

002 ESTUDIOS CAIXA CATALUNYA
ECONOMÍA / DEMOGRAFÍA / SOCIEDAD
ENVEJECIMIENTO / DEPENDENCIA
SANIDAD / VIVIENDA / TRABAJO

Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro

Guillem López Casasnovas (Director)
Adelina Comas Herrera
Malena Monteverde Verdenelli
David Casado Marín
José Ramón Caso García
Pere Ibern Regàs



CAIXA CATALUNYA

Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro

Guillem López Casasnovas

Adelina Comas Herrera

Malena Monteverde Verdenelli

David Casado Marín

José Ramón Caso García

Pere Ibern Regàs

Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro

Edición:

Caixa Catalunya
Plaça Antoni Maura, 6
08003-BARCELONA

Redacción de los textos y elaboración y análisis de datos:

Dirección: Guillem López Casasnovas, catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra

Autores de los trabajos: Guillem López Casasnovas, catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra; Adelina Comas Herrera, investigadora de la London School of Economics and Political Science; Malena Monteverde Verdenelli, profesora del Departamento de Econometría, Estadística y Economía Española de la Universidad de Barcelona y miembro del grupo de investigación del “Risc en Finances i Assegurances” (UB); David Casado Marín, Departamento de Economía y Empresa, Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra; José Ramón Caso García, Ex-director general del INSERSO, y Pere Ibern Regàs, profesor del Departamento de Economía y Empresa. Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra

Las opiniones emitidas a lo largo de este estudio son de la exclusiva responsabilidad del autor. Caixa d’Estalvis de Catalunya no se identifica necesariamente.

Disseño:

H₂O Comunicació Integral

Fotocomposición y impresión:

Ediciones Gráficas Rey, S.L.

© Caixa d’Estalvis de Catalunya

© Guillem López Casasnovas et al.

Número de registro editorial 1535/76

Barcelona, julio de 2005

ISSN: 1699-2482

Depósito legal: B-36.270-2005

Impreso en papel ecológico TCF

Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro Dirección y redacción: Guillem López Casasnovas 92p.; 27,5 cm ISSN: 1499-2482 I. Caixa d’Estalvis de Catalunya. II. Demografía-España. III. Asistencia a la vejez. IV. 362.6 Env
--

5	Presentación	72	5. La cobertura de la dependencia. Análisis de diversas experiencias europeas, mejores prácticas y su aplicabilidad en España
6	Introducción	73	5.1. Introducción
10	1. La protección pública de la dependencia: aspectos básicos para abordarla	73	5.2. Modelos europeos de atención a la dependencia
12	1.1. La naturaleza del problema desde la óptica del bienestar de las personas	74	5.3. El modelo español actual
13	1.2. Una estrategia concreta de análisis	75	5.4. El modelo de seguro obligatorio
14	1.3. Alternativas de intervención para la protección pública de la dependencia	76	5.5. El modelo de derecho universal de prestaciones
23	1.4. Conclusiones	76	5.6. La futura Ley de Atención a las Personas Dependientes en España
		80	5.7. Conclusiones
26	2. Gasto futuro en servicios a la gente de la tercera edad con dependencia	82	6. El aseguramiento y la atención en la dependencia cuando envejecemos. Bases para una propuesta factible y responsable
28	2.1. Los determinantes del gasto futuro		6.1. Riesgo y preferencias individuales
31	2.2. Proyecciones de gasto futuro para cuatro países europeos	83	6.2. Eficiencia y equidad
33	2.3. Proyecciones de gasto en servicios para gente con dependencia en Cataluña	84	6.3. La demanda de atención
40	2.4. Bibliografía	86	6.4. Una alternativa de financiación de la cobertura
		87	6.5. Comentario final
42	3. Esperanza de vida en salud y costes individuales de atenciones de larga duración en España	89	6.6. Bibliografía
45	3.1. Cantidades necesarias para la estimación de costes individuales esperados de CLD	90	
49	3.2. Resultados		
53	3.3. Conclusiones y recomendaciones		
55	3.4. Bibliografía		
56	4. La atención a la dependencia en Cataluña: una visión panorámica		
57	4.1. La situación de partida		
62	4.2. Las claves del debate		
70	4.3. Bibliografía		

Las nuevas necesidades sociales emergentes requieren una respuesta ágil y eficiente de los organismos competentes, así como del conjunto de los ciudadanos. De este modo se consigue ir más allá de actuaciones puntuales, y se pueden instaurar las bases de fondo para mejorar nuestra sociedad. Pero, para obrar con la coherencia y seguridad necesarias es preciso realizar un paso previo de análisis profundo de la realidad más cercana. Es aquí donde Caixa Catalunya quiere contribuir aportando herramientas de estudio y reflexión rigurosas en los ámbitos económicos y sociales del país, y éste es, precisamente, el objetivo de *Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro*, segundo volumen de la nueva colección “Estudios Caixa Catalunya”, iniciada en febrero de 2005.

El presente monográfico es obra de seis autores, coordinados bajo la dirección de Guillem López Casasnovas. Los trabajos de Adelina Comas, Malena Monteverde, David Casado, José Ramón Caso, Pere Ibern y del mismo Guillem López Casasnovas, todos ellos especialistas en la materia, muestran puntos de vista diferentes sobre la problemática de la dependencia, y aportan una gran amplitud de elementos de debate y análisis. Caixa Catalunya quiere expresarles el agradecimiento por el interés y la calidad del trabajo realizado.

Para poder centrar el tema de debate es preciso, por un lado, llegar a una definición consensuada del concepto de dependencia y, por otro, obtener datos significativos de la situación de dependencia para el caso español. Así pues, la definición de dependencia mayoritariamente aceptada actualmente es “el estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan asistencia o ayudas importantes para hacer las actividades corrientes de la vida diaria y, de una manera particular, las referentes al cuidado

personal”. Según esta definición, en España existen más de un millón y medio de personas con dependencia, número que tenderá a aumentar en el futuro inmediato, a causa, principalmente, del proceso de envejecimiento demográfico. No deben olvidarse, tampoco, otras circunstancias concretas de la sociedad española que afectan de una manera directa a la dependencia, como el hecho de que la mayoría de personas dependientes residan en su casa y reciban ayuda “informal” de su pareja o hijos. Además, la transformación del modelo familiar español, con la incorporación de la mujer al mercado laboral, hace más difícil poder continuar prestando estas ayudas “informales” en el futuro.

Otro elemento central de debate, a propósito de la dependencia, es si la cobertura de las ayudas que se deben ofrecer, y que se ampliarán en el futuro, tiene que recaer sobre el sector público o privado. Existen, efectivamente, argumentos a favor y en contra de las dos opciones, e, incluso, se proponen soluciones “mixtas”.

Debido a la importancia que está adquiriendo la problemática del envejecimiento y la dependencia dentro de un contexto de actualidad, Caixa Catalunya ha considerado oportuno realizar su aportación al debate mediante la edición de este monográfico, el cual, espera, será una contribución positiva a la línea de diálogo abierta sobre cuestiones tan trascendentales y tan vitales para el futuro de nuestra sociedad como éstas.

CAIXA CATALUNYA

Julio de 2005

Introducción

El envejecimiento de la población genera distintos movimientos cíclicos en el mundo occidental que afectan a las situaciones de dependencia. Por una parte, las personas con problemas más graves de salud ahora viven hasta edades avanzadas –las ganancias en esperanza de vida serán años con discapacidad, y la discapacidad aumenta (no per cápita en el conjunto de la población y sí, en cambio, en términos absolutos)–. Por otra parte, en la actualidad, el número de años vividos en discapacidad tiende a disminuir, debido al control de la progresión de enfermedades crónicas y a medida que nuevas cohortes de gente con mejor salud entran en los grupos ancianos. Sin embargo, finalmente, el número de años vividos con discapacidad sube de nuevo cuando el promedio de edad en el momento de la muerte aumenta tanto, que mucha más gente pasa los últimos años de vida en edad avanzada impedida por enfermedades crónicas múltiples y por una gran vulnerabilidad. Esta perspectiva se acentúa por el hecho de que las probabilidades de llegar a centenario aumentan, mientras que se desconocen las consecuencias futuras en términos de estados de salud de esta, probablemente, mayor población.

El estudio que el lector tiene entre manos se ha construido con las aportaciones de seis autores diferentes, que, a pesar de compartir un mismo eje argumental, han aportado su visión personal a una temática de tanta trascendencia como la que nos ocupa: la conveniencia de dar una respuesta factible y responsable a las necesidades que genera la dependencia y el cuidado de nuestros ancianos. A pesar de que es bastante tentador, política y socialmente, la resolución de los nuevos retos por la vía tradicional de abrir una nueva cobertura pública burocratizada, en un Estado del Bienestar deficiente como el nuestro merece la pena hacer una reflexión más cuidadosa sobre cuál debe ser el papel del Sector Público en esta nueva esfera de protección social. Así pues, conviene llevar a cabo una discusión previa sobre su

alcance, el foco de incidencia y su factibilidad económica (la sostenibilidad financiera es aquí un problema a largo plazo a la vista de los desarrollos demográficos). Y todo ello de manera que resulte coherente con la respuesta respecto a lo que debe constituir el binomio socialmente aceptable entre responsabilidades públicas y privadas a los nuevos retos sociales, a efectos de considerar las ventajas y los inconvenientes de cada una de las alternativas de intervención, antes de abrir procesos de difícil reversibilidad.

En el primer trabajo, G. López Casanovas, catedrático de Economía Pública de la Universidad Pompeu Fabra, somete a la consideración del lector una gama de opciones de intervención, lo más amplia posible, y de los pros y contras que pueden plantearse referentes a la protección pública de la dependencia en el estado español. Estas reflexiones son parte de las aportaciones realizadas por él mismo en la llamada “Comisión Zaplana para el Estudio de la Dependencia” y pretenden abrir el abanico de posibilidades, sobre las que es preciso tener conciencia de sus puntos fuertes y débiles antes de la legítima decisión política sobre la materia. El trabajo destaca las incertidumbres asociadas a la evolución futura de los niveles de necesidad de cobertura antes mencionados. De aquí se deriva la conveniencia de realizar proyecciones demográficas cuidadosas, asociadas a la prevalencia de los niveles de dependencia referidos a la edad, que es el objeto del trabajo de Adelina Comas, investigadora de la London School of Economics y economista que lidera diversos proyectos europeos sobre la materia. La autora destaca las incertidumbres asociadas a la morbilidad y las discapacidades funcionales del futuro de nuestras poblaciones, situadas entre los avances tecnológicos y los nuevos factores de riesgo (sociales y de estilos de vida). De aquí proviene, a su vez, la importancia de la aportación que sigue, de la Dra. Malena Monteverde, del Departamento de Econometría de la Universidad de Barcelona, que, por pri-

mera vez en nuestro país, cuantifica las esperanzas de vida en salud y el reflejo que tienen en los costes individuales de cuidados de larga duración.

El análisis de la situación concreta de Cataluña, la detalla el Dr. David Casado, investigador del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra en 'La atención a la dependencia en Catalunya. Una visión panorámica'. Se trata de un estudio exhaustivo, rico en datos y muy orientado al policy-making. De manera que, más allá de la identificación de los problemas y de los retos que éstos plantean, importan las soluciones. Por ello dos personas con un gran bagaje en experiencia política y gestora, José Ramón Caso, que ha sido director general del IMSERSO, miembro también de la mencionada Comisión Zaplana, y el Dr. Pere Ibern, profesor asociado a la Pompeu Fabra y miembro de la Fundación Salud y Vida, enfocan sus textos hacia la toma concreta de decisiones. El primero lo hace a través del análisis comparativo de las experiencias europeas en cobertura de dependencia y el estudio de las mejores prácticas y su aplicabilidad en España, y el segundo, con la elaboración de las bases del aseguramiento y atención a la dependencia, para llegar a una propuesta factible y responsable para nuestro país.

Estos trabajos se añaden, pues, al conjunto de aportaciones disponibles en la materia, y contribuyen a enriquecer el análisis de la cuestión de dependencia, y de ellos se extraen las siguientes conclusiones:

1. Existe una elevada sensibilidad de las predicciones sobre la evolución futura de la necesidad de atención a la dependencia en las hipótesis formuladas en cada caso. Cabe destacar, a modo de ilustración, que un análisis de sensibilidad que modificase la situación actual retrasando en un año, tan sólo, la aparición de la dependencia rebajaría una cuarta parte de la

previsión que hoy se puede hacer para 2050.

2. Parece importante, en todo caso, la preservación de algunas formas de atenciones informales para garantizar la sostenibilidad general del sistema. De aquí se deriva la importancia de que la entrada de una política pública en el citado terreno no incline definitivamente la decisión a favor de la institucionalización. Si se eliminan totalmente las atenciones informales actuales, con incentivos contrarios a la asunción libre de atenciones por parte de la familia (falta de políticas compensatorias apropiadas que eviten el internamiento), de nuevo la sostenibilidad de la cobertura de la dependencia parece poco factible financieramente.
3. Hay pocas dudas sobre el reconocimiento de que la futura financiación de la protección a la dependencia no es abordable sin la participación de los usuarios.
4. Hay evidentes dudas sobre la factibilidad de la resolución voluntaria de la cobertura de dependencia, con seguro incentivado incluso, sobre bases exclusivamente privadas voluntarias.
5. Resulta controvertida la obligatoriedad pública a favor de la suscripción del seguro privado.
6. No es un paso menos importante, finalmente, la observación de la dificultad de estructurar desde la situación actual (cuidado informal y soporte sumergido) un mercado laboral eficiente, con más formación y calidad asistencial y que sea sostenible financieramente. En este terreno es preciso afinar más los análisis: de las personas que actualmente realizan un cuidado de manera informal en Cataluña, una tercera parte son los mismos cónyuges de más de 65

- años y otra tercera parte tienen una edad de ‘no retorno’ previsible al mercado de trabajo (48 años de media), de manera que el efecto expulsión del cuidado informal hacia el formal debido a la posible incorporación de la mujer al mercado de trabajo podría afectar sólo a una tercera parte del total (un 75% de las atenciones actuales a la dependencia son soportadas por las familias, básicamente mujeres). El nivel cultural y el desarrollo social también pueden, en todo caso, hacer variar la situación.
7. Existe una amplia aceptación sobre la conveniencia, en caso de provisión pública de las mencionadas atenciones, de que ésta se haga de modo coordinado con los servicios sanitarios pero evitando la ‘sanitarización’ organizativa y la integración de prestaciones, para avanzar, en todo caso, en la cultura de lo que es responsabilidad colectiva y de lo que es responsabilidad individual, tema central del debate a desarrollar.
 8. En las circunstancias presupuestarias actuales (de restricciones fiscales), la universalización (indiscriminada, sin prueba de medios) pública de la dependencia no parece que pueda mejorar la equidad social. Una política selectiva fuera del universalismo parecería más adecuada, aunque podría ocurrir que hubiese reticencias en considerar que, en su estado actual, la gestión pública está preparada para responsabilizarse de las prestaciones a la dependencia sobre la prueba de necesidad y la prueba de medios (para detectar quién no la puede financiar). De forma que lo que es preciso hacer hoy en materia de cobertura de los problemas de dependencia, y que, en buena parte, requiere una importante intervención pública, no cuenta con una gestión pública lo suficientemente preparada, o no hay, al menos, confianza en su capacitación.
 9. El desarrollo de un mercado de rentas vitalicias que complemente la capacidad financiera de la población pensionista, otorgando liquidez a los patrimonios afectados, se considera de gran importancia para evitar que toda la presión de crecimientos futuros del gasto se concentre en la fiscalidad pública.
 10. Parece incongruente que una prestación definida como asistencialista, administrada públicamente y de naturaleza universal, se acabe sufragando, tal y como propone actualmente el articulado de la cobertura de la dependencia en España, con el superávit del sistema contributivo de la Seguridad Social.
- La argumentación relativa a todos estos temas constituye, en conjunto, la preocupación del presente monográfico, cuya dirección tan amablemente me ha ofrecido Caixa Catalunya pensando en esta nueva colección de estudios.

Guillem López Casasnovas
Catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra

1.

La protección pública de la dependencia: aspectos básicos para su abordaje¹

Guillem López Casasnovas. Catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra

Nuevas necesidades sociales emergentes obligan a reorientar la actuación pública. El envejecimiento de la población, acompañado de una mejor capacidad funcional es una buena noticia para toda política que se oriente al bienestar de las personas. La mejora de la esperanza de vida con buena calidad es, entre otras, un éxito del sistema sanitario: más vida y vida a los años como ingrediente del valor de la salud, el output más deseado de un sistema sanitario. Pero su abordaje requiere una reorientación del gasto social.

Reconocido lo anterior, la política pública debería coadyuvar a responder a las nuevas necesidades asistenciales, hoy mayoritariamente soportadas por las familias, con los cambios en los dispositivos sociosanitarios, y, sobre todo, en la manera de asignar y orientar los recursos públicos de cara a equilibrar las responsabilidades públicas y privadas. Las personas mayores son pobres en renta pero no en riqueza. Su dependencia, un riesgo que no afecta a más de un diez por ciento de este colectivo, muestra diferentes grados y diferentes componentes de utilidad y de necesidad. La anterior es sin embargo una constatación basada en valores medios. Es necesario observar también con cuidado las bolsas de pobreza que castigan a parte del colectivo de nuestros mayores, lo que quiere decir que la actuación pública no puede ser universalista y uniforme a la hora de abordar las actuaciones públicas. Éstas, probablemente, deberán ser redistributivas en lo que atañe a la prueba de necesidades (según grado de dependencia), y sensibles a la prueba de medios (capacidad de hacerles frente privadamente, como un riesgo más a cubrir). Ello exige orientar más

¹ Este trabajo se engloba dentro de una línea de investigación más amplia apoyada por el "Programa de Promoción del Conocimiento" del Ministerio de Educación y Ciencia (SEC 2003-05045)

selectivamente la política pública (a igualdad de gasto, su incidencia será superior) y abrir esferas de participación privada más equitativas.

La involucración pública en un sistema de cuidados sociosanitarios requiere por lo tanto referentes teóricos nuevos (desde la definición de contenidos del seguro público/privado de cobertura de la dependencia hasta la determinación de los contenidos de la prestación asistencial) y de alcance intersectorial en lo social y en lo sanitario, evitando confundir coordinación con integración, y así una ‘sanitarización’ del problema social con la respuesta convencional burocrática corporativa al uso. La nueva política exige también sistemas contributivos y de financiación coherentes. Nada es gratuito, y ha de preocupar la tendencia regresiva de la financiación por la vía de la imposición indirecta (o el déficit) como principal sufragador del nuevo gasto, por lo que las contribuciones del usuario, ya sea en pagos directos o en forma de primas complementarias, deberían considerarse.

Las páginas que siguen pretenden centrar el debate en los aspectos fundamentales mencionados a partir de las líneas argumentales teóricas que mejor pueden fundamentar las distintas alternativas que han de considerar los responsables políticos a la hora de abordar la protección pública a la dependencia.

1.1. La naturaleza del problema desde la óptica del bienestar de las personas

Como hemos comentado, las nuevas necesidades asociadas a la mejora de la esperanza de vida hacen conveniente reorientar (i) la naturaleza misma de la intervención pública, en los valores culturales propios del binomio responsabilidades privadas y responsabilidades sociales, y (ii) el dispositivo público. Es necesario, en el nuevo contexto, ofrecer una clarificación de las alternativas para fundamentar decisiones políticas informadas contra la poca variedad de las respuestas públicas tradicionales. Para ello resulta importante no sólo el ‘qué’ de la intervención pública, sino también el ‘cómo’, equilibrando adecuadamente propuestas de gasto con medidas de financiación de cara a analizar la incidencia redistributiva de las políticas puestas en práctica.

Los referentes:

Cuantificación de escenarios y variables que inciden en su magnitud

- Factor ‘cantidad’: Más población en cada cohorte; Más cohortes (marginalmente).
- Factor intensidad (morbilidad asociada) – ya sea en escenarios de ‘comprensión’ o ‘expansión’ de dicha morbilidad.
- Las respuestas: Ámbito de las ofertas asistenciales, mecanismos de financiación, reacciones de demanda, evolución de los costes unitarios de las prestaciones.

El resultado de la interacción anterior entre costes y cantidades se ha de reflejar necesariamente en el binomio: gasto / sostenibilidad financiera del sistema de protección.

Estadios de cómputo

- (i) Quiénes (en atención al género y en razón a las necesidades diferentes que provoca) y con qué estado de salud ‘entran’ en cada cohorte. La visión general aquí es que lo hacen con un mejor estado –reducción de la mortalidad, aunque una perspectiva de detalle apuntaría a la existencia de mayor número de entrantes ‘inframarginales’: con peores estados de salud –cronicidad no letal ahora; antes, letal;
- (ii) Qué esperanza de vida desarrollan una vez ‘entrados’: Tasa de incidencia (‘cuántos’) y qué discapacidades desarrollan (severidad): quizás más graves con menos frecuencia; con patologías múltiples más frecuentes pero menos importantes, y atendiendo a los condicionantes de las transiciones (morbilidad/mortalidad) de un estadio a otro.

Variables que influyen

- a) Estilos de vida, ocupación (niveles y tipo), hábitos alimenticios, accidentes de tráfico, consumos nocivos, drogas...
- b) Condicionamientos genéticos asociables en su caso a cierta predictibilidad y/o manipulación potencial consiguiente;
- c) Valores sociales: internalización de las decisiones “mar adentro” del derecho a vivir vista la calidad de vida;
- d) Respuestas asistenciales: modalidades de prestación (del cuidado domiciliario a la institucionalización);
- e) Sensibilidad de las respuestas ciudadanas ante los mecanismos de financiación en el binomio usuario/contribuyente (elasticidad precio de la demanda) y habida cuenta de las expectativas sociales (elasticidad renta) ante la acción colectiva.

Cuantificación

Tasas de prevalencia resultantes, bajo los supuestos de

- (i) Comprensión absoluta de la morbilidad: Cuando el incremento de la esperanza de vida libre de discapacidad excede el incremento de esperanza de vida total. Como resultado, años totales de vida con discapacidad, a la baja;
- (ii) Comprensión relativa de la morbilidad: Cuando se incrementa tanto la esperanza de vida con discapacidad como la esperanza de vida libre de discapacidad, pero, en conjunto, aumenta la proporción de años libres de discapacidad respecto a la esperanza de vida total.

La ecuación resultante de la predicción

- Cohortes (más población)
- Multiplicado por la tasa de prevalencia por cohorte (expansión/comprensión de morbilidades)
- Multiplicado por la demanda (elasticidades de respuesta según precios y tipos –calidad– de los servicios asistenciales)
- Multiplicado por los costes unitarios (modos de producción, niveles de eficiencia relativa)

Previsiones para el año 2050

Como resultado de las distintas hipótesis los resultados son fuertemente dispares: de un punto adicional de incremento del PIB a 9 puntos, según hipótesis y alcance de la provisión pública (desde los cuidados informales a la institucionalización y, sobre todo, según el alcance que se de al concepto mismo de dependencia).

Agenda de investigación

Ante la inconcreción anterior, parece obvio que una agenda de investigación de políticas públicas en este terreno requiere un estudio para la mejora de la medición de la nece-

sidad relativa de cuidados (grado de dependencia, nivel de salud, capacidad económica, etc.), y modular mejor el comportamiento dinámico de la transición del soporte informal hacia el formal, valorando los efectos de la cobertura (seguro) de dependencia sobre las pautas de utilización de los servicios.

1.2. Una estrategia concreta de análisis

Sin duda, toda estrategia de análisis y simulación del impacto del envejecimiento y la dependencia en la política pública, y en el gasto social en general, pasa por contabilizar correctamente la medida de la dependencia, al estilo de lo que permiten los índices de Katz, Barthel o la escala de Lawton y Brody, entre otros. Sobre la base de las ‘necesidades’ así detectadas, es necesaria la información sobre el tiempo de cuidados asistenciales con el objetivo de elaborar escenarios de ‘recursos por categorías’ que, parametrizándolos convenientemente con algunos valores monetarios concretos, permita construir escenarios financieros. Para ello es necesario, tal como se ha comentado, incorporar información sobre los cambios futuros (previsibles) en la incidencia y prevalencia de los problemas de discapacidad, bajo los supuestos tradicionales de comprensión o no, absoluta o relativa, de la morbilidad para cada cohorte. A partir del perfil sociodemográfico de las personas dependientes es necesario valorar los factores asociados al desarrollo de los problemas de dependencia, de cara a identificar la dinámica de su evolución, con el interés de hacer frente de manera eficiente y respetando los criterios de equidad en su financiación.

Conviene, por otro lado, medir los efectos medios y marginales de las diferentes variables que inciden en las respuestas observadas de cuidados asistenciales asociados a la institucionalización, con respecto al mantenimiento de cuidados informales hoy predominantes. En este último caso,

conviene separar la carga derivada de la dependencia (en las actividades instrumentales frente a las básicas de la vida diaria), a la vista de cómo se distribuye ésta entre las partes afectadas (dependientes y cuidadores). Ello resulta importante para valorar la incidencia que sobre dichos cuidados pueda tener la transición laboral observada de la mano de obra femenina, en particular, en el mercado de trabajo y para otros grupos de edad, teniendo en cuenta al respecto las variables que hacen más sensibles los resultados a la evolución futura adoptada para este sector que tanto presiona la definición de una nueva política social en el terreno de la dependencia.

En el nuevo contexto, diferentes respuestas son posibles, y es necesario que sean analizadas en su impacto sobre las finanzas públicas, las de los hogares afectados y sobre la equidad en general de las políticas públicas instrumentadas. Debemos conocer para dicho objetivo la evidencia empírica disponible sobre el incipiente desarrollo de los seguros privados, tanto en razón de los procesos de selección adversa como de abuso moral que a ellos se asocia, de riesgo intertemporal diversificable y no diversificable (biogenética y evolución de la esperanza de vida) y de los elevados costes de transacción que potencialmente aparea dicho aseguramiento. Es a partir de lo anterior que cobra sentido analizar el fallo de mercado en la práctica, para analizar, en su caso, la conveniencia de definir los contenidos de una actuación pública concreta destinada a mejorar el bienestar conjunto.

En este sentido, el acceso de las prestaciones públicas se puede ver tanto desde la vertiente universalista como de la selectiva, tanto en la categorización y alcance del contenido de las prestaciones como en su financiación. En efecto, sobre dicha base se pueden contemplar diferentes alternativas de intervención pública, a través de ‘familias de políticas’. En lo que se refiere a los costes de atención prestada, éstas se pueden enfocar como parte integrante de un siste-

ma de ‘sustitución de costes’ privados, de cara a reconvertir los costes de cuidados informales en formales. Sobre la base de estos resultados ‘nocionales’ o teóricos se pueden fijar escenarios con porcentajes diferentes de cobertura pública de costes, teniendo en cuenta el impacto en las rentas de los afectados bajo los supuestos de ‘no intervención’ pública.

Por consiguiente, a la vista del contenido de las prestaciones y de sus criterios de elegibilidad (según los límites de empobrecimiento que se quieran evitar a los afectados o de lo que se pueda considerar nivel de gasto catastrófico máximo aceptable para los hogares afectados), se puede simular la incidencia distributiva sobre beneficiarios potenciales y el coste para las arcas públicas (sus contribuyentes) de las diferentes opciones; en particular, a la vista de los criterios utilizados tanto en elegibilidad de beneficiarios de las prestaciones como en la combinación de pagos privados y públicos, y el peso que tengan las curas informales dentro de las totales.

1.3. Alternativas de intervención para la protección pública de la dependencia

Se consideran, en el análisis que sigue, una serie de alternativas de protección a la dependencia:

A. Aseguramiento de la prestación (cobertura del riesgo)

A.1. Privado

Características:

- Escaso desarrollo si se remite a la voluntariedad individual exclusivamente por razones de lejanía entre

inicio del aseguramiento y surgimiento de la contingencia ponderada por su probabilidad.

- Conjugable con una regulación que impone la coactividad y asegura un mínimo pool cruzado de compensación de riesgos.
- Gestión privada y descentralizada de prestaciones.
- Incentivado potencialmente con subsidio más allá del componente obligatorio.
- Otras variantes: Obligatoriedad restringida a la dependencia grave; o tutelado sólo para determinados grupos de renta.

A.2. Público

Características:

- Financiación coactiva y singularizada (afectación de ingresos).
- Más eficientemente gestionable desde lo contributivo (póliza pública, prima comunitaria, revisiones externas de utilización).
- Define “suelos” complementables si se desea privadamente (incentivados fiscalmente).

B. Provisión pública de la prestación por dependencia

Características:

- Servicio universal: derecho subjetivo ligado a la condición de ciudadanía.
- Prestaciones asistenciales directamente administradas.

C. Regulación pública de la obligatoriedad de la cobertura del riesgo de dependencia desde un esquema de plan de ahorro

Características:

- Fórmula de ahorro sin subsidio transversal de riesgos (menos solidario).
- Favorece la posibilidad de convertir el ahorro realizado en aseguramiento a partir de una determinada edad o en renta monetaria por la vía de la renta vitalicia (como una cuenta de seguro privado más).
- Permite un ‘pay’ o ‘play’ de las características vistas en la opción del aseguramiento privado regulado.

Análisis más detallado

A. Aseguramiento de la prestación (cobertura del riesgo)

A.1. Privado

Características:

- Si la cobertura se ha de garantizar, el aseguramiento debería ser acreditado y coactivo, manteniendo un pool cruzado de compensación de riesgos. De otro modo, es previsible un escaso desarrollo si se remite a una base voluntaria (debido a problemas de información imperfecta), o puede que potencialmente sea generador de fallo de mercado por selección adversa (se asegurarán los que más pueden acabar necesitando; es decir, se asegurarán quienes más viven; la

aversión al riesgo incentivará el aseguramiento o también la prevención).

- Regulación necesaria: de fondos, garantías de solvencia, etc., y en su caso, según funcionamiento, sobre prestaciones predeterminadas o contribuciones definidas. Es importante establecer un ‘pool’ de reaseguramiento ante posibles variaciones ‘discontinuas’ en las esperanzas de vida que afecten la siniestralidad sin riesgo intertemporal diversificable al afectar a todos los miembros de una misma cohorte.
- Basado en la gestión privada y descentralizada de prestaciones.
- Puede instrumentarse un subsidio más allá del componente obligatorio.
- Permite variantes: por ejemplo, obligatoriedad restringida a la dependencia grave, y/o tutela sólo para determinados grupos de renta exclusivamente.

Pros:

- Menos “abuso moral” colectivo por ser una forma de aseguramiento que más fácilmente puede articularse desde franquicias y tickets moderadores.
- Más vinculable por naturaleza al vale o “voucher” en el acceso a la prestación.
- Sistema de reparto de efectos mayormente intrageneracionales, con impacto intergeneracional más limitado.

Contras:

- Problema de cómo resolver las transiciones en el tiempo antes de efectuar los primeros ‘pools’ o compensaciones generacionales.

- Primas más caras por costes de transacción más elevados y así, como resultado, con efectos elasticidad precio-renta que pueden derivar en una menor cobertura para determinados grupos poblacionales.
- Valores culturales a discusión: controvertida obligación desde los poderes públicos a forzar la suscripción de un seguro privado.

