

Protección social de la dependencia en España

Gregorio Rodríguez Cabrero

Documento de trabajo 44/2004



Gregorio Rodríguez Cabrero

Doctor en Ciencias Económicas por la Universidad Autónoma de Madrid.
Catedrático de Sociología de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid).

Su campo de especialidad es la política social, con especial referencia al análisis del Estado de Bienestar y problemas sociales, como la exclusión social y la protección social de la dependencia.

Dirige el Master en Dirección y Gestión de Servicios sociales de la Universidad de Alcalá.
Forma parte del consejo de redacción de la Revista Internacional de Sociología, así como de la revista Journal of European Social Policy.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas

© Fundación Alternativas

© Gregorio Rodríguez Cabrero

ISBN: 84-96204-44-8

Depósito Legal: M-5606-2004

Contenido

Resumen ejecutivo	5
1 Volumen y estructura de la población dependiente española	7
1.1 La dependencia como problema social	7
1.2 La población dependiente: volumen y características sociodemográficas básicas	9
2 Recursos públicos y privados destinados a la población dependiente en España	16
2.1 La aportación de la familia en los cuidados informales	16
2.2 Los recursos del sector público para la protección de la dependencia	22
2.3 La creciente presencia de la iniciativa privada sin lucro y mercantil	28
2.4 Conclusión	30
3 Los seguros públicos de protección a la dependencia	31
3.1 Los sistemas de protección social a la dependencia en varios países de la Unión Europea	31
3.2 Debates y políticas sobre la dependencia en España	39
4 Características básicas de un modelo de seguro público de protección de la dependencia: derecho, cobertura, prestaciones, financiación y gestión	45
4.1 La naturaleza del derecho social de protección a la dependencia	45
4.2 Cobertura universal y tipos de prestaciones	46
4.3 Formas de financiación	50
4.4 Gestión del seguro de dependencia	52
4.5 Medidas de ordenación y racionalización	53
4.6 Gasto en protección a la dependencia y costes	53
5 Conclusión: necesidad social, opción política y viabilidad financiera de un seguro público de protección social a las personas dependientes	56
Bibliografía	59
Índice de Tablas	63

Siglas y abreviaturas

APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie (Ayuda para la Autonomía Personal)
CAFAD	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile (Certificado de Aptitud como cuidador a domicilio)
CC AA	Comunidades Autónomas
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CC OO	Comisiones Obreras
EDDES	Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estudios de Salud
ESAD	Equipos de Soporte de Ayuda a Domicilio
EVCG	Equipos de Valoración de Cuidados Geriátricos
IMSERSO	Instituto de Migraciones y Servicios Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
INSALUD	Instituto Nacional de Salud
LISMI	Ley de Integración Social del Minusválido
MTAS	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
NHS	National Health Service (Servicio Nacional de Salud del Reino Unido)
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo (OECD para citas en inglés)
PIB	Producto Interior Bruto
PNC	Pensiones no contributivas
RD	Real Decreto
SAD	Servicio de Ayuda a Domicilio
UE	Unión Europea
UGT	Unión General de Trabajadores

Protección social de la dependencia en España

Gregorio Rodríguez Cabrero

Catedrático de Sociología de la Universidad de Alcalá de Henares

En este trabajo se analiza la necesidad de protección de la dependencia y sus implicaciones en términos de política social, es decir, la inevitabilidad y urgencia de desarrollar un sistema de protección a la dependencia en el marco de la Seguridad Social. Hemos definido la importancia social del problema, acotando el volumen y estructura de la población dependiente española

Se analiza también la importancia y protagonismo de los cuidados de larga duración informales, cobertura e intensidad horaria, el papel predominante de la mujer en dicho sistema y los límites que ello supone en una sociedad en la que la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la igualdad de género y los cambios en la dimensión y tipos de familia están redefiniendo el modelo tradicional de cuidados. Además, hemos examinado el sistema de prestaciones y recursos del sector público a favor de las personas dependientes, así como el volumen del gasto actual, todo ello para conocer la situación protectora de la que se parte ante la definición de un modelo de cobertura universal del riesgo social de dependencia. Así mismo, hemos destacado los límites económicos y sociales de los seguros privados para dar respuesta amplia y eficaz al problema de la dependencia.

Hemos realizado igualmente una revisión sucinta de los distintos modelos de protección a la dependencia existentes en los países de la Unión Europea, y de manera especial de aquellos que, como los del modelo continental (Alemania, Austria, Luxemburgo, Francia), pueden ser de utilidad como referencia inicial para el diseño de una política de Estado de protección social a la dependencia. En este sentido, hemos destacado la creciente importancia del debate en nuestro país, los modelos de cuidados que se han ido generando durante los últimos años en las CC AA para dar respuesta al problema de la dependencia y satisfacer la creciente demanda social. Una conclusión básica hay que destacar: la proliferación de modelos de cuidados de diferente tipo (sanitario, orientados a los servicios sociales, y de tipo mixto) es un paso positivo en el desarrollo de respuestas institucionales al problema de la dependencia. Sin embargo, esta realidad está generando desigualdades en cuanto a la definición del derecho a la protección de la dependencia, en cuanto a los recursos existentes y, también, en lo que se refiere a su eficacia social.

En definitiva, en este documento planteamos como ineludible una respuesta de Estado al riesgo social de la dependencia. La sociedad y, en concreto, las familias y las mujeres han asumido hasta ahora la carga social del problema de la dependencia. La solidaridad familiar y de otros tipos (vecinal, voluntaria) seguirá existiendo sin duda alguna y desempeña un papel social importante. La relevancia de un Seguro de Dependencia reside justamente en apoyar esa solidaridad de manera activa, dando por concluida la fase histórica de protección asistencial en favor de una protección social universal, coherente, eficaz y con capacidad para reducir las desigualdades sociales y territoriales existentes en este campo.

Como consecuencia de lo anterior proponemos aquí:

- **Integrar todo el caudal de recursos, experiencias y normativa en el campo de la protección social a la dependencia** actualmente existente en el Estado, la Seguridad Social y las CC AA bajo el marco constitucional del art. 41 de la Constitución Española, siguiendo las Recomendaciones del Defensor del Pueblo del año 2000 y del Pacto de Toledo de 2003, es decir, una regulación de la protección social de la dependencia que sea coherente, eficaz y eficiente en el marco de la Seguridad Social.
- Ello supondría **la aprobación y aplicación de una Ley de Protección Social a la Dependencia** como una nueva rama de la Seguridad Social, de cobertura universal, con una intensidad protectora en función de la gravedad de la dependencia, basada en prestaciones monetarias y servicios cuya elección por el dependiente sería modulada en función de la evaluación sociosanitaria de cada persona en situación de dependencia y teniendo en cuenta sus circunstancias personales y, en su caso, familiares.
- **La financiación de la nueva rama del Seguro de Dependencia** podría hacerse, además de la aportación de los recursos existentes, **mediante una fracción de las cuotas de la Seguridad Social y una financiación complementaria con impuestos generales por el Estado y las CC AA**. Aunque las prestaciones deben ser iguales para los distintos grados de dependencia, la separación de fuentes debe ser clara entre el ámbito contributivo y no contributivo. Las prestaciones serían ayudas topadas y no excluyen un cierto copago; sin embargo, el nivel de renta debe tenerse en cuenta en este punto, para no cargar sobre la población con bajos recursos el coste adicional del mismo.
- Por último, **la gestión del Seguro de Dependencia** sería compartida por las distintas Administraciones Centrales y Territoriales, teniendo en cuenta la descentralización actual de servicios sanitarios y sociales y bajo la coordinación de la Seguridad Social.

1. Volumen y estructura de la población dependiente española

1.1 La dependencia como problema social

El problema social de la dependencia no es nuevo en España ya que, como veremos, existen actualmente algunas situaciones objeto de protección social, tal como hemos señalado en nuestro informe sobre España para la Comisión Europea (Rodríguez Cabrero, en Pacolet, 1998). Lo realmente nuevo es la dimensión del problema debido a factores socio-demográficos como el envejecimiento de la población y los cambios que se están produciendo en la estructura y dinámica de la familia española. Al igual que ha sucedido en otros procesos sociales (por ejemplo, la abrupta caída de la fecundidad o la inmigración económica), lo característico del caso español es la aceleración en el tiempo de la magnitud e intensidad del fenómeno y su incorporación al debate científico y político en un contexto institucional de baja cobertura de la red de servicios sociales y, en general, de los servicios socio-sanitarios, cuando la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y la reducción del tamaño de la familia ponen de manifiesto la importancia de proteger un riesgo social hasta ahora asumido casi en su totalidad por la familia y que, finalmente, ha pasado en el último lustro a ser percibido como una contingencia objeto de protección social. Es la existencia de este riesgo social –que recorre toda la estructura social y cuya dimensión cuantitativa y efectos sociales y familiares son tan importantes en la actualidad y lo serán más aún en los años venideros– lo que fundamenta el objetivo de este trabajo: justificar el reconocimiento del hecho del riesgo ampliado de las situaciones de dependencia como objeto de protección social bajo una política de Estado que necesariamente amplíe y perfeccione el sistema protector de la Seguridad Social española.

Hasta muy recientemente, el problema de la dependencia se concentraba sobre todo en la población con discapacidad con edades entre los 6 y los 64. En este caso, la familia cuidadora y diversas prestaciones no contributivas –Ley de Integración Social del Minusválido¹ (LISMI), Pensiones no Contributivas (PNC) y Ayudas Públicas de diferente tipo– permitían alcanzar un cierto grado de cobertura de las necesidades, si bien con no escasas lagunas protectoras en lo que se refiere a los dependientes moderados y graves. Ha sido el problema

¹ Ley 13/1982, de 7 de abril, BOE 103, de 30 de abril.

del envejecimiento de la población y, en concreto, el incremento de la población con 80 y más años lo que ha puesto de manifiesto la dimensión e importancia social y política del problema de la dependencia. Por ello, si bien la dependencia recorre toda la estructura social de edades, en la actualidad uno de cada tres dependientes tiene más de 65 años. De ahí que sea comprensible, aunque erróneo, que en el discurso social y político tienda a reducirse la problemática de la dependencia a la general del envejecimiento de la sociedad española.

Definimos la dependencia, siguiendo al Consejo de Europa (1998) como **“aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria”**.

En la definición de la dependencia no entran todas las discapacidades que se pueden padecer, sino aquellas que se enmarcan dentro de las “actividades de la vida diaria”, cuya concreción en la encuesta EDDDES 1999 (INE, 2001) es como sigue:

- Actividades relativas al cuidado personal, que incluyen las discapacidades para asearse solo: lavarse y cuidarse de su aspecto, control de las necesidades y utilizar solo el servicio, vestirse, desvestirse, arreglarse y comer y beber.
- Movilidad en el hogar, que incluye las discapacidades para cambios y mantenimiento de las diversas posiciones del cuerpo, levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado y desplazarse dentro del hogar.
- Tareas domésticas, que comprende las discapacidades para cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios, cuidarse de las comidas, cuidarse de la limpieza y del planchado de la ropa, cuidarse de la limpieza y el mantenimiento de la casa y cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia.
- Movilidad extradoméstica, que agrupa la discapacidad para deambular sin medio de transporte, para desplazarse en transportes públicos o para conducir vehículo propio.

Ahora bien, la extensión del campo de la población dependiente estará supeditada al número y tipo de ítems que elijamos, como a continuación expondremos. Así, por ejemplo, la población que sufre dependencias básicas (necesidad de cuidado personal y movilidad en el hogar), las más importantes, viene a ser aproximadamente el 63 por ciento del total de las personas en situación de dependencia.

Tres son los factores que afectan en general a la protección social de la dependencia: el volumen y características de la población dependiente, el rol de las políticas de protección social en este campo y la naturaleza de los cuidados informales. Analizaremos cada uno de los factores en el caso español. Todo ello servirá como base para realizar un análisis comparativo de las políticas públicas de protección a la dependencia existentes en

los diferentes modelos de Estados de Bienestar. Con todo ello, podremos plantear tentativamente, como contribución al debate científico y político, un modelo de política social para la protección social de las personas con dependencia en el marco de la Seguridad Social como conjunto de prestaciones monetarias y de servicios en función de los diferentes niveles o grados de dependencia.

1.2 La población dependiente: volumen y características sociodemográficas básicas

A) Datos básicos de la población dependiente

En cuanto a la población dependiente, hay que señalar que, aunque afecta a todas las edades, el presente proceso de envejecimiento de la población española es la causa más importante que explica la dependencia, si bien no la única.

El análisis de la población dependiente, su incidencia, se basa en el análisis de encuestas de autopercepción realizadas a domicilio. Ello supone, en primer lugar, que en las estimaciones no suelen incluirse las personas con dependencia que viven en residencias de válidos y asistidos; en segundo lugar, que al tratarse de una evaluación subjetiva los datos deben tomarse con cautela, es decir, hay que considerar que se trata de datos brutos de incidencia que en la realidad serán mucho menores una vez se haya producido la evaluación psicosocial y médica de las personas que demandan una ayuda o prestación para hacer frente a la situación de dependencia.

Según la encuesta EDDDES 1999, un total de 2.215.393 personas de 6 y más años presentan alguna discapacidad respecto de las actividades de la vida diaria, es decir, están en diferentes situaciones de dependencia. De ellos, 793.748 son varones y 1.421.645 mujeres. Insistimos en que no se incluyen los dependientes que viven en residencias.

De este colectivo, la población de 65 y más años con problemas de dependencia es de 1.423.962 personas, es decir, casi exactamente dos tercios del total de la población dependiente, de los cuales 997.190 son mujeres y 426.772 son hombres. Esta última cifra, la de los dependientes mayores, resulta muy próxima a las estimaciones realizadas hace unos años en el estudio que realizamos para el IMSERSO bajo el título “La protección social de la dependencia” (Rodríguez Cabrero, Coord., 1999) que arrojaba la cifra de casi 1.500.000 millones de dependientes con 65 y más años para finales del año 2000, aplicando la Escala de Lawton.

El peso de la dependencia se sitúa particularmente en las edades superiores a los 65 años, sobre todo entre las mujeres, puesto que en este caso vienen a suponer algo más del 70% de este colectivo. Ciertamente, mucho tiene que ver en esto la longevidad femenina, netamente

mente superior a la de los hombres, entre los cuales adquieren una importancia preponderante los grupos de edad a partir de los 60 años.

Aun siendo más numerosas, según las proyecciones de población realizadas por el Instituto Nacional de Estadística, las generaciones o grupos de población que no han cumplido los 65 años de edad aportan unas cifras relativamente reducidas de dependientes. Ello se debe a la incidencia que tiene la dependencia en estas edades, o las discapacidades asociadas con la dependencia, medidas como tasas por cada 100 personas del grupo correspondiente (Tabla 1).

Tabla 1. Población dependiente por sexo. Tasas por 100

	Total	Varones	Mujeres
Total	6,0	4,9	7,5
De 6 a 9 años	0,9	0,9	0,9
De 10 a 16 años	1,0	1,1	0,9
De 17 a 24 años	1,0	1,1	0,8
De 25 a 29 años	1,3	1,5	1,1
De 30 a 34 años	1,8	2,2	1,4
De 35 a 39 años	2,0	1,8	2,2
De 40 a 44 años	2,4	2,4	2,4
De 45 a 49 años	3,2	2,9	3,5
De 50 a 54 años	4,1	3,2	4,9
De 55 a 59 años	6,2	5,0	7,3
De 60 a 64 años	8,9	7,7	10,0
De 65 a 69 años	11,4	8,2	14,1
De 70 a 74 años	16,4	12,0	19,8
De 75 a 79 años	24,8	18,3	29,2
De 80 a 84 años	34,1	26,9	38,2
85 y más años	54,1	44,9	58,9

Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDDES 1999 (INE, 2001)

Hay que tener en cuenta que, por ejemplo, mientras el porcentaje de personas mayores de 65 años en 1960 era del 8 por ciento, en el año 2000 es del 16 por ciento. Obviamente, el envejecimiento no es el factor explicativo único, ya que el estado de salud, la educación y la profesión son factores que determinan globalmente lo que se denomina como “**esperanza libre de discapacidad**”, que es tan importante o más que el propio proceso demográfico de envejecimiento. En todo caso, la importancia cuantitativa del problema puede valorarse, considerando que la población dependiente española mayor de 6 años viene a ser aproximadamente el 6 por ciento de la población española, si bien esas tasas crecen de manera exponencial a partir de los 65 años: 11 por ciento en el grupo de edad de 65 a 69, 16 por ciento en el grupo de edad de 70-74 años, 25 por ciento en el grupo de 75-79 años de edad, 34 por ciento en el grupo de 80-84 y 54 por ciento en el grupo de 85 y más años.

A partir de este volumen inicial de 2.215.393 personas dependientes que nos proporciona la EDDDES 1999, cabe realizar un ejercicio de refinamiento de la información disponible debido a tres razones: en primer lugar, porque los análisis del INE consideran, por ejemplo, como persona dependiente total (es decir, muy grave) aquella que al menos tiene alguna dificultad severa en una actividad de la vida cotidiana entre un total de 13 actividades, lo que supone incrementar de manera excesiva la población dependiente con máxima gravedad, si bien este mismo planteamiento tiene lugar en la cuantificación de la población dependiente moderada y severa. En segundo lugar, dado que la consideración de la situación de dependencia es una valoración subjetiva de la persona entrevistada, podemos pensar razonablemente que esta población dependiente inicial se reducirá a la hora de una evaluación médica y psicosocial. Finalmente, es preciso considerar también la población dependiente que vive en residencias, cuya estimación por grados de dependencia es preciso tener en cuenta a efectos de la cuantificación final de la población dependiente.

Efectivamente, la encuesta EDDDES 1999 no analiza de manera integrada la población en situación de dependencia en sentido estricto, sino que únicamente nos informa sobre el número de discapacidades y los niveles de gravedad de cada discapacidad, pero no sobre la articulación entre ambos en las personas con dependencia. Por ello, vamos a aproximarnos a lo que constituiría tentativamente la población dependiente española a partir de la definición de un modelo integrado de dependencia que incluya en cada discapacidad sus correspondientes niveles de gravedad para un conjunto de 8 limitaciones de tipo **personal (movilidad: cambios y mantenimiento en las posiciones del cuerpo, levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado, desplazarse dentro del hogar; desplazarse fuera del hogar: deambular sin medio de transporte; cuidado personal: asearse solo, control de necesidades, vestirse, desvestirse y arreglarse y comer y beber)** y 4 de tipo **instrumental (realizar tareas del hogar: cuidarse de las compras y control de suministros, cuidarse de las comidas, cuidarse de la limpieza y planchado, cuidarse de la limpieza y mantenimiento de la casa).**

Antes de entrar en el análisis de la estimación de la población dependiente según los criterios antes mencionados, cabe recordar que existen antecedentes entre nosotros (Abellán y Puga, 2002) en los que se define la población dependiente (en este caso a partir de la Encuesta Nacional de Salud de 1997 y el Estudio del CIS nº 2117) por niveles de gravedad, combinando dependencias personales e instrumentales para la vida diaria, cuyo ejercicio permite aproximarnos de manera más refinada a la cuantificación de la población dependiente.

