



CÀTEDRA BARCELONA - UPF
de Política Econòmica Local



CREACIÓN DE EMPLEO Y RETORNOS ECONÓMICOS EN LA CIUDAD DE BARCELONA IMPLEMENTANDO LA POLÍTICA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DESARROLLADA EN ESTOCOLMO Y COPENHAGUE



DR. LUIS RECUENCO

upf.

Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona

La investigación ha sido financiada en el marco de la Convocatoria competitiva Ayudas a la investigación sobre políticas económicas locales en el ámbito metropolitano de Barcelona 2018/2019



Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona



Ajuntament de
Barcelona



Informe

*Creación de empleo y retornos económicos en la ciudad de Barcelona
implementando la política de atención domiciliaria desarrollada en
Estocolmo y Copenhague*

Dr. Luis Recuenco -Universitat Pompeu Fabra

luis.recuenco@upf.edu

CÀTEDRA BARCELONA – UPF de Política Econòmica Local

Tabla de contenido

CAPÍTULO 1	3
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN EUROPA	5
DATOS DEMOGRÁFICOS	7
LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN COPENHAGUE, ESTOCOLMO Y BARCELONA	8
COBERTURA EN COPENHAGUE, ESTOCOLMO Y BARCELONA	12
CAPÍTULO 2	14
APLICACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA DE COPENHAGUE Y ESTOCOLMO EN LA CIUDAD DE BARCELONA	14
SIMULACIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE COPENHAGUE Y ESTOCOLMO EN LA CIUDAD DE BARCELONA	14
GASTO DE LA POLÍTICA Y ESTIMACIÓN DEL EMPLEO DIRECTO GENERADO EN UN PERÍODO DE 8 AÑOS	15
SIMULACIÓN GASTO FUTURO	16
SIMULACIÓN DEL EMPLEO DIRECTO NETO Y COSTE SAD	16
SIMULACIÓN DEL EMPLEO INDIRECTO E INDUCIDO	18
CAPÍTULO 3	20
RETORNOS ECONÓMICOS DIRECTOS, INDIRECTOS E INDUCIDOS	20
RESULTADOS	23
CONCLUSIONES, IMPLICACIONES POLÍTICAS Y RECOMENDACIONES POLÍTICAS	24
BIBLIOGRAFÍA	26
NOTAS METODOLÓGICAS, ASUNCIONES Y DATOS	30

Capítulo 1

Introducción

El alargamiento de la esperanza de vida en las sociedades occidentales está produciendo un gran aumento de la demanda de cuidadores y cuidadoras profesionales, que ofrezcan servicios de atención domiciliaria, a las personas dependientes de 65 o más años. Las personas mayores tienen dificultades para realizar de forma autónoma las actividades básicas de la vida diaria, como consecuencia de alguna de alguna enfermedad crónica o discapacidad física y/o mental (Martínez, R ; Roldán, S. y Sastre, M. 2018) Según las previsiones de la Comisión Europea se estima que los países miembros de la Unión Europea verán aumentado el gasto destinado a la política de cuidados de larga duración desde un 1.7% del PIB en 2013 hasta el 4.1 % en 2060 (European Commission 2015)

Aunque la política de cuidados de larga duración engloba diferentes políticas específicas, como la teleasistencia, los centros de día y las residencias geriátricas, la presente investigación se centrará en la política de atención domiciliaria de las personas mayores dependientes. Los recursos destinados a la política de atención domiciliaria de las personas dependientes es uno de los componentes más importantes de la política de cuidados de larga duración. Entre los cuidados que necesitan y necesitarán las personas mayores dependientes de 65 o más años destacan las ayudas para las actividades básicas de la vida diaria: movilización en el domicilio, higiene personal, administración de medicación, realización de curas y soporte en la alimentación.

Todos los estudios y encuestas muestran que las personas mayores dependientes prefieren permanecer en el hogar con algún tipo de ayuda que permanecer en una residencia. Además, en términos estrictamente económicos, tanto para el estado como para las diferentes administraciones públicas es menos costoso financiar a la atención domiciliaria que las residencias. Como veremos en el apartado 1.4 existe una dimensión de género muy importante en la provisión de cuidados a las personas mayores. Son las mujeres las que mayoritariamente cuidan a las personas mayores dependientes. Ello dificulta y limita su participación en el mercado laboral, perdiendo derechos futuros para sus pensiones futuras, ya que no cotizan a la seguridad, reproduciéndose de esta forma la desigualdad de género. Por otro lado,

los cuidados de larga duración y especialmente la política de atención domiciliaria a las personas mayores tiene un gran potencial de crecimiento del empleo en las sociedades occidentales y en particular en la ciudad de Barcelona, con unos grandes retornos económicos, tal como se muestra a lo largo del presente estudio.

En la ciudad de Barcelona la oferta de servicios de atención domiciliaria es muy inferior a la demanda. Esta realidad contrasta con las políticas de atención domiciliaria implementadas en Suecia y Dinamarca, consideradas internacionalmente como las más desarrolladas debido a su elevada cobertura (nº de personas atendidas) tal como se acredita en el presente estudio. Otros elementos a destacar de la política de atención domiciliaria en estos países escandinavos es su universalidad, la responsabilidad pública, la desfamiliarización de la política y sus amplias competencias municipales (Lindström 2015)

Según los últimos datos disponibles de NOSOSCO (Nordic Social Protection Statistic) la cobertura, es decir, las personas atendidas por los servicios de atención domiciliaria en Dinamarca alcanza un 11% de los mayores de 65 o más años y un 8.4% en Suecia. Estas cifras aumentan muy notablemente en el grupo etarios de 80 a más años, alcanzando el 33% en el caso de Dinamarca y un 23% en Suecia. Mientras que en la ciudad de Barcelona únicamente un 6,8% de las personas mayores de 65 o más años recibe atención domiciliaria (Anuari Estadistic Ciutat de Barcelona 2017) y se prevé según los datos del IDESCAT que en la ciudad de Barcelona aumente las personas atendidas por el SAD en la misma proporción que el incremento de las personas mayores de 75 años. En 2022 se produciría un aumento de un 0,89% respecto al año anterior, en 2023 un incremento del 1,11%, en 2024 un 1,62%, en 2025 un 1,24% y en 2026 un 0,78% (Departament de Recerca i Coneixement 2018)

Objetivos de la investigación

1) Cuantificar los recursos económicos necesarios para que la ciudad de Barcelona pueda alcanzar la cobertura de la política de atención domiciliaria desarrollada en Estocolmo y Copenhague.

La cuantificación de esta política se estimará sobre la base de dos legislaturas, es decir, 8 años. De esta forma es mucho más aplicable la implementación y el desarrollo progresivo de la política que si se llevara a cabo en una sola legislatura.

A las posibles limitaciones presupuestarias de una expansión importante del empleo público en una legislatura, debe también considerarse la necesaria negociación con la comunidad autónoma y el gobierno central, que son, teóricamente, las responsables de la financiación según la Ley 39 2006 de 14 de diciembre. Se asume en este estudio que el tipo de empleo generado sería igual al ya implementado por el SAD en la ciudad de Barcelona, es decir, el mismo modelo de provisión del servicio. Si fuera eminentemente público los retornos económicos de la política serían superiores que en el sector privado: salarios más elevados generan cotizaciones más elevadas, mayores ingresos vía IRPF e IVA derivado de una mayor demanda interna.

