

La atención a la dependencia en España

David Casado-Marín

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES). Departamento de Economía y Empresa. Univesitat Pompeu Fabra. Barcelona. España.

(Long-term care services in Spain: an overview)

Resumen

Hasta el momento, tanto en España como en la mayoría de los países de la Unión Europea, el fenómeno de la dependencia se ha considerado implícitamente un problema de índole fundamentalmente privada que debe ser resuelto por las familias. Así, ya sea mediante cuidadores informales o contratando la ayuda de profesionales, bien en el ámbito doméstico o en residencias asistidas, son las propias personas dependientes y sus familias las que hoy por hoy soportan la mayor parte de los costes implicados. Así las cosas, la preocupación actual reside en que los cambios sociales que se avecinan, principalmente el incremento de la esperanza de vida y la mayor participación laboral de las mujeres, acentúan la necesidad de organizar colectivamente lo que hasta el momento se ha resuelto en el ámbito familiar.

En este contexto, coincidiendo con el anuncio del gobierno de una «Ley de Dependencia» para finales de 2005, el presente trabajo se propone analizar brevemente las cuatro cuestiones que nos parecen más importantes para centrar el debate: el alcance actual de los problemas de dependencia y su posible evolución futura, las características del presente modelo de atención y sus posibles problemas, el papel que desempeñan y deberían desempeñar los servicios sanitarios en materia de dependencia y, finalmente, las ventajas y los inconvenientes de las distintas alternativas de que dispone la Administración si pretende aumentar su grado de implicación en este ámbito.

Palabras clave: Dependencia. Envejecimiento demográfico. Cuidados de larga duración.

Abstract

To date, both in Spain and virtually all the other European Union (EU) countries, dependency has been seen to be a fundamentally private problem to be dealt with by the family concerned. In this way, whether through informal carers or contracted professionals, in the domestic environment or in care homes, it is the dependent person themselves and their families who currently bear the majority of the costs. In light of this, current concern lies in the social change that is coming on, mainly the accelerated aging process and the increased participation of middle-aged women in the labour market, which heighten the need for collective organisation of that which until now has been resolved within family circles.

In this context, at the same time that the Government announces to issue a «Long Term Care Law» by the end of 2005, our paper briefly analyzes what we consider the four crucial issues in this area: the current scope of dependency problems and its possible future evolution, the characteristics of the current spanish long-term care system and its main problems; the role that health services should have in the dependency issue; and finally, the benefits and drawbacks of the main alternatives that the Administration could manage in case it intends to increase its involvement in this field.

Key words: Dependency. Ageing. Long-term care.

Introducción

Desde hace ya algunas décadas, las poblaciones de los países desarrollados vienen experimentando un proceso de envejecimiento demográfico sin precedentes. En España, el porcentaje representado por los mayores de 65 años sobre la población total prácticamente se ha duplicado en poco más de dos décadas, pasando del 11% en 1981 a casi el

18% en la actualidad; el incremento en cifras absolutas es aún más acusado: así, de los poco más de 4 millones de personas mayores de 65 años que había en nuestro país en 1981, se ha pasado a una cifra que en 2001 superaba ya los 7 millones, mientras que la población menor de 65 años permanecía estable a lo largo de ese mismo período¹.

No obstante, a pesar del logro social que supone este aumento en la esperanza de vida de las personas, el proceso de envejecimiento poblacional y la intensificación de éste que se prevé para los próximos años plantean retos importantes de carácter económico y social. En este sentido, tanto en España como en los países de nuestro entorno, el debate hasta el mo-

Correspondencia: David Casado-Marín.
Universitat Pompeu Fabra. C/Trias Fargas, 25-27. 08005
Barcelona. España.
Correo electrónico: david.casado@upf.edu

mento se ha centrado básicamente en las consecuencias que el envejecimiento demográfico puede tener en la sostenibilidad financiera de los programas públicos de pensiones² y atención sanitaria³⁻⁴.

Más recientemente, además de las pensiones y la sanidad, la cuestión de la atención a la dependencia se ha ido abriendo paso en el debate en torno de las consecuencias del envejecimiento demográfico en las políticas sociales. En este caso, sin embargo, los términos en los que está planteada la discusión son muy distintos de los señalados previamente. Así, mientras en los dos casos anteriores las preocupaciones están centradas en los efectos futuros del envejecimiento en unos programas de gasto que ya hoy representan casi el 15% del PIB⁵, en el caso de la dependencia la cuestión central es si la Administración debe o no intensificar su actividad en un campo cuya presencia hasta el momento ha sido muy poco importante.