Una primera vía de aproximación a lo que sería una cuantificación más rigurosa de la población dependiente se puede ver en la Tabla 2 a partir de la propia EDDDES 1999 y teniendo en cuenta el número de personas dependientes que padecen 3 ó más discapacidades, o las que no pueden realizar al menos una actividad de la vida cotidiana o la realizan con dificultad. Según esta primera aproximación, el número de personas dependientes estaría situado entre 1.423.751 personas (volumen de personas con tres o más discapacidades: 435.199 dependientes entre 6 y 64 años y 988.552 de 65 y más años) y 1.113.626 (personas con tres o más discapacidades que no pueden realizar en ningún caso o con mucha dificultad

al menos una actividad de la vida diaria referida al cuidado personal, movilidad en el hogar, y realización de algunas tareas domésticas). Si consideramos también los dependientes moderados, por ejemplo, tenemos que la población mayor de 65 años con dos o más discapacidades es de 1.167.504. Este último dato referido a 1999 viene a coincidir con las estimaciones que realizamos para el año 2000 en el año 1998, basadas en encuestas de salud que cifraban el fenómeno de la dependencia para el colectivo de 65 años en adelante en 1.115.444 personas, abarcando los tres grados de la dependencia: moderado, grave y severo (Rodríguez Cabrero, 1999).

Tabla 2. Población dependiente en España en 1999 con tres o más discapacidades

Población dependiente con tres o más discapacidades			
	Total	6-64	65+
Total	1.423.751	435.199	988.552
Hombres	474.995	199.416	275.579
Mujeres	948.756	235.783	712.973
Población dependiente con tres o más discapacidades que no pueden realizar al menos una actividad de la vida diaria o la realizan con gran dificultad			
	Total	6-64	65+
Total	1.113.626	301.880	811.746
Hombres	385.917	148.995	236.922
Mujeres	727.709	152.885	574.824

Fuente: Elaboración propia basada en EDDES 1999 (INE, 2001)

B) La distribución de la población dependiente por niveles de gravedad: un modelo sintético de dependencia global

La encuesta EDDES de 1999 recoge la gravedad de cada una de las discapacidades en 3 niveles:

- Moderada: si la persona realiza la actividad sin dificultad alguna, debido a que recibe alguna ayuda, o la realiza por su cuenta con una pequeña dificultad.
- Severa: si la persona realiza la actividad con gran dificultad y
- Total: si la persona es incapaz de realizar la actividad.

En nuestro caso, denominaremos los tres niveles respectivamente como moderado, grave y severo, como equivalentes a los niveles moderado, severo y total de la EDDES 1999.

Tabla 3. Población dependiente española según niveles de dependencia. Indicador sintético de dependencia de 12 discapacidades

	Moderados	Graves	Severos	Total
Varones	232.834	187.497	92.383	512.714
Mujeres	455.392	351.728	168.076	975.196
6-64 Años	258.471	158.317	54.018	470.806
65 +	429.755	380.908	206.441	1.017.104
Total	688.226	539.225	260.459	1.487.910

Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDES 1999 (INE, 2001)

La estimación de la población dependiente aquí realizada y que recogemos en la Tabla 3 representa un indicador sintético de la combinación integrada entre las 12 discapacidades de la vida cotidiana y sus niveles de gravedad respectivos, de las que hemos eliminado los dependientes moderados con menos de dos discapacidades para la vida diaria. Al propio tiempo entendemos que, presumiblemente, podrían quedar excluidos en una evaluación objetiva, al mismo tiempo que hemos realizado una serie de trasvases entre los tres grupos de personas en situación de dependencia. De forma que se consideran dependientes moderados aquellos que sufren más de dos discapacidades moderadas y menos de diez para actividades de la vida diaria, a los que se suman los dependientes graves que sufren dos o menos discapacidades. Como dependientes graves, se consideran aquellos dependientes moderados con más de diez discapacidades para la vida diaria y los dependientes graves que sufren más de dos y menos de diez discapacidades graves. Finalmente, se consideran dependientes severos todos los dependientes con discapacidades severas y los dependientes graves con diez y más discapacidades.

Este indicador sintético ofrece como resultado una población dependiente final de 1.487.910 personas de 6 años en adelante. De estos 1.017.104 (el 68,3%) tienen 65 y más años y 470.806 (el 31,7%) tienen edades entre 6 y 64 años. Igualmente, el sexo predominante es el femenino: 975.196 mujeres (65,5%) y 512.714 varones (34,5%). En definitiva, la población que sufre diferentes situaciones de dependencia es predominantemente mayor de 65 años y mujer.

Desde el punto de vista de la gravedad, la población dependiente se compone de tres grupos: 688.226 dependientes moderados (46,3%), 539.225 dependientes graves (36,2%) y 260.459 dependientes severos (17,5%). En la Tabla 3 puede observarse la distribución por grados, edades y sexo de la población dependiente española. Un dato de interés que emerge del análisis de la población dependiente es que dentro de este colectivo la población con 85 y más años, 268.724 personas, supone el 26,4 de la población de 65 y más años, es decir, que algo más de uno de cada cuatro dependientes mayores tienen 85 o más años, lo que nos da una idea del peso de la dependencia en las edades más provecas. Igualmente, dentro del

colectivo dependiente de 6 a 64 años el grupo de 51 a 64 años tiene un peso relevante ya que constituye el 46,2% de todo este colectivo, casi la mitad, lo que refleja cómo la incidencia de la dependencia se multiplica por más de dos entre los 51 y los 64 años edad, es decir, en las edades previas a la jubilación.

Sin duda, el deterioro de la situación personal de los individuos dependientes se incrementa conforme aumenta la edad. Pero no sólo la edad es el factor decisivo en el agravamiento de la situación de la dependencia sino, también, otros factores como el tipo de discapacidad padecida, el aprendizaje social y los estilos de vida, o mejor la combinación de todos ellos, que nos da la esperanza de vida libre de discapacidad. En este sentido, hay que recordar algo

Tabla 4. Población dependiente a domicilio y en residencias en España en 2000

	Moderados	Graves	Severos	Total	% a y b sobre total
1. Población 6-64					
a) Domicilio	258.471	158.317	54.018	470.806	95,2
b) Residencia	6.826	5.650	11.064	23.540	4,8
Total	265.297	163.967	65.082	494.346	100,0
2. Población 65 +					
a) Domicilio	429.755	380.908	206.441	1.017.104	88,1
b) Residencia	51.340	37.394	48.723	137.457	11,9
Total	481.095	418.302	255.164	1.154.561	100,0
Total Domicilio	688.226	539.225	260.459	1.487.910	90,2
Total Residencia	58.166	43.044	59.787	160.997	9,8
Total Población 1 + 2	746.392	582.269	320.246	1.648.907	100,0
% S/ Total de cada grupo de personas dependientes	45,3	35,3	19,4	100	

Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDDES 1999 (INE, 2001) (Tabla 3), para la población dependiente que vive en su domicilio. Para la población dependiente que vive en residencias, la estimación se ha realizado basada en el estudio del IMSERSO "Gasto sanitario en residencias" (sin fecha, finales años noventa del siglo XX) de la red pública residencial, que en las residencias asistidas la población dependiente se distribuye del modo siguiente: 23,73% son dependientes moderados, 23,98% graves y 40,82% severos. En las residencias de válidos los porcentajes son 23,95, 12,98 y 10,53, para moderados, graves y severos, respectivamente. La población mayor de 65 años que vive en residencias es de 215.156, según el Informe 2001 sobre Personas Mayores en España (IMSERSO), de las cuales se estima que 86.062 viven en residencias asistidas (40%) y 129.094 en residencias de válidos (60%). En cuanto a la población de menos de 65 años que vive en residencias se ha estimado un colectivo de 23.540 personas (4,8% del total de personas dependientes entre 6 y 64 años) sobre la base de la información facilitada para cinco CC AA por el Centro de Documentación del Real Patronato para la discapacidad (Andalucía, Cataluña, Madrid, País Vasco y Valencia).

tan elemental como que la ocupación, los estudios y la renta son factores que contribuyen a conformar estilos de vida que cristalizan en diferentes formas de dependencia.

Ahora bien, a la población dependiente que vive en su domicilio es preciso sumar la que vive en residencias de diferentes tipos. No disponemos de información rigurosa de la población dependiente en residencias y mucho menos sobre la gravedad de su dependencia. Por ejemplo, no todas las personas mayores que viven en residencias de asistidos son dependientes ni todas las que viven en residencias de válidos pueden ser consideradas como autónomas. Ello exige un ejercicio de estimación de la población dependiente que vive en residencias. Aquí nos limitamos a estimar dicha población distribuyéndola por niveles de dependencia sobre la base de distintas fuentes de información que reseñamos en la Tabla 4.

Pues bien, la población total dependiente española que vive en domicilio y en residencia se estima en 1.648.907 personas. De estas, el 90,2% viven en su domicilio y el 9,8% en residencias. Respecto de los que viven en residencias, hay que señalar que son el 4,8% en la población con menos de 65 años y 11,9% en la población mayor de 65 años. Por otra parte, la población dependiente moderada total se estima que es el 45,3%, la dependiente grave el 35,3% y la población con dependencia severa el 19,4%. Aunque una política social de protección a la dependencia debe cubrir cualquier situación de riesgo, la Tabla 4 nos muestra un dato revelador: la población total dependiente severa y grave es de 902.515 personas (54,7% del total de personas en situación de dependencia), de las cuales 799.684 viven en su domicilio y 102.831 en residencias de algún tipo.

Somos conscientes de que existe un colectivo no muy numeroso, pero importante: los dependientes sin hogar y las personas con problemas de salud mental que viven en la calle, que aquí no recogemos debido a la ausencia de estadísticas fiables, pero que, sin embargo, no podemos olvidar en el diseño de una política de acción protectora.

2. Recursos públicos y privados destinados a la población dependiente en España

En la atención a las personas dependientes intervienen tres agentes: la **familia cuidadora**, el **Sector Público con su oferta de servicios y prestaciones económicas** y la **oferta privada, tanto mercantil como no lucrativa**. Haremos a continuación un sucinto análisis del papel que cada agente desarrolla en la función de cuidados. Para el caso de la atención informal, analizaremos el tiempo de cuidados y la estimación del gasto en prestaciones económicas y servicios en lo que se refiere al Sector Público.

2.1 La aportación de la familia en los cuidados informales

A) El tiempo de cuidados informales

En relación con los cuidadores y la intensidad del tiempo de cuidados, existe ya una amplia literatura recogida por M^a Ángeles Durán (Durán, 1999). Aquí solamente señalaremos los dos indicadores más importantes de la estructura de cuidados de las personas dependientes: en primer lugar, la abrumadora mayoría de cuidadores familiares y, en segundo lugar, la extensa duración e intensidad de los cuidados personales.

Además del factor sociodemográfico o de incidencia del riesgo social de la dependencia, existe un segundo factor explicativo de la misma, en realidad su otra cara de la moneda, que es la crisis del modelo informal de cuidados o, con mayor precisión, los cambios en el sistema de cuidados familiares. En relación con el colectivo que hemos estimado como personas dependientes, hay que señalar que la mayoría de las personas que prestan cuidados personales viven en el hogar de la persona dependiente y son miembros del mismo (61,5%); no llega al 1% el porcentaje de personas que son cuidadas en el hogar solamente por empleados y el 37,5 restante de los cuidadores viven fuera del hogar de la persona dependiente (ver Tabla 5). Este último porcentaje es ya indicativo de los cambios que se están produciendo en el sistema de cuidados personales.

De las 527.085 personas cuidadoras que viven fuera del hogar de la persona dependiente, el 61 por ciento, 321.522, son cuidadores principales, de los cuales el 60,5 por ciento son familiares (en su gran mayoría hijas: 58%), siendo el resto empleados privados contratados

Tabla 5. Residencia de las personas que prestan cuidados personales y tipo de personas no residentes que prestan cuidados

Residencia de las personas que prestan cuidados personales	%
1. En el hogar y son miembros del mismo	61,5
2. En el hogar y son personas empleadas	1,0
3. Fuera del hogar	37,5
Total	100
Tipología de personas que prestan cuidados personales fuera del hogar	
1. Hija	34,9
2. Hijo, padre, madre, nuera, yerno	11,1
3. Otros familiares	14,3
4. Empleados no residentes	23,6
5. Amigos y vecinos	5,5
6. Servicios sociales públicos	8,6
7. Servicios sociales privados	2,0
Total	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDDES 1999 (INE, 2001)

(23,6%), personal de los servicios sociales públicos y privados (10,6%) y vecinos y amigos (5,5%). En definitiva, considerando todos los familiares cuidadores que residen en el hogar del dependiente o que viven fuera del mismo, el resultado es que los cuidadores familiares de distintas categorías constituyen la estructura social básica de los cuidados personales, y entre estos hay que destacar los cónyuges, hijas y nueras como núcleo fundamental de los cuidados informales.

El modelo de cuidados personales de los individuos dependientes es altamente intensivo en horas de cuidados a la semana y extenso en el tiempo, en número de años de cuidados. Así, según podemos ver en la Tabla 6, casi el 45% de las personas dependientes recibe más de 40 horas de cuidados a la semana por parte del cuidador principal. Obviamente los dependientes severos reciben muchas más horas de cuidados que los otros colectivos. Por ejemplo, el 62,2% de los dependientes severos reciben más de 60 horas de cuidados semanales frente al 34,8% de los dependientes graves y el 25,1% de los dependientes moderados. Por el contrario, estos últimos son los que tienen los mayores porcentajes de cuidados inferiores a 30 horas semanales.

Cualquier ejercicio realizado con precios-sombra para valorar monetariamente el tiempo informal de cuidados de larga duración nos da una medida de su importancia social y económica. Así, por ejemplo, para un precio-sombra de 6,62 euros la hora de atención informal, el coste de dicha atención en un año se ha estimado en 4.846,7 millones de euros (Rodríguez Cabrero y Montserrat Codorniu, 2002).

Tabla 6. Número de horas de cuidados personales del cuidador principal por semana, según niveles de dependencia (%)

Nº horas por semana	Moderados	Graves	Severos	Total %
Hasta 7 horas	19,3	13,3	2,2	13,6
De 7 a 14	20,9	15,0	4,6	15,3
De 15 a 30	19,0	17,8	9,7	16,6
De 31 a 40	9,6	10,1	9,7	9,8
De 40 a 60	6,1	9,0	11,6	8,3
Más de 60 horas	25,1	34,8	62,2	36,4

Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDDES 1999 (INE, 2001)

Tabla 7. Número de años que el cuidador principal dedica a los cuidados personales (%)

Número de años de cuidados	Moderados	Graves	Severos	Total %
Menos de 1 año	7,6	7,3	10,5	8,2
De 1 hasta 2 años	13,3	11,3	12,0	12,3
De 2 hasta 4 años	17,7	17,1	17,2	17,4
De 4 hasta 8 años	19,9	20,6	21,6	20,5
Más de 8 años	41,5	43,7	38,7	41,6

Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDDES 1999 (INE, 2001)

Desde el punto de vista del número de años de cuidados personales, hemos recogido en la Tabla 7 el análisis realizado de la EDDDES 99, según la cual casi el 42% de las personas dependientes ha recibido cuidados durante más de 8 años o el 62,1% si consideramos los que han recibido cuidados durante más de 4 años. De otra manera podemos señalar cómo la duración media de los cuidados es de algo más de 6 años para el conjunto de la

Tabla 8. Duración media de los cuidados según el parentesco con el dependiente y su edad y sexo (años)

	Total	Varón	Mujer	Total	6-64	65 y más
Total	6,15	6,58	5,94	6,15	7,13	5,71
Parientes	6,49	6,82	6,31	6,49	7,32	6,08
Asalariados	3,68	3,54	3,72	3,68	4,69	3,47
Empleado	3,79	3,57	3,83	3,79	4,65	3,63
Servicios sociales	3,40	3,49	3,37	3,40	4,75	2,98
Otros	4,95	5,54	4,81	4,95	4,96	4,95
No consta	5,64	5,79	5,48	5,64	6,86	5,24

Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDDES 1999 (INE, 2001)

población dependiente, si bien existe una notable diferencia entre el número medio de cuidados de la familia, 6,5 años, y el de los asalariados, 3,7 años (Tabla 8).

Esta amplísima cobertura de cuidados personales recae de manera abrumadora en la familia, como hemos visto, sin compensación económica alguna en su inmensa mayoría (el 78% de los cuidadores familiares no reciben compensación económica alguna y sólo de manera regular lo reciben el 12%, correspondiendo el restante 10% a respuestas de “no sabe/no contesta”).

Este modelo de solidaridad familiar está entrando en un proceso de cambio profundo de manera inevitable, debido a tres cambios coincidentes: a) declive del potencial de cuidadores familiares a causa de la reducción del número de mujeres cuidadoras y el aumento del número de ancianos que precisan cuidados de larga duración; b) cambios en el modelo tradicional de familia debido al aumento de la tasa de divorcios, familias monoparentales y permanencia de los hijos en el hogar hasta edades próximas a los 30 años; c) finalmente, cambios en la posición social de la mujer asociados a su incorporación creciente al mercado laboral que reducen la población cuidadora y, sobre todo, la intensidad de los horarios.

Abundando en el análisis de las ayudas recibidas por las personas dependientes, los datos nos muestran que es más probable que se reciba ayuda si se es un dependiente de más de 65 años y, especialmente, si se padece 3 o más discapacidades (Tabla 9). El 52% de los dependientes de menos de 65 años recibe todas las ayudas que necesita, pero dicha satisfacción varía según el número de discapacidades, de forma que con sólo una discapacidad el 30,4% recibe todas las ayudas solicitadas y con tres y más discapacidades dicho porcentaje se eleva al 66,3%. Lo mismo sucede en el caso de los dependientes mayores de 65 años: el 69,1% recibe todas las ayudas que solicita como media, pero la situación varía según sufra una discapacidad (49,6%) o tres y más discapacidades (76,3%).