2) Estimar el número de puestos de trabajo directos que generaría la ciudad de Barcelona si imitara la cobertura de la política de servicios de atención domiciliaria a las personas dependientes de Copenhague y Estocolmo. Esta estimación también se fundamentará en dos legislaturas.

3) Estimar el número de puestos de trabajo indirectos e inducidos que generaría la ciudad de Barcelona si imitara la cobertura de la política de servicios de atención domiciliaria a las personas dependientes de Copenhague y Estocolmo. La estimación se realiza en dos legislaturas.

4) Presentar los retornos económicos fiscales vía IRPF, IVA, cotizaciones a la seguridad e Impuesto de Sociedades de los empleos directos, indirectos e inducidos que se generarían en la ciudad de Barcelona si se implementara la anterior política, en un período de 8 años.

5) Presentar la tasa de retorno de los recursos sociales asignados respecto la inversión económica.

Envejecimiento de la población y atención a la dependencia en Europa

El envejecimiento de la población es un proceso que comenzó décadas atrás en Europa. Este fenómeno es un reflejo de los cambios producidos en la estructura de edad de la población y tiene como consecuencia tanto un aumento del porcentaje de personas de 65 o más años como una reducción de la población activa (Eurostat 2018). El aumento del número de personas mayores de 65 años se explica por el

incremento de la longevidad, una evolución que se ha ido materializando durante varias décadas, en la medida en que la esperanza de vida aumentaba. “Este proceso recibe a veces el nombre de «envejecimiento en la cúspide» de la pirámide de población” (Eurostat 2018).

Otra dimensión del envejecimiento en nuestras sociedades es el sucesivo envejecimiento del segmento de las personas de 65 a más años. El peso de este grupo etario crece con más intensidad que otros grupos de edad dentro de la población de la UE. Este fenómeno tiene grandes repercusiones sociales y económicas. Dado que por encima de los 75 años es cuando más aumentan las discapacidades, será necesario un aumento del número de cuidadores y cuidadoras para la provisión del servicio de atención domiciliaria. Además se prevé que el número de individuos de 80 años o más años respecto a la población de la EU-28 se duplique desde la actualidad hasta 2080, incrementándose de un 5,5 % a un 12,7 % (Eurostat 2018)

Respecto al proceder de los diferentes países de la UE que proveen, organizan y orientan sus esfuerzos respecto a la atención a la dependencia de las personas mayores, aunque existen puntos en común, como se destacará a continuación, también existen grandes diferencias. Ello se debe a su legado histórico, a las distintas leyes, a la financiación (cotizaciones, impuestos o copago) a los diferentes niveles de organización (estatal, regional o municipal) y a la evolución y consolidación de sus respectivos Estados del Bienestar (Esping Andersen 1990; Navarro 2006; Recuenco y Callao 2011). Respecto a la inversión económica en cuidados de larga duración en relación al PIB en la UE, encontramos similitudes dentro de cada una de las tradiciones del Estado del Bienestar y diferencias entre tradiciones. En la tradición de los países escandinavos, también denominada Socialdemócrata (Esping Andersen 1990; Navarro 2006; Recuenco y Callao 2011) como Suecia y Dinamarca la inversión es muy parecida y elevada mientras en los países de tradición del Sur de Europa como España es similar y muy baja.

Aunque pueden diferenciarse tres tipologías de atención a la dependencia en Europa basadas en las tradiciones del Estado del Bienestar (Sur de Europa, Continentales y Socialdemócratas) cabe destacar ciertas similitudes. Los servicios de atención domiciliaria no acaban de sustituir a las familias, pero en los países escandinavos esta institución social no tiene tanta relevancia como en los países del Sur de Europa como España. Los diferentes países de la UE intentan que exista una coordinación entre los servicios de atención domiciliaria y el sector

sanitario. En los países de la UE se acaba combinando elementos como la atención residencial, las prestaciones económicas y la atención domiciliaria, siendo esta dimensión la más importante, especialmente durante la última década. Los servicios de atención domiciliaria suelen ser mixtos, es decir, existe un sector público y privado. En los países del Sur de Europa, como España se enfatiza más el sector privado que en los escandinavos, dado que el componente público es muy importante en este último caso. Como se verá en el próximo apartado, en Suecia aunque el sector público está muy desarrollado el componente privado no ha dejado de crecer durante las últimas décadas.

Datos demográficos

Tanto en la ciudad de Copenhague como en la de Estocolmo la población mayor, es decir, la proporción de ciudadanos de 65 a más años respecto a la población total es muy inferior que en la ciudad de Barcelona. En la Ciudad Condal viven un 21.4% de los ciudadanos de 65 o más años, mientras que en Copenhague y Estocolmo lo hacen un 10.3% y un 14.8% respectivamente.

Existen varias causas por la cuales en estas ciudades escandinavas residen menos personas que en Barcelona. Estas ciudades nórdicas se han convertido en lugares donde viven muchos jóvenes y familias acomodadas. Además, se ha especulado mucho con la vivienda y los precios han ido aumentando desorbitadamente. Ello ha provocado una expulsión de las personas mayores de la ciudad hacia zonas cercanas de ambas ciudades. El caso más claro es el del Stor Copenhague, que vendría a ser similar al Área Metropolitana de Barcelona, en el que reside un 18,7% de personas mayores. En muchos casos estas personas mayores han ido trasladándose a zonas residenciales fuera de la ciudad en las que el coste de vida es mucho más bajo e incluso se les ofrece toda una serie de facilidades como encontrar viviendas compartidas así como supermercados y centros médicos más cercanos.

Tabla 1

% Población de 65 o más años respecto a la población total. Ambos sexos

España	Barcelona	Copenhague	Estocolmo
19	21.4	10.3	14.8

Datos para España, INE, Series de Población, 2018

Datos para Barcelona Padrón Habitantes, 2018

Datos para Copenhague, Statistics Denmark. Primer cuatrimestre, 2019

Datos para Estocolmo, Oficina Central de Estadísticas de Suecia (SCB) 2018

Los patrones demográficos en Barcelona son muy diferentes respecto a Estocolmo y Copenhague. Si bien la proporción de personas de 65 o más años en la ciudad de Barcelona es similar a la de Roma (21.8%) o Milán (23.3%) otras grandes ciudades de Europa se asemejan más a los países escandinavos: París (15.3%) y Londres (10.7%) (Martí-Costa 2018). Aunque el porcentaje de personas de más de 65 años o más años en Barcelona es muy elevado, la evolución reciente en el período de 2011 a 2016, apunta hacia un mayor incremento en toda Cataluña que en Barcelona: aumentó un 1,7% en el caso de Cataluña y un 0.8% en Barcelona en el mismo período. (Martí-Costa 2018) Quizás uno de los fenómenos demográficos más relevante respecto a la atención domiciliaria en Barcelona es que el crecimiento futuro de la población, en la franja etaria de mayores de 65 años, aumentará en torno a una décima anual como mínimo hasta 2030 y dos tercios de ese crecimiento se concentra en el grupo etario de 75 a 79 años. Ello tiene implicaciones muy importantes para la política de atención domiciliaria en Barcelona puesto que en este grupo de edad aumenta mucho la demanda y la intensidad (horas dedicadas) de los cuidados.

