

# EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA: EVALUACIÓN Y COMPARACIÓN CON OTROS PAÍSES EUROPEOS

JOSÉ A. CAMACHO, MERCEDES RODRIGUEZ Y MANUEL HERNÁNDEZ\*

Recibido: 15-9-07. Aceptado: 14-7-08. BIBLID [0210-5462 (2008-1); 42: 37-52].

**PALABRAS CLAVE:** dependencia, gasto público, España.

**KEY WORDS:** dependency, public expenditure, Spain.

**MOTS CLEF:** dépendance, dépense publique, Espagne.

## RESUMEN

Europa se enfrenta a importantes cambios en la actualidad. Uno de los más importantes se debe al hecho de que la población está envejeciendo, y la esperanza de vida crece de forma continuada. En este contexto la implantación del sistema de atención a la dependencia previsto en la ley 39/2006 que tendrá lugar de forma paulatina hasta el año 2015 supone para la economía española un doble desafío: por un lado, el implementar un sistema totalmente nuevo, y, por otro, hacer frente a la financiación y gestión de éste bajo un escenario de demanda creciente. El objetivo de este trabajo es incidir sobre el segundo de los aspectos mencionados, y, en particular, examinar los efectos que la puesta en marcha de los servicios de atención a la dependencia generará sobre el gasto público de la economía española en los próximos años, tomando como punto de partida la experiencia de los distintos países europeos.

## ABSTRACT

Europe faces important challenges: population is ageing and life expectancy is increasing. As the Paper on Demographic Changes points out, baby-boomers are ageing now and this will considerably increase the number of older people. In this context, the gradual implementation of the National Dependency System developed by the law 39/2006 which will take place up to 2015 implies a double challenge for the Spanish economy: for one part, to implement a totally new system, and, for the other part, to finance and manage this system under a growing-demand scenario.

The aim of this paper is to concentrate on the second aspect, and, in particular, to examine the effects that the provision of the services linked to the dependency system will have on the public expenditure of the Spanish economy in the years to come, taking as a basis the experience of various European countries.

## RÉSUMÉ

L'Europe relève des défis importants : la population est vieillissement et l'espérance de vie augmente. Car le papier sur les changements démographiques précise, les bébé-boomers

\* Instituto de Desarrollo Regional de la Universidad de Granada. Departamento de Economía Internacional y de España. Universidad de Granada. e-mail: jcamacho@ugr.e, m\_rodrig@ugr.es, mhpeinado@ugr.es.

sont vieillissement maintenant et ceci augmentera considérablement le nombre de personnes plus âgées. Dans ce contexte l'implantation du système d'attention à la dépendance prévu dans la loi 39/2006 qu'elle aura lieu d'une forme lente jusqu'au 2015 suppose pour l'économie espagnole un double défi : d'un côté, le fait de mettre en application un système totalement nouveau, et, par l'autre, faire face au financement et la gestion de celui-ci sous une scène de demande croissante.

L'objectif de ce travail est de se concentrer sur le deuxième aspect, et, en particulier, d'examiner les effets que la prestation des services liés au système de dépendance aura sur la dépense publique de l'économie espagnole en quelques années à venir, prenant comme base l'expérience de divers pays européens.

## 1. INTRODUCCIÓN

Europa se enfrenta a importantes cambios, entre ellos al hecho de que la población está envejeciendo y, al mismo tiempo, la esperanza de vida de hombres y mujeres crece de forma continuada. Como señala el Libro Verde sobre los Desafíos Demográficos (Comisión Europea, 2005) los baby-boomers están envejeciendo y esto hará crecer de forma notable tanto el número de trabajadores de edad avanzada como el número de mayores en los próximos años. Así, se estima que en 2030 el número de personas mayores de 80 años en la Unión Europea será de unos 34,7 millones frente a los 18,8 millones actuales.

De esta forma, la dependencia o «cuidados de larga duración» (CLD) son un tema de creciente importancia para todos los países de la Unión. Aunque no de forma exclusiva, los CLD son, en general, una contingencia que se incrementa con la edad. Además, la demanda de cuidados entre la gente mayor, incluyendo la demanda de CLD, está creciendo rápidamente, entre otras razones porque cada vez son más las personas mayores que viven solas. Si tomamos datos recientes podemos constatar cómo el número de personas de 65 o más años que viven solas ha aumentado de forma sustancial durante las últimas décadas en la mayoría de los países europeos. Especial atención merece el incremento que ha tenido lugar en los Países Bajos, donde el porcentaje se ha pasado de un 27% en 1981 hasta el 39,5% en 2000. En otros países como Noruega y Finlandia, el crecimiento también ha sido notable, alcanzando los 7 y los 5 puntos porcentuales. No obstante, pese a los cambios acaecidos, pueden observarse notables diferencias entre países. De esta forma mientras en los países nórdicos (Finlandia, Noruega y Suecia) más del 40% de la población de 65 o más años vive sola, en los países mediterráneos (Grecia, Italia y España) dicho porcentaje se reduce prácticamente a la mitad.