En este contexto, coincidiendo con el anuncio del gobierno de una «Ley de Dependencia» para finales de 2005, el presente trabajo se propone analizar brevemente las cuatro cuestiones que nos parecen más importantes para centrar el debate: el alcance actual de los problemas de dependencia y su posible evolución, las características del presente modelo de atención y sus posibles problemas, el papel que desempeñan y deberían desempeñar los servicios sanitarios en materia de dependencia y, finalmente, las ventajas y los inconvenientes de las distintas alternativas de que dispone la Administración si pretende aumentar su grado de implicación en este ámbito.

El alcance de los problemas de dependencia: pasado, presente y futuro

Las personas dependientes, según la definición propuesta por el Consejo de Europa hace ya algunos años⁶, son todas aquellas que necesitan de la ayuda de otros para realizar ciertas actividades relacionadas tanto con el cuidado personal (comer, vestirse, bañarse, etc.) como con el mantenimiento del entorno (cocinar, limpiar la casa, comprar, etc.)*. El padecimiento de enfermedades crónicas, así como el deterioro físico y psíquico que acompaña en algunas ocasiones al proceso de envejecimiento, son los dos factores fundamentales que explican la aparición de problemas de dependencia entre la población anciana⁷.

*Es habitual referirse a uno y otro tipo de actividades como «actividades básicas de la vida diaria» (ABVD), en el caso de aquellas que tienen que ver con el cuidado personal, y como «actividades instrumentales de la vida diaria» (o AIVD) a las relacionadas con el mantenimiento del entorno.

En el caso de nuestro país, según un reciente estudio elaborado a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) correspondientes a 2001⁸, el 36,2% de los españoles mayores de 65 años necesita de la ayuda de otras personas para realizar alguna de las actividades mencionadas con anterioridad. Asimismo, respecto de la intensidad de la falta de autonomía padecida en cada caso, se observa que un 19,2% de las personas mayores dependientes únicamente necesitan ayuda para realizar actividades de carácter instrumental, y son totalmente autónomas en la realización de actividades relacionadas con el cuidado personal. Por su parte, aquellos individuos con problemas de falta de autonomía para realizar actividades tanto instrumentales como básicas, que lógicamente constituyen el colectivo con mayores necesidades de atención, representan cerca del 17% del total de mayores de 65 años que hay actualmente en España.

El estudio señalado también ha tratado de analizar cuál ha sido la evolución durante los últimos años de los problemas de dependencia entre la población mayor de nuestro país. En concreto, a partir de los datos de la ENS correspondientes a 1993 y 2001, se calcula la variación en el porcentaje de individuos con problemas para la realización de alguna de las 9 actividades básicas de la vida diaria (ABVD) contempladas en ambas ediciones de la encuesta. Los resultados obtenidos, como pone de manifiesto la tabla 1, señalan un descenso estadísticamente significativo de más de dos puntos porcentuales en el porcentaje de personas mayores con problemas de dependencia entre los años 1993 (19,4%) y 2001 (17%). Esta disminución en la tasa de prevalencia, a pesar del fuerte incremento registrado en el número de personas mayores de 65 años durante el período (1.100.000 individuos), habría sido lo bastante intensa como para que la cifra de ancianos dependientes apenas se hubiera visto modificada entre uno y otro año.

Asimismo, respecto a los factores asociados positivamente a esa evolución, el estudio señala –por orden de importancia– el menor peso relativo de los octogenarios en el conjunto de la población de más de 65 años, su mayor nivel educativo y una reducción en la prevalencia del hábito tabáquico; por su parte, en cuanto a las variables que estarían oponiéndose al descenso observado, cabría destacar el aumento en el porcentaje de personas con problemas de sobrepeso y obesidad, así como el incremento en las tasas de prevalencia de ciertas afecciones crónicas (hipertensión y enfermedades del corazón).

Así pues, al igual que en la mayoría de los países donde se han realizado investigaciones al respecto⁹⁻¹⁰, también en España la poca evidencia disponible parece sugerir una tendencia a la baja en el porcentaje de personas mayores con problemas de dependencia durante los últimos años. Este comportamiento favorable,

Tabla 1. Personas mayores de 65 años y problemas de dependencia; España, 1993-2001

	1993	2001	2001/1993 (IC del 95%)
Población de 65 años o más	5.632.505	6.743.360	1.110.855
Porcentaje de personas mayores con problemas de dependencia	19,4%	17%	-2,4% (-4,9%, -0,2%)
Personas dependientes con 65 años o más	1.092.706	1.146.371	53.665

IC: intervalo de confianza.