Tabla 9. Dependientes que reciben todas las ayudas solicitadas según el número de discapacidades, la edad y el sexo (%)

	Total	Una	Dos	Más
Total	62,9	40,8	49,6	73,3
Varón	60,4	39,6	46,6	72,7
Mujer	64,3	41,6	51,4	73,5
6-64 años	51,8	30,4	39,8	66,3
Varón	51,4	30,1	38,5	66,8
Mujer	52,2	30,8	40,7	65,9
65 y más años	69,1	49,6	57,2	76,3
Varón	68,2	50,6	54,9	77,1
Mujer	69,5	49,0	58,2	76,0

Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDDES 1999 (INE, 2001)

En definitiva, el análisis de la EDDDES 1999 nos confirma lo ya sabido por otras fuentes: la inmensa mayoría de la población dependiente es cuidada por la familia, sobre todo por las mujeres, durante un largo período de tiempo y con fuerte carga horaria de cuidados. Es un modelo extenso e intenso en cuidados personales. Ahora bien, los cambios antes mencionados nos llevan, con la cautela suficiente, a afirmar que este modelo está ya cambiando y cambiará en los años venideros, debido a la revolución de género en nuestra sociedad y a los cambios en el tamaño y dinámica de la familia española. Ello conlleva que nos preguntemos cuál es la estructura y volumen de gasto de nuestro sistema de protección social en la actualidad, así como su grado de cobertura y cuáles podrían ser las líneas maestras de un sistema de seguro social colectivo.

B) Los cuidadores y sus costes de oportunidad

Según la EDDDES 1999, la población cuidadora viene a situarse alrededor del millón y medio de personas. De estas, el 33,7% son varones y el 66,3% mujeres. Las mujeres son, como es sabido, el colectivo que soporta el peso fundamental del sistema de cuidados personales de las personas en situación de dependencia. Cuando consideramos el sexo del

cuidador principal se refuerza aún más el carácter femenino del modelo de cuidados español, de forma que las mujeres constituyen el 74% de los cuidadores y los hombres el 26%.

Tabla 10. Edad del cuidador principal (%)

Hasta 34 años	13,4
De 35 a 44	12,9
De 45 a 54	19,2
De 55 a 64	21,4
De 65 a 74	21,5
De 75 a 84	10,6
85 +	1,0
Total	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la EDDDES 1999 (INE, 2001)

La gran mayoría de las personas principales cuidadoras se sitúa en el tramo medio de edades de forma que, por ejemplo (Tabla 10), de cada diez cuidadores cuatro tienen entre 45 y 64 años. Igualmente, de cada diez cuidadores principales casi tres tienen menos de 45 años. Lo que resulta especialmente significativo es que un tercio de los cuidadores principales tenga 65 y más años. El

envejecimiento de la población, junto a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, está suponiendo indudablemente un desplazamiento de la población cuidadora hacia los tramos elevados de edad. En este sentido hay que destacar que algo más de uno de cada cinco cuidadores principales tiene una edad comprendida en el tramo de los 65 a los 74 años. Durante los años venideros, casi con seguridad, tendrá lugar un progresivo envejecimiento de la población cuidadora, paralelo, como decimos, al proceso general de envejecimiento y al cambio de roles de la mujer.

Cuando relacionamos al cuidador principal con su actividad económica, teniendo en cuenta edades y sexo, constatamos algunas diferencias importantes entre los cuidadores. Por una parte, como ya antes señalamos, el peso dominante de las cuidadoras (74%) en

comparación con los cuidadores varones (26%). Por otra parte, el peso comparativamente superior de las cuidadoras que están en el tramo de 44 a 65 años (44%) respecto de los cuidadores varones que están en el mismo tramo (30%), que revela el menor peso de la mujer en el mercado de trabajo. De hecho, de cada cien mujeres cuidadoras en dicho tramo de edad 71 tienen como ocupación “sus labores”, siendo el total de mujeres cuidadoras que se dedican a sus labores el 63%; un porcentaje, insistimos, que sin duda tenderá a variar durante los años venideros. Ello contrasta con el porcentaje de hombres que tiene como ocupación sus labores: 12 por ciento de los cuidadores varones. Un diferencial que, posiblemente, se vaya acortando en los años venideros y que afectará, sin lugar a dudas, a la estructura social de los cuidadores informales.

La mayoría de los cuidadores varones, por su parte, se sitúa en el tramo de edad de más de 65 años (49% del total de cuidadores varones), lo que contrasta con el porcentaje de mujeres cuidadoras que están en el mismo tramo (28%). Asimismo, de cada cien cuidadores varones 43 están jubilados. Es decir, que el perfil mayoritario en términos relativos entre los cuidadores varones es la ocupación de “jubilados” y edad superior a los 65 años; por el contrario, el perfil dominante en la mujer cuidadora es el de ocupación “sus labores” (490.566 cuidadoras) y edad comprendida entre los 45 y 64 años.

La combinación entre la situación de estar trabajando y ser cuidador principal es superior en los varones (25 por ciento de los cuidadores varones) respecto de las mujeres, si bien se trata de una distancia relativa (20 por ciento de las mujeres) que nos indica los cambios que están teniendo lugar en el mercado de trabajo.

En la valoración de los costes de un modelo de cuidados de personas en situación de dependencia no solamente hay que tener en cuenta los costes directos monetarios (prestaciones económicas y técnicas) y en tiempo de cuidados (siendo este último determinante), sino también otros costes indirectos, no por ello menos importantes. Entre estos tenemos los costes de oportunidad, que se definen como aquellos que se producen cuando la realización de una actividad determinada supone el sacrificio de otra u otras actividades alternativas. La EDDDES 1999 indaga en los costes de oportunidad más importantes que puede generar la actividad de cuidados personales. Obviamente estos costes pueden ser acumulativos y, en general, lo son, ya que el cuidado personal puede afectar a la vez al tiempo dedicado a la familia, al trabajo y al ocio. Así, tenemos que el mayor impacto de los costes de oportunidad se produce sobre el ocio y las relaciones personales.

Más de la mitad de los cuidadores principales que residen en el hogar de la persona con problemas de dependencia afirma que ha tenido que reducir “sustancialmente” su tiempo de ocio y de relaciones personales, exactamente el 53% de todos los cuidadores. El trabajo remunerado o los estudios también se ven afectados por los cuidados (17% de los cuidadores). También afecta al propio trabajo doméstico (28%) y la vida familiar (27%). Para otros, el tiempo de cuidados afecta a otras actividades habituales (28 por ciento). Únicamente una minoría dice no afectarle nada, ya que se trata de su trabajo (1%). Para

un colectivo mayoritario de cuidadores (35%), el tiempo de cuidados no implica la reducción sustancial o supresión de actividades en especial.

Como conclusión, el análisis de la EDDDES 1999 nos confirma la existencia de un modelo “mediterráneo” de cuidados personales que recae mayoritariamente sobre la familia y, dentro de esta, sobre la mujer; que se trata de un modelo de cuidados intenso en tiempo semanal de cuidados y extenso en cuanto al número de años dedicados; y que, finalmente, genera importantes costes de oportunidad. Si bien la solidaridad familiar no va a desaparecer ni a reducir sustancialmente, los cambios sociodemográficos ya señalados (incorporación de la mujer al mercado de trabajo, nuevas formas familiares, reducción del tamaño de la familia, entre otros), nos llevan a afirmar, con la cautela necesaria, que este modelo de cuidados se modificará profundamente en los años venideros. Lo cual supone que la solidaridad colectiva, es decir, los sistemas de protección social, está llamada a tener un papel más determinante que hasta ahora en la cobertura del riesgo de la dependencia y en el desarrollo de políticas sociales de apoyo a las personas dependientes y a la población cuidadora.

2.2 Los recursos del sector público para la protección de la dependencia

A) Una panorámica general

El sistema protector español de las situaciones de dependencia se caracteriza por su débil extensión, baja intensidad y descoordinación. En la realidad existen varios subsistemas dirigidos a solventar problemas distintos, desde diferentes Administraciones Públicas y con orígenes históricos y efectos distintos. Como consecuencia de los cambios sociodemográficos mencionados antes, se está produciendo una demanda creciente de servicios y prestaciones sociales de apoyo a la población dependiente y los cuidadores. La solidaridad familiar tradicional precisa de servicios formales comunitarios y residenciales. Aquí es precisamente donde hay que destacar cuál es la situación real de los servicios de larga duración existentes.

En efecto, los costes de la dependencia recaen en gran medida sobre la familia, o las mujeres en concreto, que asume tanto costes directos en dinero y tiempo como costes de oportunidad. El gasto total estimado en 2000 en protección social de la dependencia de personas mayores, incluyendo el gasto sanitario, es el 0,8% del PIB o, descontando el gasto privado, el 0,66 del PIB (Monsterrat, 2003a). Ahora bien, están protegidas algunas situaciones de dependencia de manera obligatoria, como consecuencia de accidentes en la actividad laboral o imposibilidad de trabajar por sufrir minusvalía, pero en ningún caso se contempla la situación de dependencia derivada de la edad o como consecuencia de la enfermedad, excepto las situaciones de dependencia en las que coincide la falta de recursos, es decir, la protección asistencial bajo carga de prueba de recursos.

Debido a que la protección sanitaria es universal en cuanto a cobertura, si bien incompleta en lo referente a la atención de las personas en situación de dependencia, el déficit en la protección de la dependencia reside fundamentalmente en la oferta de servicios sociales y en el limitado y descoordinado impacto de las prestaciones monetarias por dependencia. Pues, primero, la cobertura de servicios sociales comunitarios y residenciales es muy baja en términos comparativos con otros países de la UE (2% de la población mayor de 65 años y 2,7% del colectivo de esta edad que son dependientes en ayuda a domicilio; 0,2% en centros de día y 2% en residencias de asistidos). Segundo, mientras el derecho a la protección sanitaria es efectivo, aunque limitado en prestaciones, no sucede lo mismo con el derecho a los servicios sociales que es un derecho “debilitado”, de naturaleza asistencial. Finalmente, los servicios sociales han sido desarrollados por cada CC AA, que son las que tienen competencia en la materia (no en exclusiva como erróneamente suele afirmarse, ya que la Seguridad Social también tiene competencia en servicios sociales y asistencia social), generándose una creciente desigualdad entre regiones en cuanto a cobertura e intensidad protectora a pesar del esfuerzo nivelador del Plan Concertado de Servicios Sociales Municipales que, en cierto modo, puede considerarse agotado desde el punto de vista del logro de la equidad territorial de la oferta de servicios, su accesibilidad y resultados.

B) Los dispositivos de protección a la dependencia: una visión de conjunto.

Vamos a considerar aquí de manera sucinta los cuatro tipos de recursos existentes: los servicios sociales (los de tipo sanitario están garantizados para todos los ciudadanos y constituyen un verdadero derecho subjetivo), las prestaciones monetarias, las ayudas fiscales y las ayudas al cuidador (Tabla 11).

En primer lugar, las **prestaciones monetarias de la Seguridad Social**, tanto contributiva como no contributiva, tenían en 2001 unas cuantías medias anuales de: 5.183,6 euros el complemento por ayuda de tercera persona de la pensión de gran invalidez; 1.765,75 euros el complemento por invalidez no contributivo; la asignación anual por hijo a cargo 4.399,44 euros; la cuantía media de la pensión a favor de familiares es de 3.670,52 euros al año; y la ayuda de tercera persona de la extinta LISMI 818,3 euros (cuantía congelada desde 1992).

Por tanto, el primer problema general que se plantea es la diversidad de cuantías para cubrir objetivos en muchos casos parecidos. Según de donde se provenga (contributivo-no contributivo), según el tipo de colectivo, según la cuantía de la pensión, como en el caso de las pensiones contributivas de gran invalidez, así será cuantía de la prestación, que no se relaciona de manera objetiva con la situación de dependencia a proteger. A ello hay que añadir la imposibilidad de conocer después de los 65 años la situación de gran invalidez o incapacidad permanente o la incoherencia, en el caso de la prestación por invalidez no contributiva, así como de no reconocer de manera explícita la ayuda de tercera persona a favor del verdadero titular, la persona incapacitada. Esta situación plantea en

Tabla 11. Prestaciones económicas y servicios para la protección social de la dependencia

Servicios sociales	Prestaciones económicas de la seguridad social y CC AA	Desgravaciones fiscales. Ley 40/1998, IRPF	Conciliación de la Vida Familiar y el Trabajo Ley 39/1999
Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y Teleasistencia	Ayuda de Tercera Persona por Gran Invalidez	Mínimo Personal: Desgravaciones fiscales en función del grado de discapacidad e ingresos	Reducción de jornada
Centros de Día Residencias Asistidas	Complemento por invalidez no contributivo 75% discapacidad	Mínimo Familiar: Desgravaciones fiscales en función del grado de discapacidad e ingresos	Excedencia por cuidados hasta un año
Pisos protegidos	SATP (LISMI) Prestación por hijo a cargo con grado de discapacidad superior al 75% Ayudas puntuales de las CC AA y Ayuntamientos		

Fuente: Elaboración propia

nuestra opinión la necesidad de reconducir esta diversidad de prestaciones y cuantías a unas prestaciones directamente relacionadas con la situación de dependencia y no con la cuantía de las pensiones o subsidios asistenciales.

Segundo, en lo referente a los **servicios sociales** hay que insistir en el análisis ya realizado por Pilar Rodríguez (1998) y en el Informe de 1999 del Defensor del Pueblo (2000). Es decir, los servicios sociales son sobre todo una **oferta insuficiente** en conjunto, tanto la pública como la privada y, sobre todo, la oferta pública no se corresponde ni con el grado de desarrollo económico y social de nuestro país ni con las necesidades actuales de cuidados personales. Una cobertura del SAD (Servicio de Ayuda a Domicilio) de escasamente el 2 por ciento sólo es comparable con países de tradición “familística” y asistencialista de los servicios sociales, como Italia, Portugal e Irlanda, en los que dichas tasas apenas si superan el 3 por ciento. En segundo lugar, se trata de una oferta con no escasos desequilibrios territoriales entre CC AA, ya que existe una amplia dispersión en cuanto a las tasas de cobertura; además, los requisitos de acceso a los servicios y, sobre todo, las aportaciones del usuario varían también entre CC AA. En tercer lugar, es un sistema de carácter asistencial en el que tienen garantizada su protección las personas sin recursos, cuando el problema de la dependencia afecta a todas las clases sociales.

La protección social a la dependencia desde el ámbito de los servicios sociales ha empezado a reflejarse en la normativa de las CC AA de manera específica. Así, por ejemplo, la Comunidad de Cantabria aprobó en 2001 una Ley de Atención y Protección a las Personas en Situación de Dependencia, si bien su naturaleza es asistencial. Por su parte, la Comunidad Autónoma de Madrid ha aprobado en 2003 una nueva Ley de Servicios Sociales en la que se contempla la protección social de la dependencia en un título completo denominado “De la atención social a la dependencia”, pendiente de desarrollo. Finalmente, hay que destacar la Ley de Servicios Sociales del Principado de Asturias, aprobada en 2003, que contempla la protección social a la dependencia y define un catálogo de prestaciones sociales exigibles como derecho subjetivo.

Por tanto, los servicios sociales, sobre todo públicos pero también privados, no sólo tendrán que crecer de manera intensa los próximos años, con el fin de ampliar la oferta pública, sino que también deberán pasar a definir un catálogo de prestaciones sociales básicas exigibles como derecho subjetivo.

En cuanto a las **desgravaciones fiscales** por razón de dependencia, ya mantuvimos en el informe “La protección social de la dependencia” que la fiscalidad no cumplía las condiciones de equidad y eficacia en su aplicación. La Ley 40/1998, del IRPF², confirma nuevamente esta afirmación, ya que, por una parte, quedan excluidos del ahorro fiscal los que no hacen la declaración de la renta, y, por otra, las cuantías de ahorro están en función de la base imponible y de distintos niveles de discapacidad, cuando de lo que se trata es de proteger la situación objetiva de dependencia con independencia de los ingresos. Finalmente, hay que tener en cuenta que, para poder ser beneficiario de las desgravaciones fiscales, el cuidador debe vivir en la misma residencia que la persona dependiente, excluyéndose, por tanto, los cuidadores a distancia. En este último sentido, hay que recordar que el 37,5% de los cuidadores residen fuera del hogar del dependiente y que de estos el 60,3% son familiares de diferente tipo. En suma, las desgravaciones fiscales no son equitativas, al no comprender todas las personas afectadas por razón de dependencia, ni son eficaces, pues de lo que se trata es de la protección objetiva de la dependencia. Entendemos que la separación de los ingresos de la situación de dependencia a proteger es crucial, tal como sucede en el caso de la asistencia sanitaria, y, por tanto, las desgravaciones fiscales deberían ser eliminadas en este aspecto concreto.

En lo que se refiere a las políticas de **ayuda al cuidador**, hay que señalar también su insuficiencia, ya que, por ejemplo, la Ley 39/1999³ sobre conciliación de la vida familiar y el trabajo prevé la concesión de excedencias hasta un año de duración para el cuidado de un familiar por razón de enfermedad (dependencia incluida) y edad (atención a personas mayores). Pero, si bien el puesto de trabajo se conserva durante la excedencia,

² BOE 295, de 10 de diciembre de 1998.

³ Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, BOE 266, de 6 de noviembre.

ni existe remuneración o prestación por el tiempo de cuidados ni se financian las cuotas a la Seguridad Social, con lo que durante el tiempo de cuidados se suspende la carrera de seguro, aunque sea posible establecer un convenio por el que el trabajador asume el coste de sus cuotas y las de la empresa.

C) Estimación del gasto en protección social a la dependencia

Hemos estimado que el gasto total en protección social a la dependencia, excluyendo el gasto sanitario, alcanzó una cifra de 2.408,7 millones de euros en 2001, incluyendo la aportación de los usuarios a la financiación de los servicios; de esta cantidad 2.055,6 millones de euros fueron gasto público (el 85,3% del total).

El gasto en prestaciones monetarias de la Seguridad Social y Mutualidades alcanzó una cifra en 2001 de 643,2 millones de euros y el gasto en servicios de 1.765,5 millones de euros (una vez descontada la aportación de los usuarios en la financiación de los servicios, el gasto público es de 1.412,4 millones de euros). Se trata, por tanto, de un gasto esencialmente en servicios, 73,3 % del total del gasto, siendo las prestaciones monetarias el 26,7% restante (Tabla 12).

El gasto medio por beneficiario en prestaciones monetarias fue en 2001 de 3.690,6 euros por año y el número total de beneficiarios 174.278 personas. Por su parte, los usuarios

Tabla 12. Población beneficiaria de prestaciones económicas y servicios en España en 2001 y gasto público total en protección social a la dependencia (Continúa...)

