

Envejecimiento y dependencia: una valoración de las alternativas de financiación de los cuidados de larga duración

Pilar Berdún Chéliz
María Jesús Mancebón Torrubia
Antonio Sánchez Sánchez
Universidad de Zaragoza

1. Introducción

Dentro de las diferentes áreas que configuran el Estado del Bienestar los servicios sociales a la tercera edad han ocupado hasta fechas muy recientes un lugar marginal, lo que queda evidenciado tanto por las bajas cifras de gasto público dedicadas tradicionalmente a los mismos, en comparación con el resto de partidas de gasto social, como por la escasez de publicaciones especializadas al respecto.

Ciertamente, la mayor parte de la atención que ha suscitado el colectivo de los mayores en nuestra sociedad se ha concentrado de forma casi exclusiva en la situación del sistema de pensiones, y si bien no puede negarse la importancia de éstas en la cobertura de las necesidades que derivan del abandono del mercado de trabajo por parte de los jubilados, también es verdad que la capacidad de las pensiones es muy limitada a la hora de afrontar otras demandas asociadas al proceso de envejecimiento de las personas y que tienen que ver con la pérdida de autonomía física y psíquica, es decir, con el problema de la dependencia.

Por otra parte, los cambios que se están produciendo en los últimos años en el contexto social, cultural y demográfico de los países desarrollados, en concreto los que se refieren a la transformación del rol social de la mujer, al proceso de envejecimiento de la población y a la modificación de las estructuras familiares¹, convierten a los servicios sociales destinados a la tercera edad en una de las áreas prioritarias de la política social de las próximas décadas y muestran la

¹ Los más importantes en el ámbito de la Unión Europea son los siguientes: la disminución de las tasas de matrimonio y nacimientos, el aumento de divorcios y nuevos casamientos que afectan a la nitidez de los árboles familiares, el aumento de la cohabitación y de los nacimientos fuera del matrimonio, así como de las familias monoparentales, la reestructuración de la composición de los hogares, debido al abandono de la residencia en común y al aumento de los hogares unipersonales, y el cambio de las relaciones conyugales, caracterizados por la transformación del matrimonio tradicional en la

urgencia de plantear un debate amplio sobre la materia que permita diseñar un modelo global de atención para los mayores que dé respuesta a las crecientes necesidades de un colectivo de la población, y no olvidemos, del electorado, cada vez más numeroso, informado y exigente.

Dicho debate, hasta ahora reducido a sectores muy especializados, adquiere especial importancia en nuestro país debido al solapamiento temporal de uno de los periodos más críticos dentro del proceso de envejecimiento de la población española, la llegada a la jubilación de los nacidos durante el *baby boom*, con los cambios socioculturales producidos en el seno de la institución familiar, especialmente aquéllos inducidos por la incorporación generalizada de la mujer al mercado laboral. La confluencia de ambos fenómenos generará, sin duda, un incremento de la demanda de atención por parte del colectivo de los mayores y de sus familias ante el que los gobernantes deben estar preparados si desean que los actuales niveles de equidad intergeneracional no se vean deteriorados.

Estos hechos, junto con el escenario de restricción presupuestaria a que se enfrentan los gobiernos, explican la creciente preocupación por la evolución del gasto en asistencia a los mayores y por las reformas necesarias para conciliar unas necesidades crecientes con unos recursos limitados y con unos objetivos de equidad de aceptación generalizada. Así ha sido reconocido en el reciente Acuerdo para la Mejora y el Desarrollo del Sistema de Protección Social firmado por el Gobierno, la Confederación de Comisiones Obreras, la Confederación Española de Organizaciones Empresariales y la Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa, donde se ha planteado la urgencia de abrir un periodo de análisis y debate social sobre la forma en que debe garantizarse la atención a la dependencia y el papel que ha de jugar el Sistema de Protección Social en su conjunto de cara a que, antes de finalizar la presente legislatura, pueda estar diseñada y aprobada una política de atención a la dependencia con el rango normativo oportuno.

Aunque los aspectos a considerar en el diseño de una política de este tipo son numerosos, no cabe duda de que uno de los temas estrella a debatir, en tanto en cuanto de él depende el funcionamiento adecuado del sistema en su globalidad, es el referente a la financiación de los cuidados demandados por los ancianos dependientes. El debilitamiento de las redes familiares de protección en las que se ha basado de manera casi exclusiva el sistema existente en la actualidad, el previsible incremento del colectivo de mayores necesitados de ayuda y los limitados recursos de

asociación de dos personas económicamente independientes (Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo, 1993)

que éstos disponen para hacer frente al coste de los servicios precisados convierten a las cuestiones financieras en un elemento de primera importancia a la hora de diseñar el futuro marco protector de las situaciones de dependencia senil.

En este orden de cosas, y ante la escasez de estudios al respecto, el objetivo de esta ponencia es llevar a cabo una valoración económica de las diversas alternativas posibles para financiar los cuidados de larga duración. La exposición se organiza en los siguientes apartados. En primer lugar, se analizan las implicaciones del proceso de envejecimiento en el área de los servicios sociales a la vejez. En segundo lugar, se presenta un panorama de la situación actual de los servicios prestados en este sector. En tercer lugar, se lleva a cabo una valoración de los sistemas alternativos de financiación de los servicios requeridos por el colectivo de ancianos dependientes.

2. Demografía y dependencia

El escenario demográfico de España pone de manifiesto el envejecimiento que, sin duda alguna, está experimentado nuestra población al igual que la mayoría de los países de la Unión Europea, con la excepción de Irlanda. Se dispone de diversas fuentes para comprender el alcance de este hecho. En el cuadro 1 se recogen las previsiones realizadas por el INE (1995) hasta el año 2020, aunque otras fuentes avanzan proyecciones que abarcan un período más amplio².

Como se aprecia en el cuadro, en sólo 20 años la proporción de mayores sobre adultos en España va a aumentar unos 6 puntos porcentuales, lo cual viene explicado por la pérdida que entre esos años experimentará la población con edades comprendidas entre 16 y 64 años, cifrada en aproximadamente 1.110.000 personas, y el aumento, en casi 1.200.000 personas, de la población de 65 y más años. Las razones de esta transición demográfica son, por un lado, el aumento de la esperanza de vida con la consiguiente caída de la mortalidad, y, por otro, el descenso gradual de la natalidad. La tendencia señalada se mantendrá, según distintas previsiones, durante bastantes décadas por lo que sus consecuencias sobre el sistema de pensiones, gasto sanitario o cuestiones de dependencia pueden ser más que notables.

² Juan A. Fernández Cordón, del Instituto de Economía y Geografía del CSIC, presenta una proyección de la población española que abarca hasta 2050 (proyección disponible en: <http://www.fedea.es/hojas/servicios.html>), cuyas estimaciones hasta 2020 en relación a la proporción de personas mayores son muy similares a las proporcionadas por el INE, aunque algo superiores para 2015 y 2020. En concreto del 29'9 por 100 para el primer año y del 32'03 por 100 para el segundo. La proyección hasta 2050 revela una elevadísima proporción de mayores sobre la población en edad de trabajar: del 40'24 por 100 para 2030, del 53'81 por 100 para 2040 y del 62'84 por 100 para 2050.