La atención a la dependencia en Copenhague, Estocolmo y Barcelona

Las mayor igualdad de género y elevada participación laboral de la mujeres en los países escandinavos (Suecia y Dinamarca) o Socialdemócratas (Esping Andersen 1990; Navarro 2006; Recuenco y Callao 2011) respecto a España no se puede entender sin considerar el desarrollo y la generosidad de las políticas de ayuda a la familia como las escuelas de infancia de 0 a 3 años (Recuenco 2011) y los cuidados de larga duración. Ello contrasta con el caso español. Es un proceso inverso: igualdad de género muy reducida, políticas de ayuda a la familia muy poco desarrolladas y consecuentemente una participación laboral muy baja en términos comparativos.

En el caso de Barcelona, durante los últimos años ha ido aumentando el número de beneficiarios del SAD (atención domiciliaria) pero nos posicionamos a mucha distancia respecto a Estocolmo y Copenhague tal como se documenta en el siguiente apartado. Ello implica un gran problema social y económico. Social porque afecta en gran medida a las mujeres, que en ausencia de políticas de ayuda a la familia y en particular de ayudas a domicilio se ven forzadas a cuidar a las personas mayores y consecuentemente pierden toda una serie de derechos laborales, al no cotizar a la seguridad social. En el futuro estas mujeres acabarán percibiendo pensiones más bajas. Es relevante destacar que las mujeres tienen una esperanza de vida más elevada que los hombres. En el ámbito económico cabe destacar que si tenemos menos mujeres participando en el mercado laboral ello implica menor consumo, consecuentemente limitamos la creación de empleo y finalmente los ingresos para las administraciones públicas se ven mermados.

La atención domiciliaria tiene un componente muy importante respecto a la dimensión de género. Por una parte, la mayoría de las personas que cuidan informalmente a los mayores dependientes son mujeres. Y por otra, el 91% de las personas que trabajan en el SAD (servicio atención domiciliaria) son también mujeres (Martí-Costa 2018)

A continuación, sintéticamente, se destacan elementos sociales y económicos respecto a la dimensión de género que justificarían la inversión social que se expondrá en el siguiente capítulo. A) Las mujeres viven más años que los hombres y consecuentemente son más años dependientes, por tanto, es muy importante que estén empleadas cotizando a la seguridad, en lugar de verse forzadas a cuidar a sus familiares mayores. B) La mayoría de las personas que prestan sus servicios a las personas dependientes son mujeres. C) La evidencia empírica en la OCDE muestra por cada tres mujeres que se integran al mercado laboral se genera un nuevo puesto de trabajo indirecto entre las mujeres en el sector servicios (limpieza, comida rápida, lavanderías). Es decir, estas mujeres, cuando participan en el mercado laboral, acaban externalizando toda una serie de tareas o servicios que antes acababan haciendo ellas.

En relación con la política de atención domiciliaria y de cuidados de larga de larga duración en Estocolmo y Copenhague cabe destacar que estas ciudades forman parte de dos países escandinavos (Suecia y Dinamarca) con un Estado del Bienestar de los más desarrollados internacionalmente. Suecia y Dinamarca han creado una

oferta diversificada, tanto de servicios como de alojamientos, entre los cuales, los servicios de atención domiciliaria son una pieza clave (Lindström 2015)

Desde los años noventa, la cobertura de los servicios de atención domiciliaria en Suecia, ha seguido una evolución más bien negativa al limitar el acceso y priorizar a las personas que más necesitan cuidados, incrementando la intensidad (horas dedicadas). “En Dinamarca, la tendencia ha sido “dar poco a muchos” y “mucho a pocos”” (Lindström 2015).

Pero existen otras diferencias entre estos dos países escandinavos. Podríamos afirmar que Dinamarca es el país que se aproxima más a la imagen del Estado de Bienestar escandinavo universalista. Por una parte, los servicios de atención domiciliaria son gratuitos para las personas que los reciben de forma regular y también porque allí es más probable que una persona que convive con su pareja pueda recibir estos servicios (Lindström 2015). En Suecia, esta realidad, en la actualidad, ya no es posible en la mayoría de las familias. El porcentaje de personas mayores con limitaciones funcionales en Suecia, que únicamente reciben atención de familiares (de la pareja, hija/hijo) es superior que en Dinamarca. Es una tendencia hacia la re-familiarización (Peterson 2017)

Aunque no se conocen exactamente las razones de esta diferencia entre países. Algunos autores interpretan que puede deberse al coste económico, es decir, con el hecho de que buena parte de los servicios a domicilio en Dinamarca son gratuitos (Lindström 2015). En ese sentido destacar que en Suecia se ha ido privatizando la atención domiciliaria durante los últimos años y reduciendo el componente público del servicio (Szebeheley and Gun-Britt T 2012) facilitado por el aumento las desgravaciones fiscales vía sector privado (Peterson 2017). Por último, señalar que los últimos años se ha puesto mucho énfasis en ambos países nórdicos los controles de calidad en la prestación de servicios (Ministry of Social Affairs 2011).

En Dinamarca, los ayuntamientos son los responsables de los cuidados de larga duración de las personas mayores. Pero es el gobierno central el responsable de legislar respecto a los servicios sociales (Vaquerizo et al 2011). Dinamarca orienta sus esfuerzos para que las personas mayores puedan vivir en sus propios hogares. Habitualmente la atención domiciliaria en el hogar y las residencias para personas mayores son gratuitas, aunque las autoridades locales pueden incorporar algún coste adicional hacia los beneficiarios (Vaquerizo et al 2011).

El modelo se basa en dos ideas principales: 1) Ayudar a las personas mayores dependientes, es decir, ofrecerles ayuda para que puedan desarrollar determinadas tareas que serían incapaces de realizar por si mismas. 2) Ayudar a las personas mayores para que sigan activas y permitirles en la mayor medida de lo posible realizar todas las tareas que sean capaces (Vaquerizo et al 2011). Es un enfoque que tiene muchas similitudes con la estrategia de la Unión Europea del envejecimiento activo.

Dinamarca ha desarrollado toda una serie de buenas prácticas, mejorando de esta forma la calidad de la prestación de los servicios. A partir de 1996, todo ciudadano con 75 años o más años recibe dos veces al año en su domicilio una visita de un trabajador del ayuntamiento, para de esta forma evaluar sus necesidades y ayudarle en la planificación de una vida independiente. No se tiene en cuenta si la persona es dependiente o no lo es. Estas visitas en los hogares, que tienen un enfoque preventivo representa una de las mejores iniciativas de prevención en Europa (Vaquerizo et al 2011)

A partir del año 2003, las personas mayores pueden decidir libremente entre un servicio de atención domiciliario privado o uno municipal público. En Dinamarca, el sistema de cuidados de larga duración se financia a través de impuestos locales y donaciones del estado central (Vaquerizo et al 2011)

En Suecia, el estado es el responsable de la atención a las personas mayores dependientes. La ley estatal más importante es la Ädel-reformen (Ley de Servicios Sociales) en la que se define las responsabilidades de los consejos de los condados y los ayuntamientos. Además, determina el marco de impuestos y las tasas que pueden utilizarse para financiar las actividades regionales o locales. Los cuidados en las residencias han jugado un papel muy importante pero los servicios de atención domiciliaria son más relevantes. Los cuidados informales están aumentando progresivamente (Vaquerizo et al 2011).