A) Prestaciones monetarias	Beneficiarios			Gasto total MM euros	Gasto neto ⁽¹⁴⁾
Seguridad Social					
Ayuda de tercera persona por Pensión de Gran invalidez ⁽¹⁾	- 65 años	65+	Total	187,6	
	24.700	11.500	36.200		
Pensión a favor de familiares ⁽²⁾			Total	159,3	
			43.400		
Complemento por invalidez 75%+ no contributivo ⁽³⁾	< 65	65>	Total	53,7	
	26.569	3.845	30.414		
Asignación por hijo a cargo 75% ⁽⁴⁾			Total	213,6	
	48.549		48.549		
SATP /LISMI ⁽⁵⁾	- 65	65 +	Total	9,2	
	4.275	6.948	11.223		
Mutualidades (MUFACE, ISFAS, MGJ):		4.492		19,8	
Prestaciones económicas de gran invalidez y prestación por hijo a cargo con 75%+ discapacidad ⁽⁶⁾					
Total		174.278		643,2	

A) Cuantía media de prestaciones monetarias en euros:

(1) Cuantía media año 2001 (50% pensión gran invalidez): 5.183,6. (2) Cuantía media año 2001: 3.670,52. (3) Cuantía media año 2001: 1.765,75. (4) Cuantía media año 2001: 4.399,44. (5) Cuantía media año 2001: 818,3. (6) Se incluyen 3.113 perceptores por prestación de hijo a cargo y 1.179 pensionistas de gran invalidez con cuantías medias equivalentes a las de la Seguridad Social.

Fuente: Elaboración propia

de servicios sociales comunitarios y residenciales fueron 327.323 personas (cifra bruta de beneficiarios, ya que en parte de ellos coinciden varios servicios a la vez como puede ser ayuda a domicilio y teleasistencia), con un gasto medio anual de 5.393,7 euros o, una vez descontada la aportación del usuario, de 4.315 euros por año.

El gasto público neto total en prestaciones monetarias y servicios para las personas dependientes fue de 2.055,6 millones de euros (0,37% del PIB) y los beneficiarios y usuarios fueron 501.601 personas, sin descontar la acumulación de prestaciones en una misma persona (como pueden ser las de ayuda a domicilio y teleasistencia, esta última la hemos excluido en cobertura final que aparece en la Tabla 15). En términos de gasto público se alcanzó el 0,31% del PIB.

Por otra parte, hay que observar que del gasto total en protección a la dependencia el 65% corresponde a las personas dependientes mayores de 65 años. De otra manera, el gasto

Tabla 12. Población beneficiaria de prestaciones económicas y servicios en España en 2001 y gasto público total en protección social a la dependencia

B) Servicios sociales	Beneficiarios	Gasto total MM euros	Gasto neto ⁽¹⁴⁾
Servicio Ayuda a Domicilio SAD ⁽⁷⁾	139.384	248,5	
Teleasistencia ⁽⁸⁾	79.267	3,8	
Residencias Asistidas ⁽⁹⁾	22.983	414,4	
Residencias de Válidos ⁽¹⁰⁾	34.474	447,6	
Centros de Día de Personas Mayores ⁽¹¹⁾	8.843	57,4	
Residencias de Discapacitados ⁽¹²⁾	23.540	424,4	
Centros de Día de Discapacitados ⁽¹³⁾	18.832	149,4	
Total	327.323	1.765,5	1.412,4
Total A+ B	501.601	2.408,7	2.055,6
%/ PIB 2001		0,37	0,31

B) Servicios: La estimación se ha realizado en base a la información del Observatorio de la Tercera Edad en lo referente a plazas en SAD, Centros de Día y Residencias. En cuanto a costes por plaza se ha hecho una estimación en base a la anterior fuente y otras de contraste de varias CC AA.

(7) Coste medio anual de SAD: 1.782,8 euros. (8) Coste medio anual de Teleasistencia: 300,5 euros. (9) Coste medio anual Residencia Asistida: 18.030,36 euros. (10) Coste medio anual Residencia de Válidos: 12.982 euros. (11) Coste medio anual Centro de Día de Personas Mayores: 6.490,92. (12) Coste medio anual Residencia de Discapacitados: 18.030,36 euros. (13) Coste medio anual Centro de Día de Discapacitados: 7.933,2. (14) Se ha estimado una aportación media del usuario del 20% del coste para el conjunto de los servicios a partir del análisis realizado de la EDDDES 1999 en la que el pago directo privado y mixto (privado y público) supone el 22% del servicio de ayuda a domicilio, el 20,2% del servicio de teleasistencia y el 18,1% en el servicio de respiro. La cifra calculada de este 20% es de 353,1 MM de euros.

Fuente: Elaboración propia

estimado en 2001 en protección a la dependencia de las personas mayores fue del 0,24% del PIB, incluyendo el gasto privado, y del 0,20% en términos de gasto público. Porcentaje este último que viene a coincidir en parte con el de la OCDE (0,21% estimado para el año 1997) o con el de Julia Montserrat para el año 2000 (0,20%).

Obviamente estos datos significan que el esfuerzo de gasto público a realizar en servicios sociales, teniendo en cuenta que la población dependiente protegida en 2001 es del 25,6%, como luego analizaremos con detalle, sería aproximadamente del 0,89% del PIB para una hipotética universalización completa de la población dependiente y sobre la base de las mismas prestaciones de hoy, lo que no tiene que ser así una vez que se pusiera en marcha un sistema de protección social a la dependencia. Es decir, con las mismas prestaciones de hoy (que no tienen por qué ser las mismas en un modelo protector nuevo que ordene las prestaciones por grados y suponiendo una cobertura completa de la hipotética población estimada) el gasto de la universalización completa de la protección social de las personas dependientes sería del 1,20% del PIB, de cuya cifra estamos gastando realmente una cuarta parte, el 0,31% del PIB.

Si consideramos únicamente el gasto en personas dependientes mayores de 65 años, el resultado es que el gasto necesario para una cobertura universal, insistimos que con las prestaciones sociales y monetarias de hoy, sería del 0,84% del PIB; dado que estamos gastando en la actualidad en torno al 0,20% del PIB, el esfuerzo adicional sería del 0,64% del PIB. En cuanto a la población en situación de dependencia de 6 a 64 años el gasto público actual en servicios sociales se estima en el 0,11 del PIB; sería necesario un esfuerzo adicional del 0,25% del PIB para alcanzar el porcentaje de gasto total necesario, es decir, el 0,36% del PIB.

2.3 La creciente presencia de la iniciativa privada sin lucro y mercantil

A) La iniciativa privada en el campo de los servicios sociales

Tradicionalmente en el sector de los servicios sociales, que constituye una parte sustantiva de la atención a las personas dependientes, la oferta privada, lucrativa y mercantil, ha tenido un peso muy importante.

En el terreno de la oferta residencial, por ejemplo, el sector privado tiene un peso abrumador, ya que de cada cien plazas para personas mayores de 65 años 26 son estrictamente de oferta y gestión pública y 74 son privadas. Si consideramos las plazas públicas directas y las privadas concertadas, es decir, las financiadas por la Administración y gestionadas por el sector privado (no lucrativo y mercantil), el peso de la oferta pública es de 42 plazas de cada cien. Por tanto, el sector residencial, actualmente en fase de expansión debido a las necesidades del envejecimiento, es un sector mixto con un peso mayoritario del sector privado. El modelo público residencial de los últimos años es el del concierto y transferen-

cia al sector privado de la gestión residencial, más que la inversión y gestión directa, siguiendo el modelo de economía mixta dominante en los países de la UE.

En cuanto a los servicios comunitarios, tanto la Ayuda Domiciliaria como los Centros de Día se iniciaron como programas estables a mitad de la década de los ochenta basados en la iniciativa pública que directamente gestionaba dichos servicios o basándose en las organizaciones voluntarias. A partir de la década de los noventa, el sector mercantil tiene un peso creciente, sobre todo en los grandes núcleos urbanos en los que se pueden generar economías de escala, mientras que las organizaciones voluntarias han sufrido un cierto desplazamiento. En todo caso, la tendencia general es la de un modelo predominante de regulación y financiación pública (con aportaciones del usuario en función de baremos de renta variables entre CC AA) y de gestión privada.

B) Los seguros privados de dependencia

En mayo de 2000 la Dirección General de Seguros publica el “**Informe Seguro de Dependencia**”, como desarrollo de la Disposición Adicional Decimocuarta de la Ley 55/1999⁴, que plantea como alternativa política al problema de la dependencia el desarrollo de los seguros privados. Se reconoce que la importancia de este instrumento de seguro es poco significativa y su aproximación hasta ahora ha sido indirecta (vía seguro de vida o seguros de enfermedad). Con todo, plantea la posibilidad de su desarrollo a partir de su inclusión en los planes de pensiones o mediante la novación de los seguros de vida que se transformarían eventualmente en seguros de dependencia. Este nuevo modelo sería apoyado fiscalmente por el Estado, cuya responsabilidad en este campo seguiría siendo fundamentalmente de carácter asistencial. Obviamente no se plantea el seguro privado como obligatorio, sino como opcional pero apoyado en estímulos fiscales.

Independientemente de su bajo nivel de éxito en el ámbito internacional (Wiener *et al.*, 1994) existe coincidencia en que los seguros privados no son la respuesta institucional adecuada, si bien pueden cumplir una función complementaria. Dada la amplitud del problema de la dependencia, si se opta por garantizar una cobertura protectora para todos los ciudadanos, un seguro público de dependencia es la condición de partida para dar una respuesta eficaz. En los diferentes trabajos sobre la protección de la dependencia (Frades, 2002; Casado y López, 2001; Rodríguez Cabrero y Montserrat Codorniu, 2002), se han destacado los problemas que se plantean tanto desde el lado de la demanda (baja percepción del problema y alto coste de las primas) como desde la oferta (selección adversa de riesgos que tiende a reducir la población hipotéticamente menos rentable y el riesgo moral que supone la reducción de la calidad del servicio a partir de un cierto momento o el tope que marca las primas pagadas). Los seguros privados, en principio, serían suscritos por un pequeño colectivo de personas con elevados niveles de renta y alta sensibilidad al riesgo de la dependencia.

⁴ De 29 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, BOE 312, de 30 de diciembre.

De ahí que exista un amplio acuerdo en que los seguros privados tendrían un carácter complementario de los seguros públicos. Estos, por el contrario, se caracterizan por su universalismo (cobertura de toda la población en situación de dependencia), igualdad (sin discriminación de edad, sexo o renta) y eficiencia (al reducirse los costes administrativos y de marketing que la competencia privada genera necesariamente). En este trabajo no sólo consideramos que un seguro privado obligatorio es inviable, ya que muchos ciudadanos no tienen capacidad económica para suscribir pólizas por este riesgo, sino que, además, el seguro privado voluntario no puede cumplir las funciones necesarias para hacer frente al problema de la dependencia (cobertura universal de una serie de riesgos determinados con socialización de su coste).

El seguro privado voluntario debería tener una naturaleza complementaria del público, lo que no supone un seguro público raquítico e insuficiente, sino universal, suficiente y equitativo. Además, la oferta privada tiene un campo de desarrollo más nítido en la producción de servicios, tal como ha sucedido en los últimos años en los que en la práctica se ha ido constituyendo un sistema mixto de bienestar de regulación y financiación pública y gestión mixta. Ello no impide afirmar que la presencia del sector privado en la producción de servicios requiere una sólida red pública de servicios sociales de referencia, extensa y de calidad, de cara a garantizar la equidad en un país con un retraso notable en el desarrollo de los servicios de cuidados personales.

2.4 Conclusión

En suma, los factores que condicionan las políticas de protección social a la dependencia en España en la actualidad son el creciente número de personas dependientes mayores de 65 años, la crisis inevitable de la ayuda informal de la familia y la oferta limitada de prestaciones monetarias y servicios sociales públicos. Estos factores han hecho que una necesidad latente se convierta en creciente demanda social y en objeto de debate sobre las políticas a adoptar en el futuro inmediato, como veremos luego en el epígrafe 3.2.

Los seguros públicos de protección a la dependencia, casos de Austria, Alemania o Luxemburgo, se plantean como políticas de atención y ayuda a todas las personas dependientes sin discriminación por razón de edad, género y renta, así como a sus cuidadores. El seguro social público tiene como objetivo ayudar al dependiente y a la familia cuidadora, no pretende sustituirlos, y trata de hacer compatibles la protección del dependiente (que en su inmensa mayoría desea que le cuide un familiar cercano) con la igualdad de género y la solidaridad social. Por el contrario, los seguros privados se contemplan aquí, dadas las características señaladas, como una vía complementaria del seguro público, cuyas características definitorias son universalidad, equidad y suficiencia.

3. Los seguros públicos de protección a la dependencia

3.1 Los sistemas de protección social a la dependencia en varios países de la Unión Europea

A) La dependencia: un problema común en los países de la UE

La protección social de la dependencia está, desde hace tiempo, en la agenda política de la mayoría de los gobiernos, al menos desde los primeros años de la década de los años noventa del siglo XX. Incluso la Comisión Europea, desde hace varios años, está estimulando el debate político entre los Gobiernos de cara a profundizar en la acción protectora en este campo. En este sentido hay que recordar, entre otras, dos iniciativas importantes. La primera, es la publicación (Pacolet *et al.*, 1998) del informe “Social Protection for dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway”, primer estudio comparativo europeo de la acción protectora de los gobiernos en este campo. La segunda iniciativa es de marzo de 2003, un informe conjunto de la Comisión y el Consejo bajo el título “Apoyar las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y los cuidados a las personas mayores” en el que se plantean tres objetivos: el acceso de todos los ciudadanos a las prestaciones y servicios sociosanitarios “con independencia de los ingresos o el patrimonio”, el logro de un alto nivel de calidad de la asistencia y la sostenibilidad de los sistemas de asistencia.

A la hora de definir un modelo tentativo de protección social de la dependencia, nos referiremos a algunos de los criterios orientativos de este informe, ya que constituyen en cierto modo doctrina, basada en la experiencia de la acción protectora, a tomar en consideración en la definición de un modelo protector para nuestro país. Igualmente en el marco de la OCDE ha tenido lugar desde los primeros años noventa del pasado siglo un amplio debate sobre la protección de las personas dependientes (OECD, 1994).

B) Sistemas de protección social de la dependencia: características y evaluación

En este apartado, vamos a sintetizar los principales modelos y destacar algunas de sus fortalezas y debilidades de manera tentativa a partir de la información existente, como punto de partida de la propuesta que planteamos en el epígrafe siguiente.

Podemos diferenciar cuatro modelos de protección social de la dependencia que se corresponden, en cierto modo, con cuatro modelos de Estado de Bienestar: **liberal, continental o de Seguridad Social, nórdico y latino**, ejemplificando cada modelo con uno o varios países según la información disponible hasta hoy. Si salimos del ámbito de la UE, encontramos otros modelos diferentes, como pueden ser el modelo japonés (modelo universal establecido en 2000 que está basado en prestaciones técnicas o servicios que cubren el 90 por ciento del coste –el resto es copago– y financiados al cincuenta por ciento por cotizaciones de la Seguridad Social por los trabajadores de más de 40 años y por impuestos generales) (Ikegami, 1995; recientemente Ikegami y Campbell 2002) o el estadounidense (la atención sociosanitaria se cubre mediante seguros privados y sólo residualmente de forma asistencial para la población sin recursos).

En general, pueden dividirse los diferentes modelos, no sin cierto esquematismo, en modelos de naturaleza universal y en modelos de carácter asistencial (véase el trabajo ya clásico de Jacobzone *et al.*, 1998; Jenson y Jacobzone, 2000; también Scharf y Wenger, 1995; Challis, 1992). La tendencia general dominante en los países de la UE respecto de la protección social de la dependencia se orienta hacia modelos de naturaleza universal, si bien son modelos topados, que prestan servicios o conceden prestaciones monetarias que cubren una parte del coste de los cuidados de larga duración y donde, por tanto, el copago es una característica común de todos los países en mayor o menor medida. El asistencialismo en este campo está en cierto retroceso a favor de la universalización del derecho social a la protección de las situaciones diversas de dependencia, lo que supone que la accesibilidad no depende del criterio recursos del beneficiario, sino de la necesidad sociosanitaria evaluada. Ahora bien, y habiendo un creciente acuerdo en que la necesidad de cuidados se impone como criterio, la protección social pública cubre una parte sustantiva del coste y existe una participación del usuario en la financiación del coste.

Como es sabido, los regímenes de bienestar de tipo liberal o social-liberal (Reino Unido) y los de tipo latino (Sur de Europa) son modelos de orientación asistencial en cuanto a protección social de la dependencia, si bien en algunos de ellos (Reino Unido y España) existe un debate político y científico en el que los partidarios de la universalización de la protección tienen un peso relativamente equilibrado con los del mantenimiento de la situación actual. Por el contrario, los modelos de tipo continental y los de tradición nórdica se orientan hacia la universalización de la acción protectora, bien desde la aplicación activa del principio de subsidiariedad (modelos continentales) bien desde la aplicación del principio de ciudadanía (países nórdicos). Pasemos a hacer una esquemática revisión de estos modelos.

Modelo Liberal: Reino Unido

Tal como se puede ver en la Tabla 13, el modelo británico es un modelo de naturaleza asistencial que a partir de la Community Care Act de 1990 introduce el copago y el desplazamiento de la responsabilidad de los cuidados de larga duración a los entes locales, mientras

que el NHS trata de desplazar parte de los costes sanitarios relacionados con los cuidados a los servicios locales.

Tabla 13. Sistema liberal de protección a la dependencia: Reino Unido

Regulación	Community Care Act, 1990.
Concepción de la dependencia	Protección asistencial (<i>means-tested</i>): con averiguación previa de recursos económicos.
Cobertura	Preferencia las personas con bajos recursos en función de un baremo. El resto mediante aportación.
Prestaciones	Para la persona dependiente (<i>attendance allowance</i>) en metálico o servicios y para el cuidador en edad de trabajar (<i>invalidity care allowance</i>). Para los que viven en residencia, existe la <i>residencial allowance</i> .
Financiación	Con impuestos generales y copago de los usuarios en función de la renta. Servicios sociales locales.
Gestión	Compleja y conflictiva. Transferencia de los cuidados de larga duración residencial del NHS a la Seguridad Social y los servicios sociales.
Coordinación sociosanitaria	Informe “Long-term care” (Royal Commission, 1999) sobre coste de la protección social de la dependencia recomienda que la atención social personal sea gratuita.
Tendencias protectoras	Políticas de contención del gasto e incremento de las aportaciones del usuario. No existen perspectivas de un seguro público de protección a la dependencia. Sutherland Commission: diferencias de aportaciones entre regiones y municipios y diferencias de oferta de servicios.
Evaluación de resultados	Continuidad de las políticas de transferencia al individuo, la familia y la sociedad del coste de la dependencia. Desde 2001 (libro blanco <i>Modernising Social Services</i>), mayor control de la Administración Central de las políticas locales, énfasis en planificación, calidad de los servicios.