En línea con la demanda de cuidados de larga duración por parte de este grupo de población, el conocido como «Informe Pacolet» (PACOLET *et al.*, 1998) sobre la protección social para la dependencia en la vejez en los 15 Estados miembros de la UE y Noruega, señalaba que entre 3% y el 5% de las personas mayores de 65 años son grandes dependientes y hasta un 15% parcialmente dependientes. Entre los mayores de 75 años este porcentaje se elevaba hasta el 10% para la gran dependencia y el 25% para la dependencia parcial. Es decir, la proporción de grandes dependientes representaba,

Tabla 1. *Porcentaje de personas de 65 o más años que reciben cuidados de larga duración financiados por el sector público en instituciones o a domicilio, 2000*

	<i>Cuidados en instituciones</i>	<i>Cuidados a domicilio</i>
Suecia	7,9	9,1
Noruega	6,0	18,0
Reino Unido	5,1	20,0
OCDE	4,8	9,1
Irlanda	4,6	5,0
Luxemburgo	3,8	4,2
Austria	3,6	14,8
Alemania	3,6	6,5
Países Bajos	2,4	12,3

Nota: Los datos se refieren al año 2000 en todos los países excepto: 2003 en Alemania, 2002 en Reino Unido, 2001 en Luxemburgo.

Fuente: Huber *et al.* (2005)

en promedio, un 3% de la población total, o lo que es lo mismo, unos 9 millones de personas en Europa. Basándose en datos nacionales, el informe identificaba al menos 7,6 millones de personas que percibían alguna prestación por dependencia.

Análisis más exhaustivos sobre la provisión de servicios cuidados de larga duración ponen de relieve la existencia de importantes disparidades entre los países europeos. El estudio de HUBER (2005) acerca de los servicios, la elegibilidad y los criterios en los cuidados de larga duración en diferentes países de la OCDE muestra un nivel de provisión de servicios muy distinto entre países (Tabla 1).

En promedio, el porcentaje de personas de 65 o más años que reciben cuidados a domicilio es más elevado que el que percibe cuidados en instituciones (4,8% frente al 9,1% para la media de la OCDE), aunque en ambos casos se observan diferencias significativas. Así, la provisión de servicios en instituciones es prácticamente el doble en Suecia y Noruega que en el resto de países europeos (Austria, Luxemburgo o los Países Bajos). En el caso de los cuidados a domicilio llama la atención la elevada participación en el Reino Unido, que supera incluso a Noruega. Aunque en menor medida, destaca también la extensión de este tipo de prestaciones en Austria y los Países Bajos.

En España, aunque no se incluye en este estudio, al igual que en el resto de países europeos, existe una creciente demanda de servicios y prestaciones de apoyo social por parte de personas en situación de dependencia como consecuencia de las tendencias sociales y demográficas. Según las estadísticas nacionales, el número estimado de personas dependientes (más de 1,1 millones en 2005) aumentará en 250.000 personas de aquí a 2015. En la actualidad son los familiares los principales proveedores del cuidado y apoyo básicos, dado que las familias han sido las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, pero el envejecimiento y los cambios sociodemográficos (sobre todo la creciente participación de la mujer en el mercado

de trabajo) hacen que la provisión de servicios de cuidados de larga duración se esté convirtiendo en un reto ineludible para las autoridades. Pese al intenso crecimiento de estos servicios que se ha registrado en los últimos años la cobertura es todavía baja, sobre todo si atendemos a la demanda de personas a cargo y cuidadores: sólo el 3,5% de las personas mayores de 65 años cuenta con un servicio de ayuda a domicilio, el 2,84% con teleasistencia, el 0,54% con una plaza en un centro de día y, sólo un 3,9% de los mayores están atendidos en centros residenciales. Se apunta asimismo que la descentralización ha generado desequilibrios entre las Comunidades Autónomas.

En este contexto las autoridades han puesto en marcha un importante plan, el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, destinado a garantizar, de aquí a 2015, la cobertura de todas las personas en situación de dependencia (desde niños con discapacidad hasta ancianos dependientes, en estos momentos unas 650.000 personas), imprimiendo así un fuerte impulso a la puesta a disposición de servicios. La aprobación de esta Ley supone la constitución del Sistema Nacional de Dependencia, cuya finalidad es prestar apoyo a las personas dependientes, principalmente mayores (65 años o más) y personas con discapacidad. En 2015, el número de beneficiarios del sistema podría rondar los 1,5 millones de personas. La financiación del sistema entre 2007 y 2015 ascenderá a más de 25.000 millones de euros para el conjunto de las Administraciones Públicas. El plan aspira a asegurar la equidad en el acceso, utilizando para ello una escala común de valoración que determine el grado de dependencia y definiendo un catálogo de servicios (una amplia gama de servicios de ayuda a domicilio, tanto de cuidados personales como atención a las necesidades del hogar, centros de día y centros de noche y servicios de atención residencial). También se busca mejorar la integración de la salud y de los servicios sociales. Los servicios podrán ser prestados por proveedores públicos o privados y de su gestión se encargarán las Comunidades Autónomas. Asimismo, se permitirán las prestaciones económicas, aunque los cuidadores familiares deberán estar dados de alta en la Seguridad Social y asistir a cursos de formación. Además, los beneficiarios del sistema participarán en la financiación del mismo en función de su renta y patrimonio.