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud de 1993 y 2001.

sin embargo, no debe hacernos caer en la autocomplacencia. Se sabe poco sobre cuáles han sido los factores que han causado el descenso observado en las tasas de prevalencia y, menos aún, acerca de la importancia relativa de aquellos pocos para los que existe evidencia sólida en el ámbito internacional de su influencia positiva (dieta equilibrada, ejercicio físico, no fumar...)¹¹.

El conocimiento exhaustivo de las cuestiones anteriores, tanto en España como en otros países de nuestro entorno, resulta de vital importancia si pretendemos ser capaces de desarrollar políticas preventivas y asistenciales que ayuden a seguir reduciendo en los próximos años el porcentaje de personas mayores con problemas de dependencia. En este sentido, a medida que vayan estando disponibles oleadas sucesivas de la Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE), una nueva encuesta longitudinal de ámbito europeo iniciada en 2004, los investigadores europeos podrán empezar a despejar una parte sustancial de los interrogantes anteriormente planteados*.

Características del actual modelo de atención

El modo en que se satisfacen en un determinado país las necesidades de atención de las personas mayores dependientes puede describirse a partir de tres variables fundamentales. La primera tiene que ver con el porcentaje de individuos que han sido ingresados en residencias y que, por tanto, reciben la totalidad de la atención que requieren sobre bases exclusivamente formales. La segunda variable se refiere a la importancia relativa de las dos fuentes de ayuda que utilizan quienes siguen viviendo en la comunidad: la atención domiciliaria y el apoyo informal. Por último, tanto en el caso de las personas institucionalizadas como en el de aquellas que reciben atención domiciliaria, el *mix* de usuarios públicos y privados registrado en cada caso cons-

tituye el tercer ingrediente que nos ayuda a describir el modo en que los cuidados de larga duración (CLD) se proveen en un determinado país.

Así pues, partiendo de las consideraciones anteriores, la tabla 2 pretende ofrecer una instantánea del modo en que actualmente son atendidas las personas mayores dependientes en España. Las cifras que en ella aparecen proceden de dos fuentes de datos complementarias. En primer lugar, respecto de las modalidades de ayuda utilizadas por quienes continúan viviendo en la comunidad, la información ha sido extraída de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en 1999¹². Por su parte, respecto de la población institucionalizada, los datos que se muestran proceden de un estudio que realizó el Imserso¹³ con el propósito de inventariar el número de plazas residenciales disponibles en 1999 en nuestro país.

Las principales conclusiones que cabe extraer de la lectura conjunta de los datos contenidos en esta tabla son las siguientes. En primer lugar, como de hecho ocurre en todos los países de nuestro entorno, la inmen-

Tabla 2. La provisión de cuidados de larga duración en España. Año 1999

	n	%
Personas mayores dependientes	1.282.241	100,0
Viven en la comunidad	1.083.883	84,5
Sólo reciben apoyo informal	831.414	64,8
Utilizan atención domiciliaria privada	166.019	12,9
Combinada con apoyo informal	101.902	7,9
Exclusivamente	64.117	5,0
Utilizan atención domiciliaria pública	86.450	6,7
Combinada con apoyo informal	59.030	4,6
Exclusivamente	27.420	2,1
Viven en residencias	198.358	15,5
Privadas	120.217	9,4
Públicas*	78.141	6,1

*Número de plazas financiadas públicamente. Incluye tanto plazas de gestión directa como plazas privadas concertadas por la Administración.

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la ED-99 y el informe Las Personas Mayores en España. 2000 (Imserso, 2001).

*Véase la web del proyecto SHARE para obtener más información al respecto (<http://www.share-project.org>)

sa mayoría de las personas mayores dependientes (casi el 85%) sigue viviendo en la comunidad. En segundo lugar, y directamente relacionado con lo anterior, el apoyo informal constituye la fuente de ayuda utilizada por un mayor número de personas; de hecho, aunque el 12% de los ancianos recibe tales cuidados informales en combinación con otras fuentes de ayuda de carácter formal, lo más llamativo es que casi un 65% de las personas mayores dependientes que hay en nuestro país satisface exclusivamente sus necesidades de atención a través del apoyo informal. Por último, la utilización de servicios formales, sean éstos de carácter comunitario o residencial, viene marcada por un claro predominio de aquellas alternativas en las que no existe financiación pública de ningún tipo: así, en el caso de la atención domiciliaria, el 67% de quienes utilizan este tipo de asistencia recurre a proveedores cuya remuneración es íntegramente asumida por el usuario; por su parte, en el caso de la atención residencial, este porcentaje se sitúa prácticamente en el 61%.