Fuente: Elaboración propia

El informe publicado por la Royal Commission (1999) sobre el *Long-term Care* se posicionó a favor de un seguro público que cubriera el riesgo de la dependencia. La Comisión consideró tres alternativas: los seguros privados voluntarios, los seguros privados obligatorios y el seguro público (que no excluye los seguros privados complementarios). La primera opción se descartaba porque muchas personas no optarían por el seguro dado su coste, a lo que hay que añadir su baja popularidad. La segunda opción excluiría a una parte nada desdeñable de la población que no podría financiar dicho seguro. La tercera opción,

defendida por la Royal Commission, es la aplicación de un seguro público financiado mediante impuestos generales, mejorando la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios (actualmente muy escasa) e introduciendo prestaciones para los cuidadores (Royal Commission, 1999). Se estimaba que el coste del seguro se situaría entre el 1,6 y el 1,9 del PIB entre 1995 y el año 2051.

Sin embargo, a pesar de estas recomendaciones y el apoyo social a un sistema de protección social de los cuidados de larga duración como parte del propio desarrollo del Sistema Nacional de Salud, ha persistido hasta hoy un modelo asistencial (Walker y Warren, 1994; Bond y Buck, 1998; Bebbington y Bone, 1998) con un énfasis en la privatización del coste, a pesar de ciertas correcciones llevadas a cabo durante la Administración laborista para reducir las desigualdades y desequilibrios en el sistema municipal de servicios sociales. Las políticas de contención del gasto y de privatización parece que han paralizado hasta hoy la opción en favor de un seguro público universal.

Modelo Continental de Seguridad Social: Alemania, Austria, Francia y Luxemburgo

Estos modelos tienen, más allá de sus diferencias (Tabla 14), algunos elementos comunes, que pueden servir de orientación para la definición de una política de protección social a la dependencia en España. El caso alemán es hasta hoy el que concita un mayor debate y sobre el que existen investigaciones y estudios (Evers, 1996; Schulte, 1996).

- Se trata de modelos de protección social a la dependencia que se sitúan en el ámbito de la Seguridad Social, es decir, son una extensión o un pilar más de la Seguridad Social, junto a las pensiones, el seguro de desempleo y la protección a la familia.
- Todos ellos reconocen la naturaleza de derecho subjetivo de la protección de la dependencia, independientemente de la situación económica. Son modelos que superan la tradición asistencialista y “familística” en este campo, si bien el seguro de dependencia es un seguro orientado al apoyo de la familia cuidadora, no para sustituirla (principio de subsidiariedad).
- Evalúan la situación de dependencia en tres grados o niveles de gravedad, en cada uno de los cuales se reconocen unas prestaciones monetarias o servicios. En general, en estos sistemas se da un amplio margen de elección al dependiente o su familia entre prestaciones monetarias y servicios sobre la base de que, en lo tocante a los cuidados personales, las tradiciones familiares y culturales deben tener una consideración determinante. Ello no obsta para que se tienda a favorecer la prestación de servicios bien sea duplicando la cuantía de estos últimos respecto de la de tipo monetario (Alemania), bien sea reduciendo la libertad de elección de la persona en situación de dependencia a medida que aumenta la gravedad de la dependencia, lo que supone una atención más especializada o basada en servicios y no en atención informal (Luxemburgo).

Tabla 14. Modelo continental: Alemania y Austria (Continúa...)

	Alemania	Austria
Año de creación	1995	1993
Grados de dependencia	Moderado: 1,5- 3 horas atención diarias. Grave: entre 3 y 5 horas atención diarias. Severo: más de 5 horas diarias.	7 grados en función de necesidades de atención en horas al mes. I (> 50), II (>75), III (>120), IV (180), V (180 intensas), VI (180 constantes), VII (180 combinadas en inmovilidad completa).
Cobertura	Universal (no <i>means- tested</i>) en función de la necesidad y grado de dependencia evaluada por el sistema nacional de salud dos veces al año. Apoyo universal limitado.	Universal en función del grado de dependencia sin condicionantes de renta y edad. Cubre una parte de los costes reales. Las familias vienen a aportar el 31% de los costes residenciales y el 24% de los costes de atención comunitaria, como media.
Prestaciones sociales 2001 (euros)	a) Para el dependiente (euros/mes): Grados Monetarias Servicios Residen I 205 384 1.023 II 410 921 1.274 III 665 1.432 1.432 b) Para el cuidador: Seguro accidentes, cotización pensión, 4 semanas de licencia (1.563 euros) y adaptación de vivienda (3.000 euros).	a) Al dependiente: euros al mes en función de cada grado de dependencia: I:145, II: 268, III: 414, IV: 620, V: 842, VI: 1.149, VII: 1.532. Libertad de opción del dependiente entre prestación económica y servicios. b) Al cuidador: – No hay programa de licencias de trabajo para asistencia de larga duración. – Servicio de asesoría. – Desde 1998 se incluyen en el sistema de Seguridad Social los familiares cuidadores.
Coste	En 2001, 1% del PIB	En 2001, en torno al 0,8 PIB
Financiación	1,7% de ingresos: 50% trabajadores y 50% empresarios, + 1 día de trabajo, que antes era de vacaciones.	Con impuestos generales e incrementos de la cotización al seguro de salud.
Gestión	1. Reserva de 1,5 meses de gasto. 2. Evaluación dependencia: sanidad. 3. Gestión prestaciones monetarias: Seguridad Social. 4. Gestión de servicios mixta. Igualdad competitiva entre ONG y empresas que deben estar acreditadas.	1.Evaluación dependencia: tres métodos de evaluación distintos en criterios y de baja coordinación. 2.Gestión de prestaciones monetarias: la Administración Central y en parte las provincias. 3.Gestión servicios sociales: provincias y municipios. Intervienen también empresas y ONG.
Coordinación sociosanitaria	Coordinación compleja con un mayor peso del sistema sanitario.	Baja coordinación: dos sistemas relativamente yuxtapuestos, el sanitario y el social. Desarrollo del sistema a pesar de su creciente carga financiera.
Tendencias protectoras	Mantenimiento del sistema con un déficit del 0,1 entre 1999-2001.	Debate sobre la transformación de parte de las prestaciones monetarias en cheques-servicio con el fin de generar empleo y aumentar la eficacia del sistema protector.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 14. Modelo continental: Francia y Luxemburgo

	Francia	Luxemburgo
Año de creación	Fase experimental 1997-2000. Fase asistencial: 2001. Fase consolidación: 2001-2003. Fase de universalización. Inicio 1.1.02.	1998
Grados de dependencia	Cuatro grados de dependencia: Baja, media, alta y muy alta.	3 grados en función de las necesidades diarias de atención. I: entre 3,5 y 7 horas semana. II: entre 7 y 14 horas. III: > 14 horas.
Cobertura	Sistema universal (<i>Allocation personnalisée d'autonomie</i>), con correcciones en función de renta (asistencial) que sustituye al modelo de 1997 de carácter asistencial (<i>prestation spécifique dépendance</i>)	Universal en función del grado de dependencia sin condicionantes de renta y edad.
Prestaciones sociales 2001	a) Al dependiente: Prestación monetaria o subvención en el caso de atención residencial o como cheque para el cuidador a domicilio. b) Al cuidador: Formación y asesoramiento.	a) Al dependiente: prima las prestaciones en servicios sobre las monetarias: I grado: libertad de opción entre prestación monetaria y servicios. II grado: la mitad de la prestación al menos en servicios. III grado: prestación solamente en servicios. Ayuda complementarias mensuales por compra de productos necesarios.
Coste	2.515 millones de euros en 2001, y 3.300 en los años siguientes.	Seguro Obligatorio financiado por impuestos (45%), 1% renta profesionales, capital y del patrimonio y canon especial sobre la energía eléctrica.
Financiación	Las regiones financian el sistema junto a la Administración Central mediante un fondo nacional específico.	1. Evaluación dependencia: multidisciplinar. 2. Gestión por la Unión de Cajas de Enfermedad. 3. Gestión servicios sociales: empresas y ONG.
Gestión	1. Evaluación dependencia: sistema sanitario. 2. Gestión prestaciones monetarias Ayuntamientos. 3. Gestión servicios mixta.	Alta coordinación sociosanitaria.
Coordinación sociosanitaria	Coordinación de bajo nivel.	Extensión del sistema.
Tendencias protectoras	Consolidación del sistema protector basado en el derecho subjetivo. Se estima que en 2004 habrá 800.000 beneficiarios: 70% en domicilio y 30% en sistemas residenciales.	Importancia de la prestación de servicios, con el fin de generar empleo y aumentar la eficacia del sistema protector.
Evaluación	1. Cobertura: APA: 550.000 en 2002 2. Creación de nuevas figuras profesionales para los cuidados personales a domicilio (CAFAD).	

Fuente: Elaboración propia

- Las prestaciones de estos modelos son topadas, son unas ayudas que cubren una parte importante del coste pero no la totalidad. Esto tiene como finalidad no sólo establecer un copago, tradicionalmente existente en los sistemas de tradición asistencial en el caso de las personas con recursos e incluso con escasos recursos, sino también introducir un freno o contención a un coste que puede ser incontrolable. Son ayudas monetarias y técnicas limitadas.
- En este sistema se contemplan las ayudas al cuidador, tanto en excedencias del trabajo para la actividad de cuidados informales, como en la cobertura de las cotizaciones de la carrera de seguro y el desarrollo de servicios de respiro (vacaciones, servicios de apoyo), además de las prestaciones monetarias que recibe la persona dependiente para compensar al cuidador o financiar servicios personales.
- Estos modelos suelen financiarse sobre la base de cotizaciones e impuestos, en una combinación que varía entre los diferentes países de esta tradición. La planificación y la gestión suelen ser regionales y, en todo caso, en lo referente a los servicios la responsabilidad es regional y municipal. Es decir, se trata de modelos de socialización del riesgo a nivel de regulación y financiación y de descentralización de la gestión, si bien existen diferencias entre países.
- Desde el punto de vista de la evaluación de este modelo después de varios años de existencia (diez en el caso de Austria, ocho en el caso alemán) hay que constatar luces y sombras. Entre las primeras está su extensión y creciente cobertura que responde a una necesidad respaldada por una amplia demanda y el crecimiento de los servicios sociales, si bien en este último caso más modesto de lo esperado. Entre las segundas, la tendencia al déficit de estos sistemas, quizá porque aún no se han consolidado lo suficiente para tener una visión de su evolución real. A ello hay que añadir la opción mayoritaria por las prestaciones monetarias en detrimento de los servicios. Esto último no revela sino dos hechos: que la oferta de servicios es crónicamente baja –recordemos Austria– y que la tradición de cuidados familiares es aún muy sólida y que, por tanto, hay que tenerla muy en consideración en el diseño de cualquier política pública.

Modelo Nórdico: Suecia, Dinamarca y Finlandia

Los llamados modelos nórdicos no disponen de seguros públicos de protección a la dependencia, creación específica de los modelos continentales, sino que la protección de la dependencia se ha ido constituyendo como una extensión lógica del universalismo protector de estos modelos a medida que se ha hecho patente la necesidad de proteger a las personas con necesidad de cuidados de larga duración. Ahora bien, existen unos rasgos comunes a estos sistemas que deben ser tenidos en cuenta, sin entrar ahora en matices diferenciales (Hansen, 1998).

- La protección a la dependencia se ha producido progresivamente como consecuencia del envejecimiento de la población a partir de los primeros años ochenta del siglo XX. Es una extensión de las prestaciones y servicios sociales y sanitarios ya existentes para las personas con dependencia. Un universalismo de facto como respuesta a la extensión del riesgo de la dependencia.
- La cobertura es universal, no asistencial, de modo que la prueba de recursos no existe, excepto para gestionar el copago a definir en cada caso concreto en función del nivel de renta.
- Es un sistema fundamentalmente de prestación de servicios, ya que la tradición familiar de cuidados informales es menos intensa que en los modelos latino y continental (Daatland, en Pacolet, 1998). Se trata de un modelo de servicios que, hasta muy recientemente, ha sido predominantemente público pero que lentamente ha ido introduciendo la prestación de servicios de tipo privado.
- En cuanto a financiación, hay que señalar que es, de manera dominante, de tipo público y compartida por el Estado y las Administraciones Territoriales. A ello hay que añadir el copago que, como antes decíamos, varía según la renta y el tipo de servicio.
- Se trata de un modelo que, durante los últimos años, ha tendido a la municipalización, la producción mercantil de los servicios (por ejemplo, en Suecia la mitad de la producción de los servicios sociales es desarrollada por cuatro grandes empresas privadas) y la privatización de la atención según el nivel de renta y educación (los ciudadanos con mayor nivel educativo que recibían servicios privados eran el 4 por ciento al principio de la década de los noventa, diez años más tarde ese porcentaje era del 26 por ciento. Igualmente, el recurso a la ayuda informal en los ciudadanos con menor nivel educativo ha pasado del 50 al 61 por ciento en ese mismo período).
- Se refiere a países con los mayores niveles de gasto público sobre el PIB en cuidados de larga duración en la UE, con la excepción de Finlandia (1,6% del PIB). En 2000, los porcentajes de gasto de Dinamarca y Suecia fueron respectivamente el 3% y 2,8% del PIB. Sólo los Países Bajos tenían un porcentaje similar (2,6%).

Modelo Latino: España, Italia, Portugal

- Son países con un sistema de atención a la dependencia en los que recae sobre la familia el mayor peso de los cuidados, particularmente sobre la mujer.
- El sistema público de cuidados de larga duración es de naturaleza asistencial (para pobres prácticamente), insuficiente en recursos, orientado a las prestaciones económicas más que a los servicios (el déficit de los servicios, comunitarios sobre todo, es una realidad ampliamente reconocida) y con notables desequilibrios territoriales.

- Algunos de estos países, como Italia (Belletti y Keen, en Pacolet, 1998) y España, están en un proceso de modernización y extensión de la red de servicios sociales, si bien su retraso es aún muy importante en comparación con la mayoría de los países del centro y norte de la UE. La descentralización, la gestión privada de los servicios y una creciente demanda social caracterizan a estos países. La descentralización de los servicios sociales está suponiendo un incremento de los desequilibrios sociales en cuanto a la extensión y calidad de los mismos.
- Los cambios sociodemográficos presionan en favor de la superación de la protección asistencial actual, es decir, en favor de modelos protectores de tipo universal. Sin embargo, las políticas de contención del gasto social y la derivación de la responsabilidad desde el Estado a las Regiones y Municipios en materia de servicios sociales están inhibiendo el desarrollo de políticas de Estado para la protección de las personas dependientes. El desarrollo, en el caso de España, de planes autonómicos relacionados directa o indirectamente con la dependencia es, en parte, una consecuencia de la inacción del Estado.

3.2 Debates y políticas sobre la dependencia en España

A) El debate científico y político sobre la dependencia

El debate científico y político sobre la dependencia se inicia en España a partir de 1991 con la puesta en marcha del Plan Gerontológico Estatal 1991-2000. El Acuerdo Marco de 1993 entre los Ministerios de Sanidad y de Asuntos Sociales para la atención socio-sanitaria de las personas mayores impulsa el debate a nivel científico con tal intensidad que a partir de 1999 empieza a formar parte del debate político y de la agenda política tanto de diferentes CC AA, como, con distinto grado de intensidad, de la Administración Central y del Parlamento. Analizaremos a continuación ambos tipos de debate que, sin duda, están interrelacionados (Rodríguez Cabrero y Montserrat Codorniu, 2002).

- El debate científico se inicia, como antes decíamos, en los primeros años, estimulado por la puesta en marcha del Plan Gerontológico Estatal y por el debate en las sociedades científicas. Los debates e investigaciones que se ponen en marcha ponen de manifiesto la importancia social del problema de la dependencia y trasladan a los responsables de la Administración y a los partidos políticos y sindicatos la necesidad del debate político. Al mismo tiempo, la participación en foros de debate e investigaciones de la UE permitirá un intercambio sobre experiencias de protección de la dependencia y asistencia socio-sanitaria.

La investigación social en este campo será crucial para fundamentar las propuestas políticas y tendrá lugar la aparición de investigaciones socioeconómicas de manera progresiva a lo largo de la segunda mitad de los años noventa (Rodríguez Cabrero, Coor, 1999; De-

fensor del Pueblo, 2000; Casado y López, 2001; Abellán y Puga, 2002; Rodríguez Cabrero y Montserrat Codorniu, 2002, entre otros) que serán vitales para conocer las características de la población dependiente, la estructura de cuidados informales, el gasto público realizado y los modelos alternativos de protección social hipotéticos.

Sin embargo, el impacto e influencia del debate científico sobre las políticas públicas se verá condicionado desde el principio por tres factores: las políticas de severo control del gasto público y de estabilidad presupuestaria, la preeminencia del debate sobre el futuro del sistema público de pensiones sobre cualquier otra parcela de la política social y, finalmente, el auge progresivo de opciones de seguro privado en el campo de la dependencia.

- En este último sentido y desde el punto de vista del debate político, cabe señalar cuatro líneas de debate sobre alternativas de protección social de la dependencia:
 - Posición inicialmente activa del IMSERSO (Ministerio de Trabajo) a favor de un seguro público de protección social de la dependencia. Siguiendo la estela del debate científico y las Recomendaciones del Defensor del Pueblo, se defiende un modelo de protección universal, en la línea del modelo austríaco (1993), alemán (*Pflegeversicherung* de 1994) y luxemburgués (1998), de crear un quinto pilar de la Seguridad Social. En este sentido, se ha avanzado un “Borrador de Anteproyecto de Ley por la que se instituye una prestación económica de la dependencia en la Seguridad Social”, en enero de 2001, como aplicación del art. 41 de la Constitución Española de 1978. Desde esa fecha dicha propuesta no se ha traducido en avances sustanciales. Todo lo contrario: desde hace algo más de dos años el avance en esta materia se ha estancado. En esta misma dirección, hay que destacar la posición favorable del Ministerio de Sanidad y Consumo (2001) a favor de un modelo de seguro público universal y la puesta en marcha de una Comisión Sociosanitaria en el Sistema Nacional de Salud (“Bases para un modelo de atención sociosanitaria”).
 - La segunda posición es de naturaleza **promotora** y tiene lugar en el ámbito del Congreso de los Diputados. En este sentido cabe destacar el mencionado informe del Defensor del Pueblo en el año 2000, antes mencionado, en favor de un seguro público de protección a la dependencia, así como las Recomendaciones del Senado (Cortes generales, 2000) en el mismo año que apoyan medidas legislativas para proteger a las personas dependientes (“Ponencia sobre la problemática del envejecimiento de la población española”).
 - Una tercera posición es la de los **sindicatos**. Aunque la defensa del sistema público de pensiones ocupa gran parte de los intereses en política social, lentamente se va abriendo paso una posición favorable, si bien no prioritaria. Se trataría de desarrollar un seguro público de dependencia que se enmarcaría en el Pacto de Toledo sobre pensiones. En este sentido se ha dado ya un primer paso en abril de 2001 con la firma del Acuerdo entre el gobierno y el sindicato CC OO, comprometiéndose a afrontar el reto de la dependencia en el marco de la Seguridad Social (“Acuerdo Gobierno-CC OO de 9 de Abril de 2001 sobre Pensiones”)⁵. La ausencia del otro sindicato importante,

UGT, se debe a discrepancias sobre materia de pensiones más que al seguro de dependencia, que apoya de manera nítida (Frades, 2002).