El SAD (Servicio de Atención Domiciliario) de Barcelona incluye servicios en el hogar hacia las personas mayores dependientes como limpiar, hacer la cama, cocinar y lavar la ropa. Respecto al cuidado personal, se ayuda a las personas mayores a vestirse y a la higiene (Martí-Costa 2018). Actualmente la prestación de los servicios de atención domiciliaria está a cargo de cuatro organizaciones (empresas y cooperativas). En Barcelona, como en muchos países de la UE, las necesidades de atención a las personas dependientes aumentan de forma muy relevante a partir de los 75 años (Martí-Costa 2018).

En la Ciudad Condal, existe un sector de la población dependiente que recurre a cuidadoras no profesionales, tal como prevé la ley de dependencia (Martí-Costa 2018). Se accede a través de ayudas y están orientadas hacia las familias, normalmente mujeres. Estas ayudas han ido creciendo de forma muy considerable, cuando inicialmente la ley preveía que fuera una dimensión residual. Ello dificulta la inserción laboral formal de estas mujeres cuidadoras, la pérdida de derecho laborales y acaba afectando negativamente en diferentes dimensiones sociales y económicas tal como se ha comentado anteriormente (Apartado 1.4).

Cobertura en Copenhague, Estocolmo y Barcelona

El porcentaje de personas beneficiarias de los servicios de atención domiciliaria en la ciudad de Barcelona es menor que en la ciudad de Estocolmo y muy inferior respecto a la ciudad de Copenhague. En Barcelona menos de un 7% de las personas de 65 o más años reciben atención domiciliaria mientras que en Estocolmo alcanza casi un 10% y en Copenhague prácticamente se dobla respecto a la Barcelona: un 13.3%.

Tabla 2

Cobertura Atención Domiciliaria, personas de 65 a más años respecto a su grupo de edad

Barcelona		Estocolmo		Copenhague	
% Beneficiarias de 65 a más años	Nº de personas beneficiarias del SAD	% Beneficiarias de 65 a más años	Nº de personas beneficiarias	% Beneficiarias de 65 a más años	Nº de personas beneficiarias
6.8%	23.811	9,9	14.261	13.3	64165

Datos para Barcelona, Estrategia Sobre cambio Demográfico y Envejecimiento, 2018

Datos para Copenhague, Statistics Denmark. 2019

Datos para Estocolmo, Oficina Central de Estadísticas de Suecia (SCB) 2018

Destacar que en la ciudad de Barcelona hay muchas más personas mayores que en Estocolmo y en Copenhague

En valores absolutos, es decir, el número de personas atendidas por los servicios de atención domiciliaria es superior en el caso de Barcelona que en Estocolmo debido a que residen más personas de 65 o más años. En Copenhague el número de



personas atendidas es superior que en Estocolmo ya que, por una parte, la cobertura es más amplia y por otra, el grupo poblacional de 65 o más años es más elevado.

Capítulo 2

Aplicación del modelo de atención a la dependencia de Copenhague y Estocolmo en la ciudad de Barcelona

La literatura relacionada con el crecimiento del empleo en el sector servicios ha evidenciado el papel relevante de los Estados de Bienestar (Esping-Andersen, 1990) Los Estados del Bienestar actuales no son exclusivamente mecanismos de provisión de servicios sociales, sino un elemento imprescindible de la política económica, ya que se han transformado estimulando la creación de empleo (Esping-Andersen 1990 ; Pierson, 2006) Los Estados de Bienestar actuales actúan potenciando el mercado laboral, empleando a ciudadanos en educación, sanidad y en servicios domiciliarios para personas de 65 o más años. Permiten la conciliación laboral y familiar de las mujeres (especialmente en los países escandinavos) vía el cuarto pilar del Estado del Bienestar (políticas de ayuda a la familia). La expansión del Estado de Bienestar ha sido, históricamente, un elemento imprescindible para la inserción laboral de las mujeres (Pierson 2006 ; Recuenco 2015)

Simulación del sistema de atención de Copenhague y Estocolmo en la ciudad de Barcelona

A partir de los datos presentado en la Tabla 2 sobre la cobertura de la atención domiciliar de personas de 65 a más años, respecto a su grupo de edad en las tres ciudades que componen este estudio, podemos simular el número de beneficiarios que tendría Barcelona si implantáramos la misma cobertura que en Estocolmo y Copenhague. Ello supondría para la ciudad de Barcelona pasar de los 23.811 beneficiarios actuales a los 34.666 según la cobertura de Estocolmo y respecto al sistema de Copenhague se doblaría: 46.571. Estas personas atendidas formarían parte del SAD municipal progresivamente durante los próximos 8 años, es decir, en dos legislaturas

Tabla 3

Beneficiarios actuales de SAD en Barcelona y en un modelo simulado con la misma cobertura de Estocolmo y Estocolmo

Barcelona	Simulado Estocolmo	Simulado Copenhague
23.811	34.666	46.571

Gasto de la política y estimación del empleo directo generado en un período de 8 años

A partir de la simulación del número de personas mayores atendidas podemos estimar, por un lado, el empleo que se generaría en la ciudad de Barcelona y por otro, el coste económico de la inversión social. En la actualidad 4.000 cuidadores y cuidadoras atienden a 23.811 personas mayores dependientes de 65 o más años. La implementación en Barcelona de la cobertura del sistema de atención domiciliar de Estocolmo supondría la creación de 2.279 empleos nuevos. Es decir, aumentaría el empleo en la ciudad de Barcelona un 57%, desde los 4.000 actuales a los hasta los 6.279.

Tabla 4

Empleo directoⁱ generado derivado exclusivamente de la ampliación de la cobertura de Barcelona siguiendo el modelo de Estocolmo y Copenhague. 8 años

Estocolmo				Copenhague			
Empleo Actual Barcelona	Empleo directo creado	Empleo en 2027	% Empleo directo creado	Empleo Actual Barcelona	Empleo directo creado	Empleo en 2027	% Empleo directo creado
4000	2.279	6279	57%	4000	4.479	8473	112%

Fuente Empleo Actual: Torrens, L. 2008. Envejecimiento y mejora de la gestión pública: El caso de Barcelona y las supermanzanas sociales, Transjus, Institut de Recerca. Facultat de Dret, Nota 2/2018.

Respecto a la implantación de la cobertura del modelo de Copenhague en la ciudad de Barcelona el empleo se duplicaría (112%) y pasaría de los 4.000 actuales hasta los 8.473. Tanto en la implantación de la cobertura de Estocolmo como la de Copenhague se desarrollaría durante 8 años, es decir, en dos legislaturas. La

tipología de los empleos creados serían estables. En las estimaciones no se han considerado los 1000 puestos de trabajo anuales que cubren bajas y rotaciones en la ciudad de Barcelona. Es decir, la estimación sobre el empleo directo creado implementando tanto el modelo de Estocolmo como el de Copenhague es conservadora, hubiese sido en ambos casos mucho mayor incorporando los 1.000 puestos de trabajo que cubren bajas y rotaciones.