El proceso de implantación de este sistema requerirá tiempo y esfuerzos, de modo que el gasto público total asignado a las personas dependientes se incrementará de forma considerable. En la actualidad la financiación de estos servicios corre a cargo de las Comunidades Autónomas, los municipios y la Administración Central, aunque esta financiación es claramente insuficiente para cubrir las necesidades: supone aproximadamente el 0,32% del PIB y las previsiones de la Comisión Europea relativas a la edad (Comisión Europea, 2006) pronostican, para 2050, un incremento de 0,2 puntos porcentuales del PIB, sin tomar en consideración en el impacto financiero de la nueva Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Cabe destacar, sin embargo, a juzgar por el Informe Financiero de la Ley, que las autoridades prevén asignar unos 4.500 millones de euros adicionales al sector. En total se estima que el gasto podría llegar a alcanzar el 1% del PIB en 2015. En el nuevo modelo los costes serán compartidos por el Gobierno central, las Comunidades Autónomas, las Corporaciones locales y los usuarios.

El objetivo de este trabajo es realizar una primera aproximación al impacto que la recientemente aprobada Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia tendrá sobre la economía española, atendiendo especialmente sus efectos financieros. Para ello un paso previo esencial es examinar y comparar la experiencia proveniente de los sistemas de atención a la dependencia en otros países europeos. Con este fin en la segunda sección se describen a grandes rasgos los diferentes sistemas de atención a la dependencia existente en la Unión Europea. A continuación se repasan los esfuerzos realizados hasta la fecha en aras a cuantificar la evolución futura de los gastos en dependencia, tomando como eje central las estimaciones de dos organismos internacionales: la OCDE y la Comisión Europea. En un cuarto apartado se describe brevemente el sistema de atención a la dependencia español para, paso seguido, plantear un modelo de estimación costes. Los principales resultados alcanzados se resumen en las conclusiones.

## 2. LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN EUROPA: UN ANÁLISIS COMPARATIVO

En todos los Estados miembros de la Unión Europea (UE) la atención a la dependencia se financia de forma pública. La gestión la puede llevar a cabo la Administración Central, las autoridades locales (regiones, departamentos o municipios) o la Seguridad Social. En general, los municipios han sido el nivel elegido por la mayoría de los países europeos, al considerarse que es la institución a la que acuden de forma natural las personas con necesidades de este tipo. Aunque la necesidad de provisión de este tipo de servicios es comúnmente aceptada, el debate más reciente se ha centrado en la financiación, en particular en si se trata de un «quinto riesgo» financiado por el Sistema de Seguridad Social o de una parcela más del bienestar social financiada por el Estado y/o las autoridades locales. Los partidarios del «quinto riesgo» subrayan que bajo este sistema la cobertura puede ser más amplia y más equitativa de región a región y que se facilita la regulación al existir un único sistema general, mientras que los defensores de la perspectiva del bienestar social destacan las ventajas asociadas a la proximidad.

En este escenario la tendencia actual, independiente de si se trata o no de un riesgo cubierto por el sistema de seguridad social, es hacia una disminución relativa en la contribución del sector público, aunque no se concibe que esta contribución se elimine y se sustituya por un sistema completamente privado. Existen muy pocos datos históricos acerca de la contribución en los distintos países, lo que favorece un volumen de pagos directos más elevados y la transferencia de gran parte de los cuidados de larga duración a las autoridades locales con vistas a encontrar un mejor ajuste entre oferta y demanda. Así por ejemplo, en los Países Bajos las provincias son responsables del apoyo a los cuidadores familiares, una situación que podría desembocar fácilmente en diferencias regionales en este tipo de apoyo, que no es obligatorio. En el caso de Francia la introducción de la prestación específica para la dependencia ha demostrado que la generosidad de los departamentos varía de forma considerable, lo que ha hecho que el gobierno se plantee la idea de una tarifa nacional.

La solución «totalmente privada» no se ha adoptado en Europa porque se sabe poco acerca de la forma en que este tipo de riesgo puede evolucionar en el largo plazo y porque existen incertidumbres acerca del número futuro de dependientes, de modo que los aseguradores privados están adoptando enfoques cautelosos para cubrir este riesgo.

Tomando una perspectiva general, podemos distinguir tres modelos principales de atención a la dependencia en Europa:

- «Modelo Beveridge» (*Países Nórdicos*): en los países nórdicos la dependencia se ha incluido dentro de las prestaciones asignadas al Estado del Bienestar. En línea con el modelo Beveridge de cobertura universal sin prueba de medios financiado a través de impuestos, los cuidados de larga duración quedan cubiertos por la sanidad pública y el sistema de servicios sociales.
- «Modelo Bismarckiano» (*Alemania, Luxemburgo, Países Bajos*): en estos países la dependencia se incluye como el quinto riesgo social, de modo que durante la década de los noventa se han ido introduciendo los denominados como «seguros de dependencia».
- «Modelo mediterráneo» (*Grecia, Italia, España*): en los países mediterráneos las ayudas percibidas se enmarcan dentro de las políticas sociales, y los cuidados de larga duración han recibido escasa atención hasta la fecha, siendo la familia la institución clave a la hora de proveer este tipo de cuidados.

