



**Universitat  
Pompeu Fabra**  
*Barcelona*



**Colección Health Policy Papers**

**2019 – 13**

**LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN. ALTERNATIVAS DE FINANCIACIÓN.  
GRAVAR EL PATRIMONIO PARA FINANCIAR LA DEPENDENCIA.  
UNA PROPUESTA**

**Guillem López Casasnovas**

**Catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra**

**Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES)**



La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF), al amparo del apoyo incondicionado por convenio con la Obra Social “la Caixa”.

*"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"*



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

**Barcelona, Julio 2019**

## **LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN. ALTERNATIVAS DE FINANCIACIÓN. GRAVAR EL PATRIMONIO PARA FINANCIAR LA DEPENDENCIA. UNA PROPUESTA**

**Guillem López-Casasnovas, Catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra, Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES).**

En el texto que sigue argumento sobre los problemas de los cuidados de larga duración que requiere una sociedad envejecida y con prevalencia de situaciones de dependencia, y sus alternativas de financiación. Los mensajes que pretendo son directos y dejo los matices para futuros debates a partir de lo que entiendo supone una línea sólida de fundamentación.

### **La aproximación propuesta**

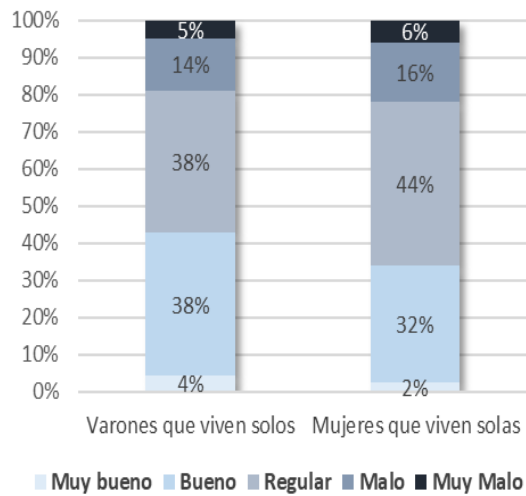
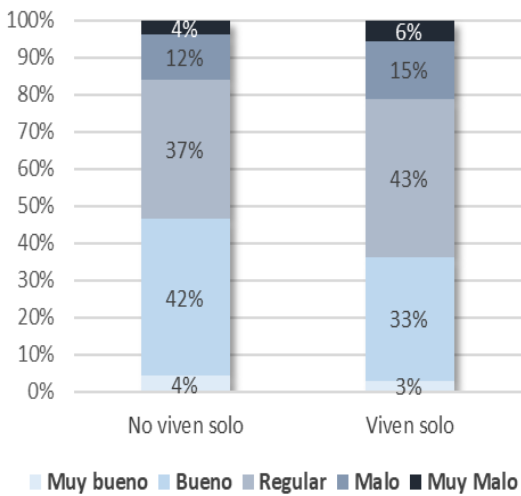
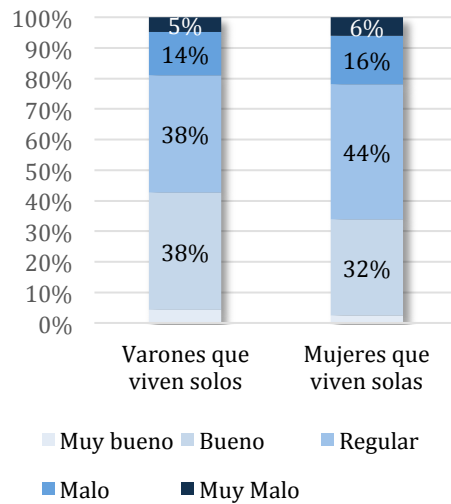
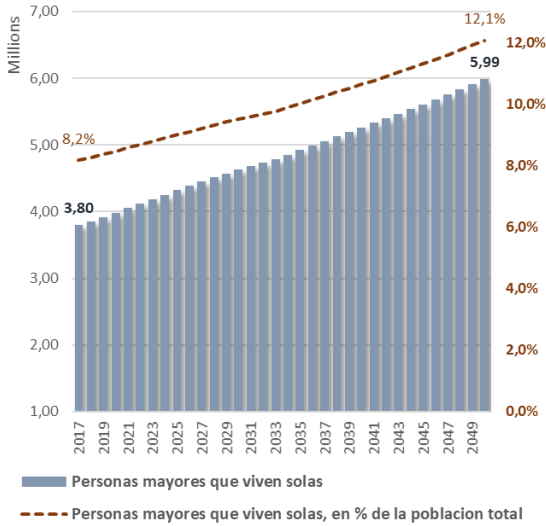
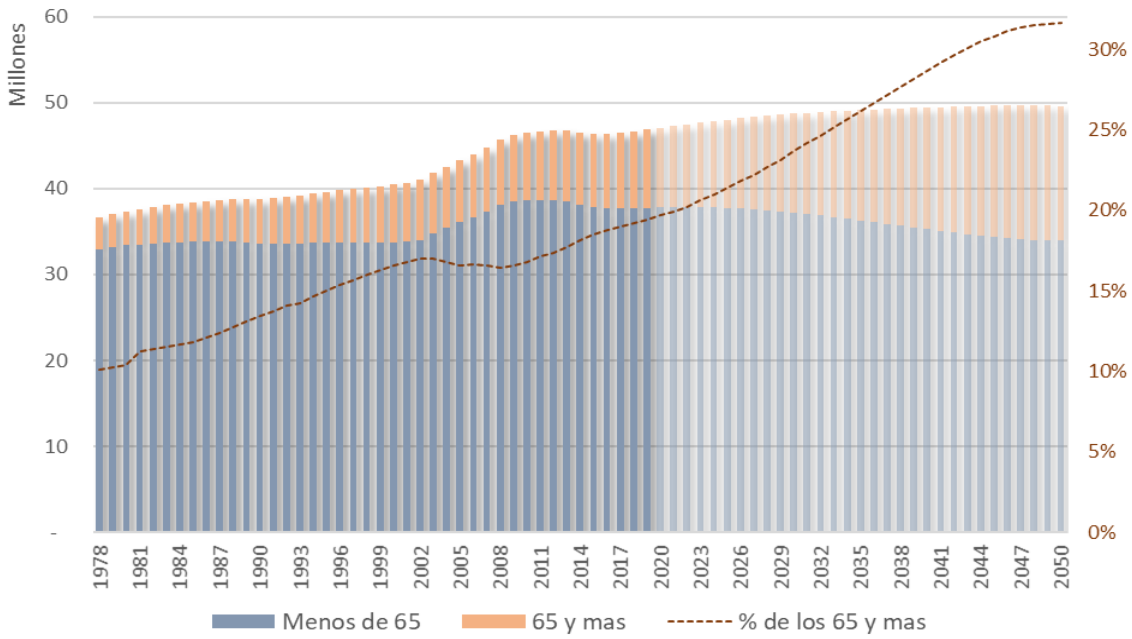
En primer lugar, la propuesta huye de una taxonomía de posibles soluciones descontextualizadas (se ilustran para la OCDE en los Cuadros que acompañan este texto) y se posiciona a favor de considerar ambos lados del presupuesto, al compaginar necesidad de gasto y mecanismos de financiación. Esto exige un análisis de la sostenibilidad gasto/ financiación por un lado y la búsqueda del impacto de la propuesta considerando su incidencia dinámica, en equilibrio presupuestario, con efectos económicos generales, de impacto diferencial respecto a sus alternativas, priorización de colectivos, selectivo en servicios y contribuyentes afectados, por otro lado. De esta manera se pone la lupa en la eficiencia (incentivos, según elasticidades de respuesta a las medidas) y la equidad (inter e intrageneracional).