Amortiguamientos (en diferente grado y alcance) de algunos de los ‘contras’ mencionados

- De los problemas de transición:
 - El sector público cubre las diferencias de primas con presión fiscal más centrada en el consumo y en la transmisión de propiedad y legados sobre la generación beneficiaria.
 - Se renuncia a la cobertura privada coactiva para el período de transición y se ofertan ayudas complementarias a las pensiones para su resolución privada (particular, complementaria, fuera de mandato público).
- De los problemas de baja cobertura:
 - Financiación a prima “comunitaria”, forzando “pools” por empresas.
 - Complementando con financiación pública adicional una potencial mayor discriminación genética (que algunos consideran en todo caso inevitable).
 - Acreditación (convenios) de las entidades aseguradoras: “son elegidas” (no eligen) los beneficiarios. De modo similar, vía pólizas colectivas de empresa.

- Impulso a un sistema de 'pay', según un plan básico convenido con alguna compañía pública o privada 'franquiciada' –tipo consorcio de seguros, salvando distancias, a prima preestablecida) o 'play' ('hágalo usted mismo, pero hágalo').
- Forzando primas de reaseguro ante una concentración inesperada de riesgos (evitando así primas no actuarialmente justas fijadas discrecionalmente por las aseguradoras individuales) o aceptando como estrategia empresarial la garantía de sumas fijas y no la cobertura, total o parcial, del coste de los servicios.

Comentario

Su implementación podría facilitarse por su inclusión o desarrollo paralelo a los planes de pensiones mediante la novación de los seguros de vida que se transformen eventualmente en seguros de dependencia. Si fuesen tan sólo apoyados fiscalmente por el Estado, esto es, siendo no obligatoria su suscripción, el apoyo dependería tan sólo de los estímulos fiscales vigentes de lo que cabría esperar una relativa regresividad fiscal. Si su implantación fuera opcional y no obligatoria, el aseguramiento se debería configurar mejor quizás como complementario al aseguramiento público. Si fuera obligatorio, se convertiría en substitutivo 'a la Muface' para la sanidad, respecto del que se podrían superponer, en su caso, prestaciones complementarias a cargo del asegurado y de acuerdo con las primas (comunitarias) establecidas por las aseguradoras, siendo éstas aprobadas por los poderes públicos.

Es compatible con la opción C (planes de ahorro), a través de formular la obligatoriedad de cobertura,

pero ejercida desde el Estado (no voluntaria) para determinados colectivos (esquemas de 'pay o play', con distinta tutela entre colectivos) y con primas transferibles (las pagadas por los que optasen por el 'pay'), a las que se podría adjuntar financiación pública para aquellos con menos recursos, y financiación privada para los que tienen más, para prestaciones complementarias a las anteriores.

A.2. Público

Características:

- Modalidad de aseguramiento, bajo criterios públicos de elegibilidad, naturaleza básicamente contributiva (con complementos) y prestaciones definidas (regladas).
- Financiación coactiva y singularizada (tipo ingreso afectado) dentro del presupuesto de ingresos y gastos públicos (seguridad social).
- Permite definir "suelos" complementables privadamente (en su caso incentivados fiscalmente).

Pros:

- "Primas" potencialmente más baratas.
- Más cobertura (universal comunitaria, y completa si se articula una financiación adicional con cargo a presupuestos generales para colectivos que no sean contribuyentes).
- Mayor viabilidad política de implementación ante el problema de transición (vía sistema de "reparto").
- Clarifica el marco de la compatibilidad con el aseguramiento privado complementario.

Contras:

- Más “abuso moral”, ya que las franquicias y los tickets son más difíciles de instrumentar que en un sistema (regulado) de aseguramiento privado.
- Perspectiva paternalista. Si se utiliza el sistema de reparto otorga un ‘free lunch’ a una generación a coste cero a trasladar a generaciones futuras.
- Dentro del esquema contributivo, resulta más vinculable a pruebas de medios (renta) que si se establece la financiación general, pero ello va en dirección contraria a las tendencias del mercado de trabajo de no continuar penalizando con cotizaciones la creación de empleo.
- Exige una mayor necesidad de involucración política pública (gestionar la demanda, definir prestaciones –costes a cubrir–, etc.).

Amortiguamientos “Cons”:

- Identifica mejor las necesidades de financiación en el equilibrio entre contribuciones e impuestos.
- Configuración desde el primer año de fondos de reserva específicos sobre la base de la generación que accede a coste cero a los beneficios de la cobertura por la vía de incrementar la presión fiscal en la imposición sobre el consumo, transmisiones, donaciones y sucesiones.
- Una definición de las prestaciones y criterios de elegibilidad :
 - ¿Quién tiene el derecho a las mismas según grado de necesidad?
 - ¿Sujetas o no a pruebas de medios?

- ¿A qué se accede?: prestaciones monetarias, en especie. Las primeras tienen el inconveniente de que diluyen el destino (no garantizan la finalidad, a no ser que se establezca una tutela especial en la afectación del gasto), pero no comprometen el crecimiento de la provisión pública ante una supuesta carencia de oferta de servicios. Por su parte, las prestaciones en especie hacen más propensa la involucración pública, y dificultan posibles cambios respecto a la combinación de servicios que configuran el *status quo* actual.
- Soluciones articulables para mitigar algunos de los efectos anteriores:
 - » Instrumentación de un “vale” pero sólo canjeable en prestación específica y en especie.
 - » Financiación ligada a renta, lo que facilita el aseguramiento privado y “descomprime” la presión sobre la sostenibilidad financiera de las finanzas públicas.
 - » De manera similar al punto anterior, con prestación según nivel de dependencia (escalado de ayudas).

Comentario

La articulación concreta de la propuesta de modo ilustrativo sería la siguiente: Ley de previsión para la protección social a la dependencia dentro del sistema de seguridad social, de cobertura universal (en la concreción del derecho subjetivo vinculado a la de beneficiario), con una intensidad protectora en función de la gravedad de la dependencia, basada en prestaciones monetarias y de servicios en su caso, cuya elección por la persona dependiente sería modu-

lada en función de la evaluación sociosanitaria que de su situación funcional se haga. Se configura como rama de seguro social (subsido transversal solidario), complementable en su caso con una financiación que supla con impuestos generales por parte del Estado y las CC.AA. la atención de los dependientes no beneficiarios de la Seguridad Social.

Base de cómputo

1. Estimaciones de variables que aproximan necesidad

- a) Proyecciones demográficas (cuántos). Categorización por grupos de edad y género. Matriz (J)
- b) Otras variables que interaccionan con las demográficas: Proyección de flujos de inmigración, de incorporación de las mujeres al mercado de trabajo y composición de los hogares (con efectos sobre el binomio cuidado formal/ informal), evolución de la capacidad adquisitiva de los mayores (aproximada por PIB o el IPC previsto +, - x; o sobre el ratio pensión media/ renta media del activo).
- c) Variables que refieren la carga de necesidad (morbilidad, cronicidad, discapacidad funcional); esto es, la intensidad del cuidado para cada una de las categorías demográficas proyectadas según niveles de dependencia (leve -x-, moderada -y-, grave -z- y gran dependencia, siendo, x, y, z las cuantías absolutas de dependientes en cada uno de los tres niveles mencionados): prevalencia actual para cada celda de la matriz en a) por niveles de dependencia, y escenarios de previsión que posibiliten análisis de sensibilidad en la estimación.

2. Esquema de atención a la dependencia (contenido): Tratamiento con recursos públicos de la Seguridad social para cobertura de la contingencia.

- a) Clasificación según niveles de dependencia: Leve, Moderado y Grave Prestación monetaria como complemento de pensiones de la Seguridad Social. Cuantías escaladas según referentes de carga asistencial relativa (ponderaciones tentativas: 1, 3, 6). Determinación de cuantía según fondos puestos a disposición (R) y cuantía de beneficiarios previstos por cada nivel de dependencia (x, y, z) y factor a determinar m, según la fórmula:

$$x1m + y3m + z6m = R$$

Ilustración:

Si R: 2mil M de € aprox.: X = 500 € año; Y = 1.500€ año; Z = 3.000 € año

Si R: 4mil M de € aprox.: X = 1000 € año; Y = 3.000€ año; Z = 6.000 € año

Consideraciones para su implementación:

1. Se pueden establecer grados de atención por niveles de dependencia a través de escalas relativas de expertos y a la vista de las dificultades de operar a partir de los costes reales (el cómputo actual estimado por diversos autores cuantifica el total de costes del sistema incluidos el componente sociosanitario autonómico, lo que hace que la cifra resultante no se pueda utilizar aquí directamente dado el distinto

alcance de las prestaciones cubiertas; no existe contabilidad de costes unitarios por servicios que se ofrezca como alternativa general, y proyectar los costes estimados puntualmente supone asumir que no existen economías de escala, amén de requerir supuestos complejos tanto de comparación como de evolución futura de los costes unitarios de dichos servicios. Sobre todo, se necesitaría especificar para las proyecciones una cartera concreta de servicios, lo que no se corresponde con el objetivo implícito de financiar prestaciones sociales complementarias con cargo a la Seguridad Social (en la línea de ‘contribuciones definidas’ más que no garantía implícita de ‘prestaciones definidas’).

2. La gran dependencia se encuentra hoy mayormente atendida desde los dispositivos institucionales y asistenciales territoriales (autonómicos y locales), siendo relativamente marginales los aumentos de financiación requeribles.
3. Cabría considerar que esta oferta de cuidados ligada a la forma de cobertura anterior pudiera mejorarse, lo cual requeriría una financiación adicional que sobrepasa el ámbito competencial y financiero de la Seguridad Social, por la vía básica de la financiación autonómica -Ministerio de Hacienda y CC.AA.
4. La oferta institucional pública podría actuar como garantía de prestación. Sería sin embargo deseable que se incentivara la desinstitucionalización a voluntad de los beneficiarios. Los incentivos han de estar aquí alineados a efectos de no favorecer una opción más que otra.
5. Ya fuera por una u otra razón podría articularse una prestación monetaria substitutiva de la prestación institucional en especie. Si éste fuera el caso, debería-

an realizarse compensaciones entre los Ministerios de Hacienda y Seguridad Social en función de la cobertura efectiva otorgada.

6. Pueden naturalmente surgir dudas acerca de la categorización posible, en la práctica, entre la dependencia grave y la gran dependencia para evitar ‘efectos llamada’ (o ‘upgradings’ de condiciones para beneficiar a los afectados) en función de las prestaciones (arbitrajes externos a la vista de las compensaciones efectuadas).
7. Puede ser recomendable que para los niveles moderados y graves coincidentes con pobreza (umbrales 50% de la renta media), para los que no sea plausible pensar en capacidad de pago complementaria a las asignaciones sociales aquí establecidas (valoradas en 3m y 6m, en el ejemplo), que éstas sean convertibles en prestación en especie completas con cargo a las redes asistenciales territoriales, financiadas directamente desde la Seguridad Social.
8. Todo lo anterior hace que queden abiertos complementos autonómicos a las asignaciones aquí establecidas, tanto en forma monetaria como en especie, lo que puede tener lecturas de equidad tan diversas como quizás inevitables, y aceptables si se derivan de procesos de priorización propios de partidas de gasto social o reflejan una mayor corresponsabilidad fiscal.

Reservas:

(i) Surge la necesidad de dejar claro que lo que se está articulando aquí es un derecho subjetivo ligado a la condición de beneficiario de la Seguridad Social. Sería conveniente impulsar para otros colectivos de dependientes, alguna actuación fuera del esquema contributivo aquí comentado, con financiación impositiva general comple-

mentaria, para evitar la dualización de la atención a los dependientes según fuentes u origen.

(ii) Nótese que se está proponiendo en mayor medida un sistema de previsión (coactiva, pública y de aseguramiento complementable) y no de protección social de la dependencia en todos sus aspectos, lo que requeriría a) contemplar el resto de dependientes (estimado en un tercio del total, esto es unos quinientos mil, si bien entre éstos con dependencias leves –casi un 60% y sólo un 12% de éstos graves) y b) instrumentar una mayor articulación de servicios a los hoy contemplados (insuficiencias diversas en dispositivos suministradores de servicios y en el balance asistencial de cuidados).

(iii) No se identifica ‘universalidad’ con ‘gratuidad’ En cualquier caso, la universalidad a la que nos referimos por derecho y ámbito, se modula efectivamente al ligarse a la prueba ‘de necesidad’ (clasificación externa por parte de una agencia independiente de valoración de la dependencia), aunque no se vincule a ‘prueba de medios’ (de capacidad de pago). Ello permitiría sin duda una política de cuidados de dependencia más selectiva, con mayor impacto dados unos recursos disponibles, y que permitiría contenidos más ‘a medida’, mejor direccionamiento a colectivos destinatarios (grupos objetivo) y un mayor control de acceso. Aún con los peligros de identificar ‘falsos positivos’ (identificar erróneamente a necesitados que no lo son realmente), ello evitaría probablemente en mayor medida abusos, permitiría evaluar con más rigor el cumplimiento de los objetivos del programa al identificar mejor los destinatarios, y en cualquier caso parecería más coherente como política pública en un contexto de restricción del gasto público, de modo que selectivamente podría tener su aplicación mayor incidencia y significación.

(iv) Sin embargo, conviene reconocer que el ‘selectivismo’ tiene a su vez contraindicaciones, ya que puede ‘desentender al resto de la sociedad de estas políticas, afectando a su calidad, puede generar distorsiones (al estilo de las conocidas ‘trampas de pobreza’ de los programas sociales, mayores costes de gestión, mayor necesidad de supervisión externa a efectos de evitar ‘capturas del regulador’ por parte de sus beneficiarios, cuenta con menos popularidad política (los excluidos se quejan) y puede estigmatizar socialmente a algunos de sus beneficiarios.

(v) En el debate sobre su gratuidad en el punto de acceso, cabe recordar la compatibilidad de la universalidad, tal como la hemos definido, con contribuciones de los usuarios, ya sea por no cubrir la totalidad de los costes (valores de m dependiendo de R), ya sea por no cubrir la totalidad de las prestaciones o de los servicios (copagos por tipos de servicios). Universalidad no es por tanto asistencialismo generalizado (especialmente no sólo con prueba de dependencia sino también de recursos) y uniforme. Debe ser por lo demás compatible con una gratuidad, ahora ya sí selectiva, para los que menos tienen.

(vi) En la cuestión de determinar si la cobertura de dependencia se ha de concretar en una prestación monetaria y/o en especie intervienen argumentos ligados unos a la importancia que se quiera otorgar a la libre elección (mayormente en manos del individuo en el primer caso lo que permite que prevalezcan valores culturales del estilo ‘mejor cuidado se recibe de un cuidador familiar cercano’) y otros a las consecuencias en la inducción de oferta privada en ausencia de unos servicios públicos compitiendo de manera más o menos leal. Una fórmula mixta podría remitirse al mantenimiento de la libre elección, preservada por el ‘vale’ monetario, y también la existencia de prestación pública en especie

en la medida en que aumentase la gravedad de la dependencia cubierta.

B. Provisión pública de la prestación por dependencia

Características:

- Servicio universal: derecho subjetivo ligado a la condición de ciudadanía.

Pros:

- Sistema nacional (con pretensiones de uniformidad sobre el territorio).
- Cobertura universal (de las prestaciones en vigor en cada momento).
- Refuerza el sentir de mayor cohesión social.
- Mayores rentas electorales (particularmente en el corto plazo).

Contras:

- Involucración pública en la definición de derechos (cartera de prestaciones y de servicios) y en la financiación (priorizar, dejar fuera, ser selectivo) que va a resultar más difícil cuanto más cercana se sitúa al debate político.
- Sostenibilidad financiera más compleja, al presionar mayormente en una única fuente de financiación: los impuestos y la presión fiscal general.
 - Mayor aumento de cotizaciones / impuestos (por actuación esperable más centrada en niveles medios de gasto que no en los mínimo/básicos).

- Más en manos de las CC.AA. (agencias socio-sanitarias) en distintos escenarios de corresponsabilidad fiscal y ante una política social fuertemente sensible (asociaciones de mayores, sindicatos, proveedores de interés).
- Más dificultad en conseguir una financiación equitativamente equilibrada (pruebas de renta y patrimonio) por la actuación selectiva que ello requiere, particularmente si se realiza ésta por la vía exclusiva de la gestión político-pública.
- Interpretación de la necesidad de cuidados y por tanto de incentivos a la prevención de la dependencia dejada más en manos de los funcionarios que de los agentes afectados.
- En relación con los niveles actuales de prestación y financiación, es esperable una mayor confusión con respecto a las carteras sociosanitarias existentes, lo que requiere una mayor articulación, necesaria, entre proveedores y con respecto a su financiación (sobre bases institucionales –hoy entre dos ministerios de la Admón. Central, y entre diferentes administraciones –central y territorial, autonómica y local).

Amortiguamientos “cons”:

- Gestión privada compatible con la provisión pública, con contratación externa de determinadas operaciones logísticas, y concertación plena (mercado interno si acaso) de algunos servicios en su totalidad.
- Favorecimiento de la presencia de instituciones no lucrativas en el sector que señalicen niveles de cuidados y estándares de calidad.
- Cartera de servicios clara y priorizada socialmente.

- Fomento de la cobertura adicional en marcos mayormente estables para el sector privado.
- Introducción de copagos en acceso para intentar frenar abusos ('moral hazard').

C. Regulación pública de la obligatoriedad de la cobertura del riesgo de dependencia desde un esquema de plan de ahorro

Características:

- Permite de nuevo una modalidad de 'pay' o 'play' de las características vistas para A1.
- Favorece la posibilidad de convertir el ahorro realizado en aseguramiento, a partir de una determinada edad en activos o en renta monetaria, por la vía de la renta vitalicia.

Pros:

- Coloca la dependencia en la línea futura de los fondos de providencia y cuentas de ahorro- previsión, de fuerte empuje en algunos países (estados Unidos en particular).
- Eliminación del abuso moral (al retener el ahorrador sus ahorros sin flujos transversales o de reparto).

Contras:

- Desaparece el gradiente de solidaridad.
- El efecto 'buen samaritano' (el Estado es último tenedor de los problemas sociales, finalmente), lo que puede erosionar la voluntariedad prevista y favorecer el 'free riding'.

- Dificil implantación, especialmente en el corto plazo, ya que no ofrece cobertura inmediata ni tan sólo a los incipientemente asegurados.

Amortiguamientos "cons":

- Coactividad por la vía de la financiación.
- Obligatoriedad de la cobertura vía empresa.

1.4. Conclusiones

La existencia de una propuesta concreta ya de abordaje de cobertura de la dependencia en España, a partir de las consideraciones efectuadas en el Libro Blanco para la Dependencia, y con previsibles efectos presupuestarios para el ejercicio 2006, permite realizar unos breves comentarios finales acerca de la virtualidad de la opción elegida. En el trabajo de J.R. Caso en este mismo monográfico se ofrecen algunos detalles descriptivos. Destaquemos aquí su contenido financiero y las propuestas concretas de articulación. Todo apunta a que el Gobierno ha optado por un servicio asistencialista, gestionado desde la Administración Pública, pero con cargo mayormente a los ingresos de la Seguridad Social. El coste completo del servicio universal a la dependencia se cuantifica en una valoración próxima a los 9 mil millones de euros, de cobertura progresiva en fases. Con ello, a la presión de los diferentes componentes de nuestro gasto social (sanidad, educación, vivienda) se añade la cobertura a la dependencia. Pero, contrariamente al carácter no contributivo de su financiación, no oprimiría a la presión fiscal general sino al superávit en cuenta de la Seguridad Social. En este contexto se ha de entender la no consolidación del déficit del estado-administración central con el superávit de la Seguridad Social. De modo que es el

propio Ministerio de Trabajo y Seguridad Social quien decide qué deba soportar el Ministerio de Economía y Hacienda. No parece lógico el engranaje de lo asistencial con lo contributivo, vista la propuesta de vincular una prestación no contributiva con una financiación a través de parte del superávit actual de la Seguridad Social. Por lo demás, ello coloca la gestión de la dependencia en manos básicamente públicas, con la presión de su sostenimiento futuro sobre las arcas del Estado.

Resulta obvio que, excepto en el caso de las dependencias por minusvalías e incapacidades sobrevenidas en edades prematuras, las cuestiones de dependencia vinculadas al envejecimiento se debieran de inscribir en sistemas de aseguramiento mayormente previsibles: afortunadamente envejecemos, aún a riesgo conocido en valores medios (en torno a un 10%) de contar con una probabilidad (la prevalencia de la dependencia) que tiene además una incidencia creciente en el tiempo. Por todo ello, algo más de disposición a pagar para hacer frente a dicho riesgo, no siempre catastrófico, parecería adecuado. Ello obligaría a insertar la financiación de la dependencia en las políticas sociales conjugando la acción protectora de la Seguridad Social en materia de pensiones (variaciones en su nivel) y de liquidez patrimonial privada (ahorro individual acumulado). Estos dos complementos monetarios no se dan, tal como comentamos, en el caso de las discapacidades prematuras –de ahí su mayor carácter catastrófico–, por lo que conviene separarlas del análisis. Sin embargo, en el segundo supuesto (envejecimiento y discapacidades para la vida diaria), la capacidad de pago para los distintos niveles de dependencia está obviamente relacionada con la determinación de las pensiones públicas y la riqueza preexistente. Siendo la primera una variable endógena a la decisión pública (con las restricciones generales del equilibrio financiero de un siste-

ma de seguridad social no fundado), nos queda atender a la segunda, más propia del mercado financiero privado. Y éste es, posiblemente, el tercer apoyo necesario para la sostenibilidad de la acción social (comunitaria, no pública exclusivamente) de la dependencia.

En efecto, para aquellos patrimonios individuales elevados, su conversión en renta podría descomprimir, en parte, la presión de gasto en la protección pública universalista y poco discriminatoria sobre las cuentas públicas. A ello resulta muy sensible la liquidez de la riqueza y los incentivos a las distintas modalidades de canalización del ahorro, tanto del acumulado para las generaciones presentes de mayores, como del que se pudiera inducir a futuro y a o largo de la vida activa de los ciudadanos. Se trataría con ello de ‘aplanar’ el perfil del consumo a lo largo del ciclo vital y complementar las garantías para la cobertura de los desfases entre supervivencia y ahorro. Un modo obvio de obtener dicha garantía es a través de mecanismos públicos de aseguramiento colectivo y/o de la conversión de ahorros en rentas vitalicias que complementen el sistema de pensiones.

Dicha conjunción de ingresos, no contemplada en la financiación hoy propuesta a la cobertura pública de la dependencia, debería, de este modo, contar con un mayor soporte financiero individual de parte, al menos, de las necesidades de las personas dependientes. El mercado financiero no parece estar por el momento a la altura de esta exigencia. La oferta de rentas vitalicias en nuestro país es bastante escasa, aunque se pueden observar cambios importantes en el futuro próximo. A ello se ha de asociar una reducción de los costes administrativos, una mayor información acerca de sus potencialidades en relación con el desarrollo venidero de la cartera pública de servicios, una mayor oferta según aspiraciones de los consumidores –garantizando la no pérdida de poder adquisitivo–, y la flexibilidad de su modificación en el

tiempo. En algunos países incluso resulta obligatoria la anualización de una parte de las cuentas privadas de ahorro a partir de una cierta edad. En cualquier caso, una regulación pública que otorgue al sistema credibilidad y solvencia puede ser, a nuestro entender, más decisivo que una política conscriptiva en la utilización de fondos o la fiscalidad favorable que se les pueda aplicar (evitable en la medida que sea posible dada su regresividad).

No hace falta decir que determinados cambios culturales parecerían también oportunos acompañando al conjunto del proceso: de forma general, la reducción de esta elevada preferencia entre los españoles (y latinos en general) por legar (con las presiones consecuentes de reducción/ eliminación del impuesto de sucesiones y donaciones) y del arraigo del sentimiento de propiedad de la vivienda (lo que supone un handicap no sólo para el mercado del alquiler, sino para, en lo que aquí nos ocupa, el desarrollo de hipotecas inversas en el sector). Incluso cabría, en el futuro, combinar dicha renta vitalicia con un seguro de asistencia de larga duración, con compensación más equilibrada entre los riesgos específicos de cada elemento. De modo similar, coadyuvaría al proceso descrito la transformación de una prima única en un flujo de rentas mientras viva el individuo. Los incentivos fiscales en la previsión voluntaria individual o promovida por empresas parecen por lo demás comunes en el sistema comparado. Todo ello ha de permitir, en cualquier caso, que el estado concentre su acción en quienes más lo puedan necesitar, sin que ello suponga incentivos al abuso moral y al desahorro, como forma de desresponsabilización individual en tan importante área de bienestar comunitario.

2.

Gasto futuro en servicios a la gente de la tercera edad con dependencia¹

Adelia Comas Herrera. Investigadora, London School of Economics and Political Science

A medida que ha aumentado el número de personas que llegan a una edad considerable, también ha ido aumentando el número de personas que necesitan ayuda, de forma regular y a largo plazo, para poder realizar las funciones básicas de la vida diaria, como por ejemplo comer, vestirse y lavarse. En países anglosajones se utiliza el término “long-term care” (literalmente, atención o cuidado de larga duración) para denominar los tipos de ayuda que esta gente necesita. Es muy importante tener en cuenta que la mayor parte de personas que necesitan esta ayuda por motivos de dependencia, incluso en países donde existe mucha provisión de servicios, como por ejemplo Suecia, la reciben principalmente de su familia.

Otras fuentes de ayuda son las residencias para las personas mayores, y, cada vez más, alternativas como por ejemplo la asistencia a domicilio, los centros de día o nuevos tipos de vivienda con servicios. En la mayoría de países desarrollados el sector público participa de algún modo en la financiación de estos servicios, a pesar de que el nivel y tipo de participación varían mucho. El abanico va desde la provisión de una “red de seguridad” mínima para intervenir cuando no hay recursos propios o familiares que se puedan hacer cargo, hasta en dar a todos los ciudadanos el derecho a financiación pública por estos servicios, sea cual sea su situación familiar o económica.

Los aumentos previstos en el número de gente mayor han hecho que los gobiernos se hayan comenzado a preocupar por la sostenibilidad económica de sus modelos de servicios para gente con dependencia, sobre todo en el contexto de la previsión de aumentos en gasto en pensiones y sanidad. Ello ha hecho que, en los últimos años, haya habido bastante interés en servicios para gente de la tercera edad con dependencia. Se han realizado bastantes proyecciones de gasto futuro, la mayor parte de las cuales han

¹ Este trabajo se engloba dentro de una línea de investigación más amplia apoyada por el “Programa de Promoción del Conocimiento” del Ministerio de Educación y Ciencia (SEC 2003-05045)

usado una metodología relativamente sencilla, que consiste en atribuir una cantidad de gasto al número de gente de la tercera edad, según la edad y el género, y extrapolarla usando proyecciones demográficas. Esta metodología se ha usado, sobre todo, en proyectos internacionales, como por ejemplo los de la Comisión Europea² y la OCDE³.

Evidentemente, mirar hacia el futuro siempre va acompañado de un gran nivel de incertidumbre. Desde hace seis años, el equipo de la London School of Economics, en el cual trabajo, ha estado investigando para el ministerio de sanidad inglés y otras instituciones, los factores que tendrán más importancia a la hora de determinar el gasto futuro en servicios para gente mayor con dependencia. Hemos desarrollado un modelo de simulación que permite investigar el impacto que diferentes supuestos sobre el futuro tendrán sobre el gasto. Nuestro modelo permite investigar de forma detallada la relación entre el uso de servicios y factores como, por ejemplo, la edad, el género, los niveles de dependencia y la situación familiar y económica. También hemos usado el modelo para investigar el impacto que diferentes niveles y tipos de servicios, y diferentes sistemas de financiación, tendrán sobre el reparto del gasto entre el sector público y los individuos⁴.

Este artículo presenta ejemplos de proyecciones de gasto en dependencia en cuatro países europeos (Alemania, España, Italia y Reino Unido) llevadas a cabo en un estudio para la Comisión Europea⁵, y proyecciones para Cataluña⁶ llevadas a cabo en colaboración con el Centro de Investigación en Economía de la Salud (Universidad Pompeu Fabra). Debido al gran nivel de incertidumbre sobre el futuro, es muy importante estudiar a fondo los factores que afectan al gasto y es importante no interpretar estas proyecciones como predicciones de cómo será el futuro, sino como investigaciones del impacto que cambios en diferentes variables pueden tener en el nivel de gasto futuro.

² European Policy Committee, 2001.

³ Jacobzone et al., 2000.

⁴ Para más información ver Wittenberg et al., 1998 y 2001, Pickard et al., 2000 y Comas-Herrera et al., 2003.

⁵ Comas-Herrera y Wittenberg, 2003.

⁶ López-Casasnovas, Casado y Comas-Herrera, 2003.

2.1. Los determinantes de gasto futuro

A pesar de que el número futuro de gente mayor es un determinante muy importante del gasto futuro en dependencia, hay otros muchos factores importantes⁷. Esta sección describe los diferentes factores. El aumento en el número de gente de la tercera edad que hemos tenido hasta ahora y que está previsto que continúe creciendo se debe, en parte, a las tasas de natalidad del pasado y a reducciones en la mortalidad infantil y en edades avanzadas.

La prevalencia de la dependencia

Una variable muy importante a la hora de determinar cómo puede cambiar el gasto futuro es el nivel de dependencia⁸. Es importante tener en cuenta que la dependencia no es consecuencia de la edad, sino de problemas de salud, y, a pesar de que es cierto que la prevalencia de la dependencia aumenta con la edad, la relación entre estas dos variables es relativamente compleja. Verbrugge y Jette (1994) describieron el “proceso de la dependencia” como una serie de fases: a medida que aumenta la edad, aumenta la probabilidad de sufrir enfermedades crónicas. Una persona con enfermedades crónicas puede sufrir, como consecuencia, discapacidades que le impidan la realización de actividades físicas (como por ejemplo caminar, usar las manos, visión, oído...). La dependencia en sí es una fase en la cual se depende de otras personas para realizar actividades de cuidado personal básicas, como, por ejemplo, levantarse, lavarse, comer e ir al lavabo. Es muy importante tener en cuenta que no todas las enfermedades crónicas generan discapacidades, y que no todas las discapacidades generan dependencia. Además, el proceso de dependencia no tiene por qué ser irreversible. Es posible que las discapacidades físicas dejen

de generar dependencia, gracias a la rehabilitación y a adaptaciones en la vivienda, y que el tratamiento de las enfermedades crónicas de fondo consiga reducir las consecuencias.

A medida que aumenta el número de gente mayor, cabe esperar que aumente el número de personas con enfermedades crónicas, discapacidad y dependencia, pero estos aumentos no tienen por qué ser de la misma magnitud. Mejoras en el tratamiento de ancianos con enfermedades crónicas y en la rehabilitación después de estancias en hospitales pueden afectar al “proceso de dependencia”, de manera que las consecuencias de estas enfermedades, a nivel de dependencia, sean menores. Posibles avances en el cuidado de enfermedades, como por ejemplo el Alzheimer, también podrían tener una gran influencia sobre el gasto futuro en servicios de dependencia.