Dadas las diferentes aproximaciones, el gasto en dependencia realizado en 2000 por los distintos Estados miembros en porcentaje del PIB variaba de forma considerable, entre el 0,6% y el 2,9%. Además, el equilibrio entre el gasto público y el privado difiere de forma considerable de país a país (Tabla 2). Así, Austria, Alemania, Luxemburgo, los Países Bajos, Suecia y Noruega proporcionan una amplia cobertura de la demanda de cuidados de larga duración, mientras que la proporción del gasto privado en porcentaje del PIB es notablemente superior en países como Alemania, España o el Reino Unido que en Irlanda o los Países Bajos.

Tabla 2. *Gasto público y privado en cuidados de larga duración en porcentaje del PIB, 2000*

	<i>Público</i>	<i>Privado</i>	<i>Total</i>
Austria	1,32	n. d.	n. d.
Alemania	0,95	0,40	1,35
Irlanda	0,52	0,10	0,62
España	0,16	0,44	0,61
Luxemburgo	0,52	n. d.	n. d.
Países Bajos	1,31	0,13	1,44
Reino Unido	0,89	0,48	1,37
Suecia	2,74	0,14	2,88

Fuente: Huber *et al.* (2005).

A pesar de las diferencias, todos los países se enfrentan en la actualidad al problema de la contención de costes. La cuestión principal es producir cuidados de largo duración al menor coste y con la mayor calidad posible, esto es, ¿qué sistema puede hacer que los recursos que un municipio dedica a hacer frente al problema de la dependencia se asignen de la mejor forma posible? La respuesta a esta pregunta plantea distintas cuestiones, por ejemplo, ¿son los proveedores públicos o los privados lo que producen con un menor coste y una mayor calidad? ¿es deseable la competencia entre proveedores?, y, en caso afirmativo, ¿cómo debe introducirse, dando a los individuos la opción de elegir libremente o estableciendo un gestor de cuidados o un administrativo responsable de la compra de servicios para las personas dependientes al mejor ratio calidad/precio?

En algunos países han llegado a realizarse privatizaciones. Las más importantes se llevaron a cabo en el sistema sueco desde los años 80. Determinados servicios, producidos hasta entonces por el sector público, fueron transferidos al sector privado (empresas, cooperativas u organizaciones sin ánimo lucro) aunque la supervisión financiera y administrativa seguía siendo responsabilidad pública. La imagen que autores como Trydegard (2005) muestra de esta privatización es mixta. En general el crecimiento se ha centrado en las empresas, mientras que las organizaciones sin ánimo de lucro juegan un papel menor y ocupan una posición estática. Aunque desde una perspectiva teórica la competencia resulta en una reducción de los precios en el sector privado (los consumidores pueden en teoría elegir entre un gran número de proveedores) en la práctica no siempre realizan una elección basada en información clara. No obstante, las compras de servicios privados realizadas directamente por los propios dependientes se han incrementado. En pocas palabras, la privatización favorece a los municipios y a los políticos en la medida en que ya no son responsables de la gestión de una parte de los cuidados de larga duración, limitándose a ejercer tareas de financiación y supervisión.

Si el mercado es o no una buena opción queda aún por ver, aunque la información disponible para realizar una evaluación satisfactoria es todavía muy limitada. Desde la perspectiva del diagnóstico de los sistemas de atención a la dependencia, los Estados miembros de la UE son conscientes de la necesidad de asignar los escasos recursos de la mejor forma posible, especialmente cuando las necesidades están creciendo, y así el objetivo de los mecanismos de regulación que se han introducido ha sido economizar recursos e incrementar la calidad.

### 3. EL FUTURO DEL GASTO EN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN: PERSPECTIVAS DE ESTIMACIÓN

Dadas las tendencias demográficas actuales y la necesidad de contener gastos anteriormente comentada, los grandes organismos internacionales han realizado importantes esfuerzos durante los últimos años para tratar de estimar el comportamiento futuro del gasto en dependencia (o gasto en cuidados de larga duración). De entre estos intentos destacamos dos trabajos recientes, el de la OCDE y el de la Comisión Europea, que describimos brevemente a continuación.

La estimación realizada por la OCDE (2006) tiene como objetivo principal evaluar el impacto de distintos factores en las diferencias observadas entre países en los costes de CLD por dependiente a partir del siguiente modelo general:

$$\text{Log} \left( \frac{\text{CLD}}{\text{ND}} \right) = \alpha + \beta_1 \cdot \text{Edad} + \beta_2 \cdot Z + \beta_3 \cdot W + u$$

Donde CLD es el gasto total en cuidados de larga duración, ND es el número de dependientes, Edad es el punto central en cada cohorte de edad, Z es una proxy que recoge la provisión de cuidado informal y W es una proxy para medir otros efectos (precios relativos y/o renta). El modelo se estima distinguiendo 20 grupos de edad. La disponibilidad de cuidado informal se estima a través de la tasa de actividad de la población entre 50 y 64 años.

Combinando los diferentes factores, el crecimiento logarítmico del gasto en CLD con respecto al PIB puede descomponerse como sigue:

$$\begin{aligned} \Delta \text{Log} \left( \frac{\text{CLD}}{Y} \right) = & \Delta \log (\text{Factor edad ajustado}) + (\varphi - 1) \cdot \Delta \log \left( \frac{Y}{N} \right) + \Delta \log (\text{Efecto Baumol}) + \\ & + \Delta \log (\text{Efecto participación}) \end{aligned}$$

Donde Y y N son la renta y la población, respectivamente,  $\varphi$  es la elasticidad-renta del gasto en CLD y  $\gamma$  es la elasticidad que describe el «efecto Baumol», esto es, la medida en que un incremento en la productividad media de la economía (aproximada por el crecimiento salarial) se traduce en un incremento de los costes en CLD por dependiente. Como puede observarse, los factores impulsores operan a tres niveles: factor edad ajustado, efectos Baumol y renta y efecto participación.