Cuadro I: Proyecciones de población en España (población en miles)					
Año	Población joven: de 0 a 15 años	Población adulta: de 16 a 64 años	Población mayor: de 65 y más años	Población anciana: más de 80 años*	Porcentaje de mayores sobre adultos
	(1)	(2)	(3)	(4)	(3)/(2)
2000	6.355	26.440	6.694	1.411	25,32
2005	6.298	26.504	6.908	1.705	26,06
2010	6.370	26.253	7.175	1.996	27,33
2015	6.301	25.794	7.530	2.239	29,19
2020	6.030	25.330	7.888	2.194	31,14
Tasa de variación	-0.05	-.004	0.18	0.55	
Elaboración propia a partir de INE (1995).					
*Datos procedentes de Fernández Cordón (1998)					

Si bien es cierto que el envejecimiento demográfico ha de provocar incrementos de gasto en varias partidas, también lo es que el cuidado de las personas mayores dependientes puede ser el que, en términos relativos, soporte la mayor presión. Así se deduce de las proyecciones demográficas que realiza Fernández Cordón (1998) donde se comprueba que, aunque el grupo de población mayor de 65 años es el que más va a crecer en el primer cuarto de siglo, son las cohortes de 80 a 84 años y de 85 años ó más, sobre todo la primera, las que experimentan un crecimiento mayor. Dado que los problemas de dependencia se concentran de manera especial en las personas de edad más avanzada, la proyección de crecimiento inmediato de las citadas cohortes pone en evidencia la especial repercusión que el envejecimiento de la población puede tener sobre el sector de cuidados de larga duración. Analicemos esta cuestión con un grado de detalle mayor.

En España, han sido pocos los trabajos empíricos realizados sobre la dependencia pudiéndose distinguir entre los de ámbito local y los de ámbito nacional. El objetivo de todos ellos es estimar cuántas personas mayores en una determinada población manifiestan dependencia. Entre los de ámbito local destaca el trabajo de Béland y Zunzunegui (1995) que mediante un análisis de regresión multivariante concretan como factores asociados a la dependencia la edad, la viudedad o el nivel bajo de ingresos. Como estudios de ámbito nacional está el trabajo de Pérez Díaz (1999) y el de Morán Aláez (1999). El primero de ellos, sobre la base de la “Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías” del INE (1987), estima unas tasas de dependencia que le sirven para calcular el número de mayores dependientes que habrá en un futuro, concluyendo que la

dependencia aumenta con la edad y que es más probable en las mujeres. Por su parte, Morán Aláez (1999), utilizando dos fuentes complementarias -la “Encuesta nacional de salud” de 1993 del Ministerio de Sanidad y Consumo (1994) y la “Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores” del Centro de Investigaciones Sociológicas (1993, 1994)-, calcula tasas de dependencia en función del número de actividades en que se requiere ayuda -cuidados personales, tareas domésticas y asuntos propios. El resultado es que la dependencia aumenta progresivamente conforme se consideran personas mayores de edad avanzada.

Empíricamente, se detecta, pues, un vínculo entre dependencia y edad al observarse que entre las personas mayores dependientes, las cohortes de mayor edad resultan ser las más representativas. Ello obedece a cuestiones que podríamos denominar genéticas si consideramos que en muchos casos la dependencia viene originada por enfermedades crónicas que derivan en discapacidad dada la pérdida de vitalidad propia de la edad. Efectivamente con los años nuestro “stock” de salud se deprecia y ello explica que las enfermedades crónicas provoquen en el individuo mayor incapacidad funcional, deviniendo entonces la dependencia. Si, como hemos señalado, entre los mayores dependientes predominan los de más edad, ¿puede afirmarse también que entre los más viejos predominan los dependientes?, o dicho de otra forma, ¿podría derivarse que vivir más tiempo lleva consigo pasar esos años adicionales con mayor probabilidad de dependencia?. En definitiva, debemos preguntarnos por la intensidad con la que el envejecimiento demográfico se traduce en aumento del número de personas que requieren ayuda para realizar actividades cotidianas durante un período de tiempo prolongado.

Responder estas cuestiones requiere profundizar en los diversos grados de necesidad o incapacidad con que se manifiesta la dependencia, así como en la determinación de los factores socioeconómicos asociados a la misma. Para ello, recogemos algunos de los resultados obtenidos en el trabajo de Casado Marín (2001) a partir de la información proporcionada por la “Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores” de 1993 y por la “Encuesta sobre la soledad en las personas mayores” de 1998, ambas del Centro de Investigaciones Sociológicas³.

En la “Encuesta sobre la soledad de las personas mayores” se preguntaba en qué medida se es capaz de realizar automáticamente actividades personales o básicas (levantarse, vestirse y asearse, bañarse y/o ducharse, andar por dentro de la casa) y actividades instrumentales de la vida cotidiana (cocinar, hacer limpieza y tareas del hogar, subir y bajar las escaleras, salir y andar por la calle,

utilizar el teléfono, utilizar el transporte público, ir de vacaciones, hacer papeleos y gestiones, llevar el control del dinero), pudiendo dar seis respuestas posibles, en función de la independencia (1 opción: *la realiza sin ayuda*) o del grado de dependencia (5 opciones: desde *la realiza sin ayuda, pero con dificultad*, hasta *no la realiza porque nunca lo ha hecho*). Los resultados obtenidos son que el 65'9 por 100 de los mayores de 65 años son independientes, un 20'8 por 100 son dependientes en actividades instrumentales y un 13'4 por 100 son dependientes tanto en actividades instrumentales como personales. El problema de este resultado es que los individuos que están tras esos porcentajes pueden presentar un grado muy distinto de dependencia (pueden ser dependientes en una actividad o en muchas, además lo serán a distinto nivel). Con el objetivo de asignar a cada individuo un "índice" representativo del nivel global de su dependencia, Casado Marín transforma toda la información proporcionada por la citada encuesta en una información más puntual, mediante la técnica estadística del análisis de homogeneidad. De este modo se clasifica a los sujetos según su nivel global de dependencia en las categorías de leve, moderada o severa. Los resultados son que de 1.300.000 personas con dificultades en actividades instrumentales (el 20'8 por 100 de los mayores de 65 años), un 76'7 por 100 tienen una dependencia leve, un 14'6 por 100 presentan una dependencia moderada y sólo un 8'7 por 100 padecen dependencia severa. Respecto a los individuos que presentan dificultades para realizar ambos tipos de actividades (el 13'4 por 100 de los mayores de 65 años), el 36'8 por 100 tiene una dependencia leve, el 33'6 por 100 moderada y el 29'6 por 100 severa. Estos datos ponen de manifiesto que no todas las personas de edad avanzada presentan problemas de dependencia, conclusión que resulta lógica si tenemos en cuenta que además de las enfermedades crónicas y la pérdida de vitalidad hay que considerar la influencia de factores de tipo social y ambiental que difieren entre los individuos y, en muchos casos, son el detonante de que se manifieste o no la dependencia.

La influencia de estos otros factores hace que la respuesta a las preguntas antes formuladas se deba encontrar, sobre todo, por vía empírica. No obstante, a principios de los ochenta surgieron dos teorías contrapuestas sobre el número de años que los ancianos podían vivir sin deterioro grave de su capacidad funcional. La primera, defendida por Fries (1983), supondría una "compresión de la morbilidad". Según esta teoría los avances médicos y los estilos de vida más saludables provocan no sólo una reducción de las tasas de mortalidad sino también que las enfermedades crónicas y las incapacidades funcionales se manifiesten durante períodos de tiempo cada vez más cortos antes de

³ Las dos encuestas son diseñadas para caracterizar a la población anciana y utilizan una muestra de 2.500 personas mayores de 65 años.

la muerte, la cual, según Fries, tiene un límite biológico en torno a los 85 años, por lo que necesariamente habrá una compresión de la morbilidad. La segunda teoría, defendida por Kramer (1980), anticipa una “expansión de la morbilidad”, al reconocer que los cambios en los estilos de vida propician una reducción del riesgo de padecer enfermedades mortales, pero no modifican el padecer la mayoría de las enfermedades degenerativas propias de la vejez. Según esto, alargar la esperanza de vida supone prolongar el período en el que se pueden manifestar las enfermedades crónicas y la incapacidad funcional.