La principal característica de nuestro actual modelo de atención a la dependencia sigue siendo, por tanto, el papel central desempeñado por las familias. Esta preponderancia del apoyo informal tiene su origen en dos elementos. En primer lugar, por el lado de la demanda, las encuestas revelan que la mayoría de las personas mayores dependientes suelen preferir seguir viviendo en sus hogares y que sea un familiar próximo quien les proporcione la ayuda que necesitan. En segundo lugar, por el lado de la oferta, el hecho de que los problemas de dependencia aparezcan a edades avanzadas ha permitido una respuesta intensa por parte de las familias españolas desde una doble perspectiva¹⁴: por un lado, puesto que más del 30% de los ancianos dependientes tiene pareja, sus cónyuges, también personas mayores y retiradas, son capaces de proporcionar en la mayoría de los casos una gran cantidad de atención sin tener que incurrir por ello en sacrificio laboral alguno; por otro lado, debido a las elevadas tasas de inactividad de las actuales mujeres de mediana edad, también las personas mayores sin cónyuge han visto mayoritariamente satisfechas sus necesidades a través del apoyo informal, proporcionado principalmente por hijas y nueras que habían abandonado el mercado de trabajo mucho antes de empezar a cuidar de la persona dependiente.

En este contexto, según hemos señalado en otros trabajos¹⁵, no es extraño que hasta el momento la Administración haya actuado en este ámbito subsidiariamente: esto es, sólo cuando la respuesta familiar no es posible o resulta insuficiente, y en general de acuerdo con la capacidad económica del sujeto, la Administración se ha encargado de proporcionar asistencia. El modo concreto en que se ha hecho efectiva esta intervención subsidiaria, no obstante, varía de forma considerable entre los distintos territorios que componen el Estado español¹⁶.

Esta diversidad viene motivada por el carácter descentralizado que los servicios sociales tienen en nuestro país. Así, en el caso de la atención residencial financiada públicamente, las Comunidades Autónomas son las encargadas de regular tanto la oferta total de plazas como los requisitos que deben reunir las personas mayores dependientes que solicitan acceder a las mismas. Tales requisitos, aunque varían de unas comunidades a otras, suelen incluir una valoración del grado de dependencia del sujeto, de la disponibilidad de apoyo informal, y de la situación económica del solicitante. Es importante señalar que, pese a que la situación económica aparece en todos los baremos autonómicos, no puede decirse que el acceso a las residencias públicas se encuentre regulado por una prueba de medios en sentido estricto: así, aunque aquellos solicitantes con mayores ingresos reciben menores puntuaciones en el baremo, ello no significa que exista un umbral de renta a partir del cual se deniegue automáticamente el acceso a aquellos solicitantes que lo superan.

Por su parte, en el caso de los servicios de ayuda a domicilio (SAD), la situación es todavía más diversa al tratarse de una competencia de carácter municipal. En este sentido, según un estudio realizado por el Inmerso sobre la situación en España de los SAD a finales de los años noventa¹⁷, las principales diferencias en este sentido de unos ayuntamientos a otros tenían que ver con el porcentaje de población cubierta en cada caso, la intensidad horaria de la asistencia proporcionada a los beneficiarios, y la existencia o no de copagos de baja intensidad (de entre un 10 y un 20% del coste del servicio).

Las cifras que acabamos de presentar, aunque útiles para ofrecer una visión panorámica del modo en que se atiende hoy en día a las personas dependientes en nuestro país, resultan insuficientes para analizar los efectos de este modelo de cuidados sobre el bienestar de los individuos. La ausencia de encuestas representativas a nivel estatal, que incluyan tanto a las personas dependientes que viven en sus hogares como a las que han optado por la institucionalización, ha impedido un análisis riguroso de tales impactos.

En este sentido, sin ánimo de ser exhaustivos, quizá la cuestión más importante sea dirimir si los desembolsos que realizan quienes actualmente utilizan los distintos servicios formales, sean éstos públicos o privados, representan un esfuerzo «excesivo» respecto de los niveles de renta y riqueza de los distintos individuos (suponiendo, claro está, que se haya alcanzado un consenso previo sobre lo que resulta excesivo y lo que no). La cuantía de tales esfuerzos, y sobre todo el modo en que éstos se distribuyen entre las decilas de renta y riqueza, son datos de los que carecemos hoy y, sin embargo, los más importantes para discutir sobre las principales cuestiones que aparecen en el debate en torno

del papel que debería desempeñar la Administración en este ámbito: la conveniencia o no de extender el subsidio público a algunos de los individuos que hoy ocupan plazas en residencias privadas, la modificación del modo en que actualmente se establecen los copagos en las residencias públicas, etc. En definitiva, sin conocer más en profundidad las características del modelo actual, y sobre todo los efectos que éste tiene sobre el bienestar de los individuos, resulta complicado justificar la necesidad de que la Administración emprenda cambios en una determinada dirección u otra.