En el ámbito demográfico (*factor edad ajustado*) se asume el conocido como supuesto de «envejecimiento saludable», esto es, que la mitad de las ganancias estimadas en longevidad se traducen en un menor número de años en situación de discapacidad. En cifras esto implica que el predominio de la dependencia se reduce medio año cada diez años.

Entrando en el primer grupo de factores no demográficos, el *efecto Baumol* ( $\gamma$ ) se fija en 0,5, lo que se traduce en que los costes por dependiente crecen la mitad que la productividad media del trabajo, mientras que *elasticidad renta* ( $\varphi$ ) se supone en general igual a cero.

El segundo efecto no demográfico (*efecto participación*) se refiere a la provisión de cuidado informal, que se estima a través de la tasa de actividad de las personas entre 50 y 64 años a partir del trabajo de Burniaux *et al.* (2003). En general, se asume que la tasa de actividad de este grupo crece al mismo ritmo que la población activa.

Partiendo de estas hipótesis generales se consideran tres escenarios principales: efecto demográfico, escenario de presión de costes y escenario de contención de costes:

- *Escenario demográfico*: asume la hipótesis de envejecimiento saludable, el efecto Baumol se fija en 0,5, la elasticidad renta se considera igual a cero pero no incluye el efecto participación.



- *Escenario de presión de costes*: asume la hipótesis de envejecimiento saludable, el efecto Baumol se fija en 1, la elasticidad renta se considera igual a cero y se incluye el efecto participación.
- *Escenario de contención de costes*: asume la hipótesis de envejecimiento saludable, el efecto Baumol se fija en 0,5, a elasticidad renta se considera igual a cero y se incluye el efecto participación.

En el caso de la economía española bajo el escenario demográfico el gasto se situaría en 2050 en el 1% del PIB. En el supuesto más pesimista, el de la presión de costes, el gasto se dispararía hasta alcanzar el 2,6% del PIB en 2050. El escenario intermedio, el de contención de costes, arroja una estimación de gasto del 1,9% del PIB en 2050. Tomando como referencia este último escenario se plantean distintas hipótesis de modificación sobre los tres grupos de factores anteriormente descritos al objeto de estimar la sensibilidad de la evolución del gasto:

- Modificaciones en los efectos Baumol y renta: elasticidad renta unitaria
- Modificaciones en el factor edad ajustado:
  - Reducción de la discapacidad: disminuye 1 año cada 10 años
  - Incremento de la discapacidad: la discapacidad permanece constante
  - Incremento de la dependencia: la tasa de dependencia crece un 0,5% al año
- Modificaciones en el efecto participación: la tasa de actividad de las personas entre 50 y 64 años converge al 70% en 2050 en todos los países.

Salvando el caso de la hipótesis de reducción de la discapacidad, donde el gasto se cifra en el 1,3% del PIB para 2050, bajo el resto de hipótesis tienen lugar aumentos muy considerables en el volumen de gasto. Los mayores incrementos vienen dados por la hipótesis de incremento de la dependencia (gasto equivalente al 3,3% del PIB) y la de convergencia en la tasa de participación, que arroja un volumen de gasto del 3% del PIB. Tanto la elasticidad renta unitaria como el incremento de la discapacidad resultan en porcentajes similares de gasto: 2,3% y 2,4% del PIB, respectivamente.

Por su parte la Comisión Europea, y más concretamente el Consejo del ECOFIN, ya realizó una primera proyección acerca de la evolución del gasto público en cuidados de larga duración en 2001. La metodología empleada se basaba en un escenario demográfico «puro», que tan solo tenía en cuenta el impacto de los cambios en el tamaño y la estructura por edades de la población sobre el gasto en CLD. En particular se aplicaban perfiles de gasto medio per cápita por sexo y edad (provistos para un determinado año base) a una proyección de población elaborada por Eurostat. Las proyecciones se realizaron bajo dos únicos supuestos de costes: en primer lugar, que los gastos per cápita crecían al mismo ritmo que el PIB per cápita (lo que se considera «neutral» desde un punto de vista macroeconómico) y, en segundo lugar, que los gastos per cápita crecían a la misma tasa que el PIB por trabajador (con el objetivo de tener en cuenta la intensidad en factor trabajo del sector de CLD).