El análisis empírico relativo a diversos países avalaría la teoría de la “compresión de la morbilidad”, ya que la mayor parte de los trabajos concluyen que las tasas de dependencia entre los mayores ha disminuido en los últimos años. Así para EE.UU y tomando como referencia la encuesta “National Long-term Care Survey” (1982, 1984, 1989 y 1994), Manton y otros. (1997) advierten las diferencias en las señaladas tasas entre los años 1982 y 1994, llamando la atención de que si se hubiese estimado para 1994 el número de incapacitados funcionales a partir de los resultados de 1982, se habría sobrestimado el número de personas mayores dependientes casi en un 20 por 100. El estudio señala una caída significativa del nivel de dependencia, a un ritmo de decrecimiento del 1’3 por 100 anual entre 1982 y 1994. Por su parte, Jacobzone y otros. (1998) analizan la variación de las tasas de dependencia en aquellos países para los que se disponía, al menos, de dos encuestas en un lapso de cinco años. El estudio concluye que en Alemania, EE.UU., Francia, Japón y Suecia disminuyen significativamente las tasas de dependencia; mientras que en Australia y el Reino Unido no hay reducciones ó son muy modestas; no observándose ninguna tendencia definida ni en Canadá ni en Holanda. En un trabajo posterior, Jacobzone (1999) observa para varios países de la OCDE un decrecimiento en las tasas de dependencia de un 0’75 por 100 anual.

Estos resultados permiten afirmar que las tasas de dependencia que se han calculado para España no tienen por qué permanecer inalteradas en el tiempo. Efectivamente la dependencia está muy ligada a la edad, pero, como hemos dicho, también existen otros factores que son determinantes en su manifestación. Puede afirmarse que resultan muy explicativos de la dependencia, el nivel educativo y el estado de salud. Con respecto al factor educativo, Zunzunegui (1998) concluye, del repaso que hace a las encuestas para poblaciones mayores de 65 años en España sobre indicadores sociodemográficos y de estado de salud, que el nivel de instrucción y la cualificación profesional de los mayores españoles se sitúa en el rango inferior de los países de la OCDE, de manera que pueden alcanzarse avances en este terreno. En un tema tan importante como

el de las enfermedades neurodegenerativas, donde las demencias adquieren especial interés dado que su incidencia aumenta con la edad; estudios realizados en Canadá (Canadian Study of Health and Aging) estiman que el riesgo de demencia en las personas con bajo nivel de instrucción es aproximadamente 4 veces el que tienen las personas con estudios superiores. En cuanto al estado de salud, resulta fundamental la posibilidad de prevención de la incapacidad funcional, para lo que debe atenderse tanto a la prevención de enfermedades crónicas como al tratamiento preventivo y de rehabilitación desde el momento en el que se manifiesten los primeros síntomas de limitación. En este terreno también se asistirá a cambios favorables si se tiene en cuenta, además del avance médico, la valoración cada vez más positiva que tienen los mayores de su capacidad para ser válido y autosuficiente; razón por la que buscarán de inmediato solución a sus primeras limitaciones funcionales.

En la medida en que factores como los señalados evolucionen favorablemente en nuestra sociedad, las tasas de dependencia también lo harán, de manera que la proporción de dependientes entre los mayores de 65 años podrá disminuir. Casado Marín (2001) avanza que, bajo una hipótesis optimista de reducción de un 1 por 100 anual de la tasa de dependencia, en 25 años en España habría unos 200.000 mayores dependientes no institucionalizados más que en la actualidad (en este momento se barajan cifras de unos dos millones). Bajo una hipótesis pesimista, en la que no se contemple la reducción de las tasas actuales de dependencia, en el mismo lapso de tiempo podríamos tener unos tres millones de mayores dependientes.

En definitiva, si se consiguen avances en los factores socio-sanitarios, el efecto económico del envejecimiento demográfico sobre la dependencia podrá verse atenuado. En cualquier caso, y aunque las dificultades de calibración futura son importantes, no cabe duda del aumento, en términos absolutos, de mayores dependientes que habrá en España. Por esta razón, cualquier acción encaminada a la reducción de la dependencia y al tratamiento de la misma debe considerarse un reto de primera magnitud. En el siguiente epígrafe se presenta una panorámica de los esfuerzos institucionales realizados hasta la fecha para afrontar las situaciones de dependencia senil.

3. Los servicios sociales a la tercera edad. Situación actual

Al amparo de la Ley de Bases de Seguridad Social de 1963, se crean en España los Servicios Sociales de la Seguridad Social con el propósito, entre otros, de facilitar la transición de la antigua beneficencia a un sistema de servicios sociales, podríamos forzosamente decir, similar al actual. Así

se articuló el Servicio Social de la Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos -a partir de 1975 Servicio de Asistencia a Pensionistas de la Seguridad Social (SAP). Un hito importante en la racionalización de la estructura de la Seguridad Social lo constituye la aprobación del Real Decreto-Ley 36/1978 de 16 de noviembre que, respetando las directrices que en esta materia contenía la Constitución, creó el Instituto Nacional de los Servicios Sociales de la Seguridad Social (INSERSO), junto al Instituto Nacional de la Seguridad Social y el Instituto Nacional de la Salud, todos ellos dotados de personalidad jurídica propia.

El INSERSO asume desde su creación competencias en materia de asistencia a pensionistas, minusválidos y deficientes al incorporársele el Servicio de Asistencia a Pensionistas de la Seguridad Social (SAP) y el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos y Asistencia a Subnormales (SEREM). Más adelante, en 1985, absorbe al Instituto Nacional de Asistencia Social (INAS). En 1996 asume las competencias de inmigración y pasa a denominarse IMSERSO, concluyendo también entonces una importante etapa del proceso de transferencia de sus competencias a las Comunidades Autónomas. De este modo, en la actualidad la oferta pública de servicios sociales es atendida por el IMSERSO, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales. A ello hay que añadir la oferta privada que desarrollan tanto instituciones con ánimo de lucro como organizaciones que no lo tienen, organizaciones no gubernamentales (ONGs), y cuyas labores se extienden a tareas de gestión y prestación de los diferentes servicios.

Centrando la atención en los servicios sociales que se destinan específicamente al colectivo de la tercera edad, lo primero que se debe destacar es la diversidad de áreas que éstos abarcan. En concreto: atención a la salud (asistencia sanitaria), a la situación económica (pensiones y bonificaciones), a la cultura y ocio (programas de vacaciones, hogares y clubes del pensionista) y a la vivienda (residencias). A estos programas, dirigidos de forma genérica al colectivo de los mayores entendido en un sentido amplio, se añaden otros destinados de manera específica a paliar la situación de pérdida de autonomía física y/o psíquica a que se ven sometidas muchas de las personas que alcanzan cierta edad. Son los servicios integrados en lo que genéricamente se conoce como cuidados de larga duración, provistos por el sector formal o informal con el objetivo de atender en casa o en una institución a personas con limitaciones funcionales o enfermedades crónicas, con el fin de permitirles vivir tan independientemente como sea posible durante un largo periodo de tiempo (Fundación Encuentro, 2001). Nos referimos al servicio de asistencia domiciliaria (SAD), al servicio de teleasistencia, a los centros de día, residencias geriátricas,

viviendas tuteladas y compartidas y a los programas de acogimiento familiar temporal, todos ellos fuertemente impulsados por el Plan Gerontológico Nacional de 1992. A continuación, explicamos con mayor detalle el objetivo y alcance de cada uno de estos servicios.

