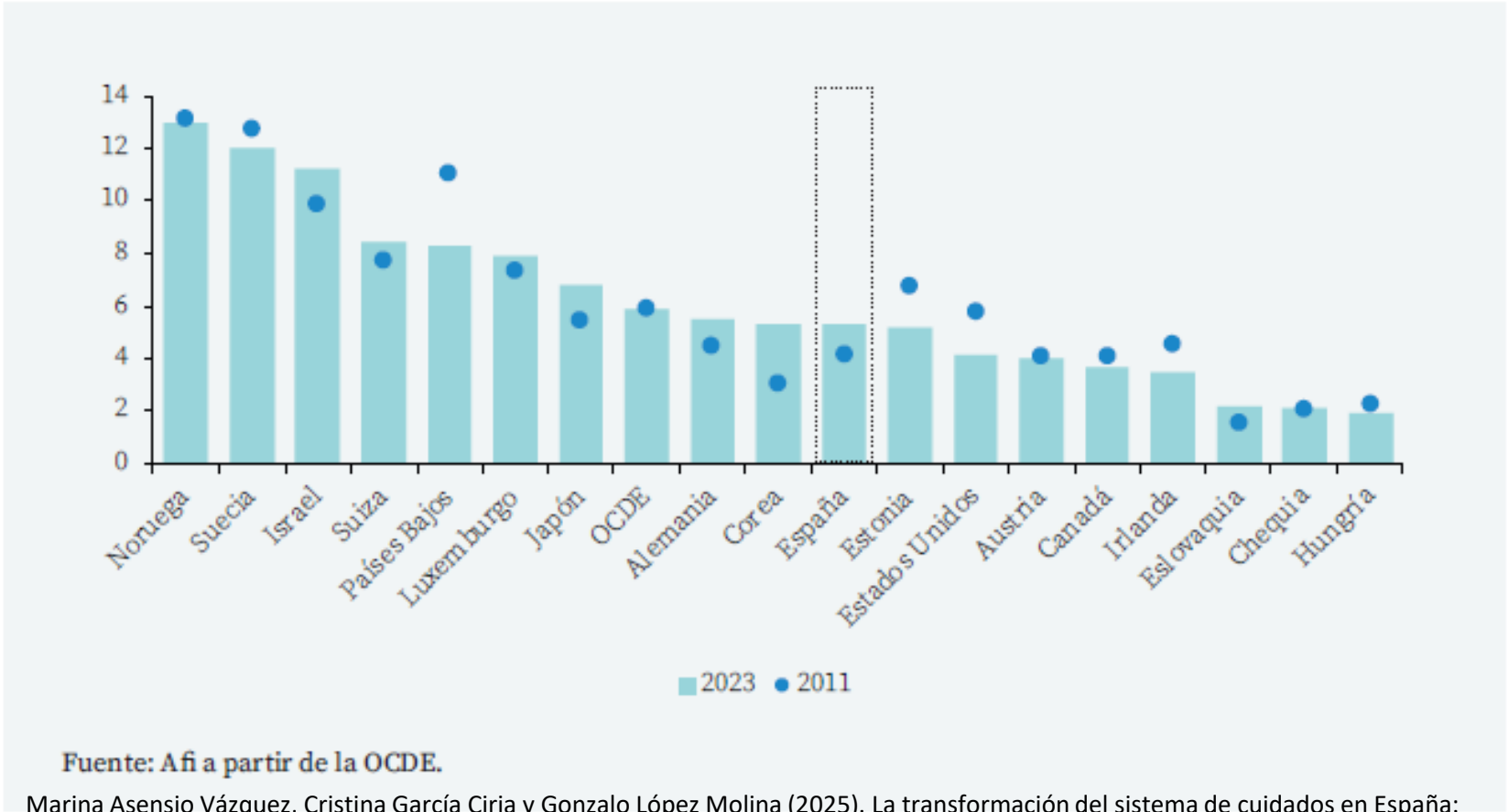
El perfil de trabajador en estos servicios es mujer, inmigrante, salarios bajos y contratos parciales y temporales.

España necesitará al menos **261.000 cuidadoras profesionales más hasta el 2030** (un incremento del 53%), suponiendo el mantenimiento actual de cantidad y calidad de servicios (auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, trabajadores sociales, personal de residencia, cuidadores a domicilio).

Cuidados informales, % personas con responsabilidad de cuidados respecto a la población potencialmente activa en 2024 (>16 años): **2,7%**, se ocupa de tareas de cuidados que le impiden compaginar total o parcialmente con un trabajo remunerado. 696.919 personas se dedican al cuidado de niños/as o de personas adultas enfermas, discapacitadas o mayores. Considerando los **salarios no percibidos, su importe supone el 3,9 % del PIB** (CENIE 2026). En toda la Unión Europea, un tercio de las mujeres trabajadoras renunció a su trabajo remunerado o redujo su jornada laboral para dedicarse al cuidado de otras personas, frente al 15 % de los hombres (Ilinca and Simmons, 2022).

“La ratio de **trabajadores de cuidados de larga duración** por cada 100 habitantes mayores de 65 años se encuentra ... muy por detrás de la cobertura que ofrecen países como Noruega o Suecia, pioneros en la adopción del modelo personalizado”

Trabajadores formales en CLD por cada 100 habitantes de más de 65 años o más, 2011 y 2023



Fuente: Añ a partir de la OCDE.

Marina Asensio Vázquez, Cristina García Ciria y Gonzalo López Molina (2025). La transformación del sistema de cuidados en España: retos institucionales y demográficos. Papeles de Economía Española 308.

CUIDADOS A PERSONAS MAYORES, ENFERMAS O DEPENDIENTES



Base: 1.222 (población general).