El aumento del número de gente mayor se debe, en parte, a la reducción en las tasas de mortalidad en edades avanzadas⁹. Ha habido mucho debate sobre si, a medida que aumenta el número de gente que vive hasta edades avanzadas, los años de vida ganados serán años de dependencia o independencia. Ha habido diferentes teorías, más optimistas, como por ejemplo Fries (1980), o menos, como por ejemplo Gruenberg (1977).

La falta de encuestas longitudinales hace difícil establecer cómo el nivel de dependencia ha ido cambiando a medida que ha cambiado la tasa de mortalidad. El país donde se encuentran más datos longitudinales es Estados Unidos. Allí los datos sugieren que hubo un periodo de alargamiento de la vida pero empeoramiento de la salud y dependencia en la década de los 70, seguido por un periodo de mejora en algunos indicadores de salud en la década de los 80, y una mejora en casi todos los indicadores en la década de los 90¹⁰. Crimmins también destaca que, en la década de los 90, la presencia de enfermedades crónicas

⁷ Ver, por ejemplo, Evandrou y Winter, 1988; Davies et al., 1990; Norton, 2000; Wittenberg et al., 1998.

⁸ Wittenberg et al., 2001; Lagergren y Batljan, 2000 y Comas-Herrera et al., 2003.

⁹ Robine y Michel, 2004.

¹⁰ Crimmins 2004, p.93.

pasó a estar menos relacionada con la presencia de dependencia que en las décadas anteriores.

A nivel europeo, a pesar de que hay evidencia de mejoras en la dependencia en algunos países (es decir, disminuciones en la prevalencia de dependencia), esta mejora no ha sido generalizada, y la falta de encuestas dificulta las conclusiones que se puedan sacar. Un artículo reciente de Robine y Michel¹¹ revisa la evidencia internacional y concluye que los datos comparables que existen, por el momento, no apuntan hacia una sola respuesta al debate sobre la relación entre el aumento en la esperanza de vida y la dependencia. Es importante que las proyecciones de gasto futuro en dependencia investiguen la sensibilidad de los supuestos sobre cambios en la prevalencia de la dependencia.

Los cuidadores informales

Incluso en países como Suecia, donde se encuentra una larga tradición de servicios profesionales para la dependencia, se calcula que la mayor parte de ayuda a gente con dependencia la abastecen cuidadores informales. Aparte del aumento en el número de gente de la tercera edad, una de las razones que se citan a menudo como motivo por el que se espera un aumento importante en el gasto en dependencia es la disminución en la ayuda gratuita por parte de cuidadores informales¹².

Cambios en la proporción de gente mayor que vive en pareja o que son viudos, y que viven con los hijos, determinarán la existencia de familiares próximos que puedan ofrecer ayuda. La información que tenemos sobre las tendencias que se han ido observando en Europa apuntan hacia un aumento importante en la proporción de gente mayor que vive en pareja¹³, a causa de un aumento en la esperanza de vida masculina (asimismo, se espera una disminución en la

proporción de gente mayor viuda). Este aumento va acompañado de una disminución en la proporción de gente de la tercera edad que vive con sus hijos, y, como consecuencia de estos cambios, se ha observado en Reino Unido, por ejemplo, que entre 1985 y 1995 el número de cuidadores intensivos¹⁴ que son pareja aumentó en un 25%, mientras que el número de cuidadores que son hijos disminuyó en un 41 %¹⁵.

Otros cambios sociales, como por ejemplo el aumento en el nivel educativo, y aumentos en la participación de la mujer en el mercado de trabajo, son de esperar que también tengan un impacto importante en la capacidad de los hijos (y sobre todo hijas) de proporcionar ayuda informal intensiva a sus padres.

A pesar de que, sobre el papel, los aumentos en el número de gente mayor que vive en pareja parece ser que asegura el número de cuidadores potenciales, es muy importante tener en cuenta que estos cuidadores tendrán edades muy avanzadas y, como consecuencia, es muy probable que su estado de salud limite su capacidad de ofrecer ayuda intensiva, sobre todo en actividades que requieren fuerza física, como, por ejemplo, levantar a una persona de la cama. Será importante que los servicios del futuro apoyen de forma adecuada a la gente en esta situación¹⁶.

La profesionalización y la organización de los servicios

La estructura del sistema de servicios para personas con dependencia, y, sobre todo, el grado de profesionalización de la ayuda a la dependencia es el determinante básico del nivel de gasto¹⁷. El grado de profesionalización dependerá de las preferencias entre ayuda informal y profesional, de la inversión pública en provisión y financiación de servicios y de las condiciones laborales.

¹¹ Robine y Michel, 2004, p.595.

¹² López-Casasnovas et al., 2003.

¹³ Murphy y Kalogirou 2004.

¹⁴ Cuidadores que abastecen 50 horas o más de ayuda por semana.

¹⁵ Pickard 2002, p.35.

¹⁶ Pickard et al., 2000.

¹⁷ Norton, 2000.

En el contexto de aumentos en los niveles de educación y de incorporación de las mujeres al mercado laboral, parece lógico esperar que el grado de apoyo de la familia, sobre todo de los hijos e hijas, disminuya, y que aumente la proporción de gente dependiente que recibe ayuda profesional. Este cambio se verá muy influenciado por el nivel de ayuda pública, a través de la financiación de servicios, y por el diseño de servicios que ayuden a compaginar el trabajo con el hecho de cuidar a una persona con dependencia.

La estructura y financiación de los servicios dependerán de decisiones políticas, que se verán afectadas por posibles cambios en las preferencias de los votantes. Es probable que a medida que aumente la proporción de gente mayor de edad avanzada, su poder político tenga más influencia en las decisiones de los gobiernos futuros, de manera que los servicios de dependencia tengan mucha más relevancia política de la que han tenido hasta ahora.

Los costes de los servicios

Otro factor muy importante de cara al nivel de gasto futuro es el coste de una unidad de servicio¹⁸. La mayor parte de los costes de los servicios de dependencia proviene de los sueldos¹⁹. Ello lleva a pensar que los costes de los servicios de dependencia aumentan a una tasa parecida a la del crecimiento de los sueldos del resto de la economía. Cambios en los mercados laborales, sobre todo en la disponibilidad de la mano de obra, pueden tener un efecto importante en el nivel de crecimiento del coste de los servicios de dependencia. Asimismo, mejoras en la calidad de los servicios que afecten al nivel educativo medio de la gente que los ofrece también es probable que influyan en el crecimiento de los costes.

Otros factores que es probable que afecten a los costes son los posibles aumentos en la eficiencia de la provisión de servicios. Parece poco probable que haya mejoras en la eficiencia técnica de la provisión de servicios, ya que no hay muchas posibilidades de automatización, pero existe la evidencia de que sí es posible mejorar la eficiencia de los mismos a base de mejorar la asignación de servicios, de forma que su distribución se ajuste mejor a las necesidades de ayuda²⁰.

Finalmente, cambios en el nivel de dependencia media de los usuarios de servicios pueden afectar a los costes si hacen falta más cuidadores por usuario. Mejoras en la calidad de los servicios también afectarían a los costes, a pesar de que el servicio que se estaría produciendo dejaría de ser idéntico.

Estas posibilidades sugieren que hay mucha incertidumbre sobre la evolución futura de los costes unitarios de los servicios, y que es importante investigar el impacto que cambios en los supuestos sobre los costes pueden tener en las proyecciones de gasto.

Expectativas

Cambios en los valores y las expectativas sobre la calidad de los servicios pueden tener un impacto importante en el gasto futuro. La gente mayor del futuro habrá disfrutado de un nivel de vida superior a lo largo de su vida y es probable que tengan expectativas sobre el nivel y calidad de servicios muy diferentes a los de las generaciones de gente de la tercera edad actuales. Es difícil cuantificar el impacto que los cambios en las expectativas pueden tener en el gasto, sobre todo si estos cambios se reflejan en aumentos en gasto público o privado.

¹⁸ Wittenberg y Comas-Herrera, 2003.

¹⁹ Netten et al., 1998 y Reinhold, 2001.

²⁰ Davies, Fernandez y Nomer, 2000.

Otros factores

Otros factores que afectarán al gasto futuro incluirán el crecimiento económico y otras variables macroeconómicas que afectarán a la habilidad de hacer frente a los gastos generados por la dependencia. Estos cambios pueden tener un impacto importante en el precio relativo de los servicios de dependencia y otros bienes y servicios.

La calidad de la vivienda también es un factor relevante. Cuanta más gente de la tercera edad viva en edificios que puedan ser adaptados fácilmente en caso de incapacidad, menos probable es que sean dependientes y que sea necesario que los institucionalicen. Cambios en los sistemas de pensiones afectarán a la renta futura de la gente de la tercera edad, lo que afectará a la habilidad de pagar ayuda en caso de dependencia²¹.

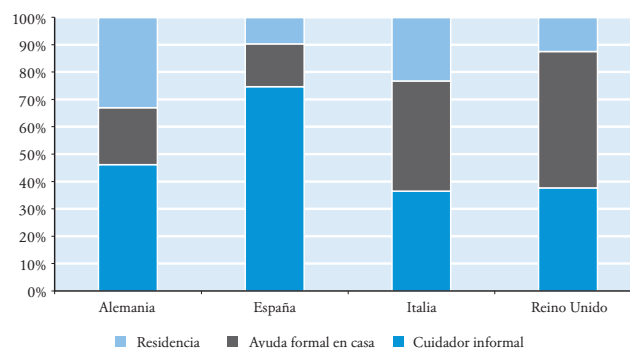
2.2. Proyecciones de gasto futuro para cuatro países europeos

Esta sección presenta proyecciones de gasto futuro en servicios de dependencia para cuatro países europeos: Alemania, España, Italia y Reino Unido, hechas en el curso de un proyecto para la Comisión Europea²². Las proyecciones de gasto futuro hechas para los diferentes países parten de situaciones muy diferentes en el presente. Una de las principales diferencias entre los sistemas es el grado de apoyo en la familia como fuente de soporte, y el nivel de utilización de servicios formales.

De los cuatro países estudiados, España es el que se apoya más en cuidadores informales (en Italia existe un sistema muy generoso de pagos a personas con dependencia que permite la contratación privada de ayuda). El grá-

fico 2.1. muestra el porcentaje de personas mayores con dependencia que reciben ayuda exclusivamente de cuidadores informales, los que reciben algún tipo de ayuda formal en casa, y los que reciben ayuda en residencias (la gente que recibe ayuda formal, sobre todo en su casa, también tiende a recibir ayuda informal). Los datos muestran que, en el año 2001, más de la mitad de la gente mayor dependiente de los otros tres países recibían alguna forma de ayuda de servicios formales (sea ayuda en casa o en residencias), en cambio, el 75% de la gente considerada dependiente en España obtenía la ayuda exclusivamente de la familia. De todos modos, es preciso interpretar estos datos con prudencia porque las medidas de dependencia utilizadas no son del todo equivalentes²³. Este grado tan importante de apoyo en la familia y la poca cobertura de servicios formales, se traduce en un nivel de gasto en el presente muy bajo en España, tal y como muestra el gráfico 2.2.

Gráfico 2.1. Fuentes de ayuda para las personas mayores con dependencia. 2001



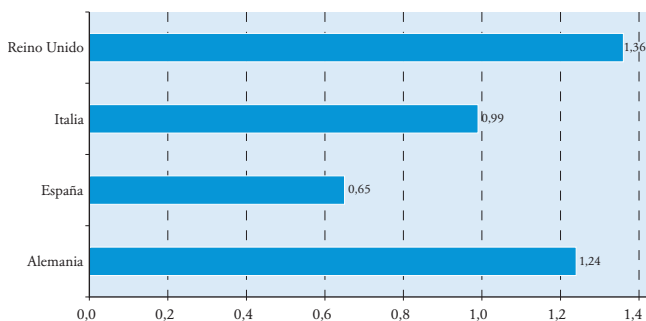
Fuente: Comas-Herrera y Wittenberg, 2003.

²¹ Para una discusión detallada de los factores que afectarán al gasto futuro, ver Wittenberg et al., 1998.

²² Comas-Herrera y Wittenberg, 2003.

²³ Ver Rothgang, Comas-Herrera y Wittenberg, 2003.

Gráfico 2.2. Nivel de gasto en ayuda a las personas mayores con dependencia como porcentaje del Producto Nacional Bruto. 2001



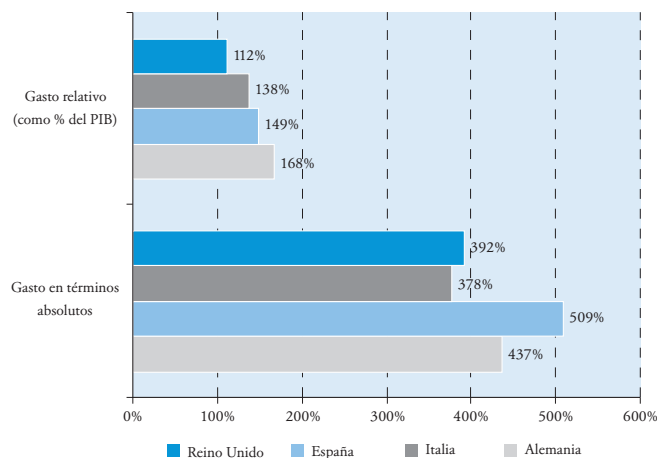
Fuente: Comas-Herrera y Wittenberg, 2003.

De la misma forma que podemos hacer supuestos con una cierta base sobre los cambios que podemos esperar en el número de gente de la tercera edad, su nivel de dependencia e incluso su situación familiar y económica, hacer supuestos sobre los niveles de servicios y compromiso futuro del sector público, por lo que respecta a la financiación de la dependencia es mucho más difícil. Si España no ampliase el apoyo público a la dependencia, a pesar de ser el país (de los cuatro estudiados) donde el número de gente de la tercera edad está previsto que crezca más en los próximos cincuenta años, continuaría siendo el país con el gasto más bajo. Desde este punto de vista, la estrategia de no ofrecer demasiados servicios parece de entrada muy sostenible económicamente.

Pero es muy importante tener en cuenta que, de cara a la sostenibilidad económica del gasto en dependencia, no es el aumento en el nivel de gasto absoluto lo que nos interesa, sino el nivel de gasto respecto al nivel de riqueza del país (por ello usamos la medida de gasto como porcentaje del Producto Interior Bruto). Las proyecciones que se muestran en el gráfico 2.3. usan las hipótesis de crecimiento del PIB a

largo plazo utilizadas por la Comisión Europea²⁴. Es muy importante tener en cuenta que estas hipótesis incluyen un aumento muy importante en la participación laboral femenina (en España un crecimiento del 19% para mujeres entre 15 y 54 años, y un 26% para mujeres entre 55 y 64 años²⁵), para compensar la disminución prevista en número de personas en edad de trabajar. El gráfico 2.3. muestra que cuando se divide la proyección de gasto absoluto en dependencia por el PIB de cada país, en los países donde se ha proyectado que el PIB crecerá más rápido, el crecimiento del gasto en dependencia aparece relativamente más fácil de asumir.

Gráfico 2.3. Gasto en ayuda a las personas mayores con dependencia: aumento proyectado entre 2001 y 2050



Fuente: Comas-Herrera y Wittenberg, 2003

A la hora de interpretar las proyecciones mostradas en el gráfico 2.3. es muy importante tener en cuenta que las proyecciones de gasto que hemos mostrado no incorporan las consecuencias que un aumento importante de la participación laboral femenina puede tener en el gasto en servicios

²⁴ Economic Policy Committee, 2001.

²⁵ Economic Policy Committee, 2001, p.18.

para la gente mayor. Para poder sostener un aumento tan importante en el número de mujeres que trabajan de forma remunerada, tendrá que haber un aumento de los servicios que puedan sustituir las tareas que ahora se han realizado de forma no remunerada.

Así pues, en nuestras proyecciones se nos ha presentado una paradoja en relación a la sostenibilidad del gasto en dependencia: por una parte, ofrecer pocos servicios formales y apoyarse en la familia hace que el gasto futuro, en términos absolutos, sea relativamente moderado y fácil de asumir. Por otra parte, en las proyecciones de sostenibilidad (es decir, de gasto relativo) los supuestos sobre crecimiento económico futuro incorporan un aumento muy importante de la participación de la mujer en el mercado de trabajo. Está claro (y nos falta estudiar con más detalle los mecanismos) que, a medida que aumenta la participación de la mujer en el mercado de trabajo, disminuye el número de cuidadoras informales potenciales. Así pues, tenemos que concluir que las proyecciones que asumen que el nivel de servicios continuará siendo tan bajo (y tan barato) como hoy en día, mientras que el número de mujeres que trabajan en el sector “formal” aumenta, no son realistas.

Por una parte, las proyecciones de gasto que hacemos no tienen en cuenta los costes que cuidar a un anciano suponen para los cuidadores informales, y por otra, las proyecciones económicas que miden la actividad económica del país y la riqueza generada, tampoco tienen en cuenta la actividad no remunerada llevada a cabo por estos cuidadores. La sustitución de cuidadores informales por cuidadores pagados aumentará tanto el nivel de gasto aparente, como el PIB, y el efecto de estos cambios en la sostenibilidad económica dependerá de cuál sea el efecto neto. Para que el efecto sea positivo, en términos de sos-

tenibilidad, deberán encontrarse maneras de llevar a cabo las tareas de ayuda a la gente dependiente que permitan que sus familiares trabajen, y que resulten más eficientes que la simple sustitución de un cuidador informal por uno formal.

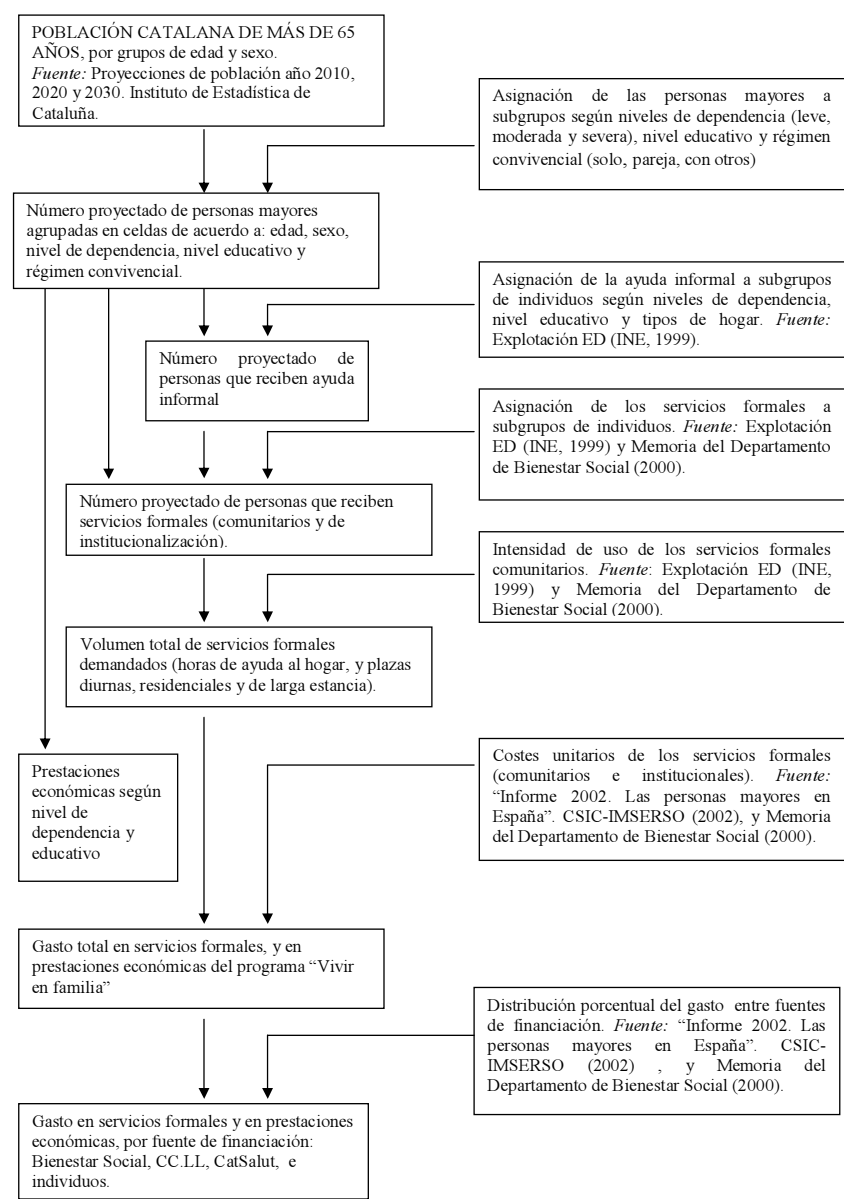
2.3. Proyecciones de gasto en servicios para gente con dependencia en Cataluña

Esta sección presenta proyecciones iniciales llevadas a cabo para Cataluña²⁶ usando un modelo basado en el “PSSRU model” de Gran Bretaña²⁷. Este modelo, al igual que el “PSSRU Model”, permite obtener proyecciones hasta el año 2030 de tres variables clave: el número total de gente mayor con dependencia, su demanda de servicios formales para obtener los servicios de dependencia que necesitan y el gasto total que la provisión de estos servicios comporta. Se trata, desde un punto de vista metodológico, de un modelo de macrosimulación –o en celdas– que consta de tres partes bien diferenciadas. La primera parte divide la población proyectada en subgrupos (o celdas) según la edad, el sexo, el nivel de dependencia, el nivel educativo y la situación familiar. La segunda parte del modelo, después de analizar la influencia de cada uno de los factores anteriores sobre la demanda de servicios formales, acaba asignando probabilidades de recibir los diferentes tipos de servicios a cada una de las celdas definidas en la primera parte. Finalmente, la tercera parte del modelo calcula el gasto en servicios de atención a la dependencia para la gente de la tercera edad y la distribución de su financiación entre el sector público y los individuos. El gráfico 2.4. resume gráficamente tanto la estructura del modelo como las fuentes de datos utilizadas.

²⁶ López-Casasnovas et al., 2003.

²⁷ Wittenberg et al., 1998 y 2001.

Gráfico 2.4. Estructura del modelo de simulación para Cataluña



Fuentes: Comas-Herrera y Wittenberg, 2003

Primera parte: número de personas mayores con dependencia

Se comienza clasificando en diferentes subgrupos las cohortes quinquenales de individuos de más de 65 años proyectadas por Idescat (2001), distinguiendo entre hombres y mujeres, a partir de las características que se comentan a continuación.

Nivel de dependencia: El número total de personas mayores, clasificadas por grupos de edad y sexo, se dividen en subgrupos de acuerdo a su nivel de dependencia: no dependiente, con dependencia leve, moderada y severa. Las tasas de prevalencia utilizadas para realizar esta división provienen de la explotación de la muestra catalana de la ED-99 (INE, 2000), y los niveles de dependencia han sido contruidos a partir de una reelaboración del índice que utiliza el Departamento de Bienestar Social para valorar el grado de incapacidad funcional de los solicitantes de servicios públicos²⁸. Los niveles de dependencia, pues, nos aproximan a la intensidad de la ayuda que necesitan los individuos.

Nivel educativo: La población ya clasificada por grupos de edad, sexo y nivel de dependencia, se vuelve a clasificar, utilizando de nuevo datos procedentes de la ED-99, según su nivel educativo: sin estudios, con educación primaria, educación secundaria y educación superior. El nivel educativo actúa, en este caso, como variable “proxy” del nivel socioeconómico del individuo.

Régimen convivencial: Finalmente, utilizando otro vez los datos de la encuesta, el modelo vuelve a dividir los individuos en nuevas celdas a partir del tipo de régimen convivencial: viviendo con la pareja, viviendo con otras personas que no son la pareja (hijos, otros familiares...), o viviendo solos. Esta nueva variable se configura como una “proxy” de la disponibilidad potencial de cuidadores informales.

Segunda parte: volumen de servicios demandado y número de beneficiarios de prestaciones económicas

La segunda parte del modelo calcula la demanda futura de los diferentes servicios formales y también la suma de individuos que tendrá derecho a percibir la nueva prestación económica por dependencia del programa “Vivir en familia”. En todos los casos, la mecánica general del modelo es idéntica: se trata de aplicar a cada una de las celdas obtenidas en la primera parte del modelo, una función que asigna una cierta probabilidad de recibir los diferentes servicios considerados o la obtención de la prestación económica que acabamos de mencionar. Como se explica a continuación, existen diferencias en la forma de obtener estas funciones, en base a los datos disponibles en cada caso.

Así, en lo referente a ayuda informal y a atención domiciliaria pública y privada, donde ha sido posible utilizar los microdatos de la ED-99, las funciones que asignan una determinada probabilidad de uso de estos servicios se han obtenido estimando regresiones logísticas para cada uno de ellos; en concreto, usando como regresores las variables definidas en la primera parte del modelo (edad, sexo, nivel de dependencia, nivel de estudios y régimen convivencial), se emplean las probabilidades predichas por los modelos logísticos para obtener una estimación del número de gente de la tercera edad que utiliza cada uno de los servicios mencionados. De esta manera, cuando la primera parte del modelo –sensible a los cambios que provoca el envejecimiento demográfico– altera para cada una de las décadas futuras el número de personas clasificadas en las diferentes celdas según las características mencionadas (edad, sexo, nivel de dependencia...), esta segunda parte recalcula el número total de usuarios de los diferentes servicios en los próximos años utilizando, precisamente, estas

²⁸ El DBS, a partir de la valoración del grado de autonomía para realizar cada una de las seis actividades de la vida diaria mencionadas con anterioridad, construye un índice de dependencia que varía entre 0 y 100 puntos. Los microdatos de la ED-99 han permitido calcular el valor de este índice para toda la población catalana de más de 65 años. Después, mediante un análisis “cluster”, se han agrupado a todos los

individuos con un valor positivo del índice en tres categorías de dependencia: leve, moderada y severa.

matrices de probabilidades que relacionan las características de los individuos con su demanda de ayuda informal y profesional²⁹. Finalmente, dado que la ED-99 incorpora información sobre la intensidad horaria de la ayuda que los individuos reciben en cada caso, el volumen de servicios demandados se expresa en horas totales por año.

El modelo de simulación es bastante menos rico en el tratamiento de aquellos servicios que implican la institucionalización del individuo, pues es preciso recordar que la muestra de la ED-99 sólo incorpora información sobre personas que continúan viviendo en sus hogares. Así pues, por lo que respecta a las residencias de asistidos como a los centros sociosanitarios de larga estancia, el cálculo de las funciones que relacionan las características de los individuos con su demanda de estos servicios se realiza mediante métodos no econométricos. En concreto, el procedimiento utilizado consta de tres etapas: en primer lugar, a partir del Padrón de 1996, se ha podido conocer la distribución por sexo y edad de las personas mayores que aquel año declararon residir en un establecimiento colectivo³⁰; después, aplicando este perfil de utilización a los datos sobre el número total de plazas residenciales y de larga estancia existentes en Cataluña en el año 2000³¹ y suponiendo unas tasas de ocupación del 100%³², se ha obtenido el número de usuarios de ambos tipos de recursos y su distribución por edad y sexo; finalmente, dividiendo los resultados anteriores por la población total de más de 64 años, se obtienen las tasas de institucionalización por edad y sexo tanto por lo que respecta a las residencias como a los centros sociosanitarios de larga estancia. Estas tasas constituyen la función que relaciona las características de los individuos (en este caso, la edad y el sexo) con la demanda que realizan de uno y otro tipo de servicio. En ambos casos, por tanto, la demanda total se expresa en número de plazas.

La modelización de la demanda de plazas en centros de día ha resultado aún más problemática. En concreto, pese a que la ED-99 contiene información sobre las personas que utilizan este servicio, su implantación es tan escasa que el reducido número de observaciones de la muestra –incluso a nivel estatal– imposibilita cualquier tipo de ejercicio estadístico. Además, como se trata de un recurso que no comporta la institucionalización del individuo, los datos padronales no permiten en este caso obtener perfiles de utilización, y, por tanto, seguir una aproximación similar a la que se ha utilizado para las residencias y los centros de larga estancia. Así pues, dado que la única información disponible sobre los centros de día es la relativa al número total de plazas existentes en Cataluña (Departamento de Bienestar Social, 2001), la modelización de su utilización se ha realizado simplemente calculando el porcentaje que estas plazas suponen sobre el total de población de más de 64 años.

Finalmente, además de los servicios analizados hasta ahora, esta segunda parte del modelo también trata de obtener estimaciones sobre el número de personas que serían beneficiarias de la nueva prestación económica del programa “Vivir en familia”. En este caso, aprovechando que la ED-99 contiene la información necesaria para valorar el nivel de dependencia de los individuos no institucionalizados utilizando la misma escala que el Departamento de Bienestar Social³³, se ha aplicado la escala en la muestra catalana de la ED-99 para obtener el número de beneficiarios potenciales. Finalmente, siguiendo un procedimiento similar al utilizado en el caso de los servicios formales domiciliarios, se ha obtenido una función que relaciona el hecho de convertirse en beneficiario del programa con el conjunto de características individuales antes mencionadas (edad, sexo, nivel de dependencia, nivel de estudios...). Esta fun-

29 A pesar de que la ED-99 resulta representativa a nivel autonómico, y la muestra catalana contiene información sobre más de 20.000 individuos, el número de ancianos dependientes que utilizan cada una de las fuentes de ayuda consideradas es demasiado pequeño como para poder realizar el análisis econométrico que acabamos de describir. Por este motivo, a la hora de obtener las matrices de probabilidades descritas, se han estimado regresiones logísticas que utilizan la muestra española de ancianos dependientes. Para tener en cuenta las diferencias en la utilización de servicios formales que se observan a nivel agregado entre las diferentes C.C.A.A. de España (Imsero, 2002), hemos ponderado al alza el número de usuarios estimados por nuestros modelos microeconómicos, de manera

que la cifra agregada de usuarios de atención domiciliaria resultante sea consistente con la información global que proporciona el Departamento de Bienestar Social (2001).

30 Esta explotación de los datos padronales ha sido realizada por Idescat. Se agradece desde aquí su amable colaboración.

31 Departamento de Bienestar Social, 2001.

32 A pesar de no existir cifras exactas, es suficientemente conocida la existencia de importantes listas de espera en el sector residencial; por ello, parece bastante plausible suponer tasas de ocupación próximas al 100%.

ción, se utiliza para estimar la evolución del número de beneficiarios durante los próximos años.

Tercera parte: Gasto futuro en servicios formales y prestaciones económicas

La parte final del modelo multiplica por el coste unitario que corresponda en cada caso tanto la demanda agregada de servicios (horas o plazas) como el número total de beneficiarios del programa “Vivir en familia”. El volumen de gasto resultante, usando datos sobre la importancia relativa actual de las diferentes fuentes de financiación³⁴, se divide finalmente entre gasto público y privado.

Cuantificar algunos de estos costes unitarios resulta una tarea complicada y conviene hacer algunas matizaciones. Tal vez lo más importante es reconocer que, hoy por hoy, no disponemos de información sobre los costes unitarios de los diferentes servicios contemplados hasta ahora. Por ello se optó por estimar el gasto total en servicios formales realizando una doble suposición: no sólo se han utilizado las tarifas vigentes en sustitución de los costes en aquellos casos en que la actividad la financia el sector público, sino que este procedimiento también se ha usado para valorar la actividad de carácter estrictamente privado³⁵.