El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) se implanta tímidamente en 1970 con el objeto de asistir a los mayores necesitados de ayuda en la realización de funciones básicas. Los servicios que ofrece son muy diversos, abarcando desde tareas domésticas hasta la asistencia en todo tipo de funciones relacionadas con el cuidado personal y apoyo al mayor (movilizaciones, aseo, peluquería, podología, compañía, gestiones, etc.). Es por ello por lo que el SAD puede ser considerado como un conjunto de servicios, comunitarios y de proximidad, prestados en el domicilio de la persona dependiente y dirigidos a ésta y sus familias (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2000). Su gestión corre a cargo de las Administraciones Públicas y sobre todo de las Corporaciones Locales, si bien la prestación concreta de los servicios se delega con frecuencia en organizaciones privadas de carácter no lucrativo (Cruz Roja, Cáritas), empresas o cooperativas que mantienen concertos con la Administración. El periodo de mayor difusión de este servicio corresponde a los años 1986-1990 cuando se implanta el SAD en una media de más de 350 municipios al año (IMSERSO, 1998). Actualmente el servicio es prestado por la práctica totalidad de los municipios de más de 20.000 habitantes y por más del 95 por ciento de los de entre 5.000 y 20.000 habitantes, existiendo también una importante presencia en los municipios de menor tamaño. Dentro de los servicios sociales el SAD ocupa un lugar preferente, acaparando el 46 por ciento del conjunto de trabajadores dedicados a las prestaciones básicas que se contemplan en el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales del periodo 1995-1996. Su cobertura, sin embargo, es todavía muy limitada, por debajo del 1,4 por ciento de mayores de 65 años, si bien debe destacarse que los esfuerzos realizados en los últimos años por aumentar los recursos existentes han sido muy amplios. A pesar de ello, la comparación con los países de la Unión Europea sigue siendo muy desfavorable, y no sólo en relación con los países nórdicos, donde la tasa de cobertura supera el 20 por ciento, sino también con otros más cercanos al nuestro en lo que se refiere a protección social como Francia (tasa del 7 por ciento), Bélgica (tasa del 6 por ciento) o Reino Unido (tasa del 9 por ciento). La cobertura es muy dispar, además, entre las diferentes Comunidades Autónomas de nuestro país (véase, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2000).

En líneas generales la satisfacción de los usuarios con este servicio es muy alta, aunque existen importantes quejas que hacen referencia al número de horas de atención recibidas (cuatro

horas semanales de promedio), a las listas de espera, la burocratización de los trámites, la falta de información y el menor apoyo en fines de semana.

Otra forma de ayuda en el domicilio es el sistema de teleasistencia o telealarma, pensado para personas que viven solas y con alguna minusvalía. Este servicio comienza su implantación en 1987. Simplemente pulsando un botón se produce la conexión con un número de teléfono memorizado y los beneficiarios tienen asistencia en su domicilio de forma “inmediata”. Es, por tanto, un sistema de seguimiento permanente que dota a sus usuarios de asistencia psíquica y sanitaria a la vez que contribuye decisivamente a diluir la sensación de soledad y abandono. Su función es, por tanto, preventiva. El servicio lo prestan bajo concierto empresas especializadas. Su financiación corre a cargo del IMSERSO o Comunidad Autónoma en un 65 por ciento y el resto lo paga el usuario y el municipio o la Diputación correspondiente. En el citado estudio IMSERSO (1998) se constata que en 1996 el servicio de teleasistencia había alcanzado una extensión considerable (el 80 por ciento de los ayuntamientos de más de 100.000 habitantes, el 73 por ciento de los de menos de 10.000 y el 75 por ciento en los de entre 500 y 3000 habitantes) y que se encuentra muy vinculado al SAD. En concreto, se observa que más del 20 por ciento de los usuarios del SAD lo son también de dispositivos de teleasistencia, e inversamente, que más del 40 por ciento de los usuarios del servicio de teleasistencia lo son también del SAD.

Las evaluaciones realizadas (IMSERSO/ FEMP, 1997) indican que este servicio constituye un importante elemento de seguridad y tranquilidad para los mayores que viven solos y son susceptibles de encontrarse en situación de riesgo. Además, el progreso tecnológico ha abaratado notablemente los costes, facilitando la accesibilidad a los potenciales usuarios.

Para aquellos casos en que el anciano presenta ciertos grados de invalidez, es atendido por su familia pero ésta no puede hacerse cargo de él durante la jornada laboral existe la posibilidad de la estancia diurna en residencias o centros de día. De esta forma, el anciano es atendido durante el día en un centro especializado y vuelve a casa por la noche de manera que no se siente alejado de la familia. También se contemplan, en algunos casos, estancias temporales en residencias que facilitan otras actividades a la familia. Nos encontramos, por tanto, ante un servicio de respiro para la familia cuidadora. Esta alternativa de asistencia al mayor fue promovida por el Plan Gerontológico Nacional de 1992, si bien su impacto real en cuanto al número de personas que se benefician de ella es ciertamente limitado.

Cuando la permanencia en el hogar resulta imposible se recurre a las residencias de ancianos. Las hay de diversos tipos: asistidas, semiasistidas, públicas, privadas, privadas subvencionadas (algunas con ánimo de lucro y otras no, en muchos casos gestionadas por religiosas). La clasificación tradicional que distinguía entre residencias de válidos y de asistidos está en vías de extinción, debido a la creencia, cada vez más generalizada, de que estos centros deben dirigirse con carácter exclusivo a las personas con problemas de dependencia. Según los últimos datos suministrados por el IMSERSO debemos destacar que en 1998 había en España 3.702 centros (2.849 de titularidad privada y 853 de titularidad pública) que ofrecían un total de 194.952 plazas residenciales (126.197 privadas y 68.455 públicas). Ello da lugar a una ratio de 2'84 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años, ratio relativamente baja si la comparamos con la de otros países de nuestro entorno como Alemania (6,8), Francia (6,5), Reino Unido (5,1) o incluso con la de otros pertenecientes al área mediterránea como Italia (3,9), poniéndose de manifiesto la demanda potencial de este tipo de servicios en el futuro, dada la especial incidencia del proceso de envejecimiento en nuestro país. Las importantes listas de espera existentes constituyen otro indicativo del déficit de oferta de plazas residenciales. Además, también debe destacarse, al igual que en el caso de los servicios anteriores, las enormes desigualdades territoriales que existen con relación a la oferta de plazas residenciales (véase Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2000).

A estos servicios deben añadirse un conjunto de experiencias más novedosas y poco desarrolladas como el acogimiento familiar de ancianos, las viviendas compartidas o las viviendas tuteladas que pueden jugar un papel importante en el futuro en la medida en que incrementan la oferta de alternativas de cuidados para los mayores dependientes y sus familias sin necesidad de que sus relaciones sociales se vean alteradas.