Todas las restricciones confrontadas hacen que las propuestas sean de óptimo de segundo grado. Asimismo, también se han de considerar las siguientes cuestiones: el debate respecto a la doble imposición; la cuestión de cómo mejor igualar el terreno fiscal; la necesidad de provocar un aumento de recaudación, y sin dejar de contemplar el exceso de gravamen tributario y las pérdidas de bienestar éste asociado.

En el camino de valoración de la propuesta se ha rechazado pivotar cambios en el aumento de las cotizaciones (en situación de paro, economía sumergida, compleja tributación de autónomos), ni de imposición sobre el consumo (regresiva por naturaleza en principio). De entre la tributación directa irpf/ sociedades se ha descartado el primero dada la concentración en ingresos por cuenta ajena. Y dentro de la que afecta a personas jurídicas renta/ riqueza se ha considerado esta última en la forma de gravamen del patrimonio. El foco inicial se ha puesto así en el patrimonio, su tenencia y transmisión, siempre a la vista de sus efectos en equidad (concentración generacional propiedad) y eficiencia (incentivos, donaciones, capital humano) con el objetivo de activar patrimonio productivo.

### **La perspectiva de las necesidades de gasto**

La perspectiva demográfica y las proyecciones de evolución de la población de menos de 65 años y de 65 años y más hasta 2050, los ancianos que viven solos y su estado de salud, se resume en los gráficos siguientes.