Resultado de las proyecciones

Dada la incertidumbre sobre la evolución futura de las variables que afectarán al gasto futuro, es útil presentar las proyecciones comparando un escenario “básico” donde las únicas variables son el número de personas mayores³⁶, los costes unitarios de los servicios y el crecimiento del Producto Interior Bruto. Este escenario básico permite evaluar el impacto que cambios en variables como por ejemplo

la prevalencia de la dependencia y el nivel educativo tienen sobre el gasto total.

El modelo estima que, con el escenario básico, el gasto total (público y privado) en servicios de dependencia para gente de la tercera edad en Cataluña crecería desde un 0,60% del PIB catalán en el año 2000, a un 1,16% en el año 2030. El gasto público pasaría a ser del 0,29% en el año 2000 al 0,57% en el año 2030, y el privado pasaría de un 0,31% a un 0,60%. Tal y como se ha dicho antes, es de esperar que, aparte los cambios en el número de gente mayor y en los costes de servicios, haya cambios importantes en los otros determinantes de gasto futuro.

Una de las variables que se sabe con certeza que cambiará mucho en los próximos años es el nivel educativo de la población. El análisis econométrico realizado en la preparación del modelo muestra que los individuos con un nivel educativo más alto es más probable que utilicen ayuda profesional que ayuda de cuidadores informales. El efecto del nivel educativo se puede deber, en parte, a la renta, pero otro mecanismo importante es que el nivel educativo de los ancianos puede estar recogiendo la influencia de variables relacionadas con los descendientes de estas personas. En concreto, según Portrait et al. (2000), dado que el nivel educativo de padres e hijos está fuertemente correlacionado, la menor propensión de los ancianos más educados a recibir ayuda informal estaría relacionada con los mayores costes de oportunidad laborales que para sus hijos –también más educados– tiene el convertirse en cuidadores informales. Si aceptamos esta perspectiva, la inclusión del nivel educativo de los ancianos en las proyecciones puede considerarse una aproximación a los efectos sobre la ayuda informal de la transición laboral futura de las mujeres de mediana edad en nuestro país³⁷.

³³ Ver la nota 8.

³⁴ El reciente informe del Imsero (2002) antes mencionado aporta información sobre la financiación pública/privada de los centros de día, y establece que los copagos representan un 30% del coste de dicho tipo de servicio. Por su parte, en el caso de las plazas residenciales, el porcentaje correspondiente es del 40%, según estudios no publicados del Departamento de Bienestar Social.

³⁵ En el caso de la prestación económica de “Vivir en familia”, como es lógico, no nos hemos encontrado con este tipo de problemas: el “coste unitario” se corresponde exactamente con la cuantía que prevé la normativa que regula el programa (240€ mensuales).

³⁶ Usando proyecciones demográficas de Idescat, 2001.

³⁷ Casado y López, 2001.

Las cohortes de individuos que se incorporaran a la tercera edad en los próximos años se caracterizan por haber alcanzado niveles educativos bastante superiores a los de la generación actual. Uno de los escenarios simulados consistió en atribuir a la gente de la tercera edad del futuro los niveles formativos que se derivan “de envejecer”, desde ahora hasta el 2030, las actuales cohortes de individuos de más de 35 años.

Este escenario de cambio en el nivel educativo tiene un efecto importante sobre el gasto futuro: el nivel de gasto como proporción del PIB en el año 2030 pasaría a ser del 1,33% (comparado con el 1,16 en el escenario básico). Es importante destacar que este aumento, si no cambia el sistema de financiación actual, recaería exclusivamente en los usuarios de los servicios, de manera que el gasto público no se vería afectado mientras que el gasto privado pasaría a constituir un 0,75% del PIB, comparado con un 0,60% en el caso base. Eso se debe a que, probablemente debido a la correlación entre el nivel educativo y la renta, el análisis de la ED-99 muestra que los usuarios de servicios con un nivel educativo alto utilizan casi exclusivamente servicios profesionales financiados por ellos mismos o su familia y raramente utilizan servicios con financiación pública.

Tal y como se ha destacado antes, el nivel de dependencia es un factor importante a la hora de determinar el gasto futuro. La falta de datos longitudinales hace difícil esta estimación en un escenario en que las tasas de prevalencia de la dependencia se redujesen en un 0,5% anual (una reducción inferior a la de aproximadamente el 1% anual que se ha calculado en el periodo que va de 1982 a 1994 en Estados Unidos³⁸). La proyección de gasto para el año 2030 que se obtendría bajo este escenario sería de un 1,00% del PIB (comparado con un 1,16% en el escenario básico). Resulta interesante comparar el efecto de este escenario con

el del aumento del nivel educativo. La combinación de ambos produce una proyección de gasto del 1,14% del PIB.

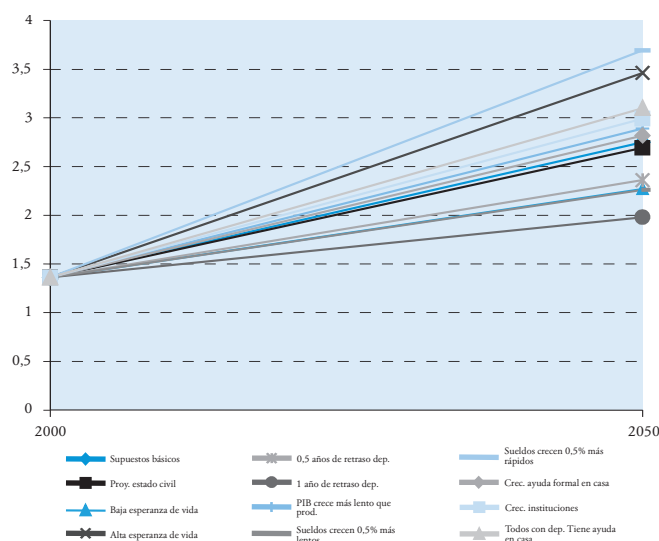
Así pues, el modelo que hemos descrito produce proyecciones según las cuales, manteniendo constantes las pautas de recepción de servicios y otros factores, el gasto en servicios para gente de la tercera edad con dependencia prácticamente se duplicaría como porcentaje del PIB entre el año 2000 y 2030. Cambios en el nivel educativo se traducirían en aumentos en el uso de servicios profesionales financiados por los propios usuarios, de manera que habría un aumento importante del gasto privado. En cambio, si la única variable que cambia es la disminución de la tasa de dependencia, el gasto futuro se reduciría considerablemente. Finalmente, la combinación de una mejora en el nivel educativo y mejora en las tasas de dependencia se podrían llegar a compensar de manera que el nivel de gasto total fuese casi el mismo que en el escenario básico. Se necesitaría más información sobre el impacto que cambios en el nivel educativo puedan tener en el nivel de dependencia, para establecer cuál sería el escenario óptimo para combinar estas variables.

Finalmente, por lo que se refiere a la interpretación de los resultados obtenidos, conviene realizar dos matizaciones metodológicas. En primer lugar, el modelo de simulación desarrollado, fruto de la elevada incertidumbre que rodea la evolución futura de los diferentes factores que se consideran, sólo aspira a trazar posibles trayectorias de gasto que sólo se revelarán acertadas en el caso de que los factores mencionados se acaben comportando tal y como las hipótesis prevén. En segundo lugar, es preciso mencionar que a medida que aumentemos el horizonte de proyección aumenta también la incertidumbre y, por tanto, los resultados se han de interpretar con dosis crecientes de cautela. Un hecho ilustrativo al respecto se encuentra, por ejemplo, en

38 Manton et al., 1997.

cómo las diferencias entre los resultados de los escenarios divergen más cuando consideramos periodos de tiempo más alejados del presente, algo simplemente atribuible al hecho que los supuestos que hay detrás de cada uno de ellos tienen un efecto temporal acumulativo (tasas de prevalencia, costes unitarios...). Como ejemplo, el gráfico 2.5. muestra el impacto que pequeños cambios en los supuestos sobre las proyecciones utilizadas en el modelo inglés, tienen sobre los resultados obtenidos³⁹.

Gráfico 2.5. El abanico de posibilidades del Reino Unido



Fuente: Comas-Herrera y Wittenberg, 2003

Un factor que por el momento no se ha investigado en el modelo catalán es la tasa de crecimiento de los costes (básicamente salarios) por unidad de servicio. Dependiendo del nivel de calificación y abundancia de mano de obra en este sector, los sueldos crecerán más o menos rápido que los sueldos medios del resto de la econo-

mía. Nuestros estudios⁴⁰ han demostrado que las proyecciones son muy sensibles a cambios en los supuestos sobre los sueldos futuros. De cara a hacer reformas en el sistema de financiación de los servicios para gente mayor con dependencia, es muy importante tener en cuenta la relación entre estos servicios y el sistema sanitario, y entre estos servicios y el mercado laboral. Es preciso tener muy presente los incentivos que diferentes posibles reformas pueden crear.

³⁹ Ver Comas-Herrera et al., 2003.

⁴⁰ Wittenberg et al., 2001, Comas-Herrera et al., 2003.

2.4. Bibliografía

Casado, D. i López-Casasnovas, G. (2001). *Vellesa, dependència i atencions de llarga durada. Situació actual i perspectives de futur*. Colección de Estudios Sociales nº6. Barcelona: Fundació “La Caixa”.

Comas-Herrera A and Wittenberg R, editors (2003). *European Study of Long-Term Care Expenditure*. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. PSSRU discussion paper 1840.

Comas-Herrera A, Pickard L, Wittenberg R, Davies B and Darton R (2003) *Future demand for long-term care, 2001 to 2031: projections of demand for long-term care for older people in England*. PSSRU discussion paper 1980 (se puede obtener en <http://www.pssru.ac.uk>).

Comas-Herrera A, Wittenberg R, Pickard L, Knapp M and MRC-CFAS. (2003) *Cognitive impairment in older people: its implications for future demand for services and costs*. Report to the Alzheimer's Research Trust. PSSRU discussion paper 1728.

Crimmins EM (2004) Trends in Health of the Elderly. *Annual Review of Public Health* 25: 79-98.

Davies B, Fernandez J with Nomer B (2000) *Equity and Efficiency Policy in Community Care: Needs, Service Productivities, Efficiencies and their Implications*. Ashgate: Aldershot

Departament de Benestar Social (2001). *Memòria 2000*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social, 2001.

Economic Policy Committee (2001) *Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*. Directorate General for Economic and Financial Affairs of the European Commission: Brussels (http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc_en.htm).

Fries JF (1980) Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine* 303: 130-135.

Gruenberg EM (1977) The failures of success. *Milbank Memorial Fund Q. Health Soc.* 55: 3-24.

Idescat (2001). *Estadística de població 1996. Vol.14: Estructures familiars de la població. Dades comarcals i municipals*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya, 2001.

IMSERSO (2002). *Informe 2002. Las personas mayores en España*. (<http://www.imfersomayores.csic.es/basisbwdocs/infestadistica.htm>)

INE (2001). *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud.1999*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2001.

Jacobzone S, Cambois E, Robine JM (2000) *Is the health of older persons in the OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing?* OECD Economic Studies No. 30, 2000/1. Paris.

Lagergren M and Batljan I (2000) *Will there be a helping hand? Macroeconomic scenarios of future needs and costs of health*

and social care for the elderly in Sweden, 2000-30. Annex 8 to the Long Term Survey 1999/2000. Stockholm.

López-Casasnovas G, Casado D i Comas-Herrera A (2003) *La cobertura del risc de dependència a Catalunya. Segona fase de l'estudi "Efectes de l'envel·liment sobre les finances públiques a Catalunya"*. Informe para el Departamento de Economía y Finanzas de la Generalitat de Catalunya. Centro de Investigación en Economía y Salud, Universidad Pompeu Fabra: Barcelona.

Manton KG, Corder L, Stallard E (1997) Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*. 94, March 1994, 2593-2598.

Murphy M and Kalogirou S (2004) *Population projections of those aged 75 and over by marital status, age and sex for the nine Felicie countries over the next three decades: Synthetic Report*. Institut National D'Études Démographiques: Paris.

Netten A, Bebbington A, Darton R, Forder J and Miles K (1998) *1996 Survey of Care Homes for Elderly People: Final Report*. Discussion Paper 1423/2. PSSRU: University of Kent.

Norton EC (2000) Long-Term Care. Chapter in Culyer AJ and Newhouse JP, eds. *Handbook of Health Economics*. Volume 1B. Elsevier, North-Holland.

Pickard LM, Wittenberg R, Comas-Herrera A, Davies B and Darton R (2000) Relying on informal care in the new century? Informal care for elderly people in England to 2031. *Ageing and Society* 20: 745-772.

Pickard LM (2002) The decline of intensive intergenerational care of older people in Great Britain, 1985-1995. *Population Trends* 110: 31-41.

Portrait F. et al (2000): "The use of long-term care services by the Dutch elderly". *Health Economics*, 9: 513-531.

Reinhold W (2001) Controlling in Pflegeeinrichtungen: Operatives Controlling für Pflegeleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen. Lage: Jacobs. (Cited in Wittenberg R and Comas-Herrera A (2003) Trends in economic growth and real costs of care. Chapter in Comas-Herrera A and Wittenberg R (editors). *European Study of Long-Term Care Expenditure*. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. PSSRU discussion paper 1840).

Verbrugge LM I Jette A (1994) The disablement process. *Social Science and Medicine* 39: 1-4.

Wittenberg R, Pickard L, Comas-Herrera A, Davies B and Darton R (1998) *Demand for long-term care: projections of long-term care finance for elderly people*. PSSRU: University of Kent (se puede obtener en <http://www.pssru.ac.uk>).

Wittenberg R, Pickard L, Comas-Herrera A, Davies B and Darton R (2001) Demand for long-term care for elderly people in England to 2031. *Health Statistics Quarterly* 12: 5-16.

3.

Esperanzas de vida en salud y costes individuales de cuidados de larga duración en España

Malena Monteverde Verdenelli. Profesora del Departamento de Econometría, Estadística y Economía Española de la Universidad de Barcelona y miembro del grupo de investigación del “Risc en finances i assegurances” (UB)

El crecimiento del número de personas mayores (ya sea en términos absolutos o relativos) y la capacidad para alcanzar edades cada vez más avanzadas, plantean serios interrogantes acerca de los cuidados que serán demandados y la forma en que éstos serán prestados y financiados. La razón de ello es que, en este colectivo (el de las personas mayores), se concentra la mayor cantidad de personas con restricciones para realizar actividades de forma autónoma (personas con discapacidades), y por tanto, que requieren distintos tipos de ayuda para poder seguir desarrollando su vida cotidiana.

En algunos países desarrollados, instituciones públicas o privadas juegan papeles muy importantes en la prestación de servicios de apoyo o cuidados a las personas mayores. Ejemplos de ello son Alemania, los Países Escandinavos y Japón, donde el Estado tiene un rol muy activo en la prestación y financiación de los servicios de cuidados de larga duración (CLD). En Estados Unidos, el mercado de seguros privados de dependencia está muy desarrollado y crece la atención que despierta en los consumidores.

Aunque en general se puede decir que el envejecimiento de la población es un fenómeno global, existen diferencias importantes según los países y las regiones. Según proyecciones de la ONU (2002), en el año 2050 España será uno de los países más envejecidos del mundo, con el 44% de la población mayor de 60 años. Por lo tanto, España es uno de los países donde el proceso de envejecimiento se está desarrollando con mayor intensidad. A este fenómeno demográfico, se suma el flujo

migratorio de personas mayores, procedentes principalmente de países europeos, que fijan en España su lugar de residencia tras la jubilación.

En España, como en otros países, los cuidados de larga duración están fundamentalmente a cargo de las propias familias y se estima que tan sólo el 18% de los cuidados totales que las personas mayores dependientes reciben son cuidados formales¹. Los cambios sociales y demográficos que se están produciendo (con una mayor participación de la mujer en el mercado laboral y un menor número promedio de hijos) podrían llevar a una reducción de la capacidad de las familias para seguir “ofertando” estos servicios.

Resulta pues, fundamental, anticipar las demandas de servicios de cuidados, para lo cual es necesario estimar el número de personas con discapacidades, así como los años que se espera que las mismas vivan con distintos niveles de dependencia. En resumen, se necesita avanzar en la medición de la dependencia, especialmente en lo que se refiere a la duración de los estados dependientes que implican mayor consumo de recursos para cuidados.

Esto último es de gran interés a la hora de planificar el gasto total en que deberán incurrir las familias, el Estado y hasta los propios individuos dependientes y, por ello, es la base para el análisis de cómo se pueden financiar dichos costes (ahorro privado, público, sistema mixto mediante copagos o mediante un sistema de previsión público, etc.).

Además, tener una dimensión cuantitativa individual del problema, puede ayudar a la toma de conciencia por parte de los individuos, es decir, sensibilizarlos ante

¹ Casado y López, 2001.

las implicaciones económicas del riesgo de caer en una situación de dependencia, y con ello, ayudar en la implementación de políticas en este sentido.

En la actualidad, faltan trabajos que aborden el análisis de la dependencia desde un punto de vista de su duración, distinguiendo niveles de severidad y, por lo tanto, relacionándola con la longevidad de la población a la que afecta. Ello es cierto tanto a nivel español como a nivel internacional, donde el análisis de la discapacidad y de la duración de la vida se ha abordado de manera algo desconectada.

El objetivo de este estudio es analizar la dependencia desde la perspectiva individual o microeconómica, combinando los costes unitarios de servicios de CLD con las estimaciones de duración de la discapacidad. De esta forma, se busca aproximar a cuánto ascendería el coste esperado en dichos servicios para un individuo mayor de 64 años en España. En el análisis se distingue la población femenina de la masculina, dadas las diferencias en las esperanzas de vida y en las prevalencias de discapacidad que se observan entre ambos sexos. Igualmente, se suponen distintas edades de referencia, a partir de la cuales se realiza la descomposición de la esperanza de vida en grados de discapacidad y, por lo tanto la cuantificación de los costes esperado de CLD².

² Los resultados que se presentan aquí, son parte de la Tesis Doctoral desarrollada en el seno del grupo de investigación "Risc en Finances i Assegurances" del Departamento de Econometría, Estadística y Economía Española de la Universidad de Barcelona.

3.1. Cantidades necesarias para la estimación de costes individuales esperados de CLD

Duraciones en discapacidad

El estudio de la calidad de vida al envejecer suele hacerse a través de las esperanzas de vida marginales. Dichas esperanzas de vida marginales consisten en la descomposición de la esperanza de vida total en las duraciones en cada uno de los estados de salud considerados. Es decir, del tiempo total que se espera que viva un individuo de edad x , cuánto tiempo estará libre de discapacidad y cuánto tiempo estará con discapacidades.

Para el cálculo de las duraciones, bajo situaciones de información incompleta acerca de las transiciones, se suele utilizar el método de Sullivan (1971) que consiste en aproximar la duración en cada uno de los estados (personas-años en cada estado) utilizando para ello las prevalencias correspondientes.

Para el cálculo de la prevalencia de la dependencia de la población española de 64 años y más, se utiliza la tasa de discapacidad, es decir, la proporción de personas con discapacidades en cada una de las edades. Dicha tasa ha sido calculada utilizando la información que brinda la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (ED-99), llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadísticas de España (INE) en colaboración con el IMSERSO y la Fundación ONCE, durante el segundo trimestre del año 1999. La encuesta recoge información sobre personas que residen en viviendas familiares en todo el territorio español, con un amplio tamaño muestral (220.000 personas encuestadas aproximadamente). Por tanto, no se contemplan las personas institucionalizadas, que representan aproximadamente un 3% de la población mayor de 64 años.

Para que una persona sea considerada con discapacidad según la propia encuesta: “debe padecer una limitación grave que afecte o se espera que vaya a afectar durante más de un año a alguna de las actividades contempladas, y que tenga su origen en una deficiencia”.

Las discapacidades contempladas son un conjunto de actividades sensoriales, cognitivas, instrumentales y de la vida diaria, que afectan de una manera u otra a la capacidad de las personas para valerse por sí mismas. En total se contemplan 36 actividades que se agrupan en 10 grupos, que son: ver; oír, comunicarse; aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas; desplazarse; utilizar brazos y manos; desplazarse fuera del hogar; cuidarse a sí mismo; realizar las tareas del hogar y relacionarse con otras personas.

Es decir, en este estudio se tiene en cuenta un concepto amplio de discapacidad y no sólo el relacionado con las actividades de la vida diaria. Sin embargo, con el objeto de captar la necesidad de cuidados de otras personas, se han dejado fuera a aquellas personas que, si bien padecen las discapacidades mencionadas, no tienen dificultad para realizar la actividad, dado que la han superado con el uso de alguna ayuda técnica.

Cabe aclarar que cada persona puede presentar una discapacidad o más, y, en la ED-99 se recogen todas las discapacidades que se presentan en una misma persona, así como el grado de dificultad para realizar cada una de las actividades en las que se presentan las restricciones. Los grados de severidad contemplados son: dificultad moderada, grave o total (no puede realizar la actividad).

Para poder determinar el grado de severidad que presenta cada individuo con discapacidades, se ha tenido que establecer algún criterio basado en la severidad observada en sus discapacidades. El criterio utilizado en el presente estudio, y siguiendo la metodología que utiliza el INE (2000), ha sido el de la máxima severidad de todas las dis-

capacidades padecida s por el individuo. Sin embargo, no se descarta la utilización, en futuros análisis, de algún criterio que contemple además de la máxima severidad, otras características, como el tipo de discapacidad y el número de ellas.

Además, se ha utilizado la probabilidad de muerte anual para un individuo de edad fijada en cualquiera de los estados posibles que brinda el INE (2002).

Costes y utilización de servicios de cuidados de larga duración

Además de las duraciones, otra de las cantidades necesarias para la estimación de Costes Totales de CLD son los costes unitarios de dichos servicios.

Los costes medios para España, son promedios ponderados de la información que brinda el IMSERSO (2000, 2004) sobre los costes para cada una de las Comunidades Autónomas (CC.AA.). Se ha utilizado como ponderador el porcentaje de personas con discapacidades en cada una de las CC.AA.

El cuadro 3.1 muestra los costes unitarios para España (en promedio) de los Servicios de CLD en el año 1999, el año 2003 y la variación durante el período 1999-2003.

Cuadro 3.1. Costes por hora o año de servicios de CLD. 1999 y 2003
Promedio ponderado para España, en euros

Tipo de Cuidado de Larga Duración	1999	2003	Variación % del Coste
Serv. púb. de ayuda a domicilio (por hora)	8,34	9,73	16,73%
Serv. púb. de Teleasistencia (anual)	273,53	242,23	-11,44%
Centros público de día* (anual plaza)	5.510,49	6.625,20	20,23%
Plazas residenciales públicas* (anual plaza)	12.870,34	16.832,30	30,78%
Viviendas públicas tuteladas (anual plaza)	4.639,18	4.488,36	-3,25%

* Para personas dependientes

Fuente: Elaboración propia en base a datos del IMSERSO (2000, 2004).

Puede observarse un crecimiento de los costes de los tres principales servicios: ayuda pública a domicilio, centros

de día y residencias. Sólo en el primer caso la evolución ha sido aproximadamente la misma que la registrada por la inflación. Las plazas en centros de día y, especialmente en residencias, han sido las que mayores incrementos de precios han verificado durante los últimos años.

Además de los costes unitarios de los servicios para la estimación de los costes totales, es necesario asignar estos tipos de servicios, así como la frecuencia de los cuidados, a cada persona en base a algún criterio. En nuestro caso se consideró el grado de severidad.

En el cuadro 3.2 se presentan los posibles tipos y frecuencias de cuidados para cada individuo según el grado de severidad, entre los que se seleccionan los más adecuados para definir los diferentes modelos de atención (o alternativas de atención).

Las diferentes modalidades han sido planteadas en función de lo que sugieren algunos estudios sobre cuáles son los servicios más adecuados en cada caso³ y pensando en los diferentes contextos en los que se pueden encontrar las personas dependientes. Además, se ha consultado a un especialista en cuidados de personas mayores⁴, de tal forma que las alternativas de cuidados se aproximen lo máximo posible a los requerimientos reales de un individuo con discapacidades representativo según el grado de severidad.

Cuadro 3.2. Alternativas de cuidados de larga duración (CLD) según grado de severidad

Severidad Moderada	Severidad Grave	Discapacidad Total
1. ST	1. CR: 12 meses	1. CR: 12 meses
2. SAD o ADP: 3 hxd	2. CD: 12 meses + SAD o ADP: 1 hxd	2. CD: 12 meses + AI: 3 hxd
3. SAD o ADP: 1 hxd + AI: 2hxd	3. CD: 12 meses + AI: 1 hxd	3. AI: 14 hxd
4. AI: 3 hxd	4. AI: 8 hxd	

CD: Centro de día; ST: Servicio de teleasistencia; SAD: Servicio público de atención a domicilio; ADP: Atención privada a domicilio; AI: Ayuda informal; CR: Centro de Residencia; hxd: horas por día.

Fuente: Elaboración propia

3 Ver Hennessy, 1995 y Jacobzone, 1998.

4 Agradezco al Dr. Pedro Paulo Marín (Departamento de Medicina Interna de la Universidad Católica de Chile y presidente de la Sociedad de Gerontología y Geriatria) sus valiosos comentarios.

Cuadro 3.3. Coste anual individual de los CLD. 1999 y 2003

En euros

Coste anual por cada individuo. 1999							
Severidad	Coste hora SAD	Horas anuales SAD	Coste anual SAD	Coste anual CR	Diferencia de coste entre SAD y CR	Horas anuales SAD con CD	Coste anual SAD con CD
Total	8,34	5.110	42.617,40	12.870,34	29.747,06	1.095	14.642,79
Grave	8,34	2.920	24.352,80	12.870,34	11.482,46	365	8.554,59
Moderado	8,34	1.095	9.132,30	12.870,34	-3.738,04	0	5.510,49
Coste anual por cada individuo. 2003							
Total	9,73	5.110	49.720,30	16.832,30	32.888,00	1.095	17.279,55
Grave	9,73	2.920	28.411,60	16.832,30	11.579,30	365	10.176,65
Moderado	9,73	1.095	10.654,35	16.832,30	-6.177,95	0	6.625,20

SAD Servicio público de atención a domicilio; CR Centro de Residencia; CD Centro de día.

Fuente: Elaboración propia.

En base a los costes unitarios por hora y por año (cuadro 3.1) y a las diferentes alternativas de cuidados (cuadro 3.2), se han calculado los costes de atención para un individuo, durante un año, según el grado de severidad que presenta.

En el cuadro 3.3 se presentan los costes anuales individuales para 1999 y 2003, seleccionando las tres alternativas de cuidados más importantes: los Servicios de Atención a Domicilio (SAD), los Centros de Residencia (CR) y los Centros de Día (CD) más Servicios de Atención a Domicilio (SAD). Dado que hemos supuesto los mismos costes para el SAD, la Atención a Domicilio Privada (ADP) y la Ayuda Informal (AI), también estamos calculando los costes anuales individuales de estas alternativas.

Podemos comprobar que las alternativas de cuidados menos costosas son: las residencias (CR) para las personas con máximo grado de severidad, los centros de día combinados con una hora por día de atención a domicilio (CD+SAD) para las personas con discapacidad grave, y los centros de día para las personas con discapacidad moderada (ya que los requerimientos de atención a domicilio, para personas con discapacidad moderada que asisten a centros de día, se suponen igual a cero).

Por tanto, en base a lo anterior, se contemplaron 3 alternativas de cuidados, según la combinación de servicios de atención y según el grado de severidad.

Alternativa 1

La primera alternativa, contempla el uso de las modalidades menos costosas (en términos económicos, no sólo monetarios) para la atención de las personas con discapacidades, según los grados de severidad. Bajo esta alternativa, las personas con discapacidad total reciben cuidados en Residencias; las personas con discapacidad grave reciben cuidados en Centros de Día más una hora de Cuidados a Domicilio, y las personas con discapacidad moderada, en Centros de Día.

Alternativa 2

La segunda alternativa considera las modalidades de cuidados que sugieren los resultados de los estudios sobre los servicios más adecuados para cada caso, comentado anteriormente. Según esta alternativa las personas con discapacidad moderada reciben Cuidados a Domicilio, y para las demás se suponen los mismos servicios que para la alternativa 1.

El criterio de selección seguido para esta alternativa ha sido el de cobertura adecuada a la severidad para la mayoría de los casos y, a la vez, la opción de menor coste. Por ello, para las personas con severidad grave, que aún cuentan con algún grado de autonomía, no se seleccionó el servicio en residencias. Por su parte, para las personas con discapacidad moderada, se tuvieron en cuenta los servicios de atención a domicilio y no los servicios de tele-asistencia, ya que en muchos casos la atención telefónica puede ser insuficiente (aunque sin duda es menos costosa).

Alternativa 3

Esta última alternativa plantea el caso extremo en el que todas las modalidades de atención son de carácter informal. Así, la única variación de los cuidados según la severidad es el número de horas de cuidados domiciliarios. En el caso de las personas con discapacidad total se supone que reciben 14 horas por día (5.110 horas al año); 8 horas por día para las personas con discapacidad grave (2.920 horas al año), y 3 horas por día para las personas con discapacidad moderada (1.095 horas al año).

Proyecciones

Para el análisis prospectivo se ha buscado medir qué impacto tendrá el incremento de la longevidad de las personas mayores conjuntamente con los cambios en las prevalencias de las discapacidades, sobre los costes individuales esperados.

Para este análisis se han considerado los costes de los servicios a niveles de 1999. Por tanto, los resultados que se obtienen, no son una medición de los costes futuros individuales esperados, ya que para ello sería preciso considerar la evolución futura de los costes uni-

tarios de los servicios, así como establecer algún supuesto sobre el momento en que los individuos cambian de estado de salud⁵.

En el cuadro 3.1. del apartado anterior, se muestra el fuerte incremento que han registrado los precios de los servicios más importantes de cuidados de larga duración en España (las plazas en residencias y en centros de día). De continuar dicha tendencia, el incremento futuro de los costes individuales esperados sería, sin duda, elevado. Sin embargo, dado el interés político que está cobrando la atención de las personas mayores y la eventual aplicación de medidas que amplíen la oferta de servicios, cabría esperar una evolución más atenuada de los precios, aunque en la práctica, ello también dependerá de la reacción de la demanda ante la expectativa de un mayor acceso y calidad de los servicios de atención.

Para el análisis prospectivo de las duraciones, se han proyectado las tasas de prevalencia de las discapacidades y se han utilizado las proyecciones de mortalidad global de la población española que elabora Naciones Unidas⁶.

Para la proyección de las prevalencias de las discapacidades se ha utilizado la tendencia registrada en Cataluña durante el período 1994-2002 en base a la información que brindan las Encuestas de Salud de Cataluña (ESCA, 1994 y 2002), dada la falta de información de dicha tendencia a nivel español⁷.