En resumen, aunque los esfuerzos realizados para atender las necesidades de las personas mayores, y en especial de los dependientes, han sido considerables desde la creación del IMSERSO y sobre todo desde la implantación del Plan Gerontológico Nacional de 1992, los datos sobre la labor realizada hasta la fecha permiten concluir que todavía se está lejos de conseguir una adecuada protección para el colectivo de los ancianos. Los usuarios de los servicios financiados públicamente son muy pocos, apenas representan el 5 por ciento de todas las personas dependientes no institucionalizadas (Casado Marín, 2001), la tasa de cobertura de los diferentes servicios sigue

siendo muy baja y la protección ofrecida en la Unión Europea resulta, en términos medios, superior a la nuestra.

Por otra parte, debe señalarse que la utilización y el conocimiento que tienen los usuarios de las alternativas de servicio ofrecidas por el sector formal son ciertamente reducidas. Las barreras burocráticas y de organización existentes, el coste de los servicios, la localización inadecuada de algunos de éstos, en especial en las zonas rurales, los problemas de transporte y de movilidad a que se enfrentan muchos ancianos, el sentimiento de inseguridad fuera del domicilio, el rechazo de la ayuda externa por algunos mayores, junto a la confianza en los cuidadores informales son algunas de las razones que a veces se esgrimen para justificar el escaso uso de los servicios ofrecidos (Fundación Encuentro, 2001).

A todo lo anterior debe añadirse que la protección a las situaciones de vejez se extiende de manera desigual en el territorio nacional en cantidad, calidad, requisitos de acceso e incluso concepción, sin que exista una coordinación adecuada entre los diferentes responsables territoriales, lo que impide un aprovechamiento correcto de los recursos. Además, los servicios no están garantizados como un derecho subjetivo sino que se ofrecen mediante prueba de necesidad, es decir, sólo en el caso en que se demuestre escasez de rentas o falta de apoyo familiar, quedando así desatendidos los potenciales usuarios de las clases medias que pueden encontrar muy difícil adquirir los servicios a la iniciativa privada.

A la luz de todo lo comentado, resulta fácil deducir que a nuestro Estado del Bienestar se le presentan grandes retos a superar en las próximas décadas en relación con la atención a los mayores. Uno de los más importantes es el relativo a la financiación de los cuidados. A ello nos referimos en el apartado que sigue.

4. Distribución de los costes de los cuidados: la financiación de los cuidados de larga duración

El creciente número de personas de edad avanzada en todos los países industrializados así como los cambios acaecidos en las estructuras familiares y, de manera especial, en el papel desempeñado por la mujer en el mundo laboral, exigen que el sistema de protección de las situaciones de dependencia revise algunas de las bases en que se apoya. Una de las más importantes es la referente a la financiación de los servicios.

El modelo tradicional, y todavía vigente en gran número de los estados europeos, en el que las funciones de cuidado de los ancianos son atendidas de manera informal en el seno de las familias, básicamente, por la mujer, es hoy cuestionado en todos los países de nuestro entorno, lo que se debe en gran medida a que los cimientos en los que se asienta su funcionamiento— la baja incorporación de la mujer al mercado de trabajo y una moral del deber femenino hacia la familia, como destaca Iglesias de Ussel (1994)- resultan cada vez menos consistentes.

Ante esta situación los expertos proponen un incremento de la implicación estatal en el sector que alivie las cargas excesivas a que se ven sometidas las familias que tienen a su cargo un mayor dependiente. Ahora bien, el aumento de la presencia estatal en el ámbito de los cuidados de larga duración necesariamente va acompañado de un aumento de gasto público que en un contexto de fuertes restricciones presupuestarias puede resultar insostenible para las arcas públicas. Ante ello, cobra especial importancia la realización de un debate sobre la financiación de la atención a la dependencia senil, es decir, sobre la distribución de los costes de la atención.

Esta discusión adquiere una importancia decisiva en un contexto de crecimiento de los potenciales beneficiarios y debilitamiento de las redes familiares de protección, en la medida en que, como indican Bandrés y Sánchez (2000), ello da lugar a una externalización de los costes asumidos tradicionalmente por las familias que necesariamente han de recaer de forma directa sobre los usuarios o de forma indirecta sobre los contribuyentes.

A la hora de valorar esta cuestión resulta muy útil no olvidar que, desde una perspectiva teórica, la situación de dependencia puede ser interpretada como un riesgo individual que, en caso de materializarse, acarrea unos fuertes desembolsos económicos. A modo de ejemplo, el coste de dos horas de ayuda a domicilio viene a suponer 90.000 pesetas al mes y el de una residencia para asistidos 2.880.000 pesetas al año (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 1998) , algo que supera con creces la capacidad económica actual de la mayoría de los ancianos de nuestro país.

Partiendo de esta consideración, la discusión sobre el modelo de financiación de los cuidados asociados a la dependencia puede inscribirse en el marco de análisis de los mercados para la cobertura de riesgos individuales. En este sentido, la situación de dependencia senil no es diferente a otras contingencias que afectan a los sujetos a lo largo de su ciclo vital, tales como la posibilidad de sufrir un accidente, padecer una enfermedad, o perder el empleo. En estos casos, la aversión al riesgo de los sujetos explica que surja una demanda de seguridad, y así un mercado de seguros en el

que, mediante la compensación de riesgos entre los asegurados, se libera a cada individuo del malestar causado por la posibilidad de sufrir la contingencia y no poder afrontar los desembolsos asociados a la misma. Un razonamiento similar se puede aplicar a la situación de dependencia. En este caso, además -y debido al elevado coste de los cuidados de larga duración, la escasa renta de las personas mayores y el fuerte arraigo que la vivienda en propiedad tiene en los países mediterráneos-, el aseguramiento presenta un mayor atractivo que el pago directo de los servicios por parte del usuario, ya que éste exigiría cargar el coste sobre la renta corriente y/o los ahorros del anciano o convertir sus activos reales –como la vivienda- en una corriente regular de renta⁴. Por otra parte, el pago individual provocaría grandes desigualdades, ya que, al no poder ser asumido por muchas familias, amenazaría con situaciones de pobreza en la vejez, algo que, como destaca Evers (1996), contrasta fuertemente con el alto nivel de seguridad social garantizado en salud y pensiones.

Aceptando, por estas razones, el aseguramiento como vía interesante a la hora de enmarcar el debate sobre la financiación de los cuidados en la vejez, quedan, no obstante, diversas cuestiones a discutir. Una de ellas se refiere a si el seguro debería ser opcional u obligatorio. La otra tiene que ver con el tipo de soporte -privado o público- del plan de aseguramiento.

Con respecto a la primera cuestión, son varios los argumentos que apoyan la obligatoriedad del seguro. El más contundente tiene que ver con la posibilidad de que muchos sujetos subestimen su propio riesgo y no subscriban ningún seguro, posibilidad bastante factible si tenemos en cuenta que, para funcionar adecuadamente, el seguro de dependencia debería ser adquirido durante la juventud, etapa ésta en que las prioridades de gasto de los individuos se extienden fundamentalmente a ámbitos como la adquisición de vivienda, la educación de los hijos, etc.⁵.

La carencia del seguro, que incidirá de manera especial en los sujetos con menores niveles de renta y en los menos previsores, podría provocar situaciones de auténtica pobreza y marginación en los casos de padecimiento de dependencia senil, algo éticamente inaceptable en las sociedades modernas donde, como destaca Martínez Zahonero (2000), durante el último siglo se ha adquirido

⁴ La venta de la vivienda para hacer frente al pago de los cuidados de larga duración ha sido una opción ampliamente seguida en el Reino Unido. De hecho, anualmente se venden unas cuarenta mil casas con este fin (Tornos, 2000).