Algunas proyecciones con simulación hasta el año 2035<sup>1</sup>, utilizando los factores socio-demográficos, algunos supuestos de morbilidad (*health behaviour*) y de enfermedades crónicas para el caso de Inglaterra) ofrece los siguientes resultados. Hombres: 4.2 años más de vida, de los que 3.5 serán en alguna forma de dependencia. Mujeres: 3 años más de vida, de los que sólo 0.9 serían sin dependencia, (1.4 dependencia moderada, y 0.7 alta dependencia). Respecto a la demencia: doblaría su número absoluto entre 2015 y 2035, con demencia y dependencia sustancial (ayuda diaria), y la mayoría con dos o más co-morbilidades.

## Confrontando los nuevos contextos

A la hora de hacer frente a la nueva situación proyectada y para el caso concreto de los cuidados de la dependencia, conviene situar las razones de la intervención del Estado en dicho terreno ya sea: (i) para corregir un fallo de mercado, ya sea (ii) para tutelar un bien social preferente.

En el caso que nos ocupa, el problema es a nuestro entender de demanda anticipada, y no de oferta, y se debe a que hay menos percepción de efectos cuando las probabilidades son encadenadas (esperanza de vida, dependencia, grado) y lejanas en el tiempo (para que la prima sea asumible al constituirse el seguro en tiempo razonable). Ello determina la conveniencia de una cobertura pública frente a la miopía previsora con diferentes alternativas posibles: (i) Regulación, con obligatoriedad de aseguramiento. (ii) Financiera: responsabilización (en ingresos: vía cotización o impuestos; en gastos: transferencia indemnizatoria; suministro de servicios –de producción propia o concertada-, prestación monetaria o en especie); intervención ya preventiva o reparadora. Recuérdese que la Ley española es ‘de promoción de la autonomía’; de servicios (la prestación monetaria se quiere excepcional), del Estado (Administración General y CC.AA.) –y no de Seguridad Social, y con una fuerte dependencia de senda territorial (histórica) por servicios ya existentes.

En todo caso se puede legítimamente cuestionar si no haría falta revisar la intervención pública desde la óptica de la información ante la mejor previsibilidad de la necesidad, cuando es sabido que un 25% de los que alcanzan los 65 años –un 20% del total de la población en poco tiempo serán dependientes en alguna forma, y se sabe de las transiciones (entrar o no entrar en dependencia, movimiento entre grados y niveles con factores explicativos, atenuables por la acción, costes evitables con prevención susceptible de un análisis coste beneficio. Resta en todo caso la consideración de potenciales efectos catastróficos, la desigual distribución de los costes de los cuidados a lo largo de la vida (cobertura graduable y priorizada), con quizás una red de seguridad mínima universal y básica sólo tras prueba de medios exigentes de alguna forma u otra de regulación.

Para ello, la consideración de la equidad transita desde la correlación renta/ dependencia (más renta más supervivencia más dependencia) con dudas potenciales de la regresividad que pueda suponer un servicio totalmente universal. Por eficiencia, fallo de mercado, se consideraría el escaso desarrollo de productos financieros asociables, tales como anualidades, hipotecas inversas, usufructos (venta de nudas propiedades), activación de valor de vivienda, o combinados.

Las limitaciones del aseguramiento privado, ya sea de cubrir el coste de servicios versus la indemnización ‘tanto alzado’ indemnizatorio y libre decisión. Para esto, es necesario hacer comparativa, mirar qué hacen otros. Cómo afrontan los países OCDE, quién es elegible, a qué, como es elegido, quien financia, desde qué fuente y efectos esperables se incluye en los cuadros siguientes.

---

<sup>1</sup> Fuente: Kingston A, Comas-Herrera A and Jagger C for the MODEM project (2018) Forecasting the care needs of the older population in England over the next 20 years: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) modelling study. *Lancet Public Health* (3): e447–55, y Kingston, A., Robinson, L., Booth, H., Knapp, M., Jagger, C., 2018. Projections of multi-morbidity in the older population in England to 2035: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model, *Age and Ageing*, 47, 374:38