La necesidad de analizar las cuestiones anteriores, y propiciar así una toma de decisiones basada en evidencias y no en simples intuiciones, se ve acentuada por el previsible debilitamiento que el apoyo informal experimentará durante los próximos años en nuestro país. Así, a medida que sean los ascendientes de las mujeres nacidas a partir de los años sesenta los que empiecen a padecer problemas de dependencia, la satisfacción de las necesidades asistenciales de tales personas entrañará la asunción de unos costes superiores a los actuales por parte de la mayoría de familias: bien porque las futuras cuidadoras decidan contratar atención formal para poder seguir desarrollando su actividad laboral, bien porque opten por abandonar el mercado de trabajo para ocuparse del familiar dependiente. Ambos mecanismos de ajuste, hoy en día poco extendidos debido a las elevadas tasas de inactividad estructural de las actuales mujeres de mediana edad, ganarán presumiblemente en importancia conforme se produzca el relevo generacional antes apuntado. El análisis de la magnitud de estos cambios, que ya ha dado pie a numerosos trabajos en el ámbito internacional en los últimos años¹⁸⁻²⁰, es una línea de investigación totalmente inexplorada en nuestro país y, por ello, prioritaria de cara al futuro.

¿El cuarto pilar del Estado de bienestar?

En los últimos años, siguiendo la estela de los países escandinavos, que contaban desde hacía tiempo con sistemas públicos de atención a la dependencia de amplia cobertura, unos pocos países –Alemania, Francia y Austria– han optado por universalizar los servicios sociales de atención a la dependencia que hasta ese momento venían proporcionando sobre bases selectivas²¹. En nuestro país, según se desprende del *Libro Blanco de la Dependencia*, recientemente publicado por el Imserso²², parece que la idea es avanzar en esa misma dirección. Es un buen momento para plantear, por tanto, algunas de las cuestiones que deberían tenerse en cuenta a la hora de desarrollar un hipotético Sistema Nacional de Dependencia (SND) en nuestro país.

Prestaciones cubiertas e intensidad

Un primer grupo de cuestiones tiene que ver con los criterios que el SND utilizará para determinar quién puede acceder a las prestaciones cubiertas, así como su tipo e intensidad. Respecto de los criterios de acceso, según sugiere la experiencia internacional, lo lógico sería valorar únicamente el grado de dependencia de los potenciales beneficiarios. Así, frente a un modelo selectivo como el actual, en que la Administración determina el acceso a los recursos sociales teniendo en cuenta la situación económica y familiar de los sujetos además de su incapacidad, un SND debería valorar únicamente esta última dimensión. De todos modos, para evitar comportamientos oportunistas por parte de los sujetos, resulta imprescindible contar con medidas de capacidad funcional lo suficientemente fiables como para que únicamente tengan derecho a cobertura aquellos sujetos con una necesidad real de cuidados.

Por su parte, en cuanto a las prestaciones cubiertas, el enfoque que nos parece más coherente con la idea de establecer un SND consistiría en definir un «paquete básico» que partiera del reconocimiento de que lo que se pretende garantizar es la posibilidad de seguir realizando una serie de actividades cotidianas (comer, vestirse, bañarse), sin que para ello el individuo tenga que incurrir en gastos catastróficos, pero no la consecución de unas condiciones de vida más «confortables», menos solitarias, etc. Un enfoque de estas características permitiría, por ejemplo, excluir del catálogo cubierto todos aquellos servicios que tuvieran un contenido marcadamente hotelero (alojamiento, transporte, comidas, actividades de ocio). Por otro lado, en cuanto a la intensidad de la cobertura, al ser la calidad de los servicios que dan respuesta a la dependencia fácilmente valorables por parte de los beneficiarios, existe un amplio margen de maniobra para utilizar transferencias en metálico condicionadas a la compra de cuidados como fórmula de provisión («cheques-servicio») y, de ese modo, avanzar hacia una oferta más sensible a las preferencias de los usuarios²³.