⁵ Como irónicamente se recoge en uno de los comentarios de la investigación de índole cualitativa “*Qualitative study of views on the future of long-term care*” realizada en septiembre de 1998 por el *Nuffield Institute for Health* del Reino Unido: “La generación de los jóvenes no desea una política de

el compromiso de independizar la capacidad de pago del riesgo de hacer frente a las consecuencias económicas de la enfermedad o dependencia física. La existencia de este contrato social, ampliamente aceptado por los ciudadanos europeos, genera una protección colectiva universal en todos los casos de necesidad. En este contexto, si se deja elegir libremente a los sujetos sobre su aseguramiento, los que no lo hagan, y posteriormente precisen de cuidados, impondrán un coste a los demás, en términos de la transferencia que les deberán otorgar para aliviar la situación de pobreza o aislamiento provocada por su falta de previsión, algo que podría evitarse con una política de aseguramiento obligatorio.

En síntesis, la obligatoriedad del seguro mejora la capacidad de afrontar los costes asociados a la demanda de cuidados en la vejez, tanto para el individuo como para la sociedad en su conjunto.

La conveniencia de que todos los individuos estén cubiertos frente al riesgo de dependencia no implica, sin embargo, que el plan de aseguramiento deba ser público. A pesar de ello, varias razones justifican la presencia del Estado en el mercado de los seguros de dependencia, aspecto éste en el que, en mayor o menor grado, coincide buena parte de los analistas.

Desde una perspectiva de equidad debe tenerse en cuenta que la cobertura pública resulta fundamental para determinados segmentos de la población, dados los bajos ingresos de la mayoría de ancianos, el elevado precio de las primas de un seguro de este tipo⁶ y la resistencia de las compañías privadas para cubrir a las personas que requieran un alto nivel de cuidados o que precisen asistencia en el momento en que se inicie el plan. La selección de riesgos, instrumentada de manera indirecta por las aseguradoras privadas, mediante exclusiones, limitaciones o fórmulas de copago, explica que un sistema exclusivamente privado sea incapaz de suministrar un esquema de protección general en el que los más desfavorecidos en términos de salud no tengan que añadir a esta limitación un coste de protección elevado (Albi y otros, 2000). Por otra parte, aun en el caso de que los sujetos necesitados pudieran hacer frente al pago del seguro privado, el valor de las primas se establecerá en función del nivel de riesgo (salud, edad) y no del nivel económico, lo que puede resultar cuestionable desde una perspectiva de equidad. La ventaja diferencial del plan público, en

seguro, sino un par de zapatillas *Reebok*”(capítulo 8 del Informe de la *Royal Commission on the Funding of Long Term Care for the Elderly*, 1999).

⁶ A este respecto debemos señalar que las estimaciones realizadas sobre la capacidad económica de los mayores para hacer frente al pago de las primas de dependencia que se ofrecen en el mercado norteamericano indican que únicamente entre un 10 y un 20 por ciento de los mayores dispondría de recursos suficientes para ello (Scalon, 1998).

este sentido, estriba en su capacidad para asumir conjuntamente objetivos de aseguramiento y redistribución.

Desde otro punto de vista, los seguros privados para la cobertura de las situaciones de dependencia se enfrentan a serios problemas que dificultan su funcionamiento, cuestionando incluso su propia existencia. Nos referimos a las dificultades de predecir el tamaño del riesgo y, por tanto, de calcular el valor de las primas, y a su posible incapacidad para hacer frente a los problemas derivados de las asimetrías de información entre oferentes y demandantes del seguro.

Los problemas de medición del riesgo tienen su origen en la falta de información en el momento presente sobre las tendencias futuras del estado de salud de la población, la evolución de las situaciones de discapacidad y el patrón de utilización de los servicios, así como en la carencia de experiencia y datos históricos al respecto.

Las asimetrías de información, por su parte, dan lugar a las conocidas situaciones de selección adversa y abuso moral, comunes a todo plan de aseguramiento, y también a dificultades de medición de la calidad de los servicios por parte de los asegurados. Veámoslo con un poco más de detalle.

La selección adversa, cuyo origen se encuentra en la dificultad de discriminar entre los potenciales asegurados, adquiere una importancia especial en el caso del seguro de dependencia por la alta incertidumbre a que se enfrentan las compañías aseguradoras a la hora de predecir la evolución del riesgo. La posibilidad de que en este tipo de seguros opere el mecanismo de selección de riesgos, mediante la expulsión de los sujetos que incorporan aparentemente un riesgo superior (por ejemplo, aquéllos con antecedentes familiares de dependencia), es, por ello, muy alta. No debemos olvidar, por otra parte, que esta posibilidad cobra cada vez una relevancia mayor dados los rápidos avances producidos en el campo de la investigación médica dedicado al descifrado del genoma humano.

En cuanto al problema del abuso moral, que en este caso se concreta en el riesgo de que los suscriptores del seguro utilicen los servicios formales por encima del nivel que garantiza la rentabilidad del seguro, podría verse aminorado en el seguro de dependencia por la aversión que tienen los sujetos a entrar en un centro residencial, si bien podría ser relevante en el caso de los

cuidados domiciliarios, lo que limitaría la capacidad de la iniciativa privada para hacer frente a la cobertura de estas necesidades⁷.

Finalmente, las dificultades de medición de la calidad de las prestaciones a que se enfrentan los potenciales clientes de las aseguradoras privadas pueden dar lugar a una sobreproducción de aquellos servicios que son anexos a la actividad principal del seguro pero que forman parte de la valoración subjetiva de los clientes (los servicios hoteleros en el caso de las residencias), lo que necesariamente provocará un incremento del coste de las prestaciones y, por tanto, del precio de las pólizas; situación que, en todo caso, es más probable que se produzca en el ámbito de la asistencia residencial que en el de la domiciliaria. A ello deben añadirse los elevados costes administrativos que, en general, tienen asociados este tipo de seguros, en especial los que derivan de los gastos en publicidad para captar a los suscriptores. Así se evidencia en el caso de Estados Unidos, referente mundial al hablar de los seguros privados de dependencia (Casado Marín, 2001).

Un contexto como el descrito puede conducir a que las aseguradoras privadas fijen precios muy elevados, excluyan del aseguramiento a los sujetos con altos niveles de riesgo, apliquen limitaciones a las prestaciones ofrecidas y no garanticen servicios de calidad⁸. Todo ello ha de incidir negativamente en el bienestar de los potenciales clientes de un seguro que, como hemos destacado anteriormente, para funcionar adecuadamente tiene que ser obligatorio.

A la luz de esta evidencia, queda patente que el sector privado no puede considerarse una alternativa sólida en la definición del futuro marco de protección para las situaciones de dependencia. En la configuración del futuro modelo de financiación para los cuidados de larga duración no debería, por tanto, descartarse, sino todo lo contrario, la creación de un seguro público obligatorio y universal. Varias consideraciones adicionales avalan esta afirmación.

En primer lugar, tal y como se ha señalado antes, un plan público permite combinar criterios actuariales y redistributivos. En este sentido destaca su capacidad para garantizar prestaciones a

⁷ Como explican Rowland y Lyons (1991), el sector privado se enfrenta a serias dificultades para suministrar un seguro que cubra la necesidad de atención domiciliaria debido a la alta popularidad que tienen estos servicios, su alto coste y su elevada sensibilidad a los problemas de abuso moral.