Table 7.1. Public LTC coverage: A summary

	Eligibility to coverage	Coverage programmes	Programme(s) name	Source of financing LTC	Target disabled population	Types of benefits provided	Public LTC spending, share of GDP (%)
<b>Australia</b>	Universal	Multiple programmes: Income-related benefits	Home and Community Care (HACC)  Residential care by ACATs (aged care assessment teams)	Tax: 60% federal, 40% local, state and territorial governments for HACC  Tax-based	Old people	In-kind, home and institutional care	0.8
<b>Austria</b>	Two cash benefit systems, one universal, one means-tested	Multiple programmes: Income-related benefits	Pflegegeld (universal cash system) 24-hour care benefit	Tax: In 2006, federal (EUR 1.62 billion) and Länder (EUR 301.5 million)	All  Income criteria, Pflegegeld level 3	Cash, home and institutional care (in-kind benefits by Länders)	1.1
<b>Belgium</b>	Universal coverage within a single system (health-related and personal care)	Via the health system	Public health insurance system (INAMI/RIZIV)	Social security contributions/payroll taxes (57%), general direct taxation (37%) and OOP (6%)	All	Cash and in-kind, home and institutional care	1.7
		Federal programme	Federal allowances for elderly/social welfare benefits	Direct general taxation	65+, low-income	Cash, need-tested and income-tested	
	Social care (domestic care and other support)	Flemish programme	Flemish care insurance	Mandatory yearly contributions	All	Cash, need-tested	
		Regional programmes	Home help assistance	General taxation and OOP (variable according to income)	At home	In-kind, home social care	
<b>Canada</b>	Set by each province	Mix of universal (for home care) and means-tested benefits (often for institutional care)	Varies by province	Provincial revenues from general taxes  Federal Canada health transfers to provinces	All	In-kind, home and institutional care	1.2
<b>Czech Republic</b>	Mixed system	Parallel cash benefit schemes	Care allowance  In-kind LTC services are divided across the social sector and universal health care system	Public budget from general taxation	All	Cash and in-kind, home and institutional care	0.2 (health) 1.2 (social)
<b>Denmark</b>	Universal coverage within a single system	Universal, tax-based		Block grants from federal government, local taxes, equalisation amounts from other local authorities	All	Cash and in-kind, home and institutional care	1.8
<b>Estonia</b>			Estonian Health Insurance Fund (EHIF) Health care  Personal care services mainly provided by local governments	Welfare services for mental disabilities: State  Nursing care services: Health insurance		Cash and in-kind, home and institutional care	
<b>Finland</b>	Universal coverage within a single system	Universal, tax-based		Government transfers to municipalities (31%), municipal and income tax (60%)	All	Cash and in-kind, home and institutional care	1.8
<b>France</b>	Mixed system	Income-related benefits	<i>Sécurité sociale</i> covers institutional and home care services (Ssaid)  <i>Allocation personnalisée d'autonomie</i> (APA)  <i>Prestation de compensation du handicap</i> (PCH)	Local and central taxes and social contributions  APA: 70% local level funding	All  Aged 60+, income-tested	Cash and in-kind, home and institutional care	1.7
<b>Germany</b>	Universal coverage within a single system	Public LTC insurance – Social insurance	Long-term care insurance	Tax, premiums, financing from Länder budgets	All	Cash and in-kind, home and institutional care	0.9
<b>Greece</b>	Mixed system	Mix of universal and means-tested (or no) benefits	Provision of social services by Ministry of Health and Social Solidarity and provision of care through Social Insurance Funds	Mixed: national budget, social security and private payments  Housing allowance for the elderly: national budget	"Any old person"	Mainly in-kind, institutional care	0.3
<b>Hungary</b>	Mixed system		Health care under the National Health Insurance System	National Health Insurance Programme: Contributions  Tax-based  Social care: Central government, local government contributions and OOP	All	In-kind, home and institutional care for individuals needing more than 4 hours of care	0.3
<b>Iceland</b>						Institutional care	1.7
<b>Ireland</b>	Mixed system		Nursing Home Support Scheme	Tax-based	All/no standard	Cash and in-kind, home care	
<b>Italy</b>	Mixed system	Parallel universal scheme	Institutional care: <i>Residenza Sanitaria Assistenziale</i> , part of health system  Care allowance: <i>Indennità di accompagnamento</i>		All	Cash and in-kind, home and institutional care	
<b>Japan</b>	Universal coverage within a single system	Public LTC insurance model – Social insurance	Long-term care insurance system	50% public contributions by those over 40, 50% governmental divisions (of which: 50% from national government, 25% from the prefectural government and 25% from the municipality)	Over 65, or 40-64 with age-related disease	In-kind, home and institutional care	1.4
<b>Korea</b>	Universal programme within a single system	Public LTC insurance model – Social insurance	National Health Insurance for the Elderly	Long-term care insurance fee, central and local government, budgets and out-of-pocket	Over 65 or under 65 suffering from geriatric diseases	Cash and in-kind, home and institutional care	0.3