Mecanismos de financiación

Cualquier modificación al alza del actual nivel de cobertura pública en el ámbito de la dependencia tiene que considerar el impacto que ésta pueda ocasionar sobre las finanzas públicas; en este sentido eson especialmente importantes dos aspectos: de una parte, la sostenibilidad financiera del incremento que se proponga, entendida como la capacidad por parte de la Administración de conseguir los recursos necesarios a lo largo del tiempo para hacer frente a las obligaciones futuras de gasto; también habrá que precisar, por otro

lado, las fuentes de ingresos que se van a utilizar para hacer frente a los incrementos de gasto que la mayor cobertura vaya a generar –tanto en el momento presente como durante los próximos años–, dejando bien claro cómo se repartirá la carga financiera intra e intergeneracionalmente.

Así pues, respecto de la primera cuestión, es fundamental desarrollar modelos de simulación que permitan proyectar la evolución futura del gasto público en distintos escenarios de cobertura por parte de la Administración. Estos modelos, además de la cobertura, también deben contemplar el efecto que en el volumen futuro de gasto pueden tener otras variables igualmente importantes (evolución demográfica, comportamiento dinámico de las tasas de prevalencia, evolución futura del coste de los servicios, etc.). Recientemente, en el marco de un proyecto internacional²⁴, Patxot y Costa²⁵ han desarrollado un modelo de estas características que simula para el caso español la evolución del gasto público en CLD hasta el año 2050; según el escenario base de este modelo, si el grado de cobertura pública no experimentara cambios durante los próximos 50 años, el porcentaje del PIB que España destina a proveer públicamente CLD pasaría del 0,18 actual a casi un 0,40 en el año 2050.

Cualquier incremento de cobertura por encima del nivel actual, como es lógico, generará incrementos presentes y futuros de gasto superiores a las cifras proyectadas por Patxot y Costa. En este sentido, aunque no se dispone de cálculos específicos para España, pueden resultar ilustrativos los datos correspondientes a Alemania, por tratarse de un país que dispone ya hoy de un modelo de cobertura universal y prestaciones notablemente comprensivas; pues bien, si no se produjesen cambios en la estructura del esquema alemán durante los próximos 50 años, las proyecciones disponibles indican que el gasto público de ese país en CLD podría representar un 1,9% del PIB en el año 2050; el porcentaje es actual de apenas el 0,86%²⁶.

Por otro lado, respecto de las fuentes de financiación que será preciso utilizar para hacer frente al incremento de gasto que un hipotético SND produciría, ya hemos señalado que resulta fundamental valorar las distintas opciones disponibles atendiendo a la equidad tanto intra como intergeneracional. A este respecto, puesto que los principales beneficiarios de un posible incremento de la cobertura pública serían las personas mayores, y los hijos e hijas de éstos, parece razonable que los ingresos adicionales necesarios provinieran en parte de aquellos impuestos en los que la contribución de esos colectivos fuera superior; un candidato claro en este sentido sería, por ejemplo, el impuesto de sucesiones. Asimismo, también en línea con esta idea de exigir un esfuerzo relativo mayor a las personas de más edad, parte de los ingresos adicionales que pudieran necesitarse podrían ser aportados por los pro-

prios jubilados: por un lado, mediante la instrumentación de un recargo que gravara las pensiones contributivas de las personas mayores no dependientes; por otro, en el caso de aquellos que ya hubieran empezado a utilizar las prestaciones cubiertas por el SND, a través de copagos modulados por renta –e incluso riqueza– similares a los que ya existen hoy en día para todos los servicios sociales proporcionados por Comunidades Autónomas y Ayuntamientos.

Articulación con los servicios sanitarios

Un último aspecto que debería tenerse en cuenta a la hora de concretar un nuevo sistema público de atención a la dependencia es la relación que éste tendrá con el sistema sanitario. Hasta el momento, como hemos señalado en otros trabajos²⁷, la articulación sociosanitaria ha constituido más un deseo que una realidad en nuestro país. En efecto, la atención a los ancianos vulnerables en España, independientemente de la Comunidad Autónoma que se considere, sigue llevándose a cabo mediante dos dispositivos que actúan con escasa conexión entre sí: por un lado, respecto de los problemas sanitarios, los servicios regionales de salud son los encargados de proporcionar la asistencia necesaria sobre unas bases de accesibilidad universal; por otro lado, en relación con la problemática que acompaña al fenómeno de la dependencia, los ayuntamientos o los gobiernos autonómicos, según sea el servicio social de que se trate, regulan mediante pruebas de medios tanto el acceso a los servicios como la cuantía de los copagos por parte de los individuos.