- Finalmente, la cuarta posición es la **privatizadora**, apoyada por las compañías aseguradoras privadas. En este sentido, el Gobierno en los Presupuestos del año 2000 (Ley 55/1999) se comprometió a enviar un informe al Parlamento sobre el seguro de dependencia. Tal como antes analizamos, el informe realizado por la Dirección General de Seguros (2000) del Ministerio de Economía reconoce que un seguro puramente privado tiene escasa aceptación incluso en Estados con modelos de protección residuales o liberales como los EE UU, pero que igualmente un seguro público universal es inviable financieramente en un contexto de control y reducción del gasto público. El modelo ideal subyacente al informe es el de un seguro público asistencial para los que no tienen recursos, apoyo fiscal a las familias cuidadoras, seguros privados complementarios con apoyo fiscal y apoyo a la gestión privada de servicios para la dependencia. Este modelo cuenta con el apoyo de las compañías privadas de seguros.

Como consecuencia de este debate político cabe señalar que la aplicación de políticas a nivel nacional se ha ido demorando progresivamente en el tiempo, mientras las CC AA se han visto obligadas a asumir la creciente demanda social dando soluciones en el ámbito de la sanidad y de los servicios sociales con sus limitados recursos financieros. Ello supone la aplicación de políticas diferentes, como a continuación veremos, que tienden a aumentar las desigualdades territoriales y, por tanto, reducen la efectividad de las políticas de protección social.

El desarrollo de planes y programas autonómicos en materia de envejecimiento y dependencia tiene un aspecto positivo: promueven la innovación en este campo, el aprendizaje y estimulan la coordinación de los recursos. Sin embargo, estamos generando una diversidad de modelos que generan incoherencias, derechos desiguales y desequilibrios en la distribución de los recursos. El seguro público de protección a la dependencia no tiene otro objetivo que crear un marco coherente, garantizar derechos iguales para todos y proporcionar los recursos suficientes que cubran a todas las personas dependientes. Ello en conjunción con las CC AA que son las que planifican y ejecutan las políticas de servicios sociales.

En este sentido, cabe destacar el doble reciente impulso en favor de la acción protectora de las situaciones de dependencia: en primer lugar, la aprobación por el Congreso de los Diputados en octubre de 2003 de una Recomendación Adicional a favor de “una política integral de protección a la dependencia”⁶; en segundo lugar, la puesta en marcha, también en octubre de 2003, de una Comisión para el estudio de la protección social de la dependencia, como aplicación del Acuerdo de 9 abril de 2001 entre CCOO y el Gobierno, ya mencionado.

⁵ www.tt.mtas.es/periodico/documentos/200104/doc20010409.htm

⁶ BOE, Serie D, 596, de 2 de octubre de 2003, pág. 46.

B) Políticas, modelos socio-sanitarios y planes de atención a mayores

Analizar los modelos de cuidados de larga duración en España resulta particularmente complejo, ya que existe una amplia variedad de programas y políticas cuya disparidad procede de diferentes causas: a) La distinta solidez de las competencias sanitarias asumidas (el 1 de enero de 2002 se ha completado la transferencia del Estado a las CC AA en materia sanitaria); b) el distinto grado de desarrollo del sistema de servicios sociales tanto en el reconocimiento de derechos como en lo que se refiere a los recursos existentes; c) la existencia o no de consenso en las CC AA sobre la necesidad de la Atención Socio-sanitaria; d) la mayor o menor capacidad real de “coordinación socio-sanitaria” entre los profesionales sanitarios y sociales.

Esta complejidad obliga a diferenciar dos grandes niveles de políticas: las Políticas de las Administraciones Centrales y las Políticas Autonómicas. A su vez, en estas últimas podemos diferenciar entre tres niveles de desarrollo: programas socio-sanitarios stricto sensu, planes de atención a personas mayores y planes de salud. Nos referiremos a cada uno de ellos de manera informativa con algunos ejemplos concretos de cara a enfatizar la necesidad imperiosa de una mayor coordinación entre Administraciones, si es que se opta por un sistema básico de atención socio-sanitaria en todo el territorio del Estado.

A) Las políticas públicas de la **Administración Central** en materia sociosanitaria a partir de la reserva estatal de coordinación general de políticas y promoción de políticas sociales solidarias, son las siguientes.

Actuaciones del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

El Plan Gerontológico de 1992-97 hace referencia a la problemática sanitaria y social de las personas con dependencia. El Informe de Valoración del Plan Gerontológico Estatal (MTAS, 1999a) evalúa positivamente los resultados de la integración y coordinación de los servicios sanitarios entre sí y con los servicios sociales a través de las experiencias de coordinación sociosanitaria, como el Plan Andaluz de Atención Integral de Mayores, el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León, el Programa Vida als Anys de Cataluña y el Plan de Salud de Extremadura 1997-2000, entre otros. Su fuerza ha sido la de impulsar el debate sobre la necesidad de la coordinación socio-sanitaria y la protección de la necesidad de dependencia.

El Plan Gerontológico Estatal: Plan de acción para las Personas Mayores 2000-2005 (MTAS, 1999b) contempla en el Área 1, “Igualdad de Oportunidades”, estrategias de “desarrollo de un sistema integral de atención a las personas en situación de dependencia”, mejorando la coordinación con otros planes y promoviendo la inclusión del riesgo de dependencia como contingencia de la seguridad social. El Plan prevé también garantizar la igualdad territorial en el acceso a las prestaciones y servicios, actualmente muy desequilibrada, consensuando un catálogo de prestaciones sociales y sociosanitarias que puedan converger en derechos universales.

Plan de Atención a los Enfermos de Alzheimer y otras Demencias 1999-2005 (MATAS, 1998), en fase de definición y que define una estrategia diferenciada para un colectivo cuyas tasas de prevalencia en el año 2000 se estiman entre un máximo de 669.478 personas y un mínimo de 334.724 personas mayores de 65 años, es decir, tasas situadas entre el 10 y el 5 por ciento de la población mayor. El impacto social, económico y familiar es de tal intensidad en el caso de las demencias que requiere un plan específico para este colectivo y las familias afectadas.

Actuaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo

Los “**Criterios de ordenación de servicios sanitarios para la atención a las personas mayores**” (INSALUD, 1995), donde se configura un esquema de servicios de atención a las personas mayores que sea integral, interdisciplinar y rehabilitador, sobre todo referido a las personas mayores que define como frágiles o de alto riesgo, con edad de 80 años o más y los pacientes geriátricos con procesos incapacitantes y que tienen 75 años o más. La Comisión Sociosanitaria de Área se constituye en órgano interinstitucional de valoración, asignación, planificación y seguimiento de los programas de atención a las personas mayores, tal como antes señalamos.

Plan estratégico del INSALUD, de 1997, que adopta como estrategia la Atención Sociosanitaria (cap. 5): coordinación integrada de recursos sanitarios y sociales, coordinación interdisciplinar y responsabilidad de la Atención Primaria en la CSS.

Plan de Calidad del INSALUD de 1999 como desarrollo del plan estratégico y regulación de las Cartas de Servicios (R.D. 1259/1999)⁷.

Creación de los ESAD (Equipos de Soporte de Ayuda a Domicilio) de 1999 de atención primaria y hospitalaria a la tercera edad y, en general, a pacientes muy dependientes y terminales.

Actuación conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

El **Acuerdo Marco de 1993** entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y Asuntos Sociales y el Convenio Interministerial para la Atención Sociosanitaria de las Personas mayores que pone en marcha en diferentes Áreas de Salud del INSALUD Comisiones Sociosanitarias de Área para valorar, asignar recursos, planificar y evaluar los programas de atención a las personas mayores desde una perspectiva de integración de recursos sanitarios y sociales.

En todo caso, el cambio de orientación en la atención socio-sanitaria es positivo tanto a nivel sanitario (creación de hospitales de día, unidades de convalecencia, unidades de

⁷ Real Decreto 1259/1999, de 16 de julio, BOE 190, de 10 de agosto.

agudos específicas en un nuevo esquema de intervención basado en los EVCG) como a nivel de servicios sociales (que se orienta a la potenciación de servicios comunitarios básicos, como el SAD, y de carácter intermedio, como es el Centro de Día). Sin embargo, las limitaciones presupuestarias, la falta de definición respecto de recursos necesarios pero de alto coste de inversión (residencias asistidas, larga estancia) y la baja implicación de las Administraciones Territoriales en el desarrollo del nuevo modelo restringen su desarrollo.

C) Por su parte los Programas y Planes de las CC AA comprenden

Programas sociosanitarios

Entendemos por programas sociosanitarios aquellos que se caracterizan por crear una red específica de servicios sociosanitarios, se dirigen a toda la población con necesidades sociosanitarias y su orientación dominante es en unos casos sanitaria (Cataluña, Castilla y León, Valencia), en otros social (País Vasco) y en otros mixta (Galicia y Cantabria). Dentro de este grupo, cabe mencionar seis programas: El Programa Vida als Anys, el Programa Sociosanitario de Castilla y León, el Programa PASOS de Galicia, los Programas Sociosanitarios de las Diputaciones del País Vasco, el Programa PALET de la Comunidad Valenciana y el proyecto del Programa Sociosanitario de Cantabria.

Un avance ya señalado son las últimas Leyes de Servicios Sociales del Principado de Asturias y Madrid, ambas del año 2003, en las que se contempla de manera explícita la protección social de la dependencia desde los servicios sociales. En el caso de la primera ley, se contempla un sistema de prestaciones básicas universales.

Planes

También hay que destacar la existencia de Planes de Atención a Personas Mayores como son los casos de Andalucía (Ley 6/1999), el de Castilla la Mancha para el período 1998-2002, el Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid de 1998, y Planes de Sanidad específicos, como son los de Canarias (D.37/ 1997) y el II Plan Andaluz de Salud de 1999. Las nuevas leyes de servicios sociales de Madrid y el Principado de Asturias contemplan la protección social de la dependencia desde el ámbito de los servicios sociales y parecen estar orientadas a garantizar el derecho subjetivo a una serie de prestaciones básicas.

En definitiva, cabe concluir que la descentralización de los servicios sanitarios y sociales ha dado paso a un desarrollo muy diversificado de programas de atención a las personas dependientes. Sin embargo, ello no ha supuesto la aprobación ni de un catálogo de prestaciones unificado a nivel estatal de cuidados de larga duración ni de un seguro público universal de protección a la dependencia.

4. Características básicas de un modelo de seguro público de protección a la dependencia: derecho, cobertura, prestaciones, financiación y gestión

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es decir, la existencia de un problema real o riesgo social a proteger, las limitaciones de nuestro modelo protector en este campo (asistencial, insuficiente, injusto y desequilibrado territorialmente) y las tendencias de protección social de la dependencia en los países de la UE, particularmente los países de tradición continental de Seguridad Social en la que se sitúa la senda histórica del desarrollo de la protección social española, cabe proponer lo que serían las características básicas de un modelo de protección social de la dependencia, es decir, su naturaleza institucional, cobertura, financiación y gestión. Es una propuesta para debatir siguiendo la lógica de los documentos de trabajo de esta colección y que ya hemos adelantado en otros trabajos de manera esquemática.

4.1 La naturaleza del derecho social de protección a la dependencia

La dependencia es un riesgo social que, como hemos visto antes, tiene una amplia incidencia en nuestra sociedad. La extensión actual del problema y, sobre todo, la intensidad que va tener en los años venideros (aunque sólo se tenga en cuenta el factor demográfico) exige crear un sistema de protección social que aquí entendemos como un sistema de cobertura universal, coherente y equitativo.

Nuestra propuesta para el debate es que la protección de la dependencia encuentra soporte constitucional en el art. 41 de la CE, bajo el que cabe comprender dicha protección como derecho subjetivo en el ámbito de la extensión y perfeccionamiento de la Seguridad Social “para todos los ciudadanos” que precisen “asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad”. La dependencia es una situación social de necesidad con la suficiente extensión e importancia como para darle cabida en nuestro sistema protector como derecho subjetivo.

En este sentido asumimos aquí, como un soporte institucional cualificado, la recomendación del Defensor del Pueblo (2000) sobre “La atención sociosanitaria en España:

perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos” en la que se señala la oportunidad y conveniencia de la “implantación de las medidas necesarias para dar a la situación de dependencia una regulación coherente, eficaz y eficiente en el marco del sistema de Seguridad Social”. De esta recomendación emerge, sin duda alguna, el apoyo en favor de una cobertura del riesgo por parte de la Seguridad Social, ya que es en este marco en el que puede construirse institucionalmente un seguro de tipo universal independientemente de las modalidades de financiación y gestión del sistema de seguro a que luego nos referiremos.

Cabe recordar que el “Acuerdo para la mejora y el desarrollo del sistema de Protección Social” (9 de abril de 2001), entre el Gobierno y las organizaciones sociales y empresariales, aborda el problema de la dependencia con el compromiso, finalmente cumplido en octubre de 2003, de establecer las líneas básicas del seguro de dependencia antes del 30 de junio de 2002. En este acuerdo se habla del necesario compromiso entre las tres Administraciones Públicas para diseñar una política de atención a la dependencia, garantizando “la equidad en todo el Estado”. En este sentido, era de gran importancia que la norma protectora de la dependencia fuera precedida del oportuno compromiso en el ámbito del Pacto de Toledo. Efectivamente, la renovación del Pacto de Toledo en octubre de 2003 reconoce la necesidad de protección social de la dependencia, incorporando dicho compromiso a las Recomendaciones aprobadas. Además, esta recomendación se ha visto reforzada, como antes hemos visto, por el Congreso de los Diputados el 2 de octubre de 2003 en el documento “Recomendaciones del Pacto de Toledo”, en que se aprueba una recomendación adicional a favor de “un sistema integrado que aborde, desde la perspectiva de la globalidad, el fenómeno de la dependencia... a través de la elaboración de una política integral de atención a la dependencia”.

4.2 Cobertura universal y tipos de prestaciones

A) Criterios básicos

De acuerdo con este planteamiento, la cobertura de la situación de dependencia sería universal en los grados y modalidades que se fijen.

- La cobertura, decimos, debe ser universal, superando el restrictivo marco asistencial en el ámbito de los servicios sociales y, también, aunque en menor medida, en la atención sanitaria. Hay que recordar que la protección social de la dependencia supone garantizar cuidados de larga duración que, por su propia naturaleza, son sociosanitarios. La atención sanitaria es actualmente universal y gratuita, pero incompleta, ya que no se contempla de manera clara la prestación de rehabilitación, entre otras prestaciones sanitarias relacionadas con la dependencia. A ello hay que añadir los desequilibrios territoriales en la atención sanitaria a los que trata de dar respuesta la reciente ley de

cohesión y calidad del sistema sanitario. En todo caso, la coordinación sociosanitaria, que formó parte del discurso profesional durante los últimos años, debe fortalecerse de hecho, dado que las fronteras entre lo sanitario y lo social son muy porosas. En los campos de intersección, las comisiones o equipos *ad hoc* deberán definir las diferentes responsabilidades de ambos sistemas. Ahora bien, la protección de los cuidados personales, o ámbito de los servicios sociales, es la laguna a cubrir, tanto por su actual naturaleza asistencial como por el hecho de que su coste es superior en conjunto a la atención sanitaria (aproximadamente el gasto social viene a ser el 68% del coste de la atención sociosanitaria, excluyendo el gasto farmacéutico, según el estudio ya citado de Rodríguez Cabrero y Montserrat Codorniu, 2002). La laguna protectora actual son las prestaciones sociales para la atención personal, informal y formal.

- La intensidad protectora de las prestaciones sociales dependerá, en primer lugar, de la gravedad de la dependencia evaluada por equipos multidisciplinares de las CC AA, y podría fijarse en tres grados: moderado, grave y severo, lo que no excluye gradaciones dentro de cada nivel en función del tipo de necesidades (instrumentales, personales, mixtas). Quién debe hacer la evaluación es un punto a debatir. Hemos visto que existen varias posibilidades en la normativa europea (sanitaria, social, mixta). Aquí nos inclinamos por un sistema de evaluación mixto de tipo médico-psico-social. Existe una tradición consolidada de evaluación de la dependencia, los equipos de valoración de la discapacidad, cuya experiencia debería tomarse en consideración.
- Las prestaciones pueden ser en dinero, en servicios o mixtas. Las prestaciones en servicios (directas por el sector público, concertadas con el sector privado o mediante cheque-servicio) suelen presentarse como el ideal de prestación, ya que se genera empleo y el recurso empleado puede ser más efectivo y de evaluación relativamente eficaz. Sin embargo, existen problemas o limitaciones que exigen tener en cuenta la prestación monetaria para que el dependiente la utilice como compensación al cuidador informal o como ayuda para financiar la contratación de cuidador en el mercado. En primer lugar de tipo **cultural** (la fuerte tradición familiar de cuidados en España, de acuerdo con la cual los dependientes prefieren en principio que les cuide un familiar cercano); de **coste** (hasta cierto punto algunas necesidades sólo requieren un cuidado informal, instrumental y de acompañamiento que abarata la prestación a la vez que se cumple el fin; pueden existir lugares alejados y zonas de montaña en los que sólo la prestación monetaria es eficaz por la lejanía del servicio); de **elección** (hay que tener en cuenta la libertad de la persona dependiente, o de su familia, para decidir quién debe cuidarle y cómo). Y, por último, existe en la actualidad y posiblemente durante algún tiempo un problema de **recursos** (los bajos niveles de oferta de servicios públicos y privados que pueden impedir o limitar la utilización del servicio por parte de la persona dependiente).

No podemos ocultar que la utilización incontrolada de la prestación monetaria puede ser un incentivo para que el cuidador, o mejor la mujer cuidadora, renuncie a buscar

empleo o lo abandone si la prestación monetaria es desincentivadora, a la vez que se pondría en cuestionamiento la necesaria expansión de una red de servicios sociales. Ello requeriría, sin restringir la libertad de opción entre prestación monetaria y servicios, modularla estableciendo límites en función de la necesidad a proteger y el grado de dependencia.