	Eligibility to coverage	Coverage programmes	Programme(s) name	Source of financing LTC	Target disabled population	Types of benefits provided	Public LTC spending, share of GDP (%)
<b>Luxembourg</b>	Universal long-term care insurance programme	Public LTC insurance model – Social insurance	Assurance Dependence, LTC programme part of healthcare insurance Gerontological homes	Individual contributions, State contribution and electricity tax  Financed by the National Solidarity fund – EUR 7.6 million (2008)	All	Cash and in-kind, home and institutional care	1.4
<b>Mexico</b>	Mixed/Sub-national	Multiple programmes	Programme for older adults	Federal government (general taxes), contributions from employers and workers Seguro Popular – Federal and state governments, households	65+	In-kind, cash subsidies, institutional care	
<b>Netherlands</b>	Universal programme within a single system	Public LTC insurance model – Social insurance	Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ)	Contributions and additional tax contributions	All	Cash and in-kind, home and institutional care	3.5
<b>New Zealand</b>	Mixed system	Mix of universal and means-tested (or no) benefits	Health funding authority in charge of LTC provision Residential care subsidy (RCS) pays the cost of contracted care	Tax-based, annual health care block grants from the District Health Boards		Mainly in-kind, home and institutional care	1.3
<b>Norway</b>	Universal programme within a single system	Universal, tax-based		National and local taxes	All	Cash and in-kind, home and institutional care	2
<b>Poland</b>	No separate system of LTC (2004)	Parallel universal scheme	Residential LTC by health care and social sector (Social Assistance System)  National Health Fund (NFZ) Home care	Health services funded by a combination of general taxation and contributions to national health insurance schemes  Fully provided and financed by local authority	Over 75 years, disabled persons	Cash and in-kind, home and institutional care	0.4
<b>Portugal</b>	Mixed		National network for long-term care Medium term and rehabilitation units	Health care: Ministry of Health, medium term and rehabilitation units-co-financed by Ministry of Labour and Social Solidarity (80%) and MoH (20%)	All	In-kind, institutional care	0.1
<b>Slovak Republic</b>			Municipalities and self governing regions provide social services including LTC	Cash benefits: state budget, social services: regional and municipal taxes	Age-related	Cash and in-kind, other: home and institutional care, government organises providers	0.2
<b>Slovenia</b>	Means-tested programme: No integral system for long-term care	Income-tested for in-kind benefits	Programme under health system and social security	Compulsory health insurance premiums Pension and social insurance contributions Tax revenue from Ministry of Labour, Family and Social Assistance Municipality tax for care for disabilities	Over 65, disabled chronically ill	Cash and in-kind, home and institutional care	0.8
<b>Spain</b>	Mixed system	Mix of universal and means-tested	National long-term care system	Tax-based through central government and regional taxes, Grants	All	Cash and in-kind	0.6
<b>Sweden</b>	Universal programme within a single system	Universal, tax-based		84% local municipal taxes, 11-12% national government grants	All	Cash and in-kind, vouchers for care, Home and institutional care vary across municipality	3.6
<b>Switzerland</b>	Mixed system	Mix of universal and means-tested (or no) benefits	Mandatory health insurance (LAMl), means-tested complementary cash benefits under Law on Disability Insurance (LAI), benefits under the Law on Old Age and Survivors' Insurance (AVS)	Compulsory health insurance premiums, cash benefits: State budget, private payments by the persons needing care	All	Cash and in-kind, institutional care, home care provided predominately by private organisations	0.8 (1.3 including disability and survivors benefits)
<b>United Kingdom</b>	Mixed – means-tested social care system, with universal benefits for disability	Means-tested, safety net  Universal benefit Universal benefit	Adult social care  Disability living allowance (DLA) Attendance allowance (AA)	Central taxation – given as block grants, local taxation (council tax)  Tax-based Tax-based	All aged over 18  Under 65, disabled Aged over 65, disabled	Cash and in-kind, home and institutional care	0.96 (2002)
<b>United States<sup>1</sup></b>	Means-tested system  Social insurance for the elderly  Voluntary insurance	Means-tested safety net  Universal for seniors Universal if employer opt in (opt out possible)	Medicaid  Medicare Community Living Assistance Services and Support CLASS (prospective)	Federal and state funds  Part A: Payroll, income tax Part B: Medicare premiums and congress funds Voluntary insurance	Low-income  Seniors All	In-kind mainly, mandatory institutional benefits, optional state community benefits  Post acute care in nursing homes  Cash benefits for home and institutional care	0.6

1. Medicare is targeted towards those aged 65 and above or those people under 65 with certain disabilities. However, LTC or custodial care is not included in Medicare. Assistance for LTC may be sought, depending on eligibility from Medicaid, Programmes of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) or in the future, the Community Living Assistance Services and Supports (CLASS) Programme; [www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10050.pdf](http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10050.pdf); [www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11396.pdf](http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11396.pdf); [www.pssru.ac.uk/pdf/rs040.pdf](http://www.pssru.ac.uk/pdf/rs040.pdf).  
Source: OECD compilation based on country replies to the OECD 2009-10 Questionnaire on Long-term Care Workforce and Financing.