Analizando cómo ha sido la tendencia por grupos de edad, dentro de los mayores de 64 años, se ha observado que para algunos grupos se han registrado caídas y para otros incrementos durante el período en cuestión.

Este comportamiento podría estar indicando que en la evolución de las tasas hay un componente generacional que está influyendo. Es decir, que en realidad, no hay una ten-

⁵ El análisis de las duraciones indica la cantidad de años, en promedio, que se espera un individuo viva libre de discapacidades o con ellas, pero no las edades en la que se producirán los cambios de estado. Para esto último, es necesario conocer las probabilidades de transición entre los diferentes estados de salud considerados.

⁶ ONU, 2004.

⁷ Se espera que la tendencia de comportamiento observada en Cataluña sea representativa de lo que sucede en España en su conjunto, dado que las tasas en el año 1999 para dicha Comunidad Autónoma son muy similares a las registradas en el territorio español.

dencia por edades, sino que, dependiendo de la generación de la que se trate y las condiciones socio-económicas y sanitarias en las que hayan nacido y/o crecido los individuos, presentarán una tasa de discapacidad u otra. Por ello, se ha analizado la evolución pasada por generación de las tasas de discapacidad.

Los resultados de dicho análisis indican una clara reducción de la proporción de personas con discapacidades (respecto a la población total de la misma edad) durante el período analizado⁸.

Sin embargo, para el análisis de la tendencia no fue posible distinguir entre niveles de severidad, ya que la información que brindan las ESCAs no hace tal distinción. Por tanto, para la proyección, se considera la reducción de la tasa de discapacidad global y se supone que la distribución por severidad, para cada edad, permanece constante (en los niveles de 1999).

3.2. Resultados

Esperanzas de vida en salud

El Instituto de Estadística de España ha utilizado la metodología descrita en el apartado 3.1, para calcular la Esperanza de vida libre de discapacidad. Para este trabajo, se ha calculado por un lado la esperanza de vida sin discapacidad (o libre de discapacidad) y por otro la esperanza de vida con discapacidad, y dentro de esta última se distingue entre los niveles de severidad.

Dichos resultados, para algunas edades seleccionadas son los que se muestran en las siguientes tablas, distinguiendo las duraciones para hombres de las duraciones para mujeres.

Cuadro 3.4. Estimación de las esperanzas de vida en salud para España. 1999

Hombres de 65 y más años

Edad	Eldx	Esdx	Emx	Egx	Et _x	Ex
65	11,67	0,06	1,46	1,25	1,67	16,11
70	8,68	0,06	1,25	1,14	1,53	12,66
75	6,12	0,05	1,05	1,06	1,31	9,59
80	4,06	0,04	0,83	0,86	1,23	7,02
85	2,47	0,01	0,54	0,72	1,17	4,91
90	1,37	0,00	0,38	0,61	1,00	3,36
95	0,58	0,00	0,23	0,28	0,90	1,99
100	0,05	0,00	0,26	0,00	0,19	0,50

Donde: Eld_x = esperanza de vida libre de discapacidad para un individuo de edad x;

Esdx = esperanza de vida con discapacidad pero sin dificultad, para un individuo de edad x;

Ed_x = esperanza de vida con discapacidad (sin distinguir el grado de severidad);

Em_x = esperanza de vida con discapacidad moderada para un individuo de edad x;

Eg_x = esperanza de vida con discapacidad grave para un individuo de edad x;

Et_x = esperanza de vida con discapacidad total a la edad x (no puede realizar la actividad).

Fuente: Elaboración propia en base a la ED-99 e información sobre mortalidad global de la población española en 1999 (INE, 2002).

Cuadro 3.5. Estimación de las esperanzas de vida en salud para España. 1999

Mujeres de 65 y más años

Edad	Eldx	Esdx	Emx	Egx	Et _x	Ex
65	13,25	0,08	1,75	1,95	3,05	20,09
70	9,71	0,07	1,48	1,77	2,82	15,85
75	6,62	0,06	1,18	1,53	2,55	11,94
80	4,09	0,04	0,84	1,18	2,37	8,52
85	2,20	0,03	0,50	0,87	2,13	5,72
90	0,94	0,02	0,23	0,60	1,85	3,65
95	0,20	0,02	0,01	0,29	1,48	1,99
100	0,00	0,00	0,02	0,05	0,43	0,50

Donde: Eld_x = esperanza de vida libre de discapacidad para un individuo de edad x;

Esdx = esperanza de vida con discapacidad pero sin dificultad, para un individuo de edad x;

Ed_x = esperanza de vida con discapacidad (sin distinguir el grado de severidad);

Em_x = esperanza de vida con discapacidad moderada para un individuo de edad x;

Eg_x = esperanza de vida con discapacidad grave para un individuo de edad x;

Et_x = esperanza de vida con discapacidad total a la edad x (no puede realizar la actividad).

Fuente: Elaboración propia en base a la ED-99 e información sobre mortalidad global de la población española en 1999 (INE, 2002).

⁸ Monteverde, 2004.

Esperanzas de vida en salud y costes individuales de cuidados de larga duración en España

De los cuadros 3.4 y 3.5 se desprende que los años esperados de vida de las personas de 65 años y más se reducen con la edad, independientemente del estado de salud.

Si bien la tendencia es a la reducción de los años de vida, la disminución no se produce en la misma proporción para todos los estados de salud considerados, con lo que los años de vida con discapacidad, y dentro de ellos, los de discapacidad más severa, van ganando participación dentro de la esperanza de vida residual total. Este último comportamiento estaría indicando que, en los últimos tramos de edad,

además de producirse un cambio entre la proporción de años de vida activa y años de vida con discapacidad, se experimenta un agravamiento de las discapacidades, y, por tanto, un incremento en la proporción de los años esperados de vida con dificultad máxima para realizar actividades de forma autónoma.

Por otra parte, se observan diferencias importantes entre hombres y mujeres. Por un lado, la esperanza de vida residual (total) de las mujeres es mayor que la de los hombres, excepto para las dos últimas edades.

Cuadro 3.6. Costes individuales esperados de CLD en España. 1999

En euros

Coste Individual Esperado de CLD						
Alternativa 1			Alternativa 2		Alternativa 3	
Edad	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
65	40.221,23	65.669,15	45.515,41	72.017,35	114.901,99	193.712,82
70	36.326,87	59.614,19	40.849,34	64.976,76	104.360,48	176.886,41
75	31.741,02	52.472,07	35.554,68	56.747,04	91.312,11	156.903,39
80	27.745,45	45.216,61	30.752,12	48.254,13	80.903,74	137.403,29
85	24.215,01	37.604,83	26.186,63	39.411,09	72.356,89	116.501,20
90	20.209,71	30.261,98	21.586,23	31.099,60	61.023,72	95.702,84
95	15.216,19	21.563,66	16.059,51	21.614,96	47.143,97	70.121,81
100	3.875,78	6.051,36	4.833,69	6.128,31	10.423,14	19.634,71

Fuente: Elaboración propia en base a la ED-99, mortalidad global de la población española en 1999 (INE,2002) e IMSERSO (2000).

Cuadro 3.7. Costes individuales esperados de CLD en España. 2003

En euros

Coste Individual Esperado de CLD						
Alternativa 1			Alternativa 2		Alternativa 3	
Edad	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
65	50.490,57	82.889,90	56.380,18	89.952,08	134.052,32	225.998,29
70	45.626,11	75.318,36	50.657,21	81.284,05	121.767,77	206.367,48
75	39.832,21	66.388,86	44.074,78	71.144,63	106.554,47	183.053,96
80	34.937,63	57.457,65	38.282,46	60.836,79	94.418,62	160.303,84
85	30.623,70	48.006,87	32.817,08	50.016,27	84.450,64	135.918,07
90	25.590,91	38.833,59	27.122,25	39.765,42	71.228,85	111.653,31
95	19.480,09	27.900,18	20.418,26	27.957,25	55.035,14	81.808,78
100	4.915,05	7.848,53	5.980,71	7.934,14	12.176,17	22.907,16

Fuente: Elaboración propia en base a la ED-99, mortalidad global de la población española en 1999 (INE,2002) e IMSERSO (2000).

Si bien para las mujeres de 65 a 80 años se observa una mayor esperanza de vida libre de discapacidad, también se observa una mayor esperanza de vida con discapacidades (para todas las severidades). Asimismo, la esperanza de vida con discapacidad total es siempre mayor que la de los hombres.

Costes individuales esperados de cuidados de larga duración. 1999 y 2010

En los cuadros 3.6 y 3.7 se presentan los costes individuales esperados de cuidados de larga duración, que se han obtenido vinculando las duraciones con discapacidad con los costes unitarios de los servicios asociados a cada modalidad de cuidados (las alternativas 1, 2 y 3 anteriormente descritas).

Se muestran los resultados para las edades seleccionadas y se distinguen los resultados por sexo, dadas las diferencias en las duraciones observadas entre hombres y mujeres.

El análisis de las duraciones no permite determinar la edad exacta en la que los individuos pasan de un grado de severidad a otro y, por tanto, no se conocen los costes asociados a cada momento. Por ello, se han tomado los costes extremos conocidos en torno a los cuales estarán los verdaderos costes individuales esperados. El cuadro 3.6 corresponde a los costes unitarios en 1999 y el cuadro 3.7 a los costes unitarios de 2003 (en ambos casos a precios corrientes).

Por ejemplo, según los resultados expuestos en los cuadros 3.6 y 3.7, cabe esperar que los costes de cuidados de larga duración a lo largo de toda la vida, para un hombre de 65 años, que recibe cuidados bajo la alternativa 1, oscilen entre los 40,2 mil y los 50,5 mil euros, mientras que bajo la

Alternativa 3, los mismos oscilarían entre los 114,9 mil y los 134 mil euros.

La principal conclusión que se extrae de estos resultados, es el elevado coste económico implícito (en términos de coste de oportunidad de las familias, que son los principales cuidadores informales) en un sistema de cuidados de larga duración basado exclusivamente en la atención informal.

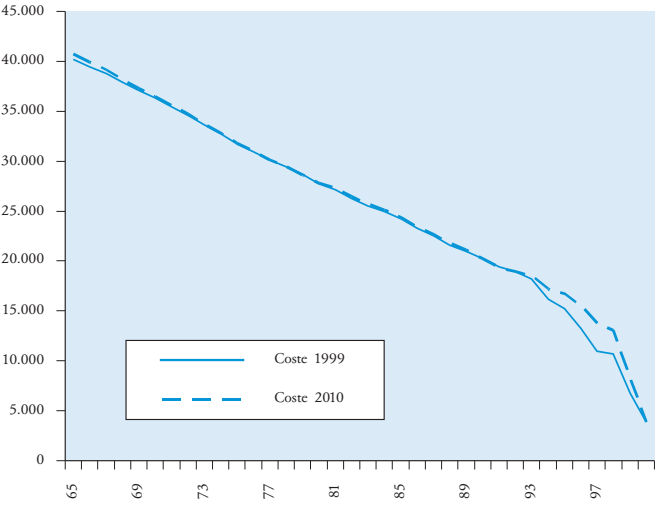
Esta cifra es sólo una primera aproximación y sería necesario un estudio más exhaustivo del perfil socio-económico de los cuidadores, para poder hacer una estimación más precisa del verdadero coste de oportunidad.

Sin embargo, es importante destacar que gran parte de los cuidadores informales en España son mujeres de entre 40 y 55 años (en edad activa) y que ellas son personas cada vez más cualificadas, es decir profesionales que deben sacrificar de forma parcial o total su vida en el mercado laboral, para dedicarse al cuidado de las personas mayores dependientes (generalmente sus propios padres). Por tanto, cabe esperar que el coste de oportunidad de un sistema de cuidados informales en España sea cada vez mayor.

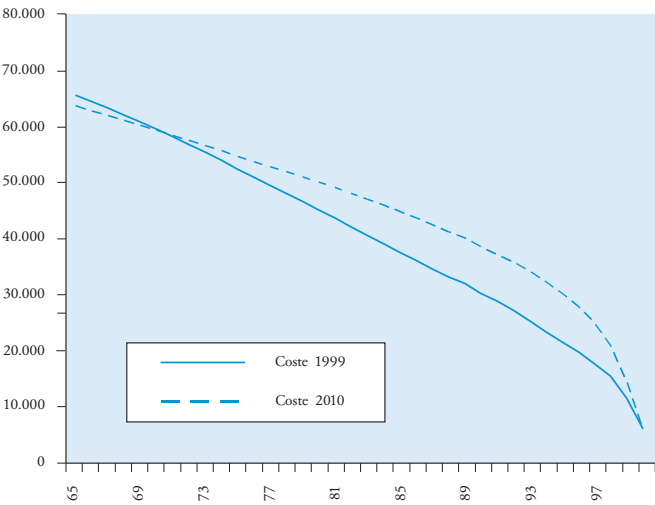
También resulta importante destacar que, aunque significativamente menores que bajo la alternativa 3, los costes globales de atención a la población española con discapacidades bajo las alternativas 1 y 2 resultarían elevados y, difícilmente, podrían ser cubiertos exclusivamente por el Estado o privadamente.

Por último, en el gráfico 3.1, se muestran los cambios en los costes individuales esperados, como resultado del incremento de la esperanza de vida global de la población española y la reducción de la prevalencia de las discapacidades durante el período 1999-2010, siguiendo la metodología sugerida en el apartado 3.1. Es decir, se analiza el efecto del cambio en las duraciones de los estados, sobre los costes de cuidados individuales esperados, suponiendo para ello costes unitarios constantes de los servicios.

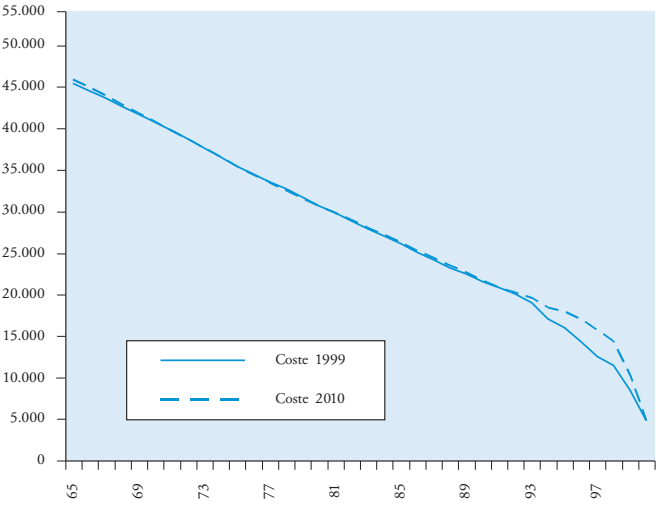
Gráfico 3.1. Costes individuales esperados de CLD. 1999-2010
A costes de 1999



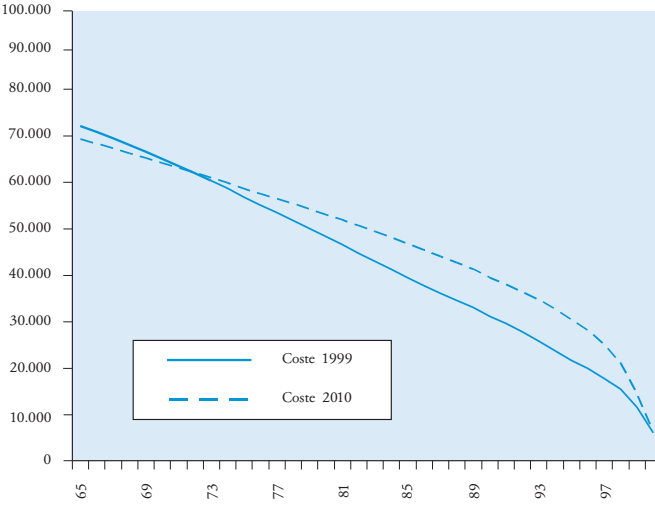
Costes Alternativa 1. Hombres



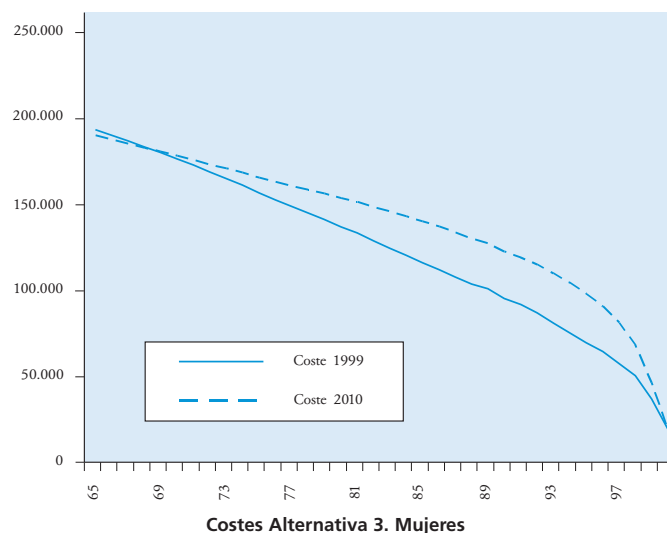
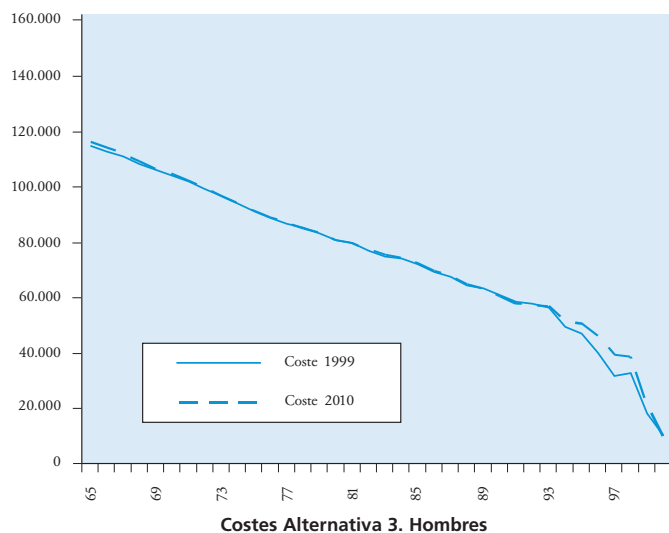
Costes Alternativa 1. Mujeres



Costes Alternativa 2. Hombres



Costes Alternativa 2. Mujeres



Este análisis se ha realizado para las tres alternativas de cuidados y distinguiendo entre hombres y mujeres. Cabe observar que las diferencias de costes entre hombres y mujeres queda reflejado en la diferencia de escala del eje de las ordenadas de las figuras del gráfico 3.1.

Los resultados mostrados gráficamente nos permiten visualizar que aún bajo un escenario favorable de reducción de las prevalencias (según la tendencia registrada en el pasado por generación), en ningún caso se producirían reducciones de los costes individuales esperados.

El análisis de la evolución de las duraciones durante el período considerado (1999-2010), indicaría que la población española está transitando por un proceso de reducción de la morbilidad de las discapacidades. Sin embargo, dicha reducción sólo sería en términos relativos (menor proporción de años vividos con discapacidades respecto al total de años), y las duraciones con discapacidad estarían incremen-

tándose en términos absolutos, como consecuencia de la mayor esperanza de vida global de la población.

3.3. Conclusiones y recomendaciones

Se ha utilizado una metodología para estimar los costes individuales de Cuidados de Larga Duración (CLD), en base a las duraciones esperadas en los distintos niveles de dependencia a modo de esperanzas de vida en cada situación de discapacidad (o esperanzas de vida en salud).

Las estimaciones de las esperanzas de vida en salud para la población española arrojan conclusiones similares a las observadas en otros países. Aunque la esperanza de vida de las mujeres supera a la de los hombres en edades avanzadas, se espera que para las mujeres de más de 64 años, parte de esa mayor esperanza de vida sea en situación de dependencia.

De la proyección de dichas esperanzas de vida, cabe esperar que en los próximos años se produzca una compresión relativa de la morbilidad en España, es decir, una menor proporción de años vividos con discapacidades respecto al total de años que se espera que vivan las personas. Sin embargo, las duraciones con discapacidad estarían incrementándose en términos absolutos como consecuencia de la mayor esperanza de vida global de la población.

Dada la falta de información de carácter longitudinal para España, el análisis de las duraciones ha sido llevado a cabo a través de un método indirecto (el método de Sullivan). Este método produce estimaciones de las duraciones en estados de discapacidad que son aproximadas y que pueden contener errores. Por lo tanto, los cálculos que hemos presentados están sujetos a cierto grado de incertidumbre. Para cálculos más robustos de dichas cantidades, es necesario contar con información homogénea en el tiempo sobre el estado de salud de la población. Idealmente, esta información tendría que conseguirse a través de un estudio longitudinal donde se estudie a las mismas personas incluidas en una muestra representativa de la población, por un período prolongado de tiempo. Pero al menos, sería deseable que las encuestas que se realicen en adelante, sigan siempre un criterio homogéneo, por ejemplo a través de la aplicación del mismo cuestionario de preguntas.

Por otra parte, los resultados obtenidos revelan el elevado coste económico implícito (en términos de coste de oportunidad de las personas que atienden a las personas mayores) de un sistema de cuidados de larga duración basado exclusivamente en la atención informal.

Del análisis de los costes esperados a nivel individual, se observa un mayor coste para las mujeres que para los hombres asociado con el mayor número de años que se espera que ellas vivan con discapacidades.

En el futuro, se espera un impacto positivo sobre los costes como consecuencia del incremento de la longevidad de las personas mayores, aún cuando las prevalencias de las discapacidades se reduzcan según la tendencia registrada en el pasado.

En todos los casos analizados, y exceptuando situaciones en que se produjese un shock no predecible, se producirían incrementos sustanciales en los requerimientos de atención. Las perspectivas de una menor capacidad de las familias para atender las necesidades de dependencia y el ínfimo grado de cobertura actual, alertan sobre la necesidad de un planteamiento a corto plazo de políticas de atención a los mayores discapacitados más intensas.

Agradecimientos

Agradezco a la Dra. Montserrat Guillén y a la Dra. Mercedes Ayuso su apoyo y comentarios que han sido fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

3.4. Bibliografía

Albarrán I, Ayuso M, Guillén M, Monteverde M. *Medición del Envejecimiento y Discapacidad de la Población en España a partir de la Esperanza de Vida Residual*. Anuarios del Instituto de Actuarios Españoles 2002; 7, 107-135.

Casado Marín D, López y Casasnovas G. *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración, situación actual y perspectivas de futuro*. Colección Estudios Sociales N° 6, Fundación “La Caixa”; 2001.

Hennessy P. *Social protection for dependent elderly people: Perspectives from a review of OECD countries*. OECD: Labour Market and Social Policy. Occasional paper 1995 n° 16. http://www.oecd.org/LongAbstract/0,2546,en_2649_37435_1895529_1_1_1_37435,00.html

IMSERSO. *Las Personas Mayores en España. Informe 2000. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Observatorio de Personas Mayores, Madrid: IMSERSO; 2000.

IMSERSO. *Servicios sociales para personas mayores en España: Enero 2002*. Boletín sobre envejecimiento N° 8, Observatorio de Personas Mayores, Madrid: IMSERSO; 2003.

IMSERSO. *Servicios sociales para personas mayores en España: Enero 2003*. <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informacion/indicadoressociales/indsociales2003.html>

INE, *Tablas de Mortalidad de la Población de España 1998-1999*; 2002.

Jacobzone S. *Ageing and care for frail elderly persons: An overview of internacional perspectives*. OECD: Labour Market and Social Policy. Occasional paper 1998 n° 38 [citado 4 de agosto 2004]. http://www.oecd.org/LongAbstract/0,2546,en_2649_33729_1887023_1_1_1_1,00.html

Monteverde L.M. *Discapacidades de las Personas Mayores en España: Prevalencias, Duraciones e Impacto sobre los Costes de Cuidados de Larga Duración*. Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona; 2004.

ONU. *Life tables obtained from World Population Prospects: The 2002 Revision*. United Nations Population Division, Special Tabulations, New Cork; 2004.

Servei Català de la Salut. *Enquesta de Salut de Catalunya 1994*; 2002.

Sullivan, D. F. *A single index of mortality and morbidity*. American Journal of Public Health 86:347-354; 1971.

4.

La atención a la dependencia en Cataluña: una visión panorámica¹

David Casado Marín. Departamento de Economía y Empresa. Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra

En nuestro país, desde hace ya algunos años, se utiliza el término “persona dependiente” para definir la situación de alguien que necesita ayuda de otro para realizar ciertas actividades cotidianas consideradas básicas. Sin embargo, si se pretende cuantificar el número de personas dependientes que hay en la actualidad en Cataluña, es preciso realizar una concreción adicional y definir, exactamente, cuáles tienen que ser las actividades a considerar y cómo se medirá la potencial incapacidad de los sujetos para realizarlas autónomamente. En el presente documento, a pesar de ser conscientes de la multiplicidad de posibilidades para definir y medir la dependencia, se ha adoptado un enfoque bastante pragmático. Se trata de basar nuestros cálculos en el instrumento que utiliza el propio Departamento de Bienestar Social de la Generalitat de Catalunya para medir el grado de dependencia de las personas que solicitan servicios. Este instrumento considera que son dependientes aquellos individuos que necesitan ayuda de otras personas para poder realizar, como mínimo, una de las siguientes seis actividades: bañarse, vestirse, ir al lavabo, desplazarse por dentro de la casa, control de esfínteres y comer y beber.

¹ Este trabajo se incluye dentro de una línea más amplia apoyada por el “Programa de Promoción del Conocimiento” del Ministerio de Educación y Ciencia (SEC 2003-05045)

4.1. La situación de partida

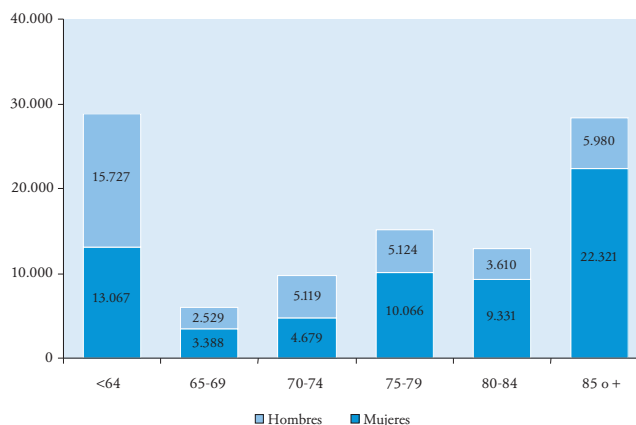
El alcance de los problemas de dependencia

La base de datos más reciente para cuantificar en Cataluña el número de personas que, según el criterio definido, pueden considerarse dependientes es la “Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. 1999” (INE, 2001). La muestra catalana de esta encuesta (en lo sucesivo, ED-99), que se realizó en el año 1999, permite disponer de información sobre más de 20.000 individuos y es representativa de la población de Cataluña; entre las muchas variables que la encuesta incluye, se encuentra también información sobre la capacidad de los entrevistados de realizar autónomamente cada una de las seis actividades que contempla el índice de dependencia del Departamento de Bienestar Social. Así pues, un primer resultado de este estudio proviene de aplicar a los microdatos de la muestra catalana el criterio de dependencia antes mencionado, lo que nos permite una primera cuantificación del número de personas dependientes no institucionalizadas en Cataluña, según el gráfico 4.1.

La cifra total de personas dependientes no institucionalizadas en nuestro país se elevaba, pues, en torno a 100.000 individuos en el año 1999. Un dato importante que se desprende de la ED-99, sobre el cual, además, no se disponía de información hasta el momento, es que casi un 29% de todos los dependientes son personas de menos de 65 años. El origen de la dependencia en estos casos, sin embargo, es preciso buscarlo, fundamentalmente, en malformaciones congénitas que aparecen desde el nacimiento y en accidentes de tránsito, laborales, etc., mientras que los problemas de dependencia del colectivo de personas de más de 65 años se encuentran asociados al padecimiento de

enfermedades crónicas y/o a procesos degenerativos que, a menudo, acompañan la senectud. Por otro lado, dado que la preocupación actual de los poderes públicos por las cuestiones relacionadas con la dependencia tiene claramente su origen en el proceso de envejecimiento demográfico, el presente documento centrará su atención, de ahora en adelante, exclusivamente en las personas mayores dependientes.

Gráfico 4.1. Personas dependientes no institucionalizadas en Cataluña. 1999



Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la “Encuesta de Discapacidades. 1999” (INE, 2001).

En todo caso, pese a que nos concentremos en los problemas de dependencia que afectan a las personas mayores, lo cierto es que las cifras contenidas en la ED-99 infravaloran el alcance real al no considerar en esta encuesta a toda aquella población que se encuentra ingresada en instituciones donde se atiende a personas con problemas de dependencia permanentes. Estas instituciones, que como se explica más adelante son, en el caso de Cataluña, las residencias de ancianos y los centros sociosanitarios de larga estancia,

reunían en el año 2000 una cifra próxima a las 42.000 personas. Así pues, si extrapolamos al año 2000 los resultados que proporciona la ED-99 sobre personas mayores dependientes que viven en su casa, y añadimos los datos que acabamos de mencionar sobre el colectivo de institucionalizados, podemos estimar que en el año 2000 había unas 114.000 personas mayores con problemas de dependencia en Cataluña o, en términos relativos, un 9,2% del total de catalanes con más de 65 años.

La provisión de cuidados de larga duración

Los cuidados de larga duración son, en un sentido amplio, todas aquellas atenciones que se llevan a cabo con el propósito de que las personas mayores dependientes puedan continuar realizando un conjunto de actividades cotidianas que se consideran básicas, y que tienen que ver, fundamentalmente, con tener cuidado de uno mismo. Así pues, ayudar a una persona mayor a comer, a vestirse o a bañarse, serían todas ellas atenciones que deberían conceptualizarse como cuidados de larga duración. Su principal característica, de aquí su nombre, es que se desarrollan durante periodos de tiempo prolongados. Así, por ejemplo, cuando una persona mayor sufre un infarto cerebral que le ocasiona una pérdida de capacidad funcional, lo más habitual es que durante el resto de su vida requiera de la ayuda de otras personas para llevar a cabo algunas de las actividades antes mencionadas.

Otra característica de los cuidados de larga duración, que los diferencian claramente de la atención sanitaria, es que pueden proporcionarse sin grandes requerimientos tecnológicos. Así, por ejemplo, para ayudar a comer o a vestir a una persona mayor no hacen falta conocimientos específicos, ni tampoco instrumental sofisticado. De hecho, esta

ausencia de grandes requerimientos tecnológicos, tanto humanos como materiales, es lo que permite que los cuidados de larga duración puedan ser provistos por los familiares de la persona dependiente.

En este contexto, si se pretende obtener una visión panorámica de cómo se abastecen los cuidados de larga duración en Cataluña, resulta útil comenzar distinguiendo las diferentes fuentes de ayuda existentes según el lugar donde viven las personas dependientes que reciben cuidados de larga duración. Así pues, como pone de manifiesto el gráfico 4.2, alrededor de un 63,2% de los individuos con dependencia siguen viviendo en la “comunidad”. Estas personas utilizan básicamente tres fuentes de ayuda: la que les proporcionan cuidadores informales, la atención domiciliaria que reciben de cuidadores profesionales, y las atenciones que se pueden recibir durante algunas horas en lo que se llaman centros de día.