Entre el modelo japonés (la única opción son servicios) y el modelo alemán (libertad casi absoluta de elección) pueden establecerse fórmulas intermedias (caso del modelo de Luxemburgo que, como antes veíamos, restringe la libertad de elección a medida que aumenta la gravedad de la dependencia). Los equipos sociosanitarios o de evaluación de la situación de dependencia son los que deben modular la elección entre servicios o prestaciones, o una combinación determinada, tomando en cuenta la opinión y deseos de la persona dependiente y de su familia. En todo caso, las prestaciones en servicios tienen que ser superiores a las monetarias como incentivo al uso de los servicios sociales, fomento del empleo que conllevan y, también, por el propio coste de los servicios sociales (ello no supone defender que el coste informal sea inferior cuando valoramos el tiempo y los costes de oportunidad del cuidador).

- A estas prestaciones dirigidas a proteger a la persona dependiente hay que añadir la protección al cuidador/cuidadora que, como hemos visto, son contempladas en los sistemas de protección continental y nórdico. Nos referimos no a las ayudas fiscales que entendemos deben excluirse por su limitada eficacia protectora en la actual ley del IRPF, sino al apoyo directo a la persona cuidadora reconociendo el tiempo de excedencia por cuidados a efectos de la carrera de seguro, así como la oferta de servicios de respiro, información y formación para los cuidados.

B) Cobertura actual

Para analizar la cobertura actual de la población dependiente española podemos seguir dos caminos: el primero, examinar dicha cobertura sobre la base de la opinión de las personas dependientes con el apoyo de la EDDDES 1999. El segundo camino consiste en utilizar la información administrativa sobre prestaciones monetarias y servicios (ver Tabla 12) y distribuirla entre los diferentes niveles de personas dependientes.

La primera opción tiene la ventaja de que distribuye con cierto rigor las prestaciones y servicios por niveles de dependencia; sin embargo, no recoge adecuadamente las prestaciones dirigidas directamente a la ayuda de tercera persona e incluye todas las PNC sin diferenciar el complemento por ayuda de tercera persona para pensionistas con discapacidad superior al 75%. Siguiendo esta opción de la EDDDES 1999, la cobertura protectora global es del 20,7% de la población dependiente estimada en la Tabla 3, es decir, solamente la población dependiente que vive en domicilio. En esta cobertura se incluyen las prestaciones monetarias por hijo a cargo, ayuda de tercera persona (no se especifica de qué tipo en la encuesta), ayuda por movilidad y “todas” las PNC y, por otra parte, el ser-

vicio de ayuda a domicilio y el de respiro. Se excluye la teleasistencia y las desgravaciones fiscales. Esta cobertura, en términos de grados de dependencia sería como sigue: el 17,8 por ciento de la población moderada, el 21,1 por ciento de la población dependiente grave y el 27,3 por ciento de la población dependiente severa.

Tabla 15. Cobertura protectora de las personas dependientes en España por grados de dependencia y tipo de prestaciones en 2001 (total beneficiarios y %)

	Moderados	Graves	Severos	Total
Dependientes de 6 a 64 años				
Servicios	14.359	16.949	11.064	42.372
Prestaciones económicas		53.654	53.654	107.308
Total beneficiarios	14.359	70.603	64.718	149.680
% Cobertura	5,4	43,0	99,4	30,3
Dependientes de 65 +				
Servicios	43.583	80.710	81.391	205.684
Prestaciones económicas	21.700	33.485	11.785	66.970
Total beneficiarios	65.283	114.195	93.176	272.654
% Cobertura	13,6	27,3	36,5	23,6
Total población dependiente beneficiaria	79.642	184.798	157.894	422.334
% Cobertura	10,7	31,7	49,3	25,6

Método de Estimación: Se han incluido todas las prestaciones económicas y servicios de la Tabla 11, con excepción de la Teleasistencia que suele estar incluida en el Servicio de Ayuda a Domicilio, con el fin de aproximarnos a una cobertura real.

Dependientes de 6 a 64 años

Severos: a) Prestaciones económicas: 50% prestación por gran invalidez, 50% complemento de tercera persona pensión no contributiva, 50% ayuda de tercera persona (LISMI), 50% complemento hijo a cargo; b) Servicios: dependientes severos en residencias.

Graves: a) Prestaciones económicas: 50% prestación por gran invalidez, 50% complemento de tercera persona pensión no contributiva, 50% ayuda de tercera persona (LISMI), 50% complemento hijo a cargo; b) Servicios dependientes en residencias, 60% usuarios de Centros de Día de Discapacitados.

Moderados: dependientes moderados en residencias, 40% usuarios de Centros de Día de Discapacitados.

Dependientes de 65 años y más:

Severos: a) Prestaciones económicas: 50% prestación por gran invalidez, 50% complemento de tercera persona pensión no contributiva, 50% ayuda de tercera persona (LISMI); b) Servicios: dependientes severos en residencias de asistidos, 40% usuarios del servicio de ayuda a domicilio, 30% usuarios de centros de día para personas mayores.

Graves: a) Prestaciones económicas: 50% prestación por gran invalidez, 50% complemento de tercera persona pensión no contributiva, 50% ayuda de tercera persona (LISMI), 50% pensión favor familiares; b) Servicios: dependientes graves en residencias de válidos, 50% usuarios en centros de día, 30% usuarios de los servicios de ayuda a domicilio.

Moderados: a) Prestaciones económicas: 50% pensión favor familiares; b) servicios: 20% usuarios de centros de día, 30% usuarios del servicio de ayuda a domicilio.

Fuente: Elaboración propia basada en las Tablas 3 y 12

La segunda opción, que hemos adoptado aquí como más cercana a la realidad, tiene la ventaja de utilizar toda la información administrativa sobre prestaciones monetarias y servicios, a la vez que incluye todas las personas dependientes, las que viven en su domicilio y en residencias. Tiene la desventaja de que la distribución por grados de dependencia de las diferentes prestaciones es fruto de una estimación y no de la opinión de las personas con dependencia.

En la Tabla 15 se reflejan los resultados de esta segunda opción que distribuye entre la población dependiente española por edades y niveles de gravedad las diferentes prestaciones monetarias y de servicios existentes en el año 2001. Entiéndase bien que hablamos de cobertura con las prestaciones y servicios actuales, lo cual no supone asumir ni que sean estas las prestaciones adecuadas, ni que sean suficientes y equitativas. Simplemente se trata de un ejercicio de simulación de cobertura para tener una visión aproximada de las necesidades de la población dependiente con el actual sistema protector existente. Hay que tener en cuenta, además, que se trata de una cobertura bruta, pues cabe suponer razonablemente que un colectivo de beneficiarios recibe prestaciones monetarias y servicios al mismo tiempo.

La estimación realizada nos indica que la cobertura total de la población dependiente es en el año 2001 del 25,6%, si bien existen diferentes grados de cobertura en función del nivel de dependencia: a mayor grado de dependencia, como era de esperar, tiene lugar un mayor grado de cobertura, de forma que los dependientes severos tendrían una cobertura del 49,3%, los graves el 31,7% y los moderados el 10,7%.

A su vez, la población dependiente menor de 64 años tiene una cobertura del 30,3%, siendo el colectivo de severos el mejor protegido, prácticamente el cien por ciento es beneficiario de prestaciones monetarias y/o en servicios, seguido de los dependientes graves, cuya cobertura es del 43%, y los de tipo moderado solamente tendrían una cobertura del 5,4%. Por su parte, la población dependiente de 65 y más tiene un grado de cobertura del 23,6%, algo más de un tercio en la población severa, el 27,3% en los dependientes graves y casi un 14% en la población dependiente moderada.

Según esto, son los dependientes moderados de cualquier edad los que tienen un grado de cobertura menor. Ahora bien, donde existe una clara laguna protectora es en la población severa de personas mayores y en los dependientes graves de todas las edades, sobre todo en los mayores de 65 años, todo lo cual es un verdadero reto para un sistema de protección social universal.

4.3 Formas de financiación

La financiación del seguro de dependencia depende de varios factores: la tradición de cada país (modelo continental, liberal o nórdico de Seguridad Social), el entorno económi-

co y equilibrio de las cuentas públicas, el tipo de acuerdo entre los agentes sociales y económicos y, finalmente, el tipo de copago. La financiación de las prestaciones va dirigida a cubrir una parte del coste de la dependencia y no excluye el copago. Ningún modelo europeo de protección tiene una cobertura ilimitada. La financiación de la dependencia en los diferentes modelos continentales y nórdicos se limita a garantizar unas prestaciones monetarias o ayudas básicas o unas prestaciones en servicios, cuyo límite, en este último caso, son los precios públicos existentes o un porcentaje de los mismos. Con estas salvedades, ya antes mencionadas, la financiación debería ser mixta, ya que son varias las administraciones públicas implicadas en la protección de la dependencia, además de la aportación del usuario.

El modelo de financiación debe ser objeto de acuerdo entre las administraciones públicas y los agentes sociales. Un modelo tentativo que proponemos para el debate podría ser el siguiente:

- La Seguridad Social financiaría las prestaciones de la población dependiente, tanto monetarias como en servicios, con carreras de tipo contributivo, así como las cotizaciones de la población trabajadora en situación de excedencia por razón de cuidados a un familiar. Ambas financiadas con una fracción de las cuotas de las cotizaciones sociales, lo que no supondría una carga excesiva sobre el gasto de la Seguridad Social. Es decir, la financiación por parte de la Seguridad Social se realizaría mediante una fracción de cuota de las cotizaciones al 50% por trabajadores y empresarios desde el mismo día de inicio de la vida laboral. Los incapacitados para el trabajo tendrán, obviamente, el mismo derecho a las prestaciones y servicios, si bien su financiación se hará con cargo a los impuestos generales del Estado.
- La Administración Central se haría cargo de la financiación de la parte no contributiva, si bien tales recursos estarían integrados en la Tesorería General de la Seguridad Social. Se integrarían también en una única fuente de financiación aquellos gastos sociales relacionados con la dependencia y que en la actualidad están incluidos, por ejemplo, en el Plan Concertado de Prestaciones Básicas Municipales o en el 0,52% del IRPF.
- Las desgravaciones fiscales actuales se destinarían a las prestaciones monetarias y servicios, ya que su eficacia actual es, como hemos afirmado antes, tan dudosa como limitada. Estos recursos se tendrían que integrar también en la Seguridad Social. Hay que recordar que en la actualidad el porcentaje de personas dependientes que reciben algún tipo de desgravaciones fiscales es del 7,3%, 7,1% y 6,8% en la población dependiente severa, grave y moderada respectivamente.
- Las CC AA aportarían la red sanitaria que está bajo su competencia y la red residencial o especializada financiada. A las transferencias ya realizadas de sanidad, hay que añadir la parte correspondiente de la Administración Central para financiar los servicios y la parte adicional propia que las CC AA añadirían para financiar el mantenimiento

de la red de servicios. Por su parte, los ayuntamientos garantizarían el mantenimiento de la red de servicios comunitarios (Ayuda a Domicilio, Centros de Día, algunas residencias y servicios complementarios).

Es decir, la Seguridad Social financiaría las prestaciones monetarias concedidas a las personas dependientes para compensar el coste de sus cuidados personales o compensar al cuidador, las cuotas de seguro de las personas cuidadoras en situación de excedencia y, por último, el coste de los servicios sociales comunitarios y residenciales (en este último caso, mediante el cheque de servicios a la persona dependiente, para que esta pueda optar entre los servicios públicos existentes o los de la red privada acreditada).

La extensión de la red de servicios sociales públicos es crucial en la actualidad, tanto por razones de extensión de su cobertura, como por la necesidad de que sea una red de referencia por su calidad, al mismo tiempo que garantiza la acreditación de la red privada de servicios, cuyo papel en la producción de servicios sociales es hoy una realidad, sobre todo en la oferta residencial. Sin una red extensa de servicios sociales, la opción mayoritaria seguiría siendo durante mucho tiempo la de las prestaciones monetarias y difícilmente se lograría la eficacia protectora. De ahí que la aplicación de una ley de protección a la dependencia, y en ello insistimos, debe modular las combinaciones de las prestaciones en función del nivel de dependencia, al mismo tiempo que deben ampliarse las inversiones en servicios sociales, sobre todo comunitarios. Una primera consecuencia del desarrollo de una ley de protección social a la dependencia sería un plan urgente de inversión en servicios comunitarios.

4.4 Gestión del seguro de dependencia

La gestión del Seguro de Dependencia tendrá que ser de tipo mixto tal como hemos indicado antes. Es decir, las cuatro administraciones estarían implicadas: Seguridad Social, Estado, CC AA y Corporaciones Locales. Las prestaciones monetarias y la financiación de los servicios estarían gestionadas por la Seguridad Social con el concurso de las CC AA, así como todo lo referente a las cotizaciones sociales al trabajador que solicita una excedencia por cuidados a un familiar. La Seguridad Social y el Estado, en la parte no contributiva, no sólo financian las prestaciones monetarias y los servicios; su función reguladora es fundamental en el campo de la garantía de los derechos así como en la cofinanciación con las Administraciones Territoriales de una red básica suficiente de servicios sociales públicos; lo mismo sucede en lo referente a la actividad de investigación, desarrollo de planes innovadores y garantía de la equidad territorial de los recursos y prestaciones.

Por su parte, las CC AA tienen la competencia en los servicios sociales (regulación, acreditación de las entidades y empresas colaboradoras, financiación y evaluación), en la co-gestión con la Seguridad Social de las prestaciones monetarias y en la decisión sobre

quiénes cumplen los requisitos definitorios de la situación de dependencia a través de equipos multidisciplinares. Los municipios garantizan la red básica de servicios comunitarios junto con las CC AA, detectan las situaciones de necesidad de atención a la dependencia, y con las CC AA determinan su gravedad y el modelo personalizado de atención a aplicar en cada caso. Una vez puesto en marcha el sistema de seguro de dependencia, serán necesarios varios años para encajar un modelo de organización y gestión eficaz que no puede perder los rasgos de globalidad, equidad, eficacia y eficiencia.

4.5 Medidas de ordenación y racionalización

- Sustitución de todos los complementos de ayuda de tercera persona actualmente existentes, contributivos y no contributivos, reemplazándolos por prestaciones iguales para cada grado de dependencia o necesidad y, por tanto, separándolos de la cuantía de las pensiones con las que actualmente están relacionadas. Las pensiones son una renta de sustitución o de garantía, mientras que los complementos por ayuda de tercera persona tienen que ser prestaciones independientes de la pensión y dirigidas exclusivamente a proteger la necesidad de cuidados personales. También es necesaria la transformación de la pensión a favor de familiares en prestación compensatoria de la carga de cuidados. En todos estos casos, la tradición normativa de la Seguridad Social permite ordenar el sistema de categorías actual de prestaciones, unificándolo en otro sistema integrado de prestaciones en función del nivel de dependencia.
- Eliminación de las desgravaciones fiscales por su limitada eficacia protectora integrando el gasto actual en la Seguridad Social
- Perfeccionamiento de la citada Ley 39/1999, de 5 de noviembre, contemplando las prestaciones económicas y sociales para los cuidadores informales así como el reconocimiento de las cotizaciones a efectos de jubilación para aquellos que hayan pedido excedencia laboral temporalmente por razón de cuidados a un familiar.

4.6 Gasto en protección a la dependencia y costes

El gasto en protección de la dependencia dependerá tanto de los recursos y servicios ya existentes como de la extensión e intensidad protectora que se defina por un hipotético sistema protector. En todo caso, los sistemas de seguro público de protección a la dependencia que existen en la UE no están consolidados y no existe certeza sobre el coste que ello supondrá en los años venideros, si bien ya existen estimaciones tentativas. Hay que tener en cuenta que en el gasto total hay que incluir el gasto sanitario, el gasto social público y privado y el coste en tiempo de cuidados. En este último caso, coste en tiempo de

cuidado informal, hemos estimado que dicho coste estaría en torno al 0,8% del PIB (Rodríguez Cabrero y Montserrat Codorniu, 2002).

En el ámbito de los países de la UE el gasto público en cuidados de larga duración, sin incluir el gasto sanitario (con la excepción de Luxemburgo, Alemania, Grecia, España y Portugal), suponía en 2000 una media del 1,3% del PIB, desde un máximo en Dinamarca (3% del PIB) y Suecia (2,8% del PIB), a los mínimos de Italia (0,6% del PIB) y Reino Unido, Austria, Francia e Irlanda (0,7% del PIB) (Consejo y Comisión europeos, 2003). El dato de España no aparece en el mencionado informe del Consejo de la UE, pero existen algunas estimaciones del gasto en prestaciones monetarias y servicios sociales (Rodríguez Cabrero, 1999) que irían desde un máximo del 0,3% del PIB, incluyendo las desgravaciones fiscales en 1995 (además de las prestaciones económicas y servicios de las administraciones públicas), al 0,2% del PIB, sin desgravaciones fiscales. Para 1998 (Rodríguez Cabrero y Montserrat Codorniu, 2002), la estimación del gasto público y privado de tipo social realizado para personas mayores dependientes (es decir, excluyendo el gasto sanitario) es del 0,3 del PIB, considerando el gasto público y el privado, y del 0,2% del PIB, en el caso del gasto público. Estas últimas cifras vienen a coincidir prácticamente con las aquí estimadas que suponen un gasto en protección social a la dependencia de personas mayores del 0,24% del PIB (gasto público y privado) y del 0,2% del PIB (gasto público).

En cuanto a las cuantificaciones del gasto social y sanitario de un hipotético seguro de dependencia público, existen diferentes estimaciones, en gran medida coincidentes. Así, podemos destacar la estimación de Casado y López Casasnovas (2001), según la cual el gasto público y privado en cuidados de larga duración para personas mayores (no incluye el gasto sanitario) para el año 2026 se situaría entre el 0,8% y el 1,2% del PIB. Nuestra estimación para el año 1998 es de un coste en servicios sociales en torno al 0,8% del PIB, en la hipótesis de una cobertura de “toda” la población mayor dependiente considerada en el epígrafe primero (Rodríguez Cabrero y Montserrat Codorniu, 2002).

Más en concreto, en referencia al último estudio sobre el gasto público en protección a la dependencia, aplicando el modelo alemán a los resultados de un estudio de costes de varias CC AA y una vez descontado el gasto privado de las familias, el gasto público social mínimo resultante sería para el año 1998 del 0,81% del PIB (en la hipótesis de prestaciones solamente en servicios) y del 0,71% del PIB en la hipótesis de que la mitad de la población dependiente opta por la prestación en servicios y la otra mitad opta por las prestaciones monetarias (cuya cuantía sería el 75% de la prestación en servicios). En definitiva, este resultado se sitúa en la línea de las estimaciones previas realizadas aquí y en diferentes investigaciones europeas. Datos a tener en cuenta para no sobrestimar el gasto que generaría un seguro público de protección social sobre la base de una serie de prestaciones básicas.