¿Proporcionas cuidados a personas de tu entorno habitualmente? Nos referimos a los cuidados no remunerados, aquellos por los que no se cobra un salario. Teniendo en cuenta que los cuidados pueden ser de diferente tipo, ¿Has realizado o realizas alguno de los siguientes cuidados o ayuda a personas mayores, enfermas o dependientes?

El modelo económico y la financiación de los cuidados de larga duración (I)

1/ La mayor longevidad, las enfermedades crónicas que la acompañan y la reducción del tamaño medio de los hogares, están presionando a los sistemas de cuidados de larga duración en toda Europa. Asegurar la accesibilidad, igualdad, calidad de servicio y universalidad es un **reto financiero**. En **2050 más de 1,6 millones de españoles requerirán cuidados prolongados a los que se dedicará un mínimo del 1,8% del PIB**, lo que aumentará el gasto público de forma sustancial. Más aún cuando se espera que la esperanza de vida aumente tres años en las próximas tres décadas.

En Europa hay países con altas rentas, como **Suecia, Dinamarca**, que financian los cuidados con impuestos; lo mismo que en **Austria**, que además añade copagos en residencias en función de la renta. En **Países Bajos** se financian en un 85 % a partir de cotizaciones laborales y un seguro de salud para cuidados en el hogar; siendo el resto financiado por la administración pública (ayuda doméstica, transporte,...) y por el gasto personal. En **Alemania** hay un seguro semejante al de Países Bajos. En **UK**, salvo para personas vulnerables, cada uno soporta los gastos de cuidados por su cuenta.

La economía española depende de **sectores productivos de bajo valor añadido**, como turismo y gran parte del agroalimentario, comercio y servicios, cuyos salarios medios (bajos) a lo largo de la vida laboral de la mayor parte de los trabajadores dificultan obtener suficientes ingresos fiscales y contribuciones sociales para financiar el Estado del Bienestar, lo que conduce a mayor deuda pública. Además, la **evolución de los salarios** (descontando inflación e impuestos) debería permitir generar un ahorro a largo plazo para cubrir las futuras necesidades de cuidados y hacer frente a la inversión en adaptación de la propia vivienda.

¿Debe apoyarse la constitución de un **fondo de cuidados** (como en pensiones) a cargo de trabajadores y empresas?

El modelo económico y la financiación de los cuidados de larga duración (II)

2/ El crecimiento del gasto público debe atender a la dependencia, pero también a apoyar **actividades productivas**, emprendimiento, innovación y dinamizar el mercado laboral de los **jóvenes**, sobre todo el empleo tecnológico, para que puedan disponer de mejores rentas y ahorro para su futura jubilación y la dependencia.

3/ Es preciso incidir en la mejor **asignación eficiente de recursos**. Por ejemplo, solo el 29 % de las personas mayores que reciben atención en residencias de los países de la OCDE tienen necesidades graves, lo que indica que una parte considerable de las personas que reciben apoyo en residencias podrían recibir dichos cuidados en sus hogares y en la comunidad, disminuyendo los costes públicos. Además, debe haber una apuesta decidida por la incorporación de nuevas tecnologías (digitalización, TICs, automatización) para hacer más eficiente la prestación de los cuidados, sin pérdida de calidad.

4/ También es preciso aumentar la **tasa de actividad**, sobre todo en los >55 años para que el número de trabajadores de la economía no disminuya. Una distribución mejor del mayor tiempo de vida entre trabajo y jubilación, incrementaría el PIB y mejoraría las finanzas públicas.

Es preciso apostar por el **talento sénior** (formación tecnológica, políticas activas de empleo, jubilación demorada, innovación de procesos, emprendimiento), por una mayor incorporación y mantenimiento de la **mujer** al mercado de trabajo y por disminuir la **holgura laboral**, para garantizar la sostenibilidad del tejido empresarial y del mercado laboral, también en cuidados de larga duración.

El modelo económico y la financiación de los cuidados de larga duración (III)

5/ Nos enfrentamos a un desequilibrio territorial. Provincias como Zamora, León, Ourense, Asturias, Salamanca, Lugo, Cáceres, Ávila, Palencia y Pontevedra, previsiblemente tendrán un ratio de dependencia por encima de 80 % sobre la población en edad de trabajar en 2050. Estas regiones registran ya en la actualidad altos niveles de envejecimiento. Las regiones que están más envejecidas son también las que más van a empeorar hasta 2050. El problema será mantener la actividad económica mínima para retener a la población en esas zonas. **Faltarán trabajadores** para poder proveer todos los servicios básicos, como sanidad, educación, cuidados de larga duración.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

- CENIE (2026). La economía de los cuidados en España. El derecho al cuidado.
- OECD (2025), *The Economic Benefit of Promoting Healthy Ageing and Community Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris,
- Blavet, T.; Lorenzoni, L and Rapp, T. (2026). Future long-term care expenditure trajectories across OECD countries. OECD Health Working Papers No. 194.
- AIREF (2026). Estudio de evaluación de la regla de gasto de pensiones. Estudio 1/2026.
- Serrano-Alarcón et al (2021). The effect of Long-Term Care (LTC) benefits on healthcare use. FEDEA. Documento de Trabajo 2021-12.
- Jiménez-Martín, S. y A. Viola (2026). Los retos del sistema de la dependencia en España. FEDEA, Colección Apuntes 2026-04.
- Prades-Colomé, A. (2025). Mortality risk factors in the Catalan long-term care system. FEDEA, Documento de Trabajo no. 2025-10.
- Asensio Vázquez, M., García Ciria, C. y López Molina, G. (2025). La transformación del sistema de cuidados en España: retos institucionales y demográficos. Papeles de Economía Española 308.