Simulación gastoⁱⁱ futuro

El empleo directo generado para atender a un mayor número de personas mayores dependientes aumentaría el gasto público social en la ciudad de Barcelona y supondría según la simulación de Estocolmo una inversión de 36 millones de euros. Mientras que en el caso de Copenhague el gasto alcanzaría la cifra de 76 millones de euros, es decir, prácticamente se doblaría el gasto que se está realizando en la actualidad, que se sitúa en 85 millones. Como en el caso del empleo directo está inversión económica se iría ejecutando a lo largo de 8 años, es decir, en dos legislaturas.

Tabla 5

Simulación del gasto futuro ampliando la cobertura según las personas atendidas en Estocolmo y Copenhague

Estocolmo	Copenhague
36.643.820	76.841.079

Simulación del empleo directo netoⁱⁱⁱ y coste SAD

La implantación en la ciudad de Barcelona de la cobertura de Estocolmo y Copenhague generaría muchos empleos directos y consecuentemente supondría un aumento importante del gasto social. Respecto al empleo directo generado, implementando la cobertura del sistema de Estocolmo en la ciudad de Barcelona aumentaría los puestos de trabajo desde los 4.000 actuales hasta los 6272 en 2027. Ello supondría un incremento del gasto social, que pasaría desde los 83 millones de

euros actuales hasta los 120 millones en 2027. Mientras que implementando la cobertura de Copenhague en la ciudad de Barcelona el empleo aumentaría desde los 4.000 actuales hasta los 8.472 en 2027.

Respecto a la simulación de Copenhague, el incremento del empleo en la ciudad de Barcelona supondría un aumento del gasto social que pasaría de los 83 millones hasta los 160 millones en 2027. Estas cifras pueden parecer desorbitadas, pero deben situarse en su contexto. En primer lugar, el empleo directo generado y el incremento del gasto social aumentaría progresivamente tanto en el modelo de Estocolmo como en el de Copenhague.

Tabla 6

Número de empleos directos generados y coste del SAD simulando la tasa de cobertura de Estocolmo y Copenhague

Año	Estocolmo			Copenhague		
	Empleo Directo Neto	Coste SAD ^{iv}	Grado de ejecución modelo Estocolmo	Empleo Directo Neto	Coste SAD	Grado de ejecución modelo Copenhague
2020	4284	88.080.477,53	12,5 %	4559	93.105.134,83	12,5%
2021	4568	92.660.955,72	25 %	5118	102.710.269,71	25%
2022	4852	97.241.432,56	37,5 %	5677	112.315.404,64	37,5%
2023	5136	101.821.910,66	50% %	6236	121.920.539,52	50%
2024	5420	106.402.387,59	62,5 %	6795	131.525.674,38	62,5
2025	5704	110.982.865,23	75 %	7354	141.130.809,21	75%
2026	5988	115.563.342,57	87,5%%	7913	150.735.944,19	87,5%
2027	6272	120.143.820,34	100%	8472	160.341.079,23	100%

Empleo SAD municipal: 4000 cuidadores y cuidadoras en 2018

Coste SAD 83.500.000 euros (2018) Evolución a precios constantes

Simulación gasto Estocolmo: 36.643.820 euros

Simulación gasto Copenhague: 76.841.079 euros

En segundo lugar, en el escenario de mayor aumento de empleo directo y consecuentemente de gasto social, es decir, el caso de Copenhague, el porcentaje anual de recursos destinado aumentará muy por debajo respecto a los últimos años en la ciudad de Barcelona: de 2015 a 2016 aumentó un 23%, de 2016 a 2027 un 18% y de 2017 a 2018 un 32%.

En tercer lugar, el aumento del gasto social genera toda una serie de retornos económicos a través de impuestos como las cotizaciones a la seguridad social, IVA, IRPF e Impuesto de Sociedades. La recaudación de impuestos es clave cuando se estudia la política social, tal como se expone en el siguiente capítulo.

Simulación del empleo indirecto e inducido

Presentados los datos sobre el empleo directo que se generaría en la ciudad de Barcelona, implementando la cobertura del modelo de Estocolmo y Copenhague, podemos analizar el efecto que tendría sobre el empleo inducido e indirecto. El empleo inducido, se refiere al empleo que se generaría en la ciudad de Barcelona a partir del consumo de tanto los empleos directos como indirectos (Diaz 2014). Respecto al empleo indirecto, la demanda de bienes y servicios que las empresas contratadas en la ciudad de Barcelona realizarían en otros sectores también originaría empleo de nueva creación (Diaz 2014).

La implantación en la ciudad de Barcelona de la cobertura realizada en Estocolmo generaría 173 puestos de trabajo inducidos y 346 indirectos. Ello representaría 519 nuevos puestos de trabajo desde el 2020 hasta 2027. Respecto a la implantación del modelo de Copenhague en la ciudad de Barcelona, destacar que en este caso, se crearían 680 puestos de trabajo indirectos y 342 inducidos. Es decir, tanto en la implementación de la cobertura de Estocolmo como la de Copenhague por cada 10 puestos de trabajo directos creados (para prestar sus servicios a los nuevos beneficiarios) se generarían 2 puestos de trabajo nuevos (inducidos e indirectos).

Tabla 7

Número de empleos indirectos^v e inducidos^{vi} generados^{vii} simulando la tasa de cobertura de Estocolmo y Copenhague

Año	Estocolmo			Copenhague		
	Empleo Indirecto	Empleo Inducido	Indirecto/Inducido	Empleo Indirecto	Empleo Inducido	Indirecto/Inducido
2020	43	21	64	85	42	127
2021	43	21	64	85	42	127
2022	43	21	64	85	42	127
2023	43	21	64	85	42	127
2024	43	21	64	85	42	127
2025	43	21	64	85	42	127
2026	43	21	64	85	42	127
2027	45	26	71	85	48	133
Total	346	173	519	680	342	1022

Capítulo 3

Retornos económicos directos, indirectos e inducidos

El aumento del gasto social que supondría la implementación de la cobertura de Estocolmo o Copenhague en Barcelona para ofrecer el servicio de atención domiciliar a un número superior de personas mayores implicaría un esfuerzo económico considerable. De todas formas, el gasto neto sería inferior al gasto inicial como consecuencia de los importantes retornos económicos, vía impuestos. Entre los impuestos directos destacan las cotizaciones a la seguridad que el empleador realizaría y las propias contribuciones de los trabajadores y trabajadoras. La mayor actividad económica iría acompañada de aumentos potenciales en la recaudación procedente del IVA, derivado de la demanda de bienes y servicios, IRPF e Impuestos de Sociedades, del beneficio tanto directo o indirectamente a través del impacto en otros sectores (Martínez, R. et al 2018 ; Diaz 2014).