## La cobertura de dependencia en España: ¿Qué hacer?

En reve, estas serían la ideas base. Primero, reprogramar la Ley pensada para otro ciclo económico. Segundo, volver a repensar las responsabilidades individuales en la obligación de aseguramiento y favorecer la aparición de productos adecuados, más garantizados. Tercero, aumentar la financiación; concentrar la financiación pública disponible en la dependencia grave y reorientar los copagos para modalidades menos graves y para servicios no nucleares. Un copago más intensivo en dependencia menos grave que extensivo para todo tipo de dependencia. Cuarto, fijar marcos estables para la oferta proveedora de servicios (respecto de las prestaciones monetarias, hoy poco discriminantes) y velar más por la manera en que se implementa la Ley que por su hermenéutica, alineando los incentivos de financiadores territoriales, cuidadores formales e informales, equipos de baremación y determinación de prestaciones, equipamientos propios y concertados. Y quinto, recuperar la imposición patrimonial y de sucesiones para afectar su recaudación, en favor de una mayor redención, contra patrimonio, de costes públicos incurridos en los cuidados de dependencia.

Se han de tener en cuenta, en cualquiera caso, los siguientes temas de fondo para encauzar el futuro. Abordar aspectos de aseguramiento individual exige conjugarlos con elementos conductuales (*nudging*) en la previsión de cobertura de dependencia, siguiendo estrategias diferentes en caso de actuar sobre el componente privado (complementando) que a la hora de construir el aseguramiento público. Se trata además de reconocer el problema de las priorizaciones, ya sea (i) por falta de apoyo (moral hazard de desresponsabilización), (ii) de renta (ocultación y transmisiones), o (iii) con prueba de medios (ex ante: poco aceptado para personas frágiles) y en su caso (iv) recuperar 'ex post' lo que no pudo ser una financiación concomitante. Finalmente, hace falta abordar el futuro del cuidado formal/ informal para igualar el terreno de la decisión y de la valoración de sus efectos. ¿Disminuirá en todo caso el cuidado informal en el futuro? ¿Conviene que sea sí, ante tecnologías blandas, idiosincráticas más baratas que las instituciones (inteligencia artificial)? y de los desarrollos de la asistencia sanitaria, no siempre de probada coste efectividad?. En este sentido, el *ageing in place* requiere incentivar los acuerdos de asistencia domiciliaria (*home care arrangements*) y favorecer una mejor coordinación con la asistencia sanitaria, no siempre factible dadas ciertas restricciones institucionales.

## Propuestas para generar nuevos recursos. Impuesto sobre herencias y patrimonio con financiación afectada

La propuesta parte de considerar que uno de los efectos del aseguramiento público es el de proteger patrimonios, y herencias en particular. La cobertura supone por lo demás un cierto desincentivo al altruismo, a la inversión en cuidados intrafamiliares, y con unas consecuencias en la solidaridad familiar cuando enos inciertas. Contra ello se trataría de entrada de gravar herencias a modo de internalización y recuperación de gastos, e indirectamente así favorecer donaciones con ventaja fiscal.

A los anteriores se añadirían nuevos recursos generados como complementos de financiación con el impuesto sobre el patrimonio de las personas jurídicas, patrimonio no afecto a actividades económicas, cerrando el agujero de tributación patrimonial de quienes mayores capacidades de pago cuentan en situaciones de necesidad. La aplicación de la financiación quedaría graduada, 'a la holandesa' (reforma del 2015), priorizada según necesidad baremada de los beneficiarios o de los servicios, una vez asignados entre (i) cuidados institucionales e intensivos o domiciliarios de 24 horas (a financiación general estatal); (ii) Cuidados domiciliarios generales y de enfermería comunitarios (sujetos a seguro mandatorio integrados en la asistencia sanitaria) y (iii) servicios sociales de apoyo y asistencia de día para crónicos físicos o psicológicos (servicios descentralizados y bajo financiación local). A las anteriores se podría compaginar alternativas de financiación tipo tanto alzado, *lump sum*, parcial de coberturas menores (mejor que otorgar

beneficios proporcionales) y atendiendo a contextos; por ejemplo, que los afectados puedan complementar ( *top up* ) un seguro privado, con ahorros propios o apoyos familiares.