En una segunda proyección realizada en 2006, la metodología aplicada se ha modificado de forma sustancial: se ha elaborado un modelo de macro-simulación basado

en la propuesta de COMAS-HERRERA *et al.* (2005) y similar a los empleados para Alemania, Italia y España en el *European Study of Long-Term Care Expenditure* (Comas-Herrera *et al.* 2003), que, a su vez, tomaba como punto de partida la experiencia en la construcción de un modelo para los gastos en CLD e el Reino Unido (WITTENBERG *et al.*, 1998 y 2001). El objetivo de esta segunda proyección es maximizar el número de factores que pueden afectar a los gastos futuros en CLD partiendo de la base de que las estimaciones pueden realizarse a partir datos exclusivamente macroeconómicos. Más concretamente, se incorporan hipótesis acerca de:

- el número futuro de personas mayores (a través de cambios en las proyecciones de población utilizadas)
- el número futuro de personas mayores dependientes (realizando cambios en las tasas predominantes de dependencia)
- el equilibrio entre la provisión de cuidado formal e informal
- el equilibrio entre el cuidado a domicilio y el cuidado institucional dentro del sistema formal de cuidados
- los costes de una unidad de cuidado

La ventaja principal de esta nueva metodología es que permite examinar distintos escenarios acerca de la evolución de las tasas de dependencia, los costes unitarios y las políticas implementadas. En concreto se consideran 5 escenarios:

- *Escenario de envejecimiento puro*: implica mantener la proporción de población discapacitada que recibe cuidados, ya sea informales o formales, constante y aplicar la evolución de las tasas de dependencia. Supone, por tanto, que el predominio de la dependencia no varía durante el horizonte temporal analizado (las tasas de dependencia futuras son las mismas que en el año base). Esto implica que casi todas las mejoras en la esperanza de vida se traducen en mala salud, esto es, en discapacidad. Se trata de un escenario pesimista, donde se asume que el consumo medio de servicios de CLD a lo largo de la vida se incrementa con el paso del tiempo. Al mismo tiempo es un escenario «sin cambios políticos» ya que la probabilidad de recibir CLD (a domicilio o en instituciones) permanece constante al nivel del año base.
- *Escenario de costes unitarios*: es idéntico al escenario de «envejecimiento puro» salvo en que se asume que los costes evolucionan en línea con el PIB per cápita.
- *Escenario de discapacidad constante*: se emplea para analizar una alternativa que se inspira en la hipótesis de equilibrio dinámico consistente en que las tasas de discapacidad evolucionan en línea con las tasas de mortalidad.
- *Escenario de incremento en el predominio de recepción de cuidado formal*: analiza el impacto de un cambio de corte expansivo en la política económica. Más concretamente se asume un incremento del 1% anual en la proporción de dependientes que reciben cuidado formal, con la mitad de dicha población recibiendo cuidado a domicilio y la otra mitad cuidado en instituciones.

- *Escenario AWG*: es un escenario prudente que trata de aunar diferentes factores impulsores del gasto en CLD. Se asume que la tasa de discapacidad disminuye la mitad de la disminución estimada en la tasa de mortalidad. Esto implica que aproximadamente la mitad de las ganancias en la esperanza de vida se traducen en buena salud libre de discapacidad.

En general, los resultados obtenidos para el horizonte 2050 son mucho más optimistas que en el caso de la OCDE, situándose el nivel gasto en todos los casos por debajo del 1%, salvo en el escenario de incremento en el predominio de recepción de cuidado formal, donde el porcentaje se eleva hasta el 1,7% del PIB.

Se confirma, por tanto, la elevada heterogeneidad en los resultados de las estimaciones, lo que hace aconsejable un análisis más detallado para la economía española, en especial si tenemos en cuenta que todas estas estimaciones no incluyen en ningún caso el efecto de la implantación del sistema de atención a la dependencia.

#### 4. EL DESARROLLO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA Y SU IMPACTO SOBRE EL GASTO PÚBLICO

Como se señaló en la introducción, el objetivo de este trabajo es llevar a cabo una primera aproximación acerca del impacto financiero que la aplicación definitiva de la ley de dependencia tendrá sobre el gasto público en 2015. Al objeto de realizar nuestra estimación, dentro del sistema de atención a la dependencia describimos tres aspectos básicos que serán la base de nuestra estimación de costes: los beneficiarios, la tipología de prestaciones ofertadas y la financiación de las mismas.

Comenzando por la población beneficiaria, la ley clasifica las situaciones de dependencia en tres grados:

- *Grado I: Dependencia moderada*: son personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.
- *Grado II: Dependencia severa*: son personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requieren el apoyo permanente de un cuidador.
- *Grado III: Gran dependencia*: son personas que necesitan ayuda para realizar diferentes actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y que por su pérdida total de autonomía necesitan del apoyo indispensable y continuo de otra persona

Dentro de cada uno de estos grados se distinguen dos niveles, en función de la autonomía de la persona y de la intensidad del cuidado que requieran.

Con respecto a la tipología de prestaciones ofertadas, se distingue entre servicios y prestaciones económicas. El catálogo de servicios del sistema, incluido en la Ley 39/2006, es el siguiente:

- a) Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal.
- b) Servicio de Teleasistencia.
- c) Servicio de Ayuda a domicilio:
  - Atención de las necesidades del hogar.
  - Cuidados personales.
- d) Servicio de Centro de Día y de Noche:
  - Centro de día para mayores.
  - Centro de Día para menores de 65 años.
  - Centro de Día de atención especializada.
  - Centro de Noche.
- e) Servicio de Atención Residencial:
  - Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
  - Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

En caso de que no exista oferta pública del servicio que se requiera, las personas con gran dependencia podrán recibir una serie de prestaciones económicas, vinculadas al servicio, por cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales o de asistencia personal.