Tabla 8

Retorno recaudatorio de los diferentes impuestos respecto al gasto social en servicios de atención domiciliar con una tasa de cobertura igual a la ciudad de Estocolmo

Año	Retornos económicos directos				Retornos económicos inducidos ^{viii}				Retornos económicos indirectos			
	SS	IVA	IS	IRPF	SS	IVA	IS	IRPF	SS	IVA	IS	IRPF
2020	20.771.350,04	16.234.121,28	2.164.549,50	2.081.297,67	1.591.660,02	2.030.057,70	165.880,20	157.981,14	3.182.696,41	2.491.632,85	329.681,70	317.001,63
2021	21.851.529,36	17.078.349,61	2.277.113,28	2.189.532,46	1.674.430,98	2.135.626,61	174.506,45	166.196,62	3.348.206,97	2.621.205,83	346.826,22	333.486,75
2022	22.931.708,67	17.922.577,92	2.389.677,06	2.297.766,42	1.757.203,23	2.241.197,18	183.132,84	174.412,23	3.513.718,02	2.750.779,25	363.970,79	349.971,91
2023	24.011.889,33	18.766.807,29	2.502.240,97	2.406.000,93	1.839.974,92	2.346.767,02	191.759,17	182.627,78	3.679.228,98	2.880.352,57	381.115,35	366.457,07

2024	25.092.0 67,39	19.611.0 34,63	2.614.8 04,61	2.514.2 35,21	1.922.7 46,44	2.452.3 36,66	200.38 5,48	190.84 3,32	3.844.73 9,48	3.009.9 25,53	398.25 9,86	382.94 2,18
2025	26.172.2 46,65	20.455.2 62,91	2.727.3 68,38	2.622.4 69,60	2.005.5 18,05	2.557.9 06,40	209.01 1,80	199.05 8,86	4.010.25 0,39	3.139.4 98,81	415.40 4,42	399.42 7,33
2026	27.252.4 25,87	21.299.4 91,16	2.839.9 32,15	2.730.7 03,99	2.088.2 89,66	2.663.4 76,14	217.63 8,12	207.27 4,40	4.175.76 1,14	3.269.0 71,97	432.54 8,96	415.91 2,46
2027	28.332.6 05,13	22.143.7 19,44	2.952.4 95,92	2.838.9 38,39	2.171.0 60,98	2.769.0 45,52	226.26 4,42	215.48 9,95	4.341.27 1,95	3.398.6 45,17	449.69 3,50	432.39 7,60

Retornos económicos:^x Seguridad social (SS) IVA^x, Impuestos de Sociedades (IS) e IRPF .

Tal como se puede apreciar en la Tabla 8 sobre los retornos económicos simulando la tasa de cobertura del modelo de Estocolmo, los retornos económicos directos son los más importantes, seguido de los retornos indirectos y finalmente los retornos inducidos. Destacar que entre los retornos económicos directos, las cotizaciones a la seguridad social es la partida más importante. Es un punto importante ya que el 90% de las personas que cuidan a las personas de 65 a más años son mujeres. Por un lado, si se crearan más puestos de trabajo muchas más mujeres ampliarían sus derechos cotizando a la seguridad social, incidiendo positivamente en sus pensiones futuras y paralelamente las arcas de la seguridad aumentarían sus

ingresos. El IVA al consumo y el IVA repercutido por parte de las empresas también representaría unos ingresos muy importantes para los presupuestos del estado. Otra partida importante son los ingresos fiscales que provienen del Impuesto de Sociedades de las empresas que proveen sus servicios a los beneficiarios de 65 a más años así como el IRPF de los trabajadores. Estos últimos impuestos representan un componente inferior a las cotizaciones a la seguridad social y el IVA.

Respecto a los retornos económicos inducidos e indirectos, es decir, los ingresos generados a partir del consumo de tanto los empleos directos como indirectos y los obtenidos vía demanda de bienes y servicios de empresas contratadas en la ciudad de Barcelona, aunque son inferiores a los directos representan cantidades muy importantes. Prácticamente un 20% de todos los retornos económicos respecto a la inversión social realizada. Otra vez, las cotizaciones a la seguridad son la partida más importante.

Tabla 9

Retorno recaudatorio de los diferentes impuestos respecto al gasto social en servicios de atención domiciliaria con una tasa de cobertura igual a la ciudad de Copenhague

Año	Retornos económicos directos				Retornos económicos inducidos ^{ci}				Retornos económicos indirectos			
	SS	IVA	IS	IRPF	SS	IVA	IS	IRPF	SS	IVA	IS	IRPF
2020	21.956.277,24	17.160.216,68	2.288.028,89	2.200.027,78	1.682.458,18	2.145.864,77	175.343,03	166.993,36	3.364.256,91	2.633.770,85	348.488,76	335.085,35
2021	24.477.366,06	19.130.606,74	2.550.747,56	2.452.641,89	1.854.802,82	2.365.679,03	193.304,51	184.099,53	3.710.356,55	2.903.564,56	384.186,66	369.410,25
2022	26.486.489,36	20.700.863,43	2.760.115,12	2.653.956,85	2.029.597,46	2.588.618,10	211.521,32	201.448,88	4.058.399,92	3.177.193,56	420.392,02	404.223,17
2023	28.751.595,07	22.471.186,53	2.996.158,20	2.880.921,35	2.203.167,14	2.809.994,82	229.610,47	218.676,76	4.405.471,68	3.448.905,12	456.343,68	438.792,34
2024	31.016.701,13	24.241.509,90	3.232.201,32	3.107.885,88	2.376.737,23	3.031.372,05	247.699,66	235.904,44	4.752.542,93	3.720.616,28	492.295,28	473.360,85
2025	33.281.807,49	26.011.833,51	3.468.244,46	3.334.850,45	2.550.306,91	3.252.748,77	265.788,81	253.132,27	5.099.614,69	3.992.327,83	538.405,53	507.929,75
2026	35.546.913,20	27.782.156,61	3.704.287,54	3.561.814,95	2.723.876,59	3.474.125,48	283.877,95	270.359,96	5.446.435,44	4.263.842,88	564.172,59	542.473,65
2027	37.812.019,41	29.552.480,17	3.940.330,68	3.788.779,52	2.897.446,64	3.695.502,66	301.967,14	287.587,75	5.793.757,71	4.535.750,55	600.150,24	577.067,56

En valores absolutos los retornos económicos de la implementación de la cobertura de Copenhague es superior a la de Estocolmo. Ello es evidente, dado que la inversión en atención domiciliaria siguiendo la cobertura de Estocolmo es de 36 millones frente a los 76 millones de Copenhague. Respecto a los retornos económicos directos, indirectos e inducidos en la cobertura de Copenhague, estos representan porcentajes similares respecto a Estocolmo, destacando otra vez las cotizaciones a la seguridad social y el IVA, entre los retornos directos. Por lo que se refiere a los retornos económicos inducidos e indirectos, los ingresos que provienen tanto de las cotizaciones a la seguridad social como del IVA son los tributos más importantes.

Resultados

Una vez presentados, por una parte, los datos referidos al coste económico que representaría para Barcelona alcanzar la cobertura del sistema de atención a la dependencia de Estocolmo y Copenhague y por otra, los datos referidos a los retornos económicos globales (directos, indirectos e inducidos) mostrados en la Tabla 10, es posible analizar la tasa global de retornos económicos.

Tanto en la simulación de Estocolmo como en la Copenhague la tasa global de retornos económicos es muy elevada, un 59%. Es decir, por cada millón de euros invertidos en la política social de ayuda a la dependencia las administraciones públicas recuperan a través de diferentes impuestos (cotizaciones a la seguridad social, IRPF, IVA e Impuesto de Sociedades) 590.000 euros. Los datos de este estudio sobre la tasa global de retornos económicos son similares a los retornos que se han calculado en diferentes estudios y que oscilan entre un 40 y el 65% según los diferentes autores (Martínez et al 2018 ; Díaz 2014).