⁸ Estos efectos se ven confirmados por la experiencia norteamericana, donde se ha comprobado que los seguros privados son muy caros (*Pepper Commission*, 1990), que excluyen a las personas que previsiblemente precisarán mayores cuidados y que imponen muchos límites a las prestaciones ofrecidas (Rowland y Lyons, 1991).

todos los sujetos, incluso a aquéllos que por su situación (desempleo, baja rentas, edad avanzada, etc.) no pudieran hacer frente al seguro.

En segundo lugar, el plan público garantiza recursos cualquiera que sea la extensión del periodo de necesidad, ofreciendo prestaciones que son independientes de la evolución de los tipos de interés y las tasas de inflación.

En tercer lugar, un plan público puede funcionar desde el primer día mientras que un plan privado debería formar previamente una reserva de capital (Evers, 1996).

En cuarto lugar, los programas públicos conllevan menores costes de transacción y administración que los privados debido a la uniformidad de los planes de cobertura ofrecidos a todos los individuos (en cuanto a igualdad de riesgos cubiertos, primas pagadas y prestaciones recibidas)⁹ y a la agregación de todos los riesgos en una única aseguradora.

En quinto lugar, debemos destacar que aunque el plan público no elimina las situaciones de riesgo moral y selección adversa, sí permite reducir los costes que de las mismas se derivan. Así, el coste asociado al posible riesgo moral se distribuye entre un número de clientes al que ninguna compañía de seguros privada podría aspirar: la totalidad de trabajadores del país. Por otra parte, la agregación de todos los riesgos (altos y bajos) en un único plan de aseguramiento obligatorio permite afrontar mejor las situaciones de selección adversa, antes aludidas.

En sexto lugar, un modelo de protección de las situaciones de dependencia apoyado en un seguro público y obligatorio está en consonancia con el modelo de bienestar ya tradicional en nuestro país, en el cual gran parte de las prestaciones (pensiones, desempleo, situaciones de discapacidad) se financian a través de cotizaciones.

Por último, debemos destacar el amplio apoyo con que cuenta un plan de este tipo entre los ciudadanos europeos. Así se desprende del estudio de Walker (1994), donde un 36,6 por ciento de

⁹ No obstante, la uniformidad en el plan de aseguramiento ofrecido provoca siempre pérdidas de eficiencia, ya que habrá individuos que considerarán el seguro excesivo (en primas y cobertura), mientras que otros lo encontrarán insuficiente. En cualquier caso, no cabe duda de que un plan de aseguramiento uniforme es la solución menos costosa, en términos económicos, de todas las alternativas factibles.

los entrevistados consideran que la mejor forma de financiar los cuidados de larga duración es mediante un seguro público obligatorio¹⁰.

Sintetizando, la defensa de la cobertura pública y universal del riesgo de dependencia se fundamenta en tres pilares: eficiencia (reparto del riesgo entre toda la población), efectividad (cobertura de todos los sujetos) y equidad (reparto del coste a través de la progresividad). Así es considerado por la *Royal Commission on Long Term Care for the Elderly* (1999).

Establecidas las ventajas que presenta un plan de aseguramiento público y obligatorio frente a otras alternativas de financiación, nos referimos a continuación a ciertas cautelas que, a nuestro juicio, deberían prevalecer en la configuración de un plan de estas características.

Las cuestiones más críticas en el diseño del seguro hacen referencia a los siguientes aspectos: tipo de cobertura -en especie o en efectivo-, tipo de cotizantes, y definición de la relación entre prestaciones, cotizaciones, necesidades de asistencia, y recursos económicos.

Lógicamente, estas cuestiones deben valorarse dentro del marco de objetivos que habitualmente se considera que debe cumplir un buen sistema asistencial para ancianos, a saber: garantizar la cobertura de las necesidades de los dependientes, no desincentivar los esfuerzos de los cuidadores informales, y no atentar contra la equidad.

Partiendo de esta consideración, debería tenerse en cuenta que las prestaciones en efectivo pueden servir de incentivo para que las familias continúen con sus propias soluciones privadas de asistencia domiciliaria en el sentido de que, como destaca Evers (1996), una vez que la ayuda en metálico haya pasado a formar parte de los ingresos familiares habituales, ello puede contribuir a aumentar la presión moral sobre la necesidad de hacerse cargo de las obligaciones asistenciales. Por el contrario, un sistema de asistencia apoyado en prestaciones en especie, como el que se sigue en

¹⁰ Del resto un 33,9 por ciento considera que la mejor fórmula de financiación son los impuestos, un 7,6 por ciento un seguro público opcional, un 6,2 por ciento un seguro privado obligatorio y un 4,1 por ciento un seguro privado opcional. Nótese el importante apoyo que recibe el sector público (voluntario u obligatorio) frente al privado. En sentido similar se pronuncian algunos estudios realizados más recientemente en el Reino Unido, recopilados en el capítulo octavo del primer volumen del informe elaborado por la *Royal Commission on Long Term Care for the Elderly* (1999). En concreto, en el jurado de ciudadanos constituido en septiembre de 1998 dentro *del Millennium Debate of the Age* para discutir sobre cuestiones relativas a los cuidados de larga duración, la alternativa seleccionada como la mejor fórmula para la financiación de éstos fue la creación de un fondo nacional a partir de contribuciones obligatorias de los trabajadores, recaudadas mediante retenciones en origen.

Japón y los países escandinavos, puede ser interpretado por las familias como un trasvase de la responsabilidad hacia el sistema público. Además, como nos indica la teoría básica de la Hacienda Pública, para que las prestaciones en especie garanticen a los receptores un mismo nivel de bienestar que las prestaciones en efectivo su importe deberá ser mayor, lo que dará lugar a un incremento del coste de los servicios¹¹. En cualquier caso, a la hora de tomar la decisión final sobre el tipo de cobertura deberían considerarse ciertos efectos perversos que pueden generar las prestaciones económicas. En particular, no garantizan que el anciano reciba una atención de calidad y resulta muy difícil controlar el uso que las familias hacen de ellas. Por otra parte, no debería despreciarse el hecho de que el suministro público de los servicios de atención constituye un yacimiento de empleo de especial interés para los colectivos con dificultades para acceder al mercado de trabajo (personas mayores, mujeres, jóvenes). Por todo ello, consideramos que un sistema mixto, como el que se aplica en Alemania, en el que el usuario puede decidir la forma de prestación, podría constituir una alternativa muy interesante en tanto en cuanto permite conciliar las ventajas e inconvenientes relativos de cada una de las dos fórmulas comentadas.

Otra variante interesante es la del “cheque servicio” que se aplica en alguna comunidad autónoma de nuestro país¹². Este instrumento, que podría utilizarse en servicios sociales homologados o en pagos a tercera persona cuidadora autorizada por los servicios de asistencia social, resulta interesante en tanto en cuanto favorece la competencia entre centros -y, por tanto, la calidad de la asistencia y la eficiencia en la gestión-, fomenta la aparición de nuevas ofertas, simplifica el papel de las administraciones públicas y, como debe dirigirse siempre a la compra de servicios, promueve la generación de empleo (Dirección General de IMSERSO, 1999).