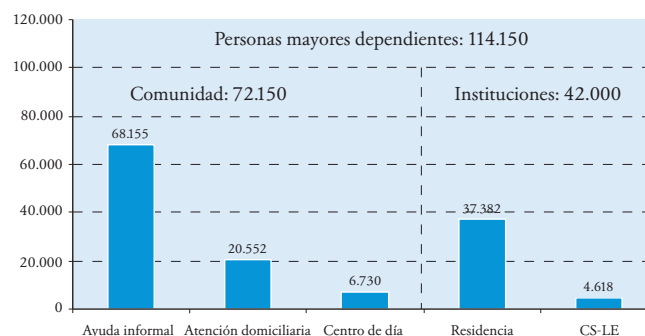
La ED-99 constituye, de nuevo, la fuente de datos más reciente para tratar de valorar la importancia cuantitativa en Cataluña de cada una de estas tres modalidades de ayuda. Así pues, según la encuesta, el recurso más utilizado por las personas mayores dependientes es la ayuda que proporcionan los llamados cuidadores informales. Estos cuidadores son familiares directos de la persona dependiente, mayoritariamente hijas o nueras de mediana edad, con una tasa global de participación laboral que se sitúa en el 34% entre las cuidadoras de menos de 65 años (27,5% para el conjunto del Estado). Después de la ayuda informal, la otra fuente de ayuda más importante a nivel comunitario es la atención domiciliaria, que utilizan aproximadamente un 28,5% de las personas mayores dependientes. Finalmente, a pesar de la expansión experimentada en la década de los 90 por los centros de día, las personas con

dependencia que utilizan este recurso más novedoso sólo representan un 9,3% del total.

Por otra parte, además del colectivo que recibe la ayuda que necesita en sus hogares o en centros de día, un 36,8% del total de personas mayores con dependencia en Cataluña se encuentran ingresadas en dos tipos de instituciones que también ofrecen cuidados de larga duración: las residencias y los centros sociosanitarios. En el primer caso, además de los individuos que viven de forma permanente, es preciso mencionar que parte de las plazas residenciales se destinan a estancias temporales; bajo esta modalidad, la persona dependiente ingresa durante un plazo limitado de tiempo, por ejemplo dos meses, con el propósito que los cuidadores habituales puedan aliviar la tensión acumulada.

Por otra parte, las plazas sociosanitarias de larga estancia, se encuentran, desde un punto de vista asistencial, a medio camino entre la atención que proporcionan los hospitales y la que se ofrece en las residencias antes mencionadas. Así, en comparación con los hospitales, la asistencia en los centros sociosanitarios se caracteriza por ofrecer tratamientos médicos de menor intensidad, a la vez que incorpora servicios sociales que exceden de los límites de la atención hospitalaria (cuidados de larga duración, rehabilitación, soporte psicológico a pacientes terminales y a su familiares...). A la vez, en contraposición a las residencias, los centros sociosanitarios están concebidos como un recurso asistencial que implica una mayor presencia de intervenciones médicas y de enfermería, y un periodo de internamiento que acostumbra a ser menor. El gráfico 4.2 ilustra la importancia relativa de estas dos modalidades de institucionalización.

Gráfico 4.2. Servicios utilizados por las personas mayores dependientes. 2000



Nota: La suma de usuarios de los tres tipos de servicios comunitarios (ayuda informal, atención domiciliaria y centros de día) no coincide con el total porque hay individuos que utilizan más de un servicio a la vez.

CS-LE: Centros sociosanitarios: plazas de larga estancia (Programa "Vida a los Años").

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la "Encuesta de Discapacidades. 1999" (INE, 2001), y de la Memoria del año 2000 del Departamento de Bienestar Social (2001).

El gasto en cuidados de larga duración y su financiación

En Cataluña, por lo que respecta a la financiación de los gastos en cuidados de larga duración, los diferentes agentes que participan son los siguientes: el Departamento de Bienestar Social, el Servei Català de la Salut (CatSalut), las Corporaciones Locales y los propios individuos. Nuevamente resulta útil, de cara a comentar la actuación de cada uno de ellos, distinguir entre las fórmulas de financiación de aquellos servicios que se abastecen a nivel comunitario (atención domiciliaria y centros de día) y las de aquellos otros que comportan la institucionalización del individuo (residencias y centros sociosanitarios de larga estancia).

Así pues, por lo que respecta a la atención domiciliaria, la parte financiada públicamente corresponde a las actuaciones que en esta materia llevan a cabo las Corporaciones Locales de Cataluña (Ayuntamientos y Consejos

Comarcales). Se trata de una competencia municipal que, a pesar de ser ejercida de forma muy diversa entre las diferentes comarcas, gravita sobre una idea común: los servicios de ayuda a domicilio (SAD) están orientados a cubrir las necesidades asistenciales de aquellas personas dependientes que no pueden resolver de ninguna otra manera los problemas que les ocasiona la dependencia. Así pues, de forma coherente con este principio de actuación subsidiaria, los ayuntamientos utilizan criterios de priorización explícita, donde, fundamentalmente, se tiene en cuenta la situación económica de los solicitantes y el grado de dependencia, para determinar quién tiene acceso a los servicios. Por otra parte, además de los SAD, cabe destacar, en el ámbito domiciliario, la provisión de cuidados de larga duración que se efectúa mediante personas contratadas privadamente. En este caso, pues, la financiación de la atención domiciliaria la realizan directamente los individuos dependientes y sus familias. La importancia cuantitativa de esta atención domiciliaria financiada privadamente es, como puede observarse en el cuadro 4.1, casi 10 veces superior a la de los SAD.

Los centros de día constituyen el otro tipo de servicio formal que se puede encontrar en Cataluña. En este caso, a diferencia de la atención domiciliaria, la financiación pública la realiza el Departamento de Bienestar Social (DBS). Sin embargo, también el principio de subsidiariedad antes mencionado es lo que parcialmente informa de la actuación pública en este ámbito: por una parte, a la hora de determinar quién accede a los centros de día financiados públicamente, el DBS utiliza una escala de valoración donde la situación económica de la persona solicitante tiene un peso del 20%, siendo el resto de ítems valorados los siguientes: nivel de dependencia (35%), estado cognitivo (35%), y accesibilidad a otros servicios comunitarios (10%). Por otra parte, una vez el individuo accede a un centro de día financiado pública-

mente, el DBS obliga al usuario a realizar aportaciones para sufragar parte del coste de la asistencia recibida; en concreto, después de restar de los ingresos totales de la unidad de convivencia el Salario Mínimo Interprofesional (SMI) ponderado por el número de miembros que forman parte², la diferencia resultante (que se llama “excedente”) se multiplica por un porcentaje predeterminado, dando lugar a la aportación que tiene que realizar el usuario³. En Cataluña, según datos aparecidos en una reciente publicación del IMSERSO (2002), la aportación media de los usuarios de centros de día financiados públicamente representaba un 30% del coste medio de una plaza de estancia diurna en el año 2000. En cualquier caso, al igual que en el caso de la atención domiciliaria, gran parte de la actividad realizada por los centros de día catalanes se financia a través de los precios pagados por aquellos individuos que utilizan plazas de estancia diurna que no reciben ningún tipo de financiación pública (cuadro 4.1).

Por otro lado, por lo que respecta a la financiación pública de las plazas en residencias, el Departamento de Bienestar Social es también quien se encarga. La forma de proceder es parecida a la que acabamos de describir para el caso de los centros de día. Por una parte, se prioriza el acceso a este tipo de recurso asistencial mediante un baremo que también otorga un peso del 20% a la situación económica del individuo, a pesar de que los pesos y los ítems que completan el baremo presentan algunas variaciones respecto al caso anterior: nivel de dependencia (25%), estado cognitivo (25%), falta de soporte familiar (20%), y accesibilidad a otros servicios comunitarios (10%). Por su parte, por lo que respecta a las reglas de cálculo de las aportaciones que tienen que realizar los usuarios, la principal diferencia es que la suma que los individuos pueden retener se sitúa tan sólo en el 20% del SMI, pues tanto los gastos de alojamiento como los de manutención están incluidos en el coste de una plaza

² En el caso de que se trate de una persona sola 0,6; si son dos, 1,7; tres, 2,4; y así sucesivamente, teniendo en cuenta que cada miembro adicional tiene un peso de 0,7.

³ En el año 1996, según cálculos propios realizados a partir de la normativa vigente (Decreto 396/1996), un individuo con un “excedente” igual o superior a 601 euros estaría obligado a realizar una aportación que permitiría cubrir íntegramente lo que era el coste de una plaza de estancia diurna en aquel año.

Cuadro 4.1. Gasto en cuidados de larga duración (miles de euros), según financiador y tipo de servicio. 2000

		GASTO SERVICIOS				TOTAL	TOTAL (%)
		At. domicil.	Centr. de día	Residencias	L.E.		
FINANCIADOR	DBS	0	5.901,9	64.789,1	21.281,8 ²	91.972,8	13,1
	CatSalut	0	0	0	103.920,0 ³	103.920,0	14,8
	CC.LL.	14.845,0	0	20.765,0 ¹	0	35.610,0	5,1
	Total público	14.845,0	5.901,9	85.554,1	125.201,8	231.502,8	33,1
	Individuos (copagos)	0	3.696,2	43.194,7	0	46.890,9	6,7
	Individuos (precios privados)	114.997,6	20.115,9	286.574,6	0	421.688,1	60,2
	Total privado	114.997,6	23.812,1	329.769,3	0	468.579,0	66,9
	TOTAL	129.842,6	29.714,0	415.323,4	125.201,8	700.081,8	100
	TOTAL (%)	18,5	4,2	59,3	17,9	100	100

LE: plazas sociosanitarias de larga estada (Programa "Vida a los años").

1 Los ayuntamientos también exigen aportaciones de los usuarios para financiar los estados residenciales. Sin embargo, por falta de información, hemos optado por suponer que estos copagos son nulos.

2 El módulo social de las plazas sociosanitarias de larga estada es financia, a partir del tercer mes, con aportaciones de los usuarios. Sin embargo, por falta de información, hemos supuesto que estas aportaciones son nulas.

3 Incluye, además de gastos en cuidados de larga duración, los correspondientes a asistencia sanitaria. Éstas representan, aproximadamente, el 80% del gasto total.

Fuente: Elaboración propia.

residencial. En el caso de las residencias, según los últimos datos que dispone el DBS, las aportaciones de los usuarios representaban –de media– un 40% del coste de una plaza residencial en el año 2000⁴. De otro modo, como puede observarse en la tabla 1, de nuevo la mayoría del gasto en plazas residenciales se financia a través de los precios que pagan los individuos que han sido ingresados en residencias que no reciben financiación pública de ningún tipo.

En el caso de las plazas sociosanitarias de larga estancia, último recurso asistencial que aparece recogido en el cuadro 4.1., los agentes implicados en su financiación –y las fórmulas con las que éste se lleva a cabo– son bastante diferentes de los que hemos analizado hasta ahora. En primer lugar, dado que se trata de una tipología de plazas que únicamente se encuentran presentes en el ámbito público, la financiación privada pura es inexistente. Por otro lado, a diferencia del resto de recursos mencionados hasta ahora, el coste de los cuidados de larga duración que se proporciona en este tipo de instituciones lo financia en un 100% la Administración

sanitaria. Además, hasta el tercer mes de estancia, también es CatSalut quien se encarga de financiar los gastos correspondientes a manutención y alojamiento; a partir del tercer mes, sin embargo, estos gastos los asume el Departamento de Bienestar Social, que, a pesar de ello, utiliza un esquema de aportaciones de los usuarios parecido al que hemos examinado en el caso de los centros de día y las residencias.

Las cifras contenidas en el cuadro 4.1. nos permiten tener una idea, pues, del volumen total de recursos que nuestro país destinaba en el año 2000 a proporcionar cuidados de larga duración a las personas mayores dependientes. Esta cantidad, que se acerca a los ciento veinte mil millones de pesetas, representaba aproximadamente un 0,6% del PIB catalán. Este porcentaje es parecido al observado para el conjunto del Estado en el año 1998⁵, pero se sitúa bastante por debajo de la tendencia registrada en el resto de países de la unión Europea⁶. Lógicamente, como ya hemos mencionado anteriormente, esta situación se explica por la mayor importancia relativa que continúan teniendo en nuestro país las atenciones informales.

⁴ Por otra parte, según cálculos propios realizados a partir de la normativa vigente (Decreto 396/1996), un individuo con un "excedente" igual o superior a 1.202 euros está obligado a realizar una aportación que permite cubrir íntegramente el coste de una plaza residencial.

⁵ Casado y López, 2001.

⁶ European Policy Committee, 2001.

4.2. Las claves del debate

Acceso a las prestaciones públicas e intensidad de la cobertura

La característica fundamental de las actuales políticas públicas de atención a la dependencia es, como ya hemos señalado, su carácter subsidiario. Así, excepto en el caso del programa “Vivir en Familia”⁷, el acceso a todos los servicios especializados se realiza mediante un instrumento de criba –la solicitud única– que tiene en cuenta, entre otras variables, la situación económica de la persona dependiente y de sus familiares. Además, en el caso de aquellos que acceden a un servicio financiado públicamente, es obligatorio realizar aportaciones que varían en función del nivel de renta del usuario.

Este modelo de intervención pública ha sido, y continúa siendo, la tónica general en la mayoría de países desarrollados. Sin embargo, algunas reformas recientes en países como por ejemplo Alemania⁸ o Japón⁹, así como la preocupación general por las consecuencias sociales y económicas del envejecimiento, han puesto en el centro de debate la posibilidad de tender hacia un modelo que elimine las pruebas de medios para acceder a los servicios públicos, proporcionando de este modo cobertura frente al riesgo de dependencia en toda la población. La lógica de este enfoque, que podríamos llamar de aseguramiento social de la dependencia, acostumbra a sustentarse en dos elementos: por una parte, en el reconocimiento de que la dependencia es una contingencia que no afectará a todo el mundo y que, por tanto, es susceptible de ser financiada de una forma más satisfactoria mediante un esquema de aseguramiento; y, por otra parte, que dadas las dificultades que ha planteado el

aseguramiento privado voluntario, es necesario un modelo donde toda la población participe obligatoriamente.

El segundo de los elementos mencionados es poco discutible. En efecto, la experiencia norteamericana muestra que, pese a tratarse de un mercado con más de veinte años de funcionamiento, su desarrollo ha sido muy limitado¹⁰. Sin embargo, pese a que las dificultades del aseguramiento privado son evidentes, de este hecho no se deriva automáticamente que el sector público haya de ofrecer una cobertura superior a la actual: deberán valorarse, en cualquier caso, las ventajas y los inconvenientes que se puedan derivar. En este sentido, pese a que es evidente que la dependencia constituye un riesgo, no es tan claro que las consecuencias financieras que de ella se derivan preocupen bastante a las personas como para que valoren el hecho de estar aseguradas al igual que valoran estarlo contra un incendio de su vivienda, o contra las consecuencias económicas de tener que pagar la factura de una operación quirúrgica muy costosa. En principio, a las percepciones de riesgo contribuyen la probabilidad de suceso (más o menos elevada) y la magnitud de la catástrofe en el caso de ocurrencia (más o menos periodificada en el tiempo). En el caso de las percepciones sobre los problemas de la dependencia, conviene remarcar que ésta tiene unas características muy peculiares, ya que la probabilidad de ocurrencia de las distintas situaciones es inversamente proporcional a los costes esperados. El hecho de que, finalmente, en la mayoría de los casos, la dependencia sea un proceso irreversible que tiene lugar hacia el término de la vida de una persona, cuando acostumbran a ser menores los gastos –educación de los hijos, adquisición de una vivienda...– y el patrimonio acumulado mayor, parece dejar el problema de la previsión ‘a ralentí’. En este contexto, la intervención pública subsidiaria, haciendo que los individuos estén protegidos mediante un seguro público,

⁷ Desde el mes de junio del año 2002, además de los servicios que hemos considerado hasta el momento, existe una nueva prestación económica de hasta 240€ al mes de la que se pueden beneficiar aquellas familias que se hacen cargo de un anciano dependiente. Esta iniciativa, que se engloba dentro el programa “Vivir en familia” y que, de hecho, es extensiva a cualquier individuo dependiente sea cual sea su edad, supone una novedad respecto a los programas existentes hasta el momento por dos motivos fundamentales: por una parte, pese a que existe un techo económico que limita qué familias en pueden ser beneficiarias, éste es suficientemente elevado como para considerar-

lo un programa de alcance prácticamente universal; por otra parte, en contraposición al carácter fundamentalmente subsidiario de los servicios existentes hasta el momento donde el soporte familiar constituía más bien un elemento de penalización, esta nueva prestación en metálico pretende, precisamente, hacer más viable la atención familiar.

⁸ Geraedts, 2000.

⁹ Campbell i Ikegami, 2000.

¹⁰ Casado y López (2001): 189-194.

aporta valor (desigualmente) a los individuos por tres vías: i) les permite dejar herencias superiores a las que podrían legar si la ausencia de aseguramiento los obligase a liquidar parte de sus activos para procurarse atención, ii) evita verse conducido a la pobreza para hacer frente a los gastos que origina la dependencia, pues la mayoría de estos gastos los asume el seguro público, y iii) en aquellos casos en que el individuo no se vería conducido a la pobreza en ausencia de seguro, ya sea porque los gastos fuesen reducidos y/o la renta con la que se responde importante, la cobertura pública suaviza, en cualquier caso, las consecuencias negativas que sobre las finanzas del hogar pueda tener la dependencia de uno de sus miembros. Cada uno de estos elementos, sin embargo, ha de ser valorado de modo diferente.

En primer lugar, por lo que respecta a las herencias, en el supuesto de que se pudiese demostrar empíricamente que es algo que los individuos valoran a la hora de decidir cómo hacer frente a los gastos que origina la dependencia, no está nada claro que este motivo sea relevante para justificar la creación de un seguro público de cobertura universal, debido a la regresividad de los efectos distributivos que se pueden derivar. Por otro lado, para evitar que determinadas personas con problemas de dependencia se vean conducidas a situaciones de pobreza, no es preciso instrumentar un esquema de aseguramiento con cobertura universal, pues basta con un esquema de carácter selectivo –como el que, de hecho, ya existe hoy en día en nuestro país, con más o menos fuerza– que proporcione asistencia a aquellas personas que no disponen de suficientes recursos para adquirirlo privadamente. Finalmente, por lo que respecta a la suavización de las consecuencias financieras negativas resultantes, las ventajas de un aumento de la cobertura pública sí parecen claras: todas las personas dependientes, incluyendo aquéllas que actualmente no acceden a los servicios públi-

cos ni tampoco pueden beneficiarse de un mercado asegurador estructurado (hoy prácticamente inexistente), podrían ver limitado el impacto que tienen los pagos privados que han de asumir y/o los sacrificios personales de algunos miembros de la familia.

En definitiva, si se opta por sustituir un esquema de cobertura selectivo por uno más universal, el principal efecto positivo es el de limitar, para todos los individuos, la extensión de la carga financiera que supone hacer frente a los gastos que origina la dependencia; por el contrario, también fruto de esta mayor cobertura, buena parte de los activos, que, de otro modo se utilizarían para adquirir privadamente la atención necesaria, son íntegramente transferidos a la próxima generación. Está claro, este resultado no es independiente del mecanismo de financiación del nuevo gasto social creado. Por otra parte, si se opta por conservar un esquema selectivo, a pesar de renunciar a los efectos del aseguramiento universal, el principal efecto positivo consiste en garantizar que serán las personas con menos recursos privados las que se beneficiarán de la intervención pública.

Así pues, a la vista de las consideraciones anteriores, repensar el grado de cobertura pública, frente a los problemas de dependencia que actualmente se dan, pasa, a nuestro parecer, por combinar en dosis adecuadas elementos de uno y otro esquema. En este sentido, optar por la provisión pública requiere hacer explícito el mecanismo de financiación, dados los efectos colaterales socialmente regresivos de la universalización. De modo adicional podrían explorarse algunas combinaciones.

Una posible alternativa podría venir del tratamiento diferenciado de aquellas situaciones que precisan del internamiento de la persona, en contraposición a aquellas otras donde el individuo continúa viviendo en la comunidad. En efecto, cuando una persona ingresa en una residencia, no

acostumbra a volver al hogar porque acaba, generalmente, muriendo. Así pues, si la cobertura pública es muy exhaustiva y permite al individuo mantener intactos sus activos, la principal consecuencia que se derivaría de hacer menos selectiva la financiación pública de la acogida residencial sería la de proteger los activos de aquellos individuos que actualmente recorren a residencias privadas, al coste de cargar el gasto a los presupuestos públicos. En este sentido, a pesar de que faltan estudios que hayan tratado de valorar empíricamente si estos individuos tienen rentas superiores a las de los actuales usuarios de los servicios residenciales públicos, es poco probable que pertenezcan a los estratos de renta inferiores. Así pues, por lo que respecta al ámbito residencial, parece adecuado mantener el actual modelo de cobertura selectiva, mejorándolo sustantivamente en su dinámica de ‘prueba de medios’, y que, en principio, debe permitir que acaben recibiendo asistencia aquellas personas con recursos insuficientes para adquirirla privadamente. Para alcanzar esto hacen falta algunas modificaciones importantes:

- Un primer aspecto controvertido del actual sistema tiene que ver con las diferencias en las normativas y reglamentaciones existentes entre las plazas de larga estancia del programa “Vida a los años”, gestionadas por CatSalut, y las plazas de acogida residencial del Instituto Catalán de Servicios Sociales. En el primer caso (CatSalut), tanto el acceso como las aportaciones de los usuarios se rigen por principios escasamente selectivos desde un punto de vista económico: por una parte, los criterios para ingresar en una plaza son estrictamente médicos (a pesar de que no suficientemente reglados), sin que la capacidad económica del individuo juegue ningún papel; por otro lado, pese a que la situación económica del beneficiario sí se tiene en cuenta a la hora de calcular las aportaciones que

tiene que realizar, éstas sólo se producen a partir del cuarto mes de estancia, y sólo por los conceptos de alojamiento y manutención. Esta situación contrasta abiertamente con el caso (ICASS) de las plazas de acogida residencial, donde para determinar el acceso se tiene en cuenta la situación económica del individuo, y las aportaciones se producen desde el primer día y por la totalidad de los costes que origina la plaza. Así pues, a pesar de que la naturaleza de uno y otro recurso asistencial es ligeramente diferente, también es cierto que los costes de ambos tipos de plazas tienen componentes similares: alojamiento y manutención; atención sanitaria; y soporte a las actividades de la vida diaria. Parece, pues, prioritario evaluar empíricamente la importancia relativa de estos costes en uno y otro caso, y definir un régimen de aportaciones único por parte de los usuarios. En este sentido, independientemente de que el individuo ingrese en una residencia o en un centro sociosanitario, la cobertura pública del gasto no sanitario se debería regir fundamentalmente por criterios selectivos.

- Por otra parte, además del punto anterior, el propio sistema que actualmente regula el acceso a las plazas financiadas por el ICASS presenta algunas inconsistencias que sería necesario corregir. Así, pese a que se tiene en cuenta la situación económica del individuo, ésta sólo tiene un peso del 20%, de manera que si un individuo de renta alta obtiene puntuaciones suficientemente elevadas en el resto de ítems que la escala considera (estado de salud, nivel de dependencia, estado cognitivo...), es perfectamente posible que acabe teniendo derecho a utilizar una plaza residencial financiada públicamente. Se podría argumentar, sin embargo, que dado que se obliga a los individuos

—una vez son usuarios— a realizar aportaciones si sus ingresos se encuentran por encima de un determinado umbral, las personas de renta alta acabarán pagando un porcentaje superior al coste de la plaza que ocupan. El problema es que el actual sistema de cálculo de aportaciones, recogido en el Decreto 394/1996, parece excesivamente generoso: todos aquellos individuos con “excedentes”¹¹ de hasta 1.200€, reciben un subsidio público positivo (>0%) en el caso de que se conviertan en usuarios de una plaza residencial. En cualquier caso, para tratar con rigor esta cuestión y poder valorar el actual sistema de aportaciones, parece prioritario encaminar estudios que evalúen empíricamente cómo se distribuyen actualmente estas aportaciones en función de la renta de los individuos, y, si se tercia, plantear reformas que aumenten la progresividad, reduciendo la complejidad que caracteriza al actual sistema de cálculo de aportaciones.

- Otro aspecto que sería necesario reconsiderar del actual modelo es que ha hecho efectivo su carácter selectivo mediante “pruebas de medios” donde el patrimonio ha jugado un papel reducido. Y, si bien siempre es importante que una política selectiva sea capaz de discriminar en función de la capacidad económica global de los individuos, en este caso aún lo es más: los ancianos, en términos relativos, tienen pocos ingresos y relativamente más patrimonio. Así pues, a pesar de que actualmente el patrimonio mobiliario de los individuos ya se tiene en cuenta a la hora de determinar qué porcentaje del coste de los servicios se financia públicamente, sería necesario dar un mayor protagonismo en el proceso de priorización al patrimonio inmobiliario del sujeto. De hecho, a pesar de que se podría mantener la legisla-

ción actual en que no se tiene en cuenta la vivienda habitual a la hora de recibir los servicios cuando el cónyuge aún está vivo, la Administración podría mirar de recuperar la deuda acumulada en el valor de la vivienda, una vez el beneficiario y su cónyuge se hubieran muerto. Esta última posibilidad, pese a estar ya contemplada en nuestro ordenamiento jurídico, no se ha aplicado nunca.

- Finalmente, además de las modificaciones anteriores, la cobertura pública frente a los gastos de institucionalización podría modularse también en función de la probabilidad de retorno a la comunidad de la persona ingresada. En efecto, si este retorno tiene lugar y se opta por un sistema de cobertura selectivo en el que los individuos han de agotar buena parte de su patrimonio antes de que reciban financiación pública, es muy probable que estas personas vean muy reducido su bienestar una vez vuelvan a casa —pese a no haberse vuelto pobres—. En estos casos, por tanto, parecería adecuado que la prueba de medios fuese menos estricta que en el de aquellos individuos con un pronóstico de no retorno a la comunidad. Este posible tratamiento diferencial debería existir, en cualquier caso, tanto para quienes han sido ingresados en una residencia como para quienes lo han hecho en un centro sociosanitario¹².
- Sin embargo, pese a que pueda resultar atractivo introducir una cierta dosis de universalismo en la cobertura pública a nivel comunitario, ello no significa que la protección tenga que ser la misma para todo el mundo: por una parte, a pesar de que el acceso a las prestaciones comunitarias pueda realizarse sin utilizar pruebas de medios, es evidente que se deberá establecer un umbral de necesidad a la hora de selec-

¹¹ Recordamos que el excedente, según el Decreto 396/1996, se obtiene restando de los ingresos totales de la unidad de convivencia el Salario Mínimo Interprofesional (SMI) ponderado por el número de miembros que forman parte.

¹² El último aspecto señalado contiene una idea que permite reconsiderar el alcance, muy reducido, según veíamos en el primer apartado, de la actual cobertura pública a nivel comunitario. Así, al igual que parece razonable ir más allá de la simple cobertura frente al destino a la pobreza en el caso de los individuos institucionalizados que pueden retornar a la comunidad, también para aquéllos que aún no han sido institucionalizados hay motivos para seguir este mismo criterio: por una

parte, dado que la inmensa mayoría de personas dependientes que continúan viviendo en la comunidad lo hacen acompañadas de familiares —básicamente cónyuges o hijos—, los costes que comporta el hacerse cargo, ya sea contratando atención formal y/o abasteciéndola informalmente, pueden menguar el bienestar de todos los miembros que componen el hogar, en clara contraposición a aquellas situaciones en que una persona ingresa irreversiblemente en una residencia; por otro lado, también contrariamente a aquello que se da en este último caso, las personas dependientes que continúan viviendo en la comunidad tienen más problemas para liquidar parte de sus activos (piénsese, por ejemplo, en el caso de la vivienda habitual).

cionar a los posibles beneficiarios (por ejemplo, estar falto de autonomía en, como mínimo, tres actividades básicas de la vida diaria); por otra parte, independientemente de cuál sea el criterio de acceso utilizado, nada impide que la intensidad de las prestaciones varíe en función del nivel de incapacidad de los sujetos e, incluso, de su situación económica. En definitiva, si de lo que se trata mediante la intervención pública es de amortiguar los impactos negativos que sobre la renta disponible pueda tener la dependencia de uno de los miembros del hogar, parece oportuno diseñar un esquema de ayudas que tenga en cuenta tanto el volumen de atenciones que necesita la persona dependiente como los recursos económicos con que cuenta para hacerles frente. A la vez, un “targeting” (objetivos focalizados) de las prestaciones comunitarias, según demuestran los estudios internacionales¹³, constituye una condición necesaria para que estas prestaciones consigan evitar la institucionalización innecesaria de algunos sujetos y, de este modo, generar ahorros al sistema. En este sentido, el programa “Vivir en Familia”, que, como decíamos, concede una prestación uniforme de 240€ a todos aquellos que satisfacen los criterios de acceso, no parece el diseño más adecuado.

En cualquier caso, si se pretende incrementar la cobertura pública del riesgo de independencia a nivel comunitario, es evidente que no ayuda mucho la actual distribución competencial entre el Departamento de Bienestar Social –impulsor de “Vivir en Familia” y responsable de los centros de día– y los ayuntamientos –con competencias sobre la atención domiciliaria–. Así pues, conviene profundizar en la creación de consorcios donde participen ambos niveles de gobierno o, inclu-

so, analizar la idoneidad de iniciar un proceso de subsidiariedad (“devolution”) municipal de aquellos servicios que hoy en día son competencia del gobierno autonómico.