Tabla 10

Resumen Tasa Global de Retornos Económicos. Gasto de la política social de ayuda a la dependencia as personas mayores (SAD) en la ciudad de Barcelona y los retornos económicos de la inversión social a través de los diferentes impuestos en 2027

	Estocolmo		Copenhague	
	Gasto simulación cobertura Estocolmo	Retornos económicos	Gasto simulación cobertura Copenhague	Retornos económicos
	120.143.820,34	70.884.853,26	160.341.079,23	94.601.236,62

Conclusiones, implicaciones políticas y recomendaciones políticas

A lo largo de este estudio se ha mostrado que los servicios de atención domiciliaria es un sector muy intensivo en mano de obra y según diferentes autores e informes de la Comisión Europea este sector será uno de los que más crecerá en el futuro. Si además la tasa retorno global oscila entre un 40% y un 65% del gasto social invertido tenemos muy buenos argumentos para expansionar este sector en la ciudad de Barcelona, en Cataluña y en el ámbito estatal.

Es desde la cercanía donde mejor se proveen los servicios de atención domiciliaria y el ejemplo de Estocolmo y Copenhague es muy ilustrativo. Tanto en Suecia como Dinamarca la provisión de los servicios de atención domiciliaria depende de los municipios. Todo ello tiene importantes implicaciones políticas. La ciudad de Barcelona debería exigir a la administración autonómica y estatal mayor inversión social en la ciudad de Barcelona. Gasto que posteriormente recuperarían (una gran parte) a través de diferentes impuestos. Concretamente en Barcelona las administraciones públicas recuperarían vía impuestos un 59% de la inversión social realizada tal como se ha acreditado en presente estudio.

Estos retornos económicos o ahorros podrían llegar a ser incluso mayores. En esta investigación no se ha contabilizado, debido a las grandes dificultades para estimarlo, el ahorro que supondría para la administración central que las personas desocupadas pudieran incorporarse al sector de la atención domiciliaria. Otro efecto positivo de los servicios de atención domiciliaria lo encontramos en el sector sanitario. Las estancias hospitalarias de las personas que reciben atención domiciliaria se han reducido un 20%.

En definitiva la inversión social en atención a la dependencia no debe de percibirse como un simple gasto que beneficia exclusivamente a las personas dependientes sino que tiene grandes retornos económicos y sociales. Respecto a la dimensión de género, una expansión de los servicios de atención a la dependencia en la ciudad de Barcelona tendría unos efectos muy positivos en muchas áreas. En primer lugar, el 90% de las personas profesionales que cuidan a los ciudadanos de 65 o más años en la ciudad de Barcelona son mujeres. Es decir, es un sector que permitiría insertar a muchas mujeres en el mercado laboral.

En segundo lugar, la mayoría de las personas que cuidan informalmente a las personas mayores dependientes también son mujeres. Muchas veces se ven forzadas a cuidar a sus familiares ya que el coste de contratar a una cuidadora puede representar una cantidad similar al salario que percibirían si estuvieran participando en el mercado laboral. Sin un sector de atención a la dependencia potente estamos reproduciendo las desigualdades de género y de clase. Justamente el porcentaje de cuidados informales es superior entre las clases populares que en las clases acomodadas ya que estas últimas pueden permitirse contratar a cuidadoras en el sector privado. Las mujeres que no participan en el mercado laboral al verse forzadas a cuidar a sus familiares dependientes verán mermadas sus pensiones futuras.

Las implicaciones políticas de este estudio son evidentes. El gasto en atención domiciliaria debe de aumentar en la ciudad de Barcelona. Estos recursos no deben percibirse como un asunto estrictamente económico sino como generadores de derechos que permiten mejorar la calidad de vida de los ciudadanos de Barcelona tanto en el ámbito individual como colectivo.

Bibliografía

Anuari Estadístic Ciutat de Barcelona. 2017. 4 Benestar Social. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

Barriga, L. 2012. Presupuestos públicos y financiación de la atención a la dependencia. Informe del Observatorio Estatal de la Dependencia.

Castedo, A. (Ed.) 2004. Generación de Empleo y Retornos Económicos y Sociales Derivados de la Implantación del Sistema Nacional de Dependencia. En: Libro Blanco, Atención a las personas en Situación Dependencia en España, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Centro de Documentación y Estudios. 1994. El retorno del gasto en servicios sociales. San Sebastián: SIIIS.

Centro de Documentación y Estudios. 1999. Estimación del retorno del gasto en servicios sociales y los beneficiarios y trabajadores del sistema en la CAPV. San Sebastián: SIIIS.

Davey, A. 2014. Aging in Sweden: Local Variation, local Control. *The Gerontologist*, Volume 54, Issue 4, 525-532.

Departament de Recerca i Coneixement. 2018. Servei d'Atenció Domiciliària. Projeccions 2016-2026, Estimació d'Usuaris i Costos del Servei. Març 2018.

Díaz, B. 2011. El Impacto Económico y Social de la Atención a la Dependencia, Dirección General de Políticas Sociales, Gobierno de Cantabria.

Díaz, B. 2014. La atención a la dependencia como motor de desarrollo económico, *Revista Internacional de Sociología*, Vol. 72 nº 1, Enero-Abril, 139-171.

Diputació de Barcelona. 2017. Memòria econòmic- financera per a l'establiment del preu públic per a la prestació del Servei d'Atenció Domiciliària, Barcelona: Diputació de Barcelona.

Dutrénit, J. M. 2005. "Cost-Benefit Analysis in Social Care for Elderly People". *Evaluation Review*, 29, 389-406.

España. 2008. "Resolución de 26 de marzo de 2008, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el V Convenio colectivo marco estatal de

servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal". Boletín Oficial del Estado 79: 18281-18305, 1 de abril de 2008.

Esping-Andersen, G. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.

European Commission. 2015. *The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)* Luxembourg: Publication Office of the European Union.

Eurostat. 2018. *Estructura demográfica y envejecimiento de la población*, Eurostat Explained, mayo 2018. Disponible en:

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing/es

Federación Empresarial de Asistencia a la Dependencia. 2010. *Estudio sobre los efectos económicos y sociales de una política social orientada a la prestación de servicios y PEVS*. Madrid: FED.

Hussein, S & Manthorpe, J. 2005. *An International Review of the Long-Term Care Workforce*, *Journal of Aging & Social Policy*, Volume 17, 75-94.

Institut d'Estadística de Catalunya. 2002. *Estadística económica dels establiments d'atenció social a la gent gran*. Barcelona: Indecat.

Karlsson, M. ; Iversen, T. & Olien, H. 2012. *Scandinavian Long Term Care Financing*. In: Costa-Font, J. et al. (eds.) *Financing Long-Term Care in Europe*, London: Machmillan.

Lindström, A. 2015. *Evolución y tendencias de cambio en los servicios de atención a domicilio en*

Dinamarca y Suecia En: Rodríguez, P. *Innovaciones para vivir bien en casa cuando las personas*

tienen una situación de dependencia, Madrid: Fundación Pílares.