En cuanto al segundo de los aspectos a considerar en el diseño del plan público –el tipo de cotizantes- se debe decidir si la financiación del seguro ha de recaer exclusivamente sobre los

¹¹ Resulta significativa a este respecto la experiencia alemana con relación al seguro de asistencia a largo plazo introducido en 1995. Dentro de este plan los beneficiarios pueden elegir entre dos formas de pago; a) el reembolso de los gastos en asistencia doméstica o servicios de enfermería, o b) las prestaciones en metálico cuya cuantía es mucho menor. A pesar de ello, una inmensa mayoría de los beneficiarios en el primer año de puesta en práctica del plan (el 82 por ciento) optaron por las prestaciones en metálico, dando lugar a que el ejercicio fuera cerrado con superávit. Este porcentaje, en todo caso, bajó al 71 por ciento en el año 1997 (*Royal Commission*, 1999). De continuar esta tendencia aumentarán notablemente los costes futuros del sistema. En concreto, Evers (1996) estimó que si todas las personas con derecho a asistencia doméstica optaran por la prestación en especie, el coste total de la asistencia domiciliaria sería un 40 por cien más alto en el año 2030 que si se mantuviera el patrón de 1995 (80 por ciento en metálico, 20 por ciento en especie).

¹² En concreto en la Comunidad Valenciana (Martínez Zahonero, 2000, pág. 70).

trabajadores en activo o si deben contribuir también los jubilados. La participación de éstos en la financiación del seguro, tal y como se contempla en el caso alemán y japonés, resulta atractiva por tres razones. En primer lugar, porque son el colectivo con mayor probabilidad de necesitar los servicios de asistencia. En segundo lugar, porque buena parte de los jubilados disponen de capacidad económica para hacer frente al gasto (son receptores de una pensión, beneficiarios de diversas bonificaciones, como la gratuidad de las medicinas, descuentos en el transporte y en actividades de ocio, y además están ya liberados de gastos de cuantía muy importante, como la vivienda o la educación de los hijos). En tercer lugar, porque, como indica Evers (1996), la incorporación de este grupo minimiza los efectos que sobre el Fondo del Seguro pueden tener los cambios en la composición por edades de la población, facilitando así la viabilidad económica del sistema a largo plazo. Lógicamente, el cumplimiento de los objetivos de equidad exige que esta participación se vincule a la cuantía de la pensión percibida¹³.

Respecto a la tercera cuestión que debe resolverse en la configuración del seguro de dependencia: la relación entre prestaciones, cotizaciones, necesidad de cuidados, y recursos económicos, se trata de determinar el factor que ha de prevalecer a la hora de concretar el derecho a la prestación y la cuantía de ésta. Vincular las prestaciones a las cotizaciones (sistema actuarial) podría plantear problemas de equidad horizontal (idéntica necesidad-diferente trato) y ser éticamente cuestionable en la medida en que los cuidados para las personas dependientes tienen, al igual que la asistencia sanitaria, un carácter de derecho fundamental en la mayor parte de las sociedades desarrolladas. En este sentido, podría ser más recomendable ligar las ayudas a la situación de necesidad de los sujetos, garantizando un paquete básico de prestaciones para todos aquellos que lo precisen, variable en función del grado de dependencia, y permitir un aseguramiento privado con carácter complementario para quienes deseen obtener prestaciones adicionales. Un sistema de este tipo se ve respaldado por el apoyo mayoritario de los individuos que participaron en los estudios realizados en el Reino Unido entre 1995 y 1998, al objeto de conocer las actitudes del público hacia la financiación de los cuidados de larga duración (véase *Royal Commission*, 1999, caps. 8 y 10).

¹³ Ello no implica eximir totalmente del pago a las pensiones bajas en la medida en que ello podría provocar niveles de redistribución muy por encima de las recomendaciones actuales sobre contributividad y proporcionalidad. No olvidemos que los pensionistas de menor renta se ven ya muy beneficiados por el sistema de Seguridad Social (Sánchez Sánchez, 2000). Por otro lado, a los jubilados anticipadamente no se les debería considerar como tales, hasta alcanzar la edad legal de jubilación si de ello se derivara alguna ventaja en el pago del seguro de dependencia.

5. Recapitulación

El análisis realizado a lo largo de las secciones anteriores permite entender como el problema de la dependencia senil se ha convertido en una de las cuestiones prioritarias a que va a tener que enfrentarse la agenda política de los próximos años. El progresivo envejecimiento de la población, la previsible evolución de las tasas de dependencia y la creciente incorporación de la mujer al mundo laboral constituyen, como hemos visto, tres factores que presionan con fuerza en el sector de cuidados de larga duración y exigen una importante redefinición de éste en orden a superar los retos impuestos por las tendencias recién señaladas. En este capítulo se ha sostenido que uno de los aspectos que requiere una revisión más inmediata es el referente a la distribución de los costes de los cuidados. La valoración realizada en relación a esta cuestión nos permite extraer algunas ideas que se resumen a continuación.

En primer lugar, y aunque las escasas aportaciones realizadas hasta la fecha, protagonizadas en su mayor parte por las empresas aseguradoras, han centrado el núcleo de la discusión en diversas propuestas de planes de aseguramiento privado incentivados fiscalmente, la valoración realizada en este trabajo nos lleva a descartar esta opción como mecanismo básico del nuevo modelo de protección. En primer lugar, porque una gran parte de los ancianos dependientes, especialmente los que disponen de una situación económica más precaria, no pueden hacer frente al pago de las elevadas primas asociadas a un seguro de este tipo. En segundo lugar, porque un sistema exclusivamente privado es incapaz de ofrecer protección a todos los sujetos que la precisen (los que presentan la casuística más problemática y costosa). En tercer lugar, porque en un plan de aseguramiento privado las primas se establecen en función del nivel de riesgo del sujeto y no de su situación económica lo que puede generar importantes problemas de equidad. A todo ello deben añadirse las dificultades a que se enfrentan las compañías para superar las situaciones de riesgo moral, selección adversa y elevados costes de transacción que afectan a todos los mercados de seguros y que en el caso del seguro de dependencia adoptan una especial relevancia.

La combinación de todos estos factores hace esperar que la viabilidad económica de las compañías privadas exija precios elevados, exclusión de los riesgos más altos y limitaciones en las prestaciones ofrecidas, aspectos que incidirán de forma negativa y con mayor virulencia en los sujetos de rentas bajas.

Si además el aseguramiento se concibe como algo voluntario, se añade un problema adicional: el derivado de la posibilidad de que muchos sujetos, los menos previsores, subestimen su propio riesgo y no suscriban ningún seguro, lo que puede dar lugar a situaciones de pobreza y marginación en los casos en que la situación de dependencia finalmente se materialice.

Por todo ello, consideramos que un plan de aseguramiento privado, aún incentivado fiscalmente, no puede considerarse una alternativa sólida sobre la que fundamentar un modelo de protección a la dependencia. Las ventajas de un seguro público, obligatorio y universal financiado mediante contribuciones impositivas o cotizaciones a la Seguridad Social son varias y se concretan en los siguientes aspectos. Por un lado, su capacidad para combinar criterios actuariales y redistributivos y para garantizar protección independientemente del periodo de necesidad y de los costes de la atención. Por otro lado, los menores costes de transacción que tiene asociados un sistema en que los planes de cobertura son uniformes y en el que se agregan todos los riesgos posibles en una única aseguradora. Por último, la amplia aceptación con que cuenta un aseguramiento público entre los ciudadanos y su coherencia con el modelo de bienestar vigente en nuestro país, en el que una gran parte de los riesgos que afectan a los sujetos (enfermedad, pobreza) se financian a través de cotizaciones.

En