Finalmente, en lo tocante a la financiación cabe señalar que la disposición transitoria primera de la Ley regula la participación financiera del Estado en la puesta en marcha del sistema en un período transitorio hasta el año 2015, de acuerdo con las previsiones del calendario de aplicación de la Ley. La Administración General del Estado asumirá íntegramente el coste del nivel mínimo de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios del sistema, según su grado y nivel dependencia, como condición básica de garantía del derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia. En el marco de cooperación interadministrativa, los convenios que se suscriban entre la Administración General del Estado y cada una de las administraciones de las Comunidades Autónomas determinarán las obligaciones asumidas por cada una de las partes para la financiación de los servicios y prestaciones del sistema. Dichos convenios, que podrán ser anuales o plurianuales, recogerán criterios de reparto teniendo en cuenta la población dependiente, la dispersión geográfica, la insularidad o el número de emigrantes retornados entre otros factores, y podrán ser revisados por las partes.

Para llevar a cabo nuestra estimación partimos de una hipótesis de «costes mínimos», esto es, suponemos que el sector público trata de minimizar sus costes en dependencia. Se emplean tres variables fundamentales: el volumen de población dependiente, el coste medio por dependiente y la evolución de los precios de los servicios de atención a la dependencia.

En cuanto a la estimación del número de dependientes, en España existen diferentes estimaciones de discapacidad y dependencia entre la población española de 65 y más años. A este respecto el estudio de PALACIOS y ABELLÁN (2007) repasa de forma exhaustiva los trabajos realizados en España hasta la publicación del mismo. En nuestro caso las proyecciones se realizan tomando como referencia las elaboradas en

el Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España, pero teniendo en cuenta las tasas de prevalencia de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías (EDDES 99) y las estimaciones de población realizadas por el INE. En particular, la población dependiente se distribuye en tres grandes grupos de edad: personas menores de 65 años, personas de entre 65 años y 79 años y personas de 80 años y más (Tabla 3).

Tabla 3. *Evolución del número de dependientes por grados, 2015*

		<i>Total</i>	<i>65-79 años</i>	<i>≥80 años</i>
GRADO I	Nivel 1	625.691	439.482	186.209
	Nivel 2	665.860	467.700	198.160
GRADO II	Nivel 1	310.751	218.275	92.476
	Nivel 2	373.345	262.239	111.106
GRADO III	Nivel 1	165.849	116.494	49.355
	Nivel 2	322.826	226.755	96.071
Total		2.464.322	1.730.944	733.378

Fuente: Elaboración propia.

En lo referente al coste medio por dependiente, para el caso de la gran dependencia asumimos lo establecido en el R.D. 614/2007, que en su Anexo estima la media de aportación de las administraciones públicas por beneficiario y mes en 1.014 euros para el nivel II de gran dependencia y en 774 euros para el nivel I de gran dependencia. En el caso de la dependencia severa suponemos un gasto medio de 250 euros para el nivel II y de 200 euros para el nivel I, mientras que en el caso de la dependencia moderada suponemos el coste prácticamente equivalente al gasto asociado a la prestación de servicios de teleasistencia, que se sitúa en 174 euros (Tabla 4).

Tabla 4. *Coste unitario por dependiente según grados (euros), 2007*

		<i>Coste unitario</i>
GRADO I	Nivel 1	174
	Nivel 2	174
GRADO II	Nivel 1	200
	Nivel 2	250
GRADO III	Nivel 1	774
	Nivel 2	1.014

Fuente: Elaboración propia.

Para determinar la evolución futura de los gastos tomamos como referencia la evolución mostrada por los precios de los servicios sociales durante los últimos años, estimando un crecimiento anual medio del coste por dependiente del 5,38%.

Tabla 5. *Gasto público en dependencia por grados (millones de euros), 2015*

		<i>Libro blanco</i>	<i>Estimación propia</i>
GRADO I	Nivel 1	97,80	175,50
	Nivel 2	104,08	186,77
GRADO II	Nivel 1	55,83	100,19
	Nivel 2	83,84	150,46
GRADO III	Nivel 1	115,31	206,93
	Nivel 2	294,05	527,68
Total		750,91	1.347,52

Fuente: Elaboración propia.

Tomando en consideración las tres variables anteriormente mencionadas, el gasto en dependencia para la economía española por grados se muestra en la Tabla 5. Se recogen además los resultados obtenidos empleando las estimaciones de población dependiente proporcionadas en el Libro blanco.

Como puede observarse, el nivel de gasto es considerablemente superior si se emplean estimaciones propias de población dependiente: en torno a 1347,52 millones de euros en 2015, frente a los 750,91 derivados de la utilización de las cifras del Libro blanco. Como es lógico, el gasto más elevado se concentra en la atención a la gran dependencia, que supone más de la mitad del gasto total. No obstante, el gasto en la atención al grado I aglutina un mayor volumen de fondos que el referente al grado II, debido al mayor número de dependientes existentes en el primer grado.

## 5. CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo ha sido realizar una primera aproximación al análisis del impacto financiero que la implantación del sistema de atención a la dependencia tendrá en el futuro próximo. La puesta en marcha de este sistema supone, sin lugar a dudas, un gran salto cualitativo para la economía española, donde las funciones de prestación de servicios a las personas en situación de dependencia han sido asumidas tradicionalmente por las familias. El Estado del Bienestar experimenta, así, un considerable avance en España, que hasta la fecha se situaba entre los países más rezagados en cuanto a prestación de este tipo de servicios se refiere (clasificados como «países mediterráneos» en nuestra categorización de sistemas de atención a la dependencia).