Prestaciones en metálico versus prestaciones en especie

Otro aspecto fundamental en el debate sobre la atención a la dependencia que es preciso considerar, tanto si se incrementa la cobertura pública como si no, es el relativo a la naturaleza de las prestaciones financiadas públicamente. En este sentido, como ya hemos mencionado anteriormente, la situación actual se caracteriza por la preponderancia de las prestaciones en especie: la Administración autonómica o local determina cuál es el recurso asistencial más adecuado para cada individuo y, acto seguido, ofrece directamente o contrata externamente el servicio en cuestión (una plaza en una residencia, en un centro de día, tele-alarma, etc.). Una alternativa a este esquema consistiría en que se diera dinero a los beneficiarios y éstos fuesen los encargados de escoger. Este nuevo modelo podría concretarse de maneras diferentes: por una parte, en su versión menos extrema, la Administración podría condicionar el abono del dinero a la contratación de un determinado servicio, establecido por la propia Administración, y dejar que fuese el individuo quien eligiese proveedor; por otra parte, en su formulación más extrema, la Administración podría, simplemente, transferir una cierta cantidad de dinero a cada beneficiario, que podría variar según el nivel de dependencia y la situación económica, y que éste eligiese el servicio –o servicios– que considerase más adecuado (o adecuados). En cualquier caso, con independencia de que se acabase optando por uno u otro tipo de formulación, las principales ventajas que se

¹³ Weissert et al., 1997.

derivarían de un incremento en el poder de decisión de los beneficiarios serían las siguientes:

- En el caso de los servicios destinados a personas dependientes, a diferencia de lo que sucede por ejemplo con los servicios sanitarios, la calidad de la asistencia es una variable sobre la cual los usuarios pueden pronunciarse fácilmente. Y es este hecho, precisamente, una de las principales razones por la que en el caso de los cuidados de larga duración, un sistema de prestaciones en metálico constituye un mecanismo que puede ser de ayuda para estimular un comportamiento eficiente por parte de los proveedores. En efecto, dado que los beneficiarios de la prestación pueden escoger libremente el proveedor al cual recorren, y cambiar de uno a otro si la calidad del servicio no es la adecuada, el sistema de prestaciones en metálico garantiza que la (deseable) minimización de costes por parte de los proveedores no se produzca mediante una (indeseable) reducción de la calidad asistencial. Por el contrario, cuando se opta por un sistema de prestaciones en especie, resulta necesario establecer contratos entre el financiador público y los proveedores sobre la forma en que éstos serán remunerados por sus servicios. Sin embargo, si se pretende estimular un comportamiento eficiente por parte de los proveedores, estos contratos deberán ir acompañados de mecanismos que permitan monitorizar la calidad de los servicios ofrecidos. Y tanto los contratos como los mecanismos de control pueden comportar costes de transacción que, en principio, se prevén bastante superiores a los que se generan mediante un esquema de prestaciones en metálico.
- Por otra parte, por lo que respecta a la composición relativa de la oferta de servicios en un esquema de

transferencias en especie, las señales que reciben los proveedores sobre cuáles son los servicios que más conviene expandir (centros de día, residencias...) provienen de los “gestores de casos” del Departamento de Bienestar Social. Pero, para que este mecanismo produzca un resultado adecuado y la oferta de servicios evolucione de acuerdo con las necesidades de los individuos, los gestores de casos tienen que ser capaces, por un lado, de valorar con exactitud estas necesidades, y por el otro, han de evitar que sean los proveedores de servicios los que acaben imponiendo la composición relativa de la oferta de acuerdo a sus propios intereses. Sin embargo, uno y otro objetivo son difíciles de alcanzar o, cuanto menos, son más difíciles de conseguir que cuando se instrumenta un esquema de prestaciones en metálico: así, dado que en este caso son los propios individuos quienes deciden cuál es el servicio que más les conviene, es preciso pensar que sus demandas expresarán adecuadamente sus necesidades; por otra parte, fruto de la gran cantidad de agentes compradores que aparecen en un sistema de prestaciones en metálico, parece poco probable que los proveedores traten de desarrollar una oferta de servicios ajena a las señales emitidas por los demandantes.

Finalmente, por lo que respecta a la experiencia comparada, constatar que en EE.UU la posibilidad de dotar de más poder de decisión a los beneficiarios de servicios personales relacionados con la dependencia ha generado un pequeño “boom” de experiencias piloto en los últimos años, recogidas bajo la etiqueta “de iniciativas dirigidas al consumidor” (*consumer-directed initiatives*). La más importante, pues ya se tienen resultados sobre sus efectos, es la de

Arkansas¹⁴. En este estado, además del esquema tradicional, donde las agencias proveedoras de servicios comunitarios son las encargadas de decidir el “mix” de servicios que es preciso proporcionar a cada beneficiario del sistema público, la Administración introdujo, experimentalmente, la posibilidad de que fuesen los propios beneficiarios quienes gestionasen su atención. En concreto, el nuevo programa funcionaba del siguiente modo: los beneficiarios recibían a principios de mes una transferencia monetaria, de cuantía variable según el nivel de dependencia del sujeto; después, el beneficiario podía utilizar este dinero para adquirir privadamente todos aquellos servicios que estimase oportunos, incluyendo la remuneración de un cuidador informal, pero conservando las facturas de todas y cada una de las compras realizadas. Los resultados del experimento, en el cual se siguió durante 12 meses la evolución de cerca de 2.000 individuos asignados aleatoriamente al nuevo programa o al antiguo, han sido muy positivos: por una parte, los individuos asignados al nuevo programa mostraron niveles de satisfacción sobre la atención recibida superiores a las del grupo control, tanto por lo que respecta a la actitud de los cuidadores, el horario en que se recibía la atención y el grado de cobertura de las necesidades; por otro lado, contradiciendo las críticas habituales a estos programas, que enfatizan la posible disminución de la calidad técnica de la atención que puedan comportar, los resultados muestran que no se detectaron diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables siguientes: contracturas por caída, infecciones del trato urinario, infecciones respiratorias, y úlceras de presión.

Financiación sostenible y equitativa

Cualquier modificación “al alza” del actual sistema de cobertura pública del riesgo de dependencia tiene que tener

en cuenta el impacto que éste pueda ocasionar sobre las finanzas públicas, siendo en este sentido especialmente importantes dos aspectos: por una parte, la sostenibilidad financiera del posible incremento de cobertura, entendida como la capacidad por parte de la Administración de conseguir los ingresos necesarios a lo largo del tiempo para hacer frente al gasto futuro en cuidados de larga duración; y, por otro lado, es preciso concretar las fuentes de financiación que se utilizarán para hacer frente al incremento de gasto público que la mayor cobertura generará, tanto en el momento actual como durante los próximos años, dejando bien claro cómo se repartirá la carga financiera dentro de cada generación y entre generaciones.

Así pues, por lo que respecta al primer elemento, es fundamental desarrollar modelos de simulación que permitan proyectar la evolución futura del gasto público bajo diferentes escenarios de cobertura por parte de la Administración. Estos modelos, además de la cobertura, tienen que tener en cuenta el efecto que sobre el gasto futuro puedan tener diversas variables socio-demográficas, como, por ejemplo, el envejecimiento de la población, la evolución dinámica de los problemas de dependencia entre la gente de la tercera edad, el impacto de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo sobre la intensidad de la ayuda informal, o la evolución futura de los costes unitarios de los diferentes servicios de atención a la gente de la tercera edad.

Recientemente, en otro trabajo, hemos desarrollado un modelo de estas características que simula la evolución del gasto público en cuidados de larga duración hasta el año 2030¹⁵; según este modelo, si la cobertura pública no experimentara ningún tipo de cambio en los próximos 30 años, la porción del PIB que Cataluña destina a pertrechar públicamente cuidados de larga duración pasaría del 0,29 actual a un 0,57 en el año 2030, siendo este incremento el resul-

¹⁴ Foster et al., 2003.

¹⁵ López, Casado y Comas, 2003.

tado del efecto combinado del resto de factores antes mencionados (envejecimiento, cambios familiares, del mercado laboral, etc.). Cualquier incremento de cobertura por encima del nivel actual, obviamente, generaría aumentos del gasto presentes y futuros superiores a la cifra mencionada. En este sentido, a pesar de que no disponemos de cálculos para Cataluña, puede resultar ilustrativa la cifra correspondiente al caso alemán, un país que actualmente dispone de un modelo de cobertura pública de alcance universal y muy comprehensivo por lo que respecta a las prestaciones incluidas; así pues, según un reciente estudio de ámbito europeo¹⁶, el gasto público alemán en cuidados de larga duración se sitúa actualmente en un 0,86% del PIB y, si no se produjesen cambios en los niveles de cobertura, este porcentaje se situaría en el año 2030 en el 1,47%.

Por lo que respecta a las fuentes de financiación que deberán utilizarse para hacer frente al aumento del gasto que, en cualquier caso se producirá, tanto si se incrementa la cobertura pública como si no, es preciso tener presente no sólo la equidad intrageneracional, sino también la intergeneracional. Así pues, dado que los principales beneficiarios de un posible incremento de la cobertura serían los ancianos, y los hijos e hijas de éstos, parece razonable buscar nuevas fuentes de ingresos en aquellos impuestos en que sean las personas de más edad las que más participen; un candidato claro, en este sentido, sería el impuesto de sucesiones. A la vez, también en línea con esta idea de exigir un esfuerzo relativo mayor a las personas de más edad, y de más patrimonio como es en el caso propuesto, se podría valorar la posibilidad de vincular parte del incremento de la cobertura pública en materia de dependencia a la evolución de las pensiones contributivas. Adicionalmente, para completar los ingresos que se pudiesen recaudar mediante los dos instrumentos anteriores, también se podría estudiar la posibi-

lidad de afectar un tramo del Impuesto sobre la renta de las personas físicas, IRPF. En cualquier caso, si bien esta combinación de fuentes de financiación puede constituir una solución satisfactoria para las inmediatas generaciones de ancianos, tal vez habría necesidad de darle un carácter transitorio y comenzar a pensar, para las actuales generaciones más jóvenes, en mecanismos que permitiesen acumular reservas para el futuro mediante primas comunitarias obligatorias durante toda la edad activa de los individuos.

¹⁶ Comas y Wittenberg, 2003.

4.3. Bibliografía

Campbell, J.C. y Ikegami, N. (2000): *Long-term Care Insurance comes to Japan*. Health Affairs, 19 (3): 26-39.

Casado, D. y López-Casasnovas, G. (2001). *Vejez, dependencia y atenciones de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Colección de Estudios Sociales nº 6. Barcelona: Fundación “La Caixa”.

Comas-Herrera, A. y Wittenberg, R. (eds.). *European study of long-term care expenditure*. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. PSSRU: Discussion Paper 1840, 2003.

European Policy Committee (2001) *Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact of public spending, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*. Directorate General for Economic and Financial Affairs of the European Commission: Brussels. (http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc_en.htm).

Foster, L. Te al. (2003): *Improving the Quality of Medicaid Personal Assistance through Consumer Direction*. Health Affairs-Web Exclusive, w3-162.

Geraedts, M. te al. (2000): *Germany's Long-Term Care Insurance: Putting a Social Insurance Model into Practice*. The Milbank Quarterly, 78(3):375-401.

IMSERSO (2002). *Informe 2002. Las personas mayores en España*. (<http://www.imsersomayores.csic.es/basisbwdocs/infestadistica.htm>)

López Casasnovas G., Casado D y Comas A. *La cobertura del riesgo de dependencia en Cataluña*. Informe elaborado por encargo del Departamento de Economía y Finanzas de la Generalitat de Catalunya. Centro de Investigación en Economía y Salud, 2003, mimeo.

Mellor, J.M. (2001): *Long-Term Care and Nursing Home Coverage: Are Adult Children Substitutes for Insurance Policies?*. Journal of Health Economics, 20(4):527-547.

Sloan, F.A. y Norton, E.C. (1997): *Adverse Selection, Bequests, Crowding Out, and Private Demand for Insurance: Evidence from the Long-Term Care Insurance Market*. Journal of Risk and Uncertainty, 15(3): 201-219.

Weissert, W.G. te al. (1997): *Cost Savings from Home and Community Based Services: Arizona's Capitated Medicaid Long-Term Care Program*. Journal of Health Politics, Policy and Law, 22(6): 1329-1357.

5.

La cobertura de la dependencia. Análisis de diversas experiencias europeas, mejores prácticas y su aplicabilidad en España

Jose Ramón Caso García. Ex-director general del INSERSO

El Libro Blanco sobre la Dependencia, que el Gobierno ha entregado al Congreso de los Diputados el pasado 20 de enero de 2005 para que sirva de base a la futura Ley de Atención a las Personas Dependientes, incluye un importante capítulo de análisis de los diferentes modelos de protección en los principales países de la Unión Europea.

Dado el escaso desarrollo que tiene actualmente en España la cobertura de la dependencia, parece relevante prestar atención a las principales experiencias existentes en nuestro entorno socio-político para intentar acertar con el mejor diseño institucional que dé respuesta a esta importante y creciente necesidad.

5.1. Introducción

La atención a los problemas de las personas dependientes (y en especial a aquellas de edad avanzada) no tiene un tratamiento homogéneo entre los países de la Unión Europea. Sin embargo, la preocupación entre las opiniones públicas y los poderes políticos es creciente, así como la demanda de dar una respuesta legal, financiera y organizativa adecuada a la gravedad actual y futura de este problema y a algunos de los principales factores que lo conforman: envejecimiento de la población, incremento de la esperanza de vida, incremento de la morbilidad en edades avanzadas, sobrecarga de los Sistemas Nacionales de Salud, transformación de la estructura familiar, incorporación de la mujer al mercado laboral, probable disminución del número de personas que prestan cuidados informales, etc.

Hay que tener en cuenta el gran número de personas que requieren ser protegidas por un sistema que dé respuesta a este problema en las sociedades desarrolladas. Así, en Alemania reciben prestaciones en la actualidad 1.900.000 personas, lo que equivale al 2,3% de su población total. Esa cifra es semejante al 2,4% de personas dependientes sobre el total de la población (960.000 en 1999) que el Libro Blanco estima que existen en España.

La protección de la dependencia, según el Consejo de Ministros del Consejo de Europa, debe tener como objetivos:

- Prevenir y/o reducir la dependencia, impidiendo su agravamiento y atenuando sus consecuencias.
- Ayudar a las personas dependientes a llevar una vida según sus propias necesidades y deseos.
- Proporcionar una protección suplementaria a las personas dependientes, bien mediante la concesión de una prestación, bien por el acceso a los servicios existentes o la creación de servicios apropiados.

La Comunicación de la Comisión Europea de 2001 afirma que los sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración en la Unión Europea tienen ante sí el reto de alcanzar al mismo tiempo tres objetivos:

- El acceso de todos, independientemente de los ingresos o el patrimonio.
- El alto nivel de calidad de la asistencia.
- La sostenibilidad financiera de los sistemas de asistencia.

Es significativo que se marquen los mismos objetivos de accesibilidad universal, calidad y sostenibilidad financiera para dos sistemas (sanitario y de cuidados de larga duración) que tienen un nivel de desarrollo y financiación tan diferente en la inmensa mayoría de los países de la Unión.

5.2. Modelos europeos de atención a la dependencia

Aunque existe una marcada tendencia hacia la convergencia entre los diferentes modelos de los distintos sistemas nacionales, tanto en su concepción como en el nivel de gasto público, se pueden distinguir tres modelos de sistemas institucionales básicos: seguro obligatorio, derecho universal prestado por servicios sociales descentralizados, y prestaciones sociales vinculadas a estados de necesidad.

Es importante resaltar que esta tipología no significa que los modelos sean cerrados ni contrapuestos. Existen caracteres comunes. Por ejemplo, en la gran mayoría de los países la prestación directa de servicios de asistencia a domicilio o en establecimientos está descentralizada e incumbe a las autoridades locales o regionales (con independencia del origen de la financiación). Esta prestación de servicios, en la mayoría de los países se realiza de forma mixta, con el concurso del sector privado y organizaciones no lucrativas.

- Seguro obligatorio. Es el existente en Austria (1993), Alemania (1995), Luxemburgo (1998), Bélgica (2001) y Francia (2002).
- Derecho universal prestado por servicios sociales descentralizados. Es el que se ha venido desarrollando, fundamentalmente a lo largo de los últimos 20 años, en los países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Suecia, Holanda) y con menor extensión y universalidad en los anglosajones (Reino Unido e Irlanda).
- Prestaciones sociales, vinculadas a estados de necesidad. Es el modelo tradicional existente en los países menos desarrollados del Sur de Europa (España, Italia, Portugal y Grecia) que, aunque en los últimos años han incrementado los recursos financieros y los servicios de proximidad de sus sistemas, se siguen caracterizando por su carácter de asistencia social con frecuencia vinculada a la prueba de medios. En Italia en el año 2000 se aprobó una Ley Marco para la introducción de un sistema integrado de servicios sociales, que incluye niveles esenciales y homogéneos de prestaciones sociales. En el año 2003 se ha elaborado un Libro Blanco sobre el Bienestar que trata de dar respuesta a las principales necesidades aún no cubiertas.

5.3. El modelo español en la actualidad

En la actualidad, el sistema de Seguridad Social no cubre de manera específica el riesgo de dependencia, aunque existen prestaciones económicas para algunas modalidades de necesidades de cuidados de larga duración (gran invalidez, accidentes, discapacitados...).

La descentralización competencial de los servicios sociales hacia las Comunidades Autónomas está produciendo un incremento en los niveles totales de gasto, aunque

con una gran dispersión en los niveles de intensidad y calidad relativos.

En caso de no-intervención por parte del Gobierno Central y de las Cortes Generales mediante legislación nacional, sería previsible que las Comunidades Autónomas fueran desarrollando de manera desigual sus subsistemas de servicios sociales en función de diversos parámetros: envejecimiento relativo de sus poblaciones, presión social, nivel de riqueza relativa, preferencia relativa por el mix servicios públicos-privados, prioridades políticas, etc. En todo caso, y en la medida en que se fuera acortando a medio plazo el diferencial de renta con la media europea, sería previsible un incremento en el gasto en servicios sociales y en el desarrollo de una red pública y privada de prestaciones en especie.

Este modelo continuista probablemente conduciría a una agudización de la actual dualización en el tratamiento de la dependencia. Por un lado, se produciría un lento, pero creciente, incremento en la atención pública a la dependencia de los colectivos más desfavorecidos (en términos de renta y patrimonio). Por otro lado, se seguiría incrementando el desarrollo de los servicios privados de atención a la dependencia (tanto domiciliaria como residencial) en función de la previsible mejora de los niveles de pensiones y patrimoniales de los mayores dependientes. Para los niveles más graves de dependencia se incrementaría la presión sobre el sistema público sanitario.

En este modelo se mantendrían algunos efectos perversos del sistema actual: la carencia de protección de muchos mayores dependientes que no superan la prueba de medios, las desigualdades muy fuertes entre los niveles de prestaciones (en amplitud y en calidad) de las diferentes Comunidades Autónomas, y la disminución continua en el número de cuidadores informales.

5.4. El modelo de seguro obligatorio

El primer país europeo que lo implantó fue Austria, mediante Ley federal. La prestación (subsidio económico) no está sujeta a cotización, y es financiada con el Presupuesto Federal (impuestos). La cobertura es universal, incluyendo a los discapacitados. Existe una clasificación en siete niveles de necesidad. La prestación va desde los 150 euros (nivel 1) a los 1.500 euros (nivel 7). Existen prestaciones de los Estados federados en especie (servicios) a nivel regional.

El modelo más relevante por su volumen, y por ser el modelo al que presta mayor atención el Libro Blanco español, es el de Alemania, implantado mediante Ley en 1995. Su seguro de dependencia es público y obligatorio, sujeto a cotización. El seguro se concibe como “continuación del seguro de enfermedad”. Por tanto, aquellos no afiliados a la Seguridad Social, que tienen cubierto el riesgo de enfermedad con un seguro privado tienen que contratar asimismo el seguro de dependencia con una compañía privada.

El seguro de dependencia cubre a los discapacitados. La determinación del grado de asistencia corresponde al Servicio Médico. El tipo de cotización es el 1,7% de la base reguladora (al 50% entre trabajadores y empresa).

Existen 3 grados de asistencia (y prestaciones más altas para casos excepcionales). El valor de las prestaciones va desde los 400 euros (nivel 1) hasta los 1.400 euros (nivel 3). El dependiente puede elegir entre prestaciones en especie (servicios) o económicas (aproximadamente por la mitad de la cuantía).

Asimismo, existe un complemento de prestaciones en especie para los más necesitados en forma de ayuda social, gestionada por los municipios. Tiene especial interés que el seguro de dependencia cubra las cotizaciones al seguro de

pensiones del cuidador informal que no ejerza otra actividad remunerada, según un escalado en función de la dedicación requerida por la persona dependiente.

Por su reciente implantación (2002), tiene interés el análisis de Francia. Por Ley se ha regulado la prestación (*allocation*) personalizada de autonomía (APA). El APA se concibe como una prestación en especie (servicios). Existe una tarifa nacional que fija la cuantía máxima de la ayuda, así como de la contribución que corresponde al dependiente (copago en función de la renta). Está fundamentalmente enfocada a fomentar la ayuda domiciliaria (hay que tener en cuenta que en Francia ya hay 600.000 mayores que viven en establecimientos especializados, incluyendo los hospitalarios). Los cuidados médicos son financiados por el seguro de enfermedad.

Un dato que pone de manifiesto la gran necesidad de poner en marcha sistemas nacionales de cobertura de la dependencia es la gran aceptación que ha tenido la implantación del APA, que ha desbordado las estimaciones oficiales sobre el número de solicitantes y excedido las previsiones financieras. Así, en el primer año de vigencia, se reconoció el derecho a la prestación a 600.000 personas, la mitad de las cuales con prestación de asistencia a domicilio. El coste total de las ayudas públicas para asistencia a domicilio (en especie y con co-pago) fue de 1.800 millones de euros en el año 2002.

Para afrontar los retos inesperados de financiación de su programa de dependencia, el Gobierno francés ha anunciado que se suprimirá un día festivo y que las cotizaciones (20% empresa, 80% trabajadores) nutrirán un Fondo Nacional para la Dependencia. El plan cubrirá tanto a mayores como a discapacitados. El Estado se compromete a contribuir a la financiación del APA mediante impuestos.

Por tanto, el complejo modelo francés parece enfocarse hacia una financiación mixta impuestos-cotizaciones.

5.5. El modelo de derecho universal de prestaciones

Los sistemas de Seguridad Social de los países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Suecia), y el del Reino Unido, no contemplan el riesgo ni la prestación específica de dependencia. En el caso de Holanda la Ley de Sanidad contempla prestaciones en especie financiadas por el Ministerio de Sanidad.

En todos estos países existe una red de base municipal muy fuerte de servicios sociales financiada con impuestos locales (y transferencias de la Administración Central). En Dinamarca y Finlandia existen, asimismo, prestaciones en metálico complementarias. Es relevante señalar el creciente desplazamiento de la gestión de la prestación de los servicios desde el sector público hacia el sector privado. Así, en Suecia, desde un origen público en la prestación de los servicios, se ha llegado recientemente a que la mitad de la prestación de los mismos sea realizada por el sector privado.

Tiene especial interés el caso de Reino Unido, por el profundo y exhaustivo análisis que realizó en 1999 la *Royal Commission on Long Term Care* sobre la situación de la Dependencia en el Reino Unido, su previsible evolución y las medidas que recomendó.

Merece la pena destacar su análisis sobre los costes de los cuidados de larga duración y su forma de financiación. Se estima que dos tercios del coste están siendo soportados por el NHS (Sistema Nacional de Salud) y los Servicios Sociales públicos, y un tercio por los dependientes y sus familias. En este cálculo no se incluyen los gastos de manutención y alojamiento, ni los cuidados informa-

les. El 75% del coste se produce en las personas institucionalizadas (en Centros), y sólo el 25% se produce en asistencia domiciliaria.

El informe calcula que 5,7 millones de personas (el 10% de la población) en el Reino Unido prestan en la actualidad cuidados informales no remunerados, de las cuales, 800.000 lo hacen por más de 50 horas semanales. Más del 75% de las personas dependientes reciben ayuda informal.

Todo ello viene a poner de manifiesto la escasa cobertura pública de la dependencia en el Reino Unido, lo que produce dos efectos no deseados: la sobrecarga sobre el sistema hospitalario y la obligación que recae en los familiares de prestar cuidados informales, lo que cada día es más difícil de atender.

Es interesante, asimismo, resaltar del caso del Reino Unido la creación de un organismo nacional independiente, la *National Care Standards Commission* (NCSC) en el año 2000, para regular y supervisar los niveles de calidad de los servicios sociales descentralizados y privados. Este organismo fue reemplazado en 2004 por la *Commission for Social Care Inspection* (CSCI) y la *Commission for Healthcare Audit and Inspection* (CHAI).

5.6. La futura Ley de Atención a las Personas Dependientes en España

Desde el Acuerdo de 2001 para la Mejora y el Desarrollo del Sistema de Protección Social, realizado en el marco del Pacto de Toledo, las principales fuerzas políticas y sociales en España están de acuerdo en establecer mediante Ley un nuevo marco de cobertura a la dependencia en España.

Esta ley regulará el Sistema Nacional de Dependencia que, según el texto del Libro Blanco debe tener cuatro características fundamentales:

- Universalidad de la prestación, que supone que todas las personas en situación de dependencia tendrán acceso a los servicios, con independencia de su edad, origen y patrimonio. Por tanto, apuesta por la inclusión en el mismo Sistema a los discapacitados, siguiendo la pauta del modelo alemán.
- Carácter público de la prestación, sea cual sea el sistema de financiación y las formas de gestión que adopten los servicios
- Igualdad en el acceso al derecho, aunque prevé que las administraciones autonómicas y locales puedan mejorar o ampliar las condiciones básicas de la prestación.
- Sistema de cofinanciación por parte de los usuarios.

El sistema de referencia

Uno de los principales puntos del Libro Blanco que permite empezar a vislumbrar cómo será el futuro Sistema Nacional de Dependencia es el análisis que hace de los diferentes sistemas que se podrían adoptar. El libro no se inclina de manera clara por ninguno de los tres sistemas explicados anteriormente, pero de su lectura se extraen conclusiones bastante favorables hacia un sistema similar al alemán, en el que la dependencia se considera como uno de los riesgos que deben ser protegidos mediante la Seguridad Social.

El capítulo XII del Libro Blanco señala que no sería ninguna novedad ampliar la acción protectora de la Seguridad Social, “resolviendo, además, la falta de equidad, que actualmente se produce, de que el reconocimiento de la gran invalidez y del concurso de tercera persona sólo pue-

den serles reconocidas a las personas menores de sesenta y cinco años”, indica.

Para justificar la posible elección de este modelo, acude a varios artículos de la Ley General de la Seguridad Social y a algunos informes, dentro de los cuales tiene especial relevancia el emitido por el Defensor del Pueblo en el año 2000, que afirmaba de forma rotunda que “el sistema de protección de la dependencia deberá estar encardinado en el ámbito de la Seguridad Social, como un derecho subjetivo, con independencia de la financiación que se realice”.

La financiación

Precisamente la financiación es uno de los temas clave del sistema sobre el que el Libro Blanco no se pronuncia claramente. Sin embargo, dedica más espacio y se esfuerza más en explicar el sistema basado en cuotas a la Seguridad Social que en la vía impositiva.

En la primera de estas fórmulas, la financiación estaría basada en cuotas de los trabajadores y de las empresas de forma solidaria, pero también se establece que una parte de la carga debería recaer en los usuarios, pues un importante número de supuestos que originan dependencia tienen lugar por “el deterioro biológico de la persona y, por consiguiente, al margen de la relación laboral empleador-trabajador”. Parece claro que la Ley incluirá el copago dentro del esquema de financiación.

En cuanto a la fórmula de financiación vía impuestos, no es examinada con tanta profundidad, lo que parece indicar una clara preferencia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales por el sistema de cuotas. A pesar de ello, se plantea la posibilidad de que la financiación corra a cargo de los Presupuestos Generales del Estado, mencionando la opción, utilizada en otros países, de que una parte de deter-

minados impuestos que gravan actividades generadoras de dependencia (alcohol, tabaco, multas por incumplimiento de normas sobre prevención de riesgos, etc.) sea vinculada al Sistema Nacional de Dependencia.

La elección final no parece estar clara en la actualidad, puesto que a pesar de que las cuotas a la Seguridad Social parecen mostrarse en el Libro Blanco como la mejor solución, el Ministro de Trabajo, Jesús Caldera, ha afirmado: “no se elevarán los impuestos ni los costes laborales”.

Ello plantea el principal problema al que se enfrenta la puesta en marcha del Sistema Nacional de la Dependencia. Aunque se pretenda corresponsabilizar en la financiación a los tres niveles de las Administraciones Públicas (Estado Central, Comunidades Autónomas y Ayuntamientos) y a los usuarios (copago) se entiende mal cómo se puede financiar el Sistema con los 1.000 millones de euros anunciados por el Gobierno (parece entenderse como aportación de los Presupuestos Generales del Estado). Las propias declaraciones de los responsables del Ministerio de Trabajo aluden a la necesidad de duplicar el gasto social actual dedicado a la dependencia pasando de los actuales 4.000 millones de euros anuales a 8.500 millones. Es lógico suponer que las familias ya están dedicando el esfuerzo necesario (aunque sea mediante la ayuda informal). Por tanto, el incremento financiero tiene que venir necesariamente del sector público, aunque ello probablemente permitirá aflorar mediante el copago una parte de la ayuda informal.

Colectivos cubiertos y sistema de valoración

El texto considera que una persona es dependiente, a los efectos de tener derecho a protección de dependencia, cuando no puede realizar sin ayuda algunas actividades básicas de la vida diaria relacionadas con el cuidado perso-

nal, la movilidad dentro del hogar o las funciones mentales básicas.

En este sentido, el Libro Blanco señala que la nueva Ley debería considerar beneficiarios del Sistema Nacional de Dependencia las personas mayores de 18 años, que residan legalmente en España y se encuentren en situación de dependencia; y las personas que tengan a su cargo menores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia.

Para el reconocimiento del derecho a recibir la prestación, el criterio señalado es que se constituyan equipos específicos en los que estén representados personal del ámbito sanitario y personal de los servicios sociales, cuyo punto de partida podría situarse en los actuales equipos para la valoración de la discapacidad. Este órgano se encargaría de efectuar la valoración de la dependencia, en función de un reglamento que tendría que aprobarse en desarrollo de la normativa básica, que contendría criterios objetivos de aplicación en todo el territorio nacional.

Para la valoración, este trabajo establece una serie de criterios que deberían regir la determinación de la dependencia:

- La necesidad e intensidad de la ayuda requerida
- Las limitaciones graves en las actividades de autocuidado, relación de autoprotección y de movilidad dentro del hogar.
- Las enfermedades y deficiencias que originan la dependencia y/o la pérdida de autonomía intelectual.

En función de estos criterios el órgano reconocedor del derecho a la prestación deberá solicitar la cumplimentación de unos protocolos de recogida de datos por profesionales que visitarán el hogar, lo baremarán y el resultado será convalidado por un sistema estatal informatizado.

Este órgano, además de confirmar que la persona se encuentra en situación de dependencia, deberá indicar el

grado, según el cual, el beneficiario recibirá un nivel u otro de asistencia. A estos efectos, se plantean tres grados de dependencia:

- Moderada, cuando la persona necesita ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), al menos una vez al día.
- Severa, cuando la persona necesita ayuda para realizar ABVD dos o tres veces al día
- Gran dependencia, cuando la persona necesita ayuda para realizar ABVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

Estos grados determinarán la cuantía de la prestación (sea mediante servicios o prestación económica), que según el Libro Blanco debe estar relacionada en la medida de lo posible con los costes de los servicios que recibirá el usuario y el esfuerzo de cofinanciación que éste deba hacer. La cuantía debería ser la misma para todos aquellos que se les haya reconocido igual grado, aunque cabe la posibilidad de que sea distinta en función de que el beneficiario necesite un servicio de residencia o de ayuda domiciliaria.

Prestación económica versus prestación en especie

Otro de los aspectos más importantes de la futura Ley reguladora del Sistema Nacional de Dependencia es en qué va a consistir la prestación, para lo que se prevén dos modelos: el económico y en especie. Sin embargo, el Libro Blanco no entra a juzgar cuál de ellos es el más conveniente para nuestro país, aunque en algunos momentos señala que la tendencia europea se encamina a propiciar la prestación económica, como fórmula de reducir los costes de la prestación.