Lozano, A. y Martínez, P. 2016. *El análisis de impacto económico de las políticas públicas como instrumento de decisión ciudadana: una aplicación en la política de cuidados de larga duración*. Congreso Universidad de Málaga. Málaga: Universidad de Málaga.

Ministry of Social Affairs, 2011. Closing the gap – between expanding care needs and limited resources. European Commission. Disponible en: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8226&langId=en>

Martí-Costa, M. 2018. Una ciudad para todos los ciclos de vida 2018-2030. Departamento de Comunicación del Áreas de Derechos Sociales, Ayuntamiento de Barcelona, Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona

Martínez, R. , Roldán, S. y Sastre, M. 2018. La atención a la dependencia en España. Evaluación del sistema actual y propuesta de implantación de un sistema basado en el derecho universal de atención suficiente por parte de los servicios públicos. Estudio de su viabilidad económica y de sus impactos económicos y sociales. 2018. Papeles de Trabajo del Instituto de Estudios Fiscales, 5/2018.

Martínez, R. ; Palma, A. ; Flores, L. y Collinao, M. 2013. El impacto económico de las políticas sociales, Santiago de Chile: Naciones Unidas.

NOSOSCO. 2015. Social Protection in the Nordic Countries. 2013/14. Scope, Expenditure and Financing, Copenhagen: NOSOSCO.

Navarro, V. 2006. El Subdesarrollo Social de España. Barcelona: Anagrama.

Pavolini, E. & Ranci, C. 2008. Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European Countries, *Journal of European Social Policy*, Volume 18, Issue 3, 246-259.

Peterson, E. 2017. Eldercare in Sweden: An Overview, nº 8, *Revista de Derecho Social y Empresa*, nº 8, diciembre.

Pierson, C. 2006. From the Beginning to the Golden Age, 1880-1975. In: Pierson, C. , *Beyond the Welfare State?*, Cambridge. Polity Press.

Recuenco, L. 2016. Informe. Las pensiones serán sostenibles cuando se jubile la generación del baby boom en Edición Especial sobre el Sistema de Pensiones, diciembre, *Mundo Empresarial*.

Recuenco, L. 2015. The Future of Retirement: Couples' retirement decisions, joint retirement, and retirement age, International Longevity Centre UK (ILC-UK) Guest article for the Future of Ageing Conference, Cavendish Square, London, on 24th November. 2015. Disponible en:

<http://blog.ilcuk.org.uk/2015/11/19/guest-blog-luis-recuenco-social-gerontology-department-of-political-and-social-sciences-at-pompeu-fabra-university-the-future-of-retirement-couples-retirement-decisions-joint-retirement-and/>

Recuenco, L. 2015. El futuro de la jubilación: las decisiones de jubilación de las parejas, la jubilación conjunta y la edad de jubilación. CSIC, Blog Envejecimiento [enred], 24 de noviembre, 2015. ISSN 2387-1512. Disponible en: <http://bit.ly/1R3aTvZ>

Recuenco, L. 2015. Evolución del sistema de pensiones desde 2006 al 2014, empleo juvenil y sostenibilidad futura en Desempleo Juvenil en España, Vol 1, Working Papers Instituto Complutense de Estudios Internacionales. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/430-2016-01-22-Volumen1Definitivo.pdf>

Recuenco, L. 2014. Vicenç Navarro y Juan Torres. Lo que debes saber para que no te roben la pensión. Barcelona: Espasa Libros, Recensión Bibliográfica, *Gaceta Sanitaria*, vol.28 no.3.

Recuenco, L. 2014. "Fal·làcies sobre pensions" Dins Cap a on va el sistema públic de pensions? Nous Horitzons, ISSN 0213-1366, N°. 206, 18-23, 2014. Disponible en: <http://www.noushoritzons.cat/es/file/153432/download?token=7fHa52bg>

Recuenco, L. 2014. Suba el salario mínimo. Agenda Pública, eldiario.es, 3 de enero de 2014.

Disponible en: http://www.eldiario.es/agendapublica/impacto_social/GRAFICO-Suba-salario-minimo_0_214179103.html

Recuenco, L. y Callao, A. 2011. Las pensiones en España: políticas para mejorar su viabilidad. En: Fernández, B. Por un Sistema Público de Pensiones Sostenible, Barcelona: Fundació Rafael Campalans.

Szebehely, M and Trydegard, Gun-Britt. 2012. Home care for older people in Sweden: a universal model in transition, *Health and Social Care*, 20(3).

Torrens, L. 2008. Envejecimiento y mejora de la gestión pública: El caso de Barcelona y las supermanzanas sociales, Transjus, Institut de Recerca. Facultat de Dret, Nota 2/2018.

Vaquerizo, D. ; Henekamm, H. ; Knop, R. y Raghallaigh, E. 2011. Situación de los Sistemas de Atención a la Dependencia en la Unión Europea, Fundación Caser para la Dependencia.

Notas metodológicas, asunciones y datos

ⁱ Empleos estables. Calculado a partir de Torrens, L. 2008. Envejecimiento y mejora de la gestión pública: El caso de Barcelona y las supermanzanas sociales, Transjus, Institut de Recerca. Facultat de Dret, Nota 2/2018.

ⁱⁱ Los datos sobre el gasto futuro se repartirían durante 8 años, es decir, en dos legislaturas. Pressupost dels serveis de participació, promoció i atenció social per a persones grans, 2018.

ⁱⁱⁱ Asunción: La simulación del empleo generado se basa en el mismo tipo de contratos que los disponibles actualmente dentro del SAD municipal, siendo estos estables. No se han considerado los 1000 puestos de trabajo anuales para cubrir bajas y rotaciones

^{iv} A precios constantes

^v El empleo indirecto se ha simulado en base a los puestos de trabajo directos de nueva creación: 2.279 (Estocolmo) y 4.479 (Copenhague)

^{vi} El empleo inducido se ha simulado en base a los puestos de trabajo directos de nueva creación: 2.279 (Estocolmo) y 4.479 (Copenhague)

^{vii} Basado en el Libro Blanco, Atención a las personas en Situación Dependencia en España, Capítulo X, Generación de Empleo y Retornos Económicos y Sociales Derivados de la Implantación del Sistema nacional de Dependencia. Los resultados son bastante conservadores: A) Se han eliminado en los cálculos la estimación de la afloración de empleo sumergido ya que suponían una cifra excesivamente elevada y muy difícil de calcular.

^{viii} Las simulaciones sobre los retornos económicos inducidos deben interpretarse con cautela ya que no acaban produciéndose el mismo año. Al realizar la simulación a 8 años existe menor riesgo de error que en un periodo más corto como sería un mandato de 4 años.

^{ix} El cálculo de los retornos económicos de cada uno de los impuestos se ha basado en el Libro Blanco de la Dependencia, sumpimiendo el ahorro de las prestaciones de desempleo sociales debido a la gran dificultad a la hora de calcularlo.

^x El IVA al consumo y el IVA repercutido está agregado.

^{xi} Las simulaciones sobre los retornos económicos inducidos deben interpretarse con cautela ya que no acaban produciéndose el mismo año. Al realizar la simulación a 8 años existe menor riesgo de error que en un periodo más corto como sería un mandato de 4 años.