## Concreción de la propuesta:

### 1- Afectación de sucesiones

Afectación del impuesto de donaciones y sucesiones: 2500 millones (500 en CAT). Su argumentación se encuentra ya en 2008 en López Casanovas - Durán Sindreu en InDret ([http://www.indret.com/pdf/520\\_es.pdf](http://www.indret.com/pdf/520_es.pdf)). Razones de eficiencia, incentivos, meritocracia, equidad estarían en su base. Sin doble imposición, contra la desigualdad dinástica. Incentivo a capital humano, efecto intergeneracional positivo. Y afecta de lleno a la concentración de la riqueza en la parte 'no ganada' del beneficiario (Warren Buffet et al.).

Piketty y Saez (2013) calculan que la tasa impositiva óptima debe ser positiva y elevada si la elasticidad de las herencias a la tasa impositiva es baja, y si la concentración de las herencias es alta, a la vez que la sociedad se preocupa principalmente por aquellos que reciben poca herencia. Además, como señala L. Puxe y A. Díaz (NeG, mayo 2019), conviene para los anteriores objetivos en España homogeneizar la tributación de las transmisiones de propiedad que se producen en el seno de las sociedades, con las que se producen entre personas físicas. Los grandes propietarios inmobiliarios y corporativos operan bajo el paraguas de sociedades de inversión y financieras, lo que limita enormemente la capacidad recaudatoria del impuesto y su equidad.

Las transmisiones de valor sociedades por razón de herencia constituyen bases de los incrementos de valor de las empresas. Dichos elementos deberían reflejarse en el beneficio, y con ello incorporarse a la imposición de sociedades. Se trata no tan sólo de dedicar recursos a desenmascarar la naturaleza del patrimonio de las diversas sociedades que posee una familia acaudalada, sino también de favorecer las condiciones adecuadas para una observación más precisa del beneficio de la empresa, el más claro del cual es la cotización en bolsa.

### 2- Impuesto sobre el patrimonio

Impuesto personal sobre el patrimonio: Recauda unos mil millones. Más de la mitad proceden de Cataluña (520) La elevación propuesta de tipos por el Estado (con afectación autonómica) aumentaría la recaudación prevista un 30%. Siendo el impuesto inicialmente extraordinario, cuestionado por suponer doble imposición, recuperaría una nota coyuntural y una justificación de equidad en caso de vincular su recaudación a las necesidades de gasto antes comentadas.

### 3- Nuevo impuesto sobre el patrimonio de personas jurídicas respecto de activos no afectos a la actividad empresarial<sup>2</sup>

Podría consistir en dos modalidades diferentes. Por un lado el Impuesto estatal que grave el patrimonio de las sociedades (eximiendo en su caso el personal); patrimonio no afecto a actividades económicas. Por el momento sólo y con dificultad gravados los beneficios a los socios como beneficio en especie en su IRPF. Incluyendo básicamente inmuebles (según valor de compra o catastral) y el 'exceso' de tesorería, (sobre el de maniobra) parametrizado al volumen de negocios como pasa ya en la actualidad en Sucesiones empresariales. Por otro lado, podría afectarse el impuesto autonómico (nuevo en Cataluña): la ley 6/2017, del 9 de mayo, del impuesto sobre los activos no productivos de las personas jurídicas con la finalidad de

---

<sup>2</sup> Esta parte es 'work in progress' de otro trabajo en fase de elaboración con el Dr A Durán Sindreu.

desincentivar las posibles estrategias de elusión fiscal, mejorar la eficiencia en la utilización de estos activos de contenido económico y contribuir, en parte, a una cierta redistribución (exposición de motivos).

Es cierto, también, que tales activos no productivos, tradicionalmente identificados con la expresión de “*elementos no afectos*”, tributan indirectamente en el IP y en el ISD en la medida que su valor esta implícitamente incluido en el valor de las acciones y/o participaciones que se toma como referencia en el cálculo de la base imponible de ambos impuestos; circunstancia, no obstante, que tiene importantes matices, entre otros, que los criterios de valoración de los distintos bienes a los efectos del IP no coinciden con los criterios contables produciéndose pues diferencias en términos de base imponible y cuota. Pero es cierto, igualmente, que dicha tributación se puede minimizar mediante determinadas estructuras societarias complejas o a través de sociedades interpuestas. Sea como fuere, y como ya hemos dicho, la actual situación desincentiva la distribución de dividendos y en el gravamen real de otros tributos repercutiendo, por tanto, en la recaudación total. Además, tal realidad no responde a una práctica al alcance de todos los contribuyentes, sino, fundamentalmente, a los de rentas más altas, produciéndose, así, una falta de equidad adicional que daña los efectos redistributivos de nuestro sistema tributario. En este mismo sentido hay que citar la Nota de la AEAT sobre interposición de sociedades por personas físicas de febrero de 2019. Se trata, por tanto, de corregir una realidad no querida por la fiscalidad y que, sin esta, difícilmente se produciría.