Así pues, siendo la fragmentación del dispositivo sanitario y social el punto de partida, no es extraño que se haya convertido en un lugar común la idea de que una mayor integración entre ambos permitiría una mayor eficiencia global en la atención a los ancianos. Los buenos resultados alcanzados por los programas emprendidos en otros países²⁸ han contribuido, sin duda, al entusiasmo por lo sociosanitario que desde hace algún tiempo se viene respirando en nuestro país.

Conviene no olvidar, sin embargo, que optar por una mayor integración supone tener que afrontar importantes obstáculos de índole diversa, desde la distinta cultura profesional de los sectores sanitario y social, centrado en la curación el primero y en el cuidado el segundo, hasta la pluralidad de niveles de gobierno implicados, pasando por el distinto grado de cobertura y la diversidad de mecanismos de financiación empleados en uno y otro caso (universalismo frente a selectivismo, copagos sustanciales en el caso de los servicios sociales, etc.). Por ello, a pesar de la evidencia empírica procedente de otros países²⁸, parece prioritario empezar a desarrollar experiencias piloto en nuestro propio entorno que, rigurosamente evaluadas, señalen si conviene o

no emprender el camino de la integración sociosanitaria y, sobre todo, de qué manera.

Conclusiones

En estos últimos años, tras los debates acerca de las consecuencias del envejecimiento demográfico en las pensiones y la sanidad iniciados hace casi dos décadas, se ha ido convirtiendo en un lugar común la idea de que la Administración debería implicarse más activamente en el ámbito de la dependencia. De hecho, el actual gobierno, tras elaborar en poco más de seis meses el *Libro Blanco de la Dependencia*, ha anunciado para finales de 2005 la aprobación de una ley encaminada a desarrollar en nuestro país un SND durante los próximos años. Así las cosas, quisiéramos concluir este trabajo con algunas reflexiones que, en nuestra opinión, pueden resultar de utilidad para mejorar el proceso de reformas que ahora se inicia.

En primer lugar, aunque el énfasis hasta el momento se haya puesto en la ampliación de los servicios de atención a la dependencia, no podemos olvidar que el reto último debería consistir en disminuir de cara al futuro las tasas de prevalencia de este tipo de problemas mediante intervenciones preventivas. Así pues, siguiendo la estela de las investigaciones realizadas en el ámbito internacional⁹⁻¹⁰, resulta prioritario emprender estudios en España que permitan dar respuesta a las dos cuestiones siguientes: cuáles son los factores que han influido sobre la evolución positiva de las tasas de prevalencia que se ha registrado durante la última década⁹ y, sobre todo, qué estrategias permitirían mantener dicha tendencia en los próximos años.

Por otro lado, respecto de la caracterización de nuestro actual modelo de atención, los análisis al uso adolecen de un grado de generalidad excesivo. En concreto, al no disponerse de información individual sobre determinadas variables clave, como son los costes directos y de oportunidad en que incurren las familias de las personas dependiente, los diagnósticos sobre los «problemas» de nuestro actual modelo se basan más en intuiciones que en evidencias empíricas concluyentes. Intentar rellenar estas lagunas de información constituye, desde nuestro punto de vista, un requisito ineludible si se pretende que el nuevo SND sirva para mejorar el modo en que se satisfacen las necesidades asistenciales de las personas mayores dependientes en nuestro país –identificando los colectivos más desprotegidos, la intensidad adecuada de las prestaciones, etc–.

Asimismo, en un contexto de envejecimiento demográfico como el actual, marcado además por importantes restricciones presupuestarias para el sector público, el diseño de un SND debe realizarse tenien-

do en cuenta su sostenibilidad financiera a medio y largo plazo. En este sentido, puesto que son múltiples las alternativas disponibles (impuesto de sucesiones, recargo sobre las pensiones, copagos, etc.), sería interesante desarrollar modelos que analizaran, por un lado, hasta qué punto estas alternativas permitirían generar los recursos necesarios en cada caso y, por otro, la incidencia distributiva de cada una de ellas. En relación con esto, los trabajos ya existentes en el mundo²⁹⁻³⁰ marcan el camino a seguir en nuestro país.

Por último, además de las cuestiones relativas a su financiación, la provisión de servicios dentro del SND debería tratar de organizarse de una manera lo más eficiente posible. Por esto, el desarrollo previo de experiencias piloto debidamente evaluadas, que es la forma habitual de proceder en otros países de nuestro entorno, tendría que servir para ofrecer respuestas a dos preguntas de crucial importancia: por un lado, qué balance asistencial entre recursos sociales de inter-namiento y comunitarios es el más adecuado³¹ y, por otro lado, en qué medida los servicios sociales y sanitarios deberían proporcionarse de un modo más integrado que en la actualidad²⁸.