En la prestación económica, las personas dependientes reciben una cantidad adecuada a su grado para cubrir las necesidades de ayuda diaria. Esta prestación debe destinarse exclusivamente a pagar los servicios de asistencia, por lo que el cobro queda vinculado al hecho de que el servicio se hubiera prestado, y el abono se hace al beneficiario o al prestador del servicio.

Una de las previsiones que deberían figurar en la Ley, según el Libro Blanco, es que cuando el servicio se haga efectivo por un cuidador familiar, la cantidad sea inferior, como fórmula para desincentivar estas prácticas y para que el sistema tienda a la profesionalización, así como para incrementar el empleo y no impedir la incorporación de la mujer al trabajo (tradicional cuidadora informal en los países del sur de Europa). No obstante, el cuidador informal en este caso, debería estar dado de alta en el régimen especial de autónomos o uno específico que se determine, cuya cotización estaría bonificada en parte o en su totalidad.

En la prestación en especie, la persona recibe los servicios asistenciales que necesita en función de su grado. En este caso, a la persona dependiente se le asigna un centro especializado adecuado a su grado de dependencia, proximidad al domicilio, etc. La cantidad a pagar por los beneficiarios estaría basada en el servicio que se preste y en la tabla de tarifas previamente establecida.

En ambos sistemas, los equipos de servicios sociales serían los responsables de elaborar con la familia el “programa individualizado de atención” más conveniente.

Organización y gestión

El Libro Blanco da una idea de cómo debe ser el reparto de tareas entre las diferentes Administraciones Públicas,

otorgando un papel destacado a las Comunidades Autónomas. El reparto que propone es el siguiente:

– Estado

Al Estado le correspondería desarrollar el marco regulatorio básico: alcance y contenido del derecho a la atención a las personas en situación de dependencia, beneficiarios de la prestación, sistemas de financiación y gestión, aprobación de los baremos de valoración de la dependencia, etc. Asimismo, le correspondería el seguimiento, control y evaluación del sistema. El texto propone que se cree un Observatorio de la Dependencia, a disposición de todas las Administraciones Públicas para analizar tendencias, realizar prospecciones, estudios, investigaciones, etc.

– Comunidades Autónomas

Les correspondería la valoración de la dependencia, el reconocimiento del derecho, y garantizar que los servicios se pongan a disposición de los ciudadanos, lo que supondría la gestión de centros y la creación de otros nuevos. Otras actividades serían la creación de un Registro de Centros y Servicios de Dependencia, creación de órganos de gestión y evaluación del funcionamiento del sistema en su ámbito territorial. Asimismo se plantea que en la Conferencia Sectorial, el Estado y las Comunidades Autónomas cooperen en varias actividades relacionadas con el catálogo de servicios, los estándares de calidad y la formación de los profesionales.

– Corporaciones Locales

Les correspondería la gestión de los servicios que por su naturaleza y proximidad deben ser prestados por los

órganos locales, especialmente por aquellos que tienen un gran número de habitantes. También deben facilitar la creación de nuevos centros, habilitando suelo dotacional y agilizando trámites.

La iniciativa privada se contempla en el Libro Blanco como parte integrante de la red de servicios destinada a la atención de las personas dependientes. Las Comunidades Autónomas deben impulsar la concertación de centros privados y elaborar un mapa de la infraestructura que se requiere (centros residenciales y de día) con objeto de que las empresas privadas puedan estudiar las expectativas empresariales y su posible incorporación a la red. Por ley, se establecerán unos requisitos básicos que deben tener los centros que constituyan la red.

5.7. Conclusiones

El Libro Blanco constituye un documento interesante en cuanto a análisis de la realidad social española, de sus carencias en materia de atención a la dependencia, y de las mejores experiencias europeas. Sin embargo quedan por definir en los próximos meses y, muy especialmente, en el debate parlamentario, los aspectos más trascendentales para la puesta en marcha de un Sistema de Atención a la Dependencia en España con los ambiciosos objetivos que se han marcado. El problema más crucial que se presenta en estos momentos es el de las fuentes de financiación, lo que plantea dudas sobre la posible dimensión del Sistema y su ritmo de introducción. A ello contribuye el plazo de 8 años al que ha aludido el Gobierno, que contrasta con la rápida introducción de los sistemas europeos que han legislado al respecto.

6.

El aseguramiento y la atención a la dependencia cuando envejecemos. Bases para una propuesta factible y responsable¹

Pere Ibern Regàs. Profesor. Departamento de Economía y Empresa. Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra

Si nuestras capacidades físicas y mentales se mantuvieran intactas hasta el último día de nuestra vida, no estaríamos hablando de ello. Hay una probabilidad de que seamos dependientes en algunas actividades de la vida diaria, que suframos limitaciones cognitivas y fisiológicas. No lo sabemos con precisión, pero existe. Con datos de 1999, el 23,5% de la población mayor de 65 años sufre alguna limitación en las actividades de la vida diaria, es decir, un millón y medio de personas. De éstas, 108.000 estaban en centros residenciales, un 1,6% de la población mayor de 65 años. Del conjunto de personas mayores dependientes, el 16% no recibe ayudas o no las ha solicitado, el resto de personas dependientes recibe algún tipo de ayuda². Hay pues dos cuestiones a tener en cuenta. Por una parte no sabemos si seremos dependientes, ni cuándo, ni con qué intensidad. Y en el caso de que lo seamos, los recursos necesarios para resolver la dependencia van a variar en función de otras características más allá de la misma dependencia. Así, por ejemplo, algunas personas con determinado nivel de dependencia preferirán quedarse en casa si reciben cuidado de familiares, y otras, según su nivel de renta, pueden tomar decisiones de institucionalización distintas.

¹ Este trabajo se incluye dentro de una línea de investigación más amplia apoyada por el "Programa de Promoción del Conocimiento" del Ministerio de Educación y Ciencia (SEC 2003-05045).

² Fundació Institut Català de l'Envel·liment. Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España. Edad y Vida: Barcelona, 2004.

6.1. Riesgo y preferencias individuales

Si tuviéramos que caracterizar la dependencia con dos elementos clave éstos serían: riesgo y preferencias individuales. La dependencia es un riesgo y cada persona tiene unas preferencias sobre cómo la necesidad de atención en caso de producirse debería ser resuelta. En este último aspecto cabe destacar las diferencias con la asistencia sanitaria, ya que el grado de delegación de la decisión de nivel de atención sanitaria a los médicos es mucho mayor que en la dependencia. Las características personales y familiares cuentan mucho en las formas de atención a la dependencia.

Con estas premisas, a uno no se le escapa la complejidad a la que nos enfrentamos. A una valoración del nivel de dependencia no corresponderán exactamente unos mismos recursos para la atención, dependerá de las características individuales. La tentación fácil de un planificador público sería prever un nivel de atención determinado, con unos recursos y sus costes, para cada nivel de dependencia esperado. Esta opción está destinada a incorporar todo tipo de sesgos, pero el problema fundamental es que nunca dispondrá de la totalidad de información para tal ejercicio. Incluso si dispusiera de tal información, posiblemente no tendría capacidad de procesarla. Hayek describió magníficamente este problema hace 60 años pero en muchas ocasiones seguimos sin tenerlo en cuenta³. La aportación de Hayek se resumía en confiar en el mercado y el mecanismo de precios. Hoy sabemos que necesitamos fijarnos en los detalles, y no hay soluciones fáciles a problemas complejos (como es el caso de la dependencia). Así pues, de Hayek tomamos la idea de que no hay un planificador que tenga toda la información sobre cómo satisfacer una necesidad en una población, pero la idea de que únicamente el mercado y los pre-

cios resolverán la atención a la dependencia dista de ser realista para este caso.

El que en la actualidad exista un nivel de dependencia no implica necesariamente que siga siendo el mismo en el futuro. Muchos estudios tratan de utilizar los datos actuales para proyectar el futuro, cuando sabemos que los factores que determinan los niveles de dependencia cambian con el tiempo. En concreto, los estudios disponibles de cohortes de mayores dependientes indican precisamente que la tasa de dependencia en la población disminuye. El caso norteamericano lo ilustra sobradamente. Mientras que en 1984 había un 25% de mayores dependientes, en 1999 solamente había un 19%. Se ha producido una disminución anual en la dependencia del 2%⁴. Comprender los motivos que hay detrás esta tendencia nos ilustraría mejor a la hora de hacer previsiones sobre el futuro.

Lo que a cualquier observador le resultará incomprensible es cómo se traslada esta previsible evolución favorable de la dependencia a las estimaciones que se hacen desde el Libro Blanco recién publicado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales⁵. Si bien se menciona el fenómeno de la compresión de la morbilidad, en ningún caso se detallan las bases sobre las que se realiza la estimación y finalmente los resultados no acompañan a tal premisa. Si a ello le añadimos que se trata al mismo tiempo la dependencia en todas las edades, resulta todavía más difícil otorgar credibilidad a las estimaciones. En concreto, se prevé para 2020 que habrá 2,5 millones de personas mayores dependientes para alguna actividad de la vida diaria. Si tenemos en cuenta que en 2005 señala que hay 1,9 millones, supone que en los próximos quince años habrá aumentado en 600.000 nuevos dependientes. El mismo texto nos indica que entre 1999 y 2005 habría aumentado el número de dependientes en 400.000 personas. Según esto, el aumento de los depen-

³ Hayek, FA. The use of knowledge in society. American Economic Review 1945; 35:519-30

⁴ Cutler, DM. Declining disability among the elderly. Health Affairs 2001;20:6:11-27

⁵ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid, 2005.

dientes durante los últimos cinco años ha sido la mitad de lo que será en los próximos quince, cuando se sabe que el aumento de la población mayor será considerable. En la medida que no conocemos las hipótesis de tal estimación no podemos entender si los resultados se deben a una previsión optimista o pesimista de la discapacidad futura o a otros motivos. En el caso de que se hayan tomado las estimaciones de población sobre datos de 2001, que son las oficiales, en 2005 habría un 24,9% de mayores dependientes y en 2020 un 27,2% de población mayor de 65 sería dependiente. Sería, pues, una previsión altamente pesimista. Sin embargo, más allá de cuántas personas sean dependientes, es la necesidad de ayuda, el nivel de acceso e intensidad a los recursos y su coste lo que determina finalmente la magnitud del problema a resolver.

6.2. Eficiencia y equidad

La primera cuestión a tener en cuenta es, pues, que el riesgo de dependencia existe y que, en la actualidad, ya hay mecanismos públicos y privados que satisfacen las necesidades de atención cuando ésta aparece, pero que no son plenamente eficientes ni equitativos.

No son plenamente eficientes en la medida que puede conseguirse un mayor valor para el dinero. Podríamos, por ejemplo, tratar de mejorar la valoración de la necesidad y conseguir una mayor adecuación en la intensidad y calidad de la atención. Y no son plenamente equitativos en la medida que el acceso no va necesariamente ligado a quien más lo necesita (nivel de dependencia, situación familiar y renta).

Visto así, el objetivo se sitúa en cómo conseguir mejoras sustanciales en términos de eficiencia y equidad en dos ámbitos distintos: la cobertura del riesgo de dependencia y la atención a la dependencia.

Se trata de encontrar sistemas que satisfagan estas dos demandas y que además sean el resultado de un amplio consenso social. La calidad de vida es un valor a preservar y, en la medida que aumenta la esperanza de vida, la sociedad en su conjunto es cada vez más sensible a las condiciones necesarias para hacerlo efectivo. Toda política empieza por tener en cuenta las preferencias sociales y luego cabe ver cómo las distintas alternativas se ajustan a ellas.

La respuesta social eficiente ante el riesgo de dependencia es asegurarse. De poco serviría ponernos a ahorrar porque nunca sabemos *a priori* la cantidad necesaria y podríamos ahorrar en exceso o defecto⁶. Las apreciaciones de Arrow hechas en relación con la atención sanitaria son, en buena medida, aplicables al problema de la dependencia. Repasando, pues, su artículo, nuevamente podemos encontrar paralelismos entre sanidad y dependencia. Sus reflexiones sobre las restricciones del mercado para resolver el problema del riesgo y las alternativas que plantea mantienen todavía su vigencia a pesar de los años transcurridos.

Las condiciones para que el riesgo de dependencia sea resuelto por el mercado no se dan en su totalidad. Pauly mostró en un artículo ya clásico el porqué la gente no compra seguros privados voluntarios de dependencia⁷. La mayoría de ciudadanos no es consciente del riesgo hasta edades avanzadas, lo que implica una prima elevada que disuade la contratación. La existencia de seguros públicos impide el desarrollo de seguros privados. Y, finalmente, indica que el deseo de ser cuidado por familiares es otro elemento a tener en cuenta. La revisión de estos argumentos y los estudios existentes al respecto los elaboró Norton⁸ en el Handbook of Health Economics. No se trata, pues, de enfatizar tan sólo en los conocidos aspectos propios del seguro como son la selección adversa y el riesgo moral, sino que se insiste en el efecto expulsión del seguro público, en los altos costes

⁶ Arrow, KJ. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review 1963; 53: 941-973

⁷ Pauly, MV. The rational nonpurchase of long-term-care insurance. Journal of Political Economy 1990;98:153-168

⁸ Norton, EC. Long-term care. Culyer, Aj, Newhouse, JP (Eds) Handbook of Health Economics, vol 1. pp. 956-989. Elsevier.

administrativos y en el riesgo intertemporal no diversificable. Sloan y Norton⁹ han confirmado empíricamente estos factores, pero no pudieron contrastar que el deseo de dejar una herencia mayor impulse la compra de seguros.

Sin embargo, la existencia de factores que impiden el desarrollo de seguros privados voluntarios no supone que la alternativa sean los seguros públicos obligatorios. El debate sobre la necesidad de combinar seguros públicos y privados va más allá del alcance de este artículo^{10 11}. Sin embargo, dos ideas sobresalen. La primera es que es posible combinar seguros públicos y privados porque hay riesgos ordinarios y extraordinarios identificables. La segunda es que un “pool” de riesgos obligatorios ayuda a limitar el alcance de la potencial selección de riesgos en seguros privados¹². Los mercados privados no resuelven adecuadamente tales “pools” de riesgos obligatorios por sí mismos y necesitan ser regulados o provistos públicamente. Es en todos estos aspectos donde la literatura sobre seguros privados en el sector salud podría ayudar ampliamente en la definición de un seguro de dependencia moderno.

Resulta ilusorio pensar que los incentivos fiscales podrían resolver el problema de la adquisición generalizada de seguros voluntarios. Sabemos que para resolver tal dificultad deberían ser tan altos los subsidios que, posiblemente, cualquier gobierno preocupado por el déficit público tendría dudas razonables sobre su efectividad. La salida natural cuando hay tales dificultades de contratación son los seguros obligatorios que pueden ofrecerse en un entorno público o privado.

El Libro Blanco resuelve todas estas dudas aplicando para la dependencia lo que fue el desarrollo de los sistemas de salud basados en la Seguridad Social y lo titula Sistema Nacional de Dependencia. Si bien no concreta cuál de las fuentes de financiación vía Seguridad Social o impuestos es

la preferente, en la práctica acaba indicando un sistema singular. Lo introduce como una prestación de Seguridad Social bajo los criterios de universalidad de la prestación, carácter público de la prestación, igualdad de acceso al derecho y cofinanciación por parte del usuario. Sorprende que posteriormente el acceso al derecho no tenga nada que ver con la cotización al sistema porque se indica que se otorgaría a todos los residentes. Incluso añade que podría tratarse de una prestación no contributiva que acabará financiando el Estado mediante impuestos que traspasaría al sistema de Seguridad Social.

En el fondo, el Libro Blanco está proponiendo más de lo que ya existía para el caso de la sanidad, y que se decidió en su momento sacar de Seguridad Social por múltiples motivos. El Libro Blanco sugiere, pues, replicar, para la cobertura de la dependencia, las dificultades de control de gasto y déficit público que ya se han tenido con la asistencia sanitaria. Pero incluso aumentándolas, porque la propuesta, en lugar de apostar por las prestaciones en especie, promueve fundamentalmente las prestaciones económicas. Es sabido que este tipo de prestaciones dan lugar a opciones para fraude y así ha sido contrastado¹³ en aquellos países que lo han probado, como es el caso de Alemania.

Considerar la dependencia como el cuarto pilar del Estado del Bienestar y determinar que su financiación sea pública y su cobertura universal sorprenderá a más de uno después de tanto debate sobre los límites del Estado del Bienestar. Aún teniendo en cuenta las aportaciones de los modelos europeos de Estado del Bienestar, una revisión más actual acorde con los tiempos nos haría pensar en la necesidad de revisar las bases existentes y ofrecer soluciones más flexibles, que no carguen totalmente el coste sobre las generaciones actuales cotizantes, porque puede suponer una

⁹ Sloan, FA, Norton EC. Adverse selection, bequests, crowding out and the private demand for insurance: evidence from the long-term care insurance market. *Journal of Risk and Uncertainty* 1997;15:210-219

¹⁰ Selden, TM. Should the government provide catastrophic insurance?. *Journal of Public Economics* 1993;51:241-247

¹¹ Selden, TM. More on the economic efficiency of mixed public/private insurance. *Journal of Public Economics* 1997;66:517-523

¹² Barneveld, EM. Et al. Mandatory risk pooling as a supplement to risk-adjusted capitation payments in a competitive health insurance market. *Social Science and Medicine* 1998;47:223-232

¹³ Schneider, U. Germany's social long-term care insurance: design, implementation and evaluation. *International Social Security Review* 1999; 52: 31-74

carga excesiva que limite las posibilidades de crecimiento económico y la competitividad de un país.

Precisamente, hacer descansar el riesgo de dependencia como una prestación de Seguridad Social implica que las cotizaciones de empresarios y trabajadores van a verse afectadas. Esto significa necesariamente trasladar a coste hora de mano de obra tales costes, cuando sabemos que hoy en día hay muchas más rentas que las salariales y, por consiguiente, no sólo por criterios de eficiencia en la cobertura del riesgo, sino también por cuestiones de equidad puede ser altamente regresivo: todo depende de la progresividad o regresividad de impuestos y cotizaciones sociales.

En cualquier caso, el capítulo de resumen del Libro Blanco no considera que haya opciones para introducir ninguna participación de la financiación privada de los ciudadanos en el Sistema Nacional de Dependencia, hecho que, nuevamente, sorprende, ya que, como hemos indicado anteriormente, la importancia de las preferencias individuales en edades avanzadas con dependencia no debería descuidarse, y sería posible equilibrar acceso con preferencias individuales relativas a manutención y alojamiento.

6.3. La demanda de atención

Una vez el riesgo de ser dependiente ya se convierte en cierto, es el momento de resolver la demanda de atención. Si no hay cobertura del riesgo, no hay aseguradora que cubra los costes, y el recurso a las rentas familiares, ahorro, ayudas públicas y cuidado informal sería lo habitual. La existencia de un seguro permitiría, a la vez, asumir estos costes pero, al mismo tiempo, gestionar el acceso en función de la necesidad. No todos los niveles de dependencia requieren de los mismos recursos. Los incentivos a consu-

mir en exceso, así como niveles de calidad diferenciales, están presentes también en estos mercados.

Cualquier gobierno preocupado por el bienestar de la población mayor acabará regulando tanto el seguro como la atención a la dependencia. El problema está en los detalles. El punto de partida fija posiciones futuras y, al mismo tiempo, la opción escogida eliminará para siempre otras alternativas.

Regular la atención a la dependencia como si de un servicio público se tratara olvida que los ciudadanos no están preocupados tan sólo por la satisfacción absoluta de la necesidad. Como muy bien ha expresado Robert Frank¹⁴, a los ciudadanos les preocupa también, y según él más, la posición relativa, el consumo relativo. Únicamente la capacidad de elegir entre aseguradoras y proveedores permite atender a las preferencias ciudadanas, es decir, atender a los consumos relativos de los bienes según los deseos individuales.

Además, los mayores dependientes también padecen enfermedades crónicas. Este hecho da lugar a que el sistema de salud se coordine con el sistema de dependencia. El objetivo es que cada uno sea coste-efectivo en el tipo de atención solicitada, que cada uno asuma su propio papel y no el del otro. Una cobertura de la dependencia basada en las prestaciones económicas, en la que se reembolsa el coste, no permite satisfacer plenamente el objetivo de coste-efectividad, ya que deja un margen amplio para que ambos sistemas no se coordinen. Un seguro de dependencia que garantice la cobertura de la prestación del servicio puede permitir mayor coordinación. Los proveedores recibirían los ingresos de la aseguradora pública o privada, quien pagaría en función del nivel de cuidados necesarios de acuerdo con la valoración de la dependencia realizada.

Los sistemas de pago tratan, precisamente, de introducir los incentivos adecuados para que la intensidad y calidad de la atención se correspondan con las necesidades. Sin cobertu-

¹⁴ Frank, R. Consumption externalities and the financing of social services. En Fuchs, Victor R., editor *Individual and Social Responsibility: Child Care, Education, Medical Care, and Long-Term Care in America*. The University of Chicago Press, Chicago, 1996.

ra de dependencia mediante prestación de servicio y sin sistemas de pago eficientes, difícilmente podremos satisfacer la demanda. Ahora ya existen servicios, pero no hay seguros.

6.4. Una alternativa de financiación de la cobertura

Si consideramos una opción mixta que implique financiación pública y privada, esto puede permitir mayor flexibilidad para adaptarse a las condiciones cambiantes del fenómeno del envejecimiento. Esta posición, además, estaría en consonancia con lo que establece el Programa sobre envejecimiento y Salud de la Organización Mundial de la Salud, quien señala en su principio director 6, precisamente, este aspecto¹⁵.

De este modo, la financiación del seguro de dependencia incorporaría dos tramos:

1. Cobertura de grandes riesgos de dependencia
2. Cobertura de riesgos ordinarios de dependencia.

El primer tramo se limitaría a aquellas situaciones que requieren un nivel de cuidados de alta intensidad y duración. El segundo, se referiría a la atención convencional de cuidados para personas dependientes.

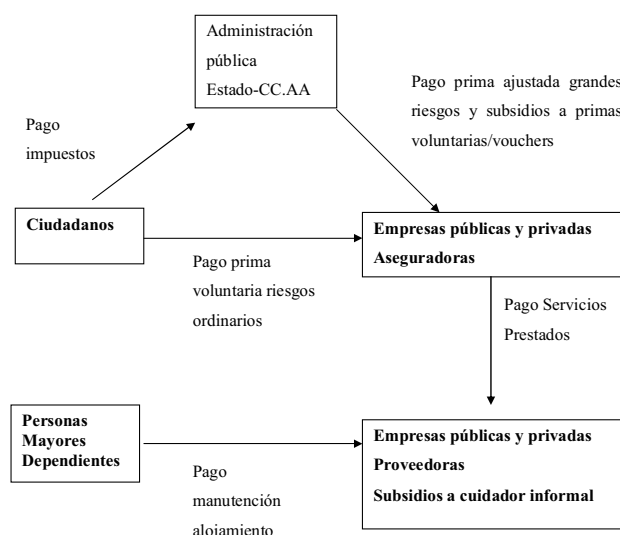
Para el primer tramo, el acceso se consideraría universal, todos los ciudadanos tendrían derecho a esta cobertura financiera por parte del Estado. Esta cobertura se formalizaría en un bono/voucher que permitiría la elección entre aseguradoras públicas y privadas.

Para el segundo, se establecería una cobertura mediante seguros privados incentivados fiscalmente mediante bonos/vouchers, inversamente proporcionales a la renta de los ciudadanos.

En cualquiera de los casos, los ciudadanos asumirían individualmente los costes de manutención y alojamiento.

De este modo, la cobertura del riesgo de dependencia quedaría establecida mediante el mecanismo de financiación que se muestra en el gráfico 6.1.

Gráfico 6.1. Esquema básico de financiación del riesgo de dependencia



Según este esquema, definimos un marco donde existe un origen de recursos públicos (impuestos) y privados (primas voluntarias y pagos directos). Hay gestores de la cobertura (aseguradoras públicas y privadas), y estos gestores de cobertura contratan tanto proveedores públicos como privados. Esta combinación de fuentes de financiación y propiedad permitirá satisfacer los criterios que se han establecido previamente.

Por una parte, la financiación de los grandes riesgos mediante un pool obligatorio da lugar a un nivel de solidaridad fundamental para que los riesgos que suponen elevados costes se compensen con los demás. Por otra parte, el establecimiento de primas ajustadas según riesgo extraordi-

¹⁵ WHO. Towards an International Consensus on Policy for Long-term care of the ageing. Geneva, 2000.

nario de dependencia a las aseguradoras da lugar a que se reduzcan los incentivos a la selección.

Además, la prima del seguro voluntario se convertiría en asequible y, para aquellos que no pudieran sufragarla en su totalidad, el gobierno la compensaría parcialmente con un subsidio fiscal inversamente proporcional a la renta.

Este esquema satisface también el criterio de orientación a las personas en la medida que permite la elección entre un determinado número de aseguradoras públicas y privadas.

El establecimiento de competencia entre aseguradoras daría lugar a un esfuerzo por conseguir el mayor nivel de calidad ante unos recursos y prestaciones preestablecidos. Consideramos que en este marco no es deseable impulsar la competencia en precios. Por consiguiente, el tramo voluntario de la cobertura de la dependencia se establecería mediante productos certificados, con unas coberturas estándar, con obligatoriedad de aceptación (sin selección de riesgos) y obligatoriedad de renovación. La regulación de precios máximos, limitación de la actividad comercial y la prohibición de venta de productos aseguradores de dependencia adicionales completarían el marco regulador.

El número de compañías privadas que podría operar en cada mercado dependería de la densidad demográfica. Por consiguiente, existiría un número limitado de compañías que operaría en este mercado. Ello viene motivado porque deben procurarse la consecución de unos costes de administración limitados y no redundantes.

La regulación de una financiación mixta del seguro de dependencia obliga a la existencia de una entidad que supervise su funcionamiento, del mismo modo que lo realizan las Comisiones Reguladoras en otros mercados.

Por este motivo el eje fundamental para poder llevar a cabo la propuesta es establecer una agencia estatal que, entre otras competencias, registre la existencia de cobertura

para los ciudadanos, de forma similar al Registro Central de Usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Todos los ciudadanos deberían ejercer su credencial, su *voucher* para la cobertura de grandes riesgos en alguna de las compañías aseguradoras acreditadas. Estas mismas compañías serían las encargadas de suministrar la cobertura del tramo voluntario de aseguramiento, que, una vez efectivo, podría complementarse con los subsidios fiscales inversamente proporcionales a la renta (*vouchers* de riesgos ordinarios).

La aseguradora se hace cargo de los costes y debe gestionar cada caso de acuerdo con la necesidad. Para ello, será necesaria la existencia de una entidad independiente que verifique el nivel de dependencia, la valoración de la capacidad funcional y así se asignen los casos a los servicios adecuados evitando toda selección de prestaciones. La clave para fijar la continuidad de este sistema vendría precisamente de la aseguradora, que actuaría como mediador en el cuidado del dependiente.

Por otra parte la regulación debería garantizar la portabilidad de las pólizas entre aseguradoras, que evitara así cualquier bloqueo a la competencia.

Los *vouchers* de riesgos ordinarios se fijarían personalmente según nivel de renta y serían acreditados ante la aseguradora, quien recuperaría la financiación de la Comisión Reguladora o Agencia.

Los proveedores de cuidados de dependencia son responsables del nivel de calidad prestada y cómo afecta a los resultados. Esto significa que convendrá identificar estándares de actividad deseable, sistemas de medida e información que permitan evaluar rendimiento y resultados, y difusión de los resultados de las evaluaciones. Las aseguradoras deberán vigilar la calidad, al mismo tiempo que la Agencia también establezca sus propios mecanismos.

6.5. Comentario final

Una propuesta que implique financiación pública y privada al mismo tiempo necesita articularse a través de compañías aseguradoras porque la dependencia es un riesgo. El sector privado no ejercería de complementario del público sino que trabajaría de forma conjunta con el sector público desde el inicio. Esto simplificaría el acceso ante la necesidad, evitaría duplicidad de costes y servicios y trataría de maximizar el bienestar social. Con esta opción se evita repetir las dificultades de financiación del Sistema Nacional de Salud y, al mismo tiempo, introduce competencia y elección en un marco regulado. Se trata, pues, de una oportunidad histórica de redefinir el papel del Estado en las Políticas de Bienestar bajo un entorno donde se establecen garantías públicas y, al mismo tiempo, responsabilidades privadas.

Al menos dos escenarios pueden dibujarse en nuestro entorno inmediato: crear un sistema público de dependencia sin ningún tipo de seguro, basado en prestaciones económicas y financiado por la Seguridad Social, o crear un seguro público financiado por impuestos limitado a los grandes riesgos complementado con seguros privados de tal forma que otorgue una cobertura completa. Recursos públicos y privados ya existen, lo que conveniría sería ordenarlos para conseguir el mayor valor. En mi opinión, el segundo escenario es el que lo permite. Si lo que se pretende es la expansión de prestaciones económicas, sólo hace falta ver qué ha sucedido en otros países europeos y la necesidad que han tenido de reformarlo posteriormente y sin éxito por ahora (Holanda, Alemania, Francia).

La mayor dificultad reside en que la opción escogida limita otros desarrollos futuros. La cautela se impone en

estos casos, y la apuesta por un sistema que incorpore la vertiente aseguradora y la de servicios atendiendo las preferencias de los ciudadanos parecería lo más razonable.

6.6. Bibliografía

Fundació Institut Català de l'Envel·liment. *Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España*. Edad y Vida: Barcelona, 2004.

Hayek, FA. *The use of knowledge in society*. American Economic Review 1945.

Cutler, DM. *Declining disability among the elderly*. Health Affairs 2001.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Libro Blanco. Madrid, 2005.

Arrow, KJ. *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. American Economic Review 1963.

Pauly, MV. *The rational nonpurchase of long-term-care insurance*. Journal of Political Economy 1990.

Norton, EC. *Long-term care*. Culyer, Aj, Newhouse, JP (Eds) Handbook of Health Economics, vol 1. Elsevier.

Sloan, FA, Norton EC. *Adverse selection, bequests, crowding out and the private demand for insurance: evidence from the long-term care insurance market*. Journal of Risk and Uncertainty 1997.

Selden, TM. *Should the government provide catastrophic insurance?*. Journal of Public Economics 1993.

Selden, TM. *More on the economic efficiency of mixed public/private insurance*. Journal of Public Economics 1997.

Barneveld, EM. Et al. *Mandatory risk pooling as a supplement to risk-adjusted capitation payments in a competitive health insurance market*. Social Science and Medicine 1998.

Schneider, U. *Germany's social long-term care insurance: design, implementation and evaluation*. International Social Security Review 1999.

Frank, R. *Consumption externalities and the financing of social services*. En Fuchs, Victor R., editor Individual and Social Responsibility: Child Care, Education, Medical Care, and Long-Term Care in America. The University of Chicago Press, Chicago, 1996.

WHO. *Towards an International Consensus on Policy for Long-term care of the ageing*. Geneva, 2000.

ecimiento

endencia.

ción actual



CAIXA CATALUNYA

www.caixacatalunya.es

s de futuro