Las opciones para corregirla son básicamente dos.

La primera, la opción elegida por la Generalitat de Catalunya, y que consiste en un tributo que grava los Activos No Productivos a excepción de aquellos cuyo uso por parte del socio se adecua a lo que la normativa establece. No obstante, hay que tener en cuenta que la finalidad de esta nueva figura es la de disuadir el comportamiento ilícito del socio y no el mero remansamiento de beneficios con finalidades no productivas.

La segunda opción es gravar sin más los activos no productivos de las sociedades desincentivando directamente la aplicación de reservas a activos que no se incorporan al proceso normal de producción de la empresa. Se trata, en definitiva, de un impuesto sobre el patrimonio no productivo de las personas jurídicas o, si se prefiere, sobre el patrimonio no afecto a actividades económicas estricto sensu.

El concepto de patrimonio no afecto, o, mejor, de elementos no afectos a una actividad económica, goza de una gran tradición en nuestro ordenamiento tributario ya que figura incluido en la normativa de diferentes impuestos como en la del IRPF, IP y ISD (<sup>3</sup>). Se trataría en realidad de un impuesto progresivo, complementario al IRPF, que coadyuva a la necesaria redistribución de las rentas mediante el levantamiento del “*velo*” societario a los efectos exclusivamente fiscales.

Sea como fuere, se quiere con ello disuadir aquellos comportamientos con fines no empresariales que deterioran la equidad de nuestro sistema fiscal dañando sus efectos recaudatorios y redistributivos.

En este contexto, se habrían de someter a gravamen todos los activos propiedad de las personas jurídicas cuyo uso o destino no sea la actividad económica productiva que constituye su objeto social excluidos los que no se están utilizando en la misma pero cuyo destino objetivo no es otro que la propia actividad (naves industriales, locales comerciales, etc.).

---

<sup>3</sup> Así, por ejemplo, en el ámbito del IRPF, el art. 29 de la Ley 35/2006, recoge las normas concernientes a los elementos patrimoniales afectos. En el ámbito del IP, el art. 6 del Real Decreto 1704/1999, regula los criterios de valoración de participaciones exentas mediante remisión a los activos afectos. Así mismo, en diferentes redacciones de la Ley del IS se ha hecho también referencia a los elementos afectos a la actividad económica.

## Últimos Títulos de la Colección Health Policy Papers:

López-Casasnovas, G; **"Cuestiones no resueltas en economía de la salud aplicada al sector del medicamento"** Colección Health Policy Papers 2018-12\_GL.

López-Casasnovas, G; **"Els reptes de futur del sector sanitari. La provisió pública des de la concertació sanitària."** Colección Health Policy Papers 2019-11\_GL.

López-Casasnovas, G; **"Indicadores y políticas públicas. Objetivos de salud y realidades sanitarias"** Colección Health Policy Papers 2019-10\_GL.

Maynou, L; Hernández-Pizarro, HM; Herisson, M; Saez, M; **"Physical activity and mental health: a systematic review"**. Colección Health Policy Papers 2019-09\_HH\_LM\_MH\_MS.

López-Casasnovas, G; **"Los CAR-Ts Como síntoma"** Colección Health Policy Papers 2019-08\_GL.

López-Casasnovas, G; **"La capacitat de decidir i la cohesió social: el cas de la concertació educativa i sanitària"** Colección Health Policy Papers 2019-07\_GL.

López-Casasnovas, G. **"Futuribles per al nostre sistema de salut"** Colección Health Policy Papers 2019-06\_GL.

López-Casasnovas, G. **"El futuro de la formación y la investigación en economía de la salud"** Colección Health Policy Papers 2019-05\_GL.

López-Casasnovas, G. **"El futur de les pensions. La necessitat del consens i les raons del disens"** Colección Health Policy Papers 2019-04\_GL.

López-Casasnovas, G. **"Reflexió sobre la cohesió i la desigualtat social al nostre país"** Colección Health Policy Papers 2019-03\_GL.

López-Casasnovas, G. **"Nous reptes per a la gestió pública"** Colección Health Policy Papers 2019-02\_GL.

López-Casasnovas, G. **"A vueltas con los umbrales de coste efectividad"** Colección Health Policy Papers 2019-01\_GL.

López-Casasnovas, G. **"Envejecimiento y bienestar. Macroeconomía y programas de acompañamiento: pensiones salud y dependencia. Retos: la sostenibilidad financiera"** Colección Health Policy Papers 2018-11\_GL.