Agradecimiento

El autor agradece al Ministerio de Educación y Ciencia el apoyo financiero recibido a través de la beca SEC2003-0545/ECO.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadísticas. Tendencias demográficas durante el siglo xx en España. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 1994.
2. Herce J. A. Papeles y el debate sobre las pensiones en España 1979-2004. Papeles de Economía Española, n.º 100.
3. Casado D. Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. Gac Sanit. 2001; 15:154-63.
4. Ahn N, Alonso J, Herce JA. Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España. Documento de trabajo n.º 7. Madrid: Fundación BBVA; 2003.
5. Hernández Cos P. La consolidación fiscal en España. Presupuesto y Gasto Público. 2004;35:123-41.
6. Consejo de Europa. Necesidades específicas de las personas dependientes. Estrasburgo: Consejo de Europa; 1995.
7. Manton KG, Corder E, Stallard E. Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994. Proc Natl Acad Sci. 1997;94:2593-8.
8. Casado D. La dependencia de las personas mayores en España: un análisis de su evolución durante los años noventa. Fundación BBVA: Documentos de trabajo. En prensa.
9. Jacobzone S, Cambois E, Robine JM. The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing? Labour market and Social Policy. Occasional papers n.º 37. Paris: OECD; 1999.

10. Manton KG, Gu X. Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population age 65 from 1982 to 1999. *Proc Natl Acad Sci* 2001;98: 6354-9.
11. Stuck AE, Waltherth JM, Nikolaus T, Büla C, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. *Social Science & Medicine*. 1999;48:445-69.
12. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 1999.
13. Imsero. Informe 2000. Las personas mayores en España: datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Madrid: Imsero; 2001.
14. Casado D. Envejecimiento y dependencia: un análisis económico de sus efectos sobre las finanzas públicas. Tesis Doctoral. Universitat Pompeu Fabra (mimeo); abril 2005.
15. Casado D, López Casasnovas G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Barcelona: Fundació "La Caixa"; 2001.
16. Fundació Institut Català de l'Envel·liment. Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España. Barcelona: Edad & Vida; 2004.
17. Imsero. Evolución y extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España. Madrid: Imsero; 1998.
18. Ettner SL. The Opportunity Costs of Elder Care. *Journal of Human Resources*. 1995;31:189-205.
19. Carmichael F, Charles S. The opportunity costs of informal care: does gender matter? *Journal of Health Economics*. 2003; 22:781-803.
20. Moore M, Zhu CW, Clipp EC. Informal costs of dementia care: estimates from the national longitudinal caregiver study. *Journals of Gerontology Social Sciences*. 2001;56B:S219-S28.
21. Pacolet J, Lanoye H, Bouren R. Social protection for dependency in old age in the 15 EU member states and Norway. Luxembourg: Office for official publications in the European Communities; 1999.
22. Imsero. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Imsero; 2005.
23. Foster L, Brown R, Phillips B, Schore J, Lepidus B. Improving the Quality of Medicaid Personal Assistance through Consumer Direction. *Health Affairs-Web Exclusive* 2003; w3-162.
24. Comas-Herrera A, Wittenberg R. European Study of Long-Term Care Expenditure. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. PSSRU Discussion Paper 1840. London; 2003.
25. Patxot C, Costa J. Description of the Spanish long-term care projection model. En: Comas-Herrera A, Wittenberg R, editores. *European Study of Long-Term Care Expenditure. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG*. PSSRU Discussion Paper 1840. London; 2003.
26. Rothgang H. Description of the German long-term care projection model. En: Comas-Herrera A, Wittenberg R, editors. *European Study of Long-Term Care Expenditure. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG*. PSSRU Discussion Paper 1840. London; 2003.
27. Casado D. A vueltas con lo sociosanitario. *Economía y Salud*. 2003;48:1-2.
28. Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003;18:222-35.
29. Hancock R, Comas-Herrera A, Wittenberg R, Pickard L. Who Will Pay for Long-Term Care in the UK? Projections Linking Macro – and Micro-Simulation Models. *Fiscal Studies*. 2003;24: 387-426.
30. Wiener JM, Illston LH, Hanley RJ. Sharing the burden: strategies for public and private long-term care insurance. Washington DC: The Brookings Institution; 1994.
31. Knapp M, Fernández JL, Challis D, Netten A. Long-term Care: Matching resources and needs. Aldershot: Ashgate; 2004.