Estimar cuál será el impacto financiero de la aplicación definitiva de la ley es una tarea considerablemente compleja, dado que entran en juego, no sólo las tendencias demográficas, sino también las condiciones de vida y de salud. Así lo han mostrado las notables disparidades que, aún bajo diferentes escenarios, se obtienen entre las estimaciones llevadas a cabo por diferentes organismos internacionales como la OCDE o las realizadas por la Comisión Europea: desde cifras que superan ampliamente el 1% del

PIB (e incluso el 2% y el 3% en el caso de la OCDE), hasta valores situados por debajo de este nivel bajo las diferentes hipótesis analizadas por la Comisión Europea.

En nuestro análisis la combinación de distintas fuentes a la hora de estimar el volumen de población dependiente arroja un volumen de gasto en el sistema de atención a la dependencia en 2015 de unos 1347 millones de euros, gasto que se centra en gran medida en la atención a la gran dependencia. Debemos señalar, no obstante, que a estas cifras hemos de añadir el gasto actual en dependencia, que la OCDE cifra en el 0,2% del PIB y la Comisión Europea en el 0,5%.

En definitiva, dadas las ya reiteradas diferencias entre resultados, se hace imprescindible profundizar en el estudio del impacto financiero de la ley de dependencia, al objeto de planificar con mayor exactitud las medidas de política económica necesarias para implementar de modo adecuado el sistema.

## BIBLIOGRAFÍA

- BRAÑA, F. J. (2004): «Una estimación de los costes de un seguro público de dependencia de los mayores en España». *Estudios de Economía Aplicada*. Vol. 22-3.
- CAMACHO, J. A.; GARCÍA, T. M.; HERNÁNDEZ, M.; HERNÁNDEZ, E.; MAÑAS, E.; NAVARRO, J. L.; RODRÍGUEZ, M.; SÁNCHEZ, C. (2007): Servicios y tercera edad: ¿un nuevo punto de vista? IMSERSO, Madrid. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/documentos/registro.jsp?id=2205>
- COMISIÓN EUROPEA (2006): *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)*, European Commission, Brussels.
- GUILLEN, M. Y OTROS (2006): «Longevidad y dependencia en España. Consecuencias sociales y económicas». Fundación BBVA., Bilbao.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2006): «Estado actual y análisis prospectivo sobre las personas mayores y las personas dependientes en España procedentes de la Unión Europea». Madrid.
- RIVERO, T.; SALVA, A.; ROQUE, M. y DOMINGO, A. (2007): «Escenarios Territoriales de la Ley de Apoyo a las personas con dependencia en España». Fundación Instituto del Envejecimiento – UAB, Barcelona.
- OCDE (2006): «Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What are the main drivers?», *Economics Department Working Paper* No. 447, OECD, Paris.
- COMISIÓN EUROPEA (2005), «Libro Verde: Frente a los cambios demográficos, una nueva solidaridad entre generaciones» COM (2005) 94 final (16 marzo 2005).
- PACOLET J.; BOUTEN, R.; LANOYE, H.; VERSIECK, K. (1998), «Social Protection for dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway. Main results of a comparative study». Draft synopsis report. National reports. Report for the European Commission DGV/E and the Belgian Minister of Social Affairs, UCL, HIVA, Belgium.
- PALACIOS RAMOS, E.; ABELLÁN GARCÍA, A. (2007): «Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España». Madrid, Portal de Mayores, *Informes Portal Mayores*, n.º 56.
- HUBER, M.; HENESSY, P.; LUNDSGAARD, J.; IZUMI, J.; KIM, W. (2005), *Long-term care for older persons: eligibility, recipients and expenditure*, OECD Health Working Papers, OCDE, Paris.

- TRYDEGARD, G. B. (2005) Elderly care in Sweden - a public or private affair, Presentation at the AFSR Social Science Workshop on the Ageing Society, 7-8 April 2005, Stockholm.
- COMAS-HERRERA, A.; WITTENBERG, R.; PICKARD, L. (2005), *Making projections of public expenditure on long-term care for the European member states: Methodological proposal for discussion*, paper presented at the Commission-AWG-OECD workshop of 21/22 February 2005.
- COMAS-HERRERA, A.; COSTA-FONT, J.; GORI, C.; DI MAIO, A.; PATXOT, C.; PICKARD, L.; POZZI, A.; ROTHGANG, H.; WITTENBERG, R. COSTA-FONT J, GORI C, DI MAIO A, PATXOT C, PICKARD L.; POZZI, A.; ROTHGANG, H.; WITTENBERG, R. (2003) *European Study of Long-Term Care Expenditure*, Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG, PSSRU Discussion Paper 1840, London School of Economics, London.
- WITTENBERG, R.; PICKARD, L.; COMAS-HERRERA, A.; DAVIES, B.; DARTON, R. (1998) *Demand for Long-Term Care: Projections of Long-Term Care Finance for Elderly People*, Personal Social Services Research Unit, University of Kent
- , (2001) Demand for long-term care for older people in England to 2031, *Health Statistics Quarterly*, 12, 5-17.