Recientemente, y para el año 2002, Julia Montserrat (2003) ha estimado el gasto en protección de las personas mayores en situación de dependencia (gasto mínimo), en la

hipótesis de una cobertura universal de las personas mayores dependientes en el 1,34% del PIB, correspondiendo 0,97% a servicios sociales y 0,37% a servicios sanitarios.

Por tanto, parece que estas estimaciones tentativas y la información disponible de los países de la UE nos vienen a indicar que el gasto total en protección de personas mayores en situación de dependencia estaría entre 1,3% y 1,5% del PIB, del cual el gasto social viene a estimarse entre un mínimo del 0,80% y un máximo del 1% del PIB.

Ahora bien considerando la necesidad de financiación del gasto público en protección social de la dependencia de todas las edades, hay que recordar que existe una parte ya realizada, la atención sanitaria (aunque incompleta), así como un gasto social público del 0,31% del PIB, en torno a la cuarta parte del gasto en servicios y prestaciones monetarias de tipo social necesario para una lograr una cobertura hipotética global. Por tanto, el esfuerzo financiero macroeconómico a realizar en prestaciones y servicios sociales estaría en torno al 0,89% del PIB (0,64% en el caso de las personas mayores y 0,25% en el de la población dependiente de 6 a 64 años), sin contar con el gasto sanitario cuya importancia será creciente en los años venideros. Un esfuerzo del 0,89% del PIB en gasto social (prestaciones monetarias y servicios sociales) sería asumible en la actual situación económica de España y dado nuestro nivel de desarrollo, máxime si la implantación del seguro se realiza sobre la base de un calendario de cobertura compatible con el equilibrio de las cuentas públicas. En todo caso, hay que insistir en que tales previsiones se justifican sobre la base de la población dependiente aquí estimada a partir de la EDDDES 1999, que, como hemos dicho, es el resultado de una encuesta de autovaloración de los entrevistados de las posibles situaciones de dependencia y, por tanto, pudiera contener una sobrestimación del colectivo.

Obviamente, serán necesarios estudios complementarios más detallados con el fin de evaluar el coste de aplicación a largo plazo de un seguro social de protección social a la dependencia de los que son ya un antecedente los estudios antes mencionados.

5. Conclusión: necesidad social, opción política y viabilidad financiera de un seguro público de protección social a las personas dependientes

Las perspectivas de protección social de la dependencia en España vienen sin duda condicionadas por varios factores: una política económica favorable al control del gasto público, en cierta medida marcada por la UE pero también como opción política propia. También, una baja percepción social y política del problema de la dependencia que se manifiesta en las tímidas posiciones de partidos políticos y sindicatos ante el mismo, si bien esta situación está cambiando. Por último, un sector privado que ha aumentado su influencia política en el Estado de Bienestar, después del éxito de las privatizaciones de las empresas públicas en los años noventa, y que se posiciona a favor de seguros privados y apoyo fiscal a las familias como alternativa al problema de los cuidados de larga duración.

Como conclusión del análisis precedente, podemos señalar que existen tres alternativas posibles de acción protectora del riesgo de dependencia:

- Establecer un **seguro público universal** en el marco de la Seguridad Social financiado con cotizaciones sociales e impuestos generales, como hemos planteado aquí. Los seguros privados serían complementarios y libres.
- Establecer una **protección o atención de tipo asistencial** para las personas en situación de dependencia sin recursos y apoyar fiscalmente un **sistema de seguros privados libres para el resto de la población**. Sería el sistema actual más los incentivos fiscales a los seguros privados. En la práctica este sistema asistencial será diferente en función de los programas de acción social de las CC AA, tal como hemos indicado en el epígrafe 3.2
- Finalmente, cabría la opción de desarrollar un programa de **ayudas fiscales a las familias cuidadoras**, manteniendo el actual esquema de prestaciones y servicios, sola o en combinación con algunas de las anteriores. En la práctica, es una variante de la segunda opción, si bien las desgravaciones van dirigidas directamente a las familias o personas declarantes, en vez de a la promoción de los seguros privados.

Resulta difícil en la actualidad prever qué solución se abrirá paso. Nuestra posición a lo largo de este documento ha sido en favor de la primera: un seguro público universal. Podría abrirse paso algún tipo de solución mixta. En efecto, una solución “familiarista” (la tercera alternativa) o “privatista” (la segunda), manifestaciones ambas de un modelo general de protección asistencial, pueden llegar a cristalizar, pero chocan objetivamente contra las tendencias sociodemográficas antes mencionadas, ya que están cambiando con gran rapidez no sólo los roles de las mujeres cuidadoras que ahora se integran en el mercado de trabajo sino la propia visión que la sociedad tiene sobre los cuidados familiares. Es decir, la solidaridad familiar sigue en pie, lo que está cambiando es el modo de ejercerla y el reparto de la misma que no puede recaer sobre la mujer exclusivamente como hasta ahora, sino sobre hombres y mujeres (solidaridad de género) y sobre el conjunto de la sociedad (solidaridad intergeneracional).

Se imponen fórmulas de socialización del riesgo, pero objetivamente chocan en parte con las políticas económicas de control del gasto público (alternativa primera), si bien ello no ha impedido que sucesivos países de la UE estén desarrollando seguros públicos universales, ni tampoco está impidiendo que las CC AA estén desarrollando programas y políticas ante la creciente demanda social de protección de la dependencia. La parálisis del Gobierno español en este tema a partir del año 2001 es notoria, a pesar de contar con los elementos de juicio para tomar la decisión a favor de un seguro público y de haber diseñado borradores de anteproyectos en la senda del modelo que aquí hemos defendido. Un problema añadido es que las CC AA están consolidando modelos regionales de atención sociosanitaria: una mezcla desigual de asistencialismo (servicios sociales) y universalismo (sanidad), con ciertas tendencias universalizadoras en servicios sociales en algunas CC AA, pero sin garantía de financiación.

La acción protectora de las administraciones centrales, con la Seguridad Social a la cabeza, estriba en dar coherencia a la diversidad existente y emergente en la protección de la dependencia, garantizando la accesibilidad de todos los ciudadanos (cobertura universal), financiando un conjunto de prestaciones monetarias y técnicas básicas por grados de dependencia y controlando la calidad de los servicios prestados por los agentes públicos y privados.

El gobierno central no puede ser un “espectador” que trata de evitar compromisos financieros, a pesar de que el coste sería asumible como hemos señalado aquí y que los beneficios sociales (aumento del bienestar social de las personas dependientes y de la población cuidadora) y económicos (en forma de generación de empleo en el campo de los servicios sociales) serían un logro indiscutible en el desarrollo de los servicios sociales. Desde este punto de vista, las opciones de seguro colectivo son preferibles económicamente y más efectivas socialmente que las de tipo privado, cuyo papel es el de la complementariedad.

Problema distinto es el de la gestión de servicios sociales de larga duración, donde el sector privado puede tener en un papel importante, de hecho ya lo tiene, en colaboración con

un sector público que no puede renunciar a su papel de regulador, de institución que garantice una serie de prestaciones básicas universales y de ámbito de referencia para el sector privado en lo que se refiere a la efectividad del derecho social a una atención de calidad a la persona dependiente. Del mismo modo que la familia y los ciudadanos asumirán, como hasta ahora, una parte del coste en tiempo de cuidados y en dinero. El sistema será mixto, pero la coherencia y garantía de protección del riesgo pasa por el establecimiento en el ámbito de la Seguridad Social de un sistema de protección universal con garantía plena del derecho social y concretado en una serie de prestaciones básicas. Entendemos que es en esta dirección donde puede encontrarse la solución al problema de la dependencia y cuya respuesta pasa por una extensión de la acción protectora bajo la forma de una nueva rama de seguro social.

El esfuerzo de gasto público de España en 2001 no es desdeñable como punto de partida, 0,31% del PIB en servicios y prestaciones monetarias (0,20% en personas mayores y 0,11% en dependientes de 6 a 64 años), pero se trata de un gasto que solamente ofrece cobertura a la cuarta parte de la población dependiente. El esfuerzo teórico por realizar en los años venideros en servicios sociales, en torno al 0,89% del PIB (0,64% en el caso de las personas mayores y 0,25% en los dependientes menores de 65 años), es asumible por nuestro sistema de protección social si tenemos en cuenta nuestro nivel de desarrollo económico y el diferencial de gasto en protección social con los países más desarrollados de la UE. El problema económico de la protección social de las personas en situación de dependencia no es el determinante de la política pública, es un condicionante importante nada más; el núcleo de la cuestión es la decisión del gobierno, de los partidos políticos y de los agentes sociales en pro de la extensión y perfeccionamiento de la Seguridad Social.

Bibliografía

- Abellán, A. y Puga, M^a D. (2002), Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010. Madrid: Fundación Pfizer.
- Bebbington, A y Bone, M. (1998), Healthy Life Expectancy and Long Term Care. Discussion Paper 1426. PSSRU, University of Kent.
- Belleti, F y Keen, H. (1998), Social protection for dependency in old age in Italy. Leuven: HIVA.
- Bleda, M. (1997), Tendencias y líneas de desarrollo de las políticas de vejez en Castilla la Mancha, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, nº 7, 1997.
- Bond, J. y Buck, D. (1998), Social protection for dependency in old age in the United Kingdom. Leuven: HIVA.
- Casado Marín, D. y López Casasnovas, G. (2001), Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Barcelona: Fundación la Caixa.
- Challis, D. (1992), The care of the elderly in Europe: social care. *European Journal of Gerontology*, 1.
- Comunidad Autónoma de Canarias (1997), Plan de Salud de Canarias, Las Palmas.
- Consejería de Salud (1998), II Plan Andaluz de Salud, Sevilla.
- Consejería de Sanidad y Bienestar Social (1998), Plan de Atención Socio-sanitaria de Castilla y León, Valladolid.
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la CC AA de Madrid (1998), Plan de Mayores. Madrid.
- Consejo y Comisión Europeos (2003), Apoyar las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y los cuidados a las personas mayores. Bruselas.
- Cortes Generales (Senado) (2000), Ponencia sobre la problemática del envejecimiento de la población española. Madrid.
- Defensor del Pueblo (2000), La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid.
- Dirección General de Seguros (2000), Informe sobre el Seguro de Dependencia. Madrid.
- Durán Heras, M^a A. (1999), Los costes invisibles de la enfermedad, Fundación BBVA, Madrid.
- Evers, A. (1996), El nuevo seguro de asistencia a largo plazo en Alemania: características, consecuencias y perspectivas, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, nº 6.

- Fontanals, M.D. (1997), Los servicios socio-sanitarios en Cataluña: reflexiones sobre su evolución, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, nº 7.
- Frades, J. (2002), La protección de las personas dependientes. Mimeo. Gabinete Técnico Confederal de UGT.
- Fundación Marcelino Botín (2000), Plan de Acción Socio-Sanitario para el Mayor: Cantabria 1999-2005. Documento de Trabajo.
- Guadalajara, N. y Borrás, S. (1997), Modelo de comportamiento de los costes en los centros residenciales para la tercera edad, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 7.
- Hansen, E. B. (1998), Social protection for dependency in old age in Denmark. Leuven: HIVA.
- Healy, J. (2002), The care of older people: Australia and the United Kingdom. Social Policy Administration, vol. 36.
- Ikegami, N. (1995), Los cuidados a largo plazo para ancianos: comparación entre Japón y EEUU, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 5.
- Ikegami, N y Campbell, C. (2002), Choices, policy logics and problems in the design of Long-term care systems, *Social Policy and Administration*, vol.36, 7.
- IMSERSO (1999), Informe de valoración del Plan Gerontológico Estatal. Madrid: MTAS.
- IMSERSO (1999), Vejez y Protección Social a la Dependencia en Europa. Madrid: MTAS.
- IMSERSO (2000), Plan de Acción para las Personas Mayores. Madrid: MTAS.
- IMSERSO (2002), Informe 2002 Las Personas Mayores en España. Madrid: MTAS.
- IMSERSO (sin fecha), Gasto sanitario en residencias. Documento de finales de los años 90. Madrid.
- INSALUD (1995), Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid.
- INSALUD (1999), Programa de Atención a las Personas Mayores. Madrid.
- INE (2001), Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (EDDES). Madrid: INE.
- Jacobzone, S. *et al.* (1998), Long Term Care Services to Older People, a perspective on future needs: the impact of an improving health of older persons. Paris: OECD.
- Jenson, J. y Jacobzone, S. (2000), Care allowances for the frail elderly people and their impact on women care-givers. Paris: OECD.
- Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (1998), Plan de Atención a las Personas mayores en Castilla La Mancha 1998-2002. Toledo.
- Martínez Zahonero, J. L. (2000), Economía del envejecimiento. Calidad y financiación de los cuidados prolongados para los ancianos. Madrid: CES.

- Montserrat, J. *et al.* (1992), Modelo de comportamiento de los costes del sector de atención a enfermos crónicos, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2.
- Montserrat, J. (2003a), El coste de la dependencia, *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13, Julio-Agosto.
- Montserrat, J. (2003b), El impacto de la vejez en el gasto sanitario y social. Mimeo, Universidad Ramón Llull.
- MTAS (1998), Plan de Atención a los Enfermos de Alzheimer y otras Demencias 1999-2005, 2º Borrador. Madrid.
- MTAS (1999a), Informe de Valoración del Plan Gerontológico Estatal 1992-1997. Madrid.
- MTAS (1999b), Plan Gerontológico Estatal: Plan de Acción para las Personas mayores 2000-2005, 3º Borrador. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2001), Bases para un modelo de atención sociosanitaria (Borrador). Madrid.
- OECD (1994), *Care of the Frail Elderley*. Paris.
- Pacolet, J. *et al.* (1998), Social Protection for Dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway. Bruselas: European Commission.
- Pacolet, J. *et al.* (2001), Time to care. The cost of formal and informal care for persons with Alzheimer,s Disease. Leuven: Each-HIVA.
- Programa PALET (2000), Informe del GAT sobre Enfermos Crónicos. Comunidad Valenciana.
- Rodríguez Cabrero, G. (Coor.) (1999), La protección social de la dependencia. Madrid: IMSERSO.
- Rodríguez Cabrero, G. (2000), Las necesidades sociosanitarias de la población dependiente en España: modo de los de cuidados prolongados y coordinación de recursos. El debate profesional, en: Defensor del Pueblo (2000).
- Rodríguez Cabrero, G. y Montserrat, J. (2002), Modelos de atención sociosanitaria. Aproximación a los costes de la dependencia. Madrid: IMSERSO.
- Rodríguez, P. (1998), El problema de la dependencia de las personas mayores, *Documentación Social*, nº 112.
- Rodríguez, P. (1999), Análisis de los servicios sociales en el marco de la atención sociosanitaria, en Defensor del Pueblo (2000).
- Rodríguez, P. y Sancho Castiello, M.T. (1995), Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 5.
- Royal Commission (1999), *Long-term care, rights and responsibilities*, Londres: HMSO.
- Sancho Castiello, M. (2000), La coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, en Defensor del Pueblo (2000).
- Scharf, T. y Wenger, C. (eds.) (1995), *International Perspectives on Community Care for Older People*. Avebury: Aldershot.

Schulte, B. (1996), Social protection for dependence in old age: the case of Germany, en Eisen, R. y Sloan, F.A. (ed.), Long-term care: economic issues and policy solutions. Boston/ Dordrecht/Londres: Kluwer.

Walker, A y Warren, L. (1994), The case of frail older in Britain: current policies and future prospects, en Olsen, K.K.: The graying of the World, Nueva York y Winnipeng: Centre for Health Policy and Evaluation.

Wiener, J.M., Ullston, L.H. y Hanley, R.J. (1994) Sharing the burden: strategies for public and private long-term care insurance. Washington: The Brookings Institution.

Xunta de Galicia (1999), Programa de Atención Sociosanitaria, Santiago.

Índice de Tablas

Tablas

Tabla 1. Población dependiente por sexo. Tasas por ciento	10
Tabla 2. Población dependiente en España en 1999 con tres o más discapacidades	12
Tabla 3. Población dependiente española según niveles de dependencia. Indicador sintético de dependencia de 12 discapacidades	13
Tabla 4. Población dependiente a domicilio y en residencias en España en 2000	14
Tabla 5. Residencia de las personas que prestan cuidados personales y tipo de personas no residentes que prestan cuidados	17
Tabla 6. Número de horas de cuidados personales del cuidador principal por semana, según niveles de dependencia (%)	18
Tabla 7. Número de años que el cuidador principal dedica a los cuidados	18
Tabla 8. Duración media de los cuidados, según el parentesco con el dependiente y su edad y sexo (años)	18
Tabla 9. Dependientes que reciben todas las ayudas solicitadas, según el número de discapacidades, la edad y el sexo (%)	19
Tabla 10. Edad del cuidador principal (%)	20
Tabla 11. Prestaciones económicas y servicios para la protección social de la dependencia	24
Tabla 12. Población beneficiaria de prestaciones económicas y servicios en España en 2001 y gasto público total en protección social a la dependencia	27

Tabla 13. Sistema liberal de protección a la dependencia del Reino Unido	33
Tabla 14. Modelo continental: Alemania y Austria, Francia y Luxemburgo	35
Tabla 15. Cobertura protectora de las personas dependientes en España por grados de dependencia y tipo de prestaciones en 2001 (total beneficiarios y %)	49

Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Félez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Félez.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Alvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.

- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Àngel Cebollada i Frontera
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Puigdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.
- 31/2003. **La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica.** Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez.
- 32/2003. **De una escuela de mínimos a una de óptimos: la exigencia de esfuerzo igual en la Enseñanza Básica.** Julio Carabaña Morales.
- 33/2003. **La difícil integración de los jóvenes en la edad adulta.** Pau Baizán Muñoz.
- 34/2003. **Políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social en España: una valoración con EspaSim.** Magda Mercader Prats.
- 35/2003. **El sector del automóvil en la España de 2010.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 36/2003. **Publicidad e infancia.** Purificación Llaquet, M^a Adela Moyano, María Guerrero, Cecilia de la Cueva, Ignacio de Diego.
- 37/2003. **Mujer y trabajo.** Carmen Sáez Lara
- 38/2003. **La inmigración extracomunitaria en la agricultura española.** Emma Martín Díaz

39/2003. **Telecomunicaciones I: Situación del Sector y Propuestas para un modelo Estable.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.

40/2003. **Telecomunicaciones II: Análisis económico del sector.** José Roberto Ramírez Garrido y Álvaro Escribano Sáez.

41/2003. **Telecomunicaciones III: Regulación e Impulso desde las Administraciones Públicas.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.

42/2004. **La Renta Básica. Para una reforma del sistema fiscal y de protección social.** Luis Sanzo González y Rafael Pinilla Pallejà.

43/2004. **Nuevas formas de gestión. Las fundaciones sanitarias en Galicia.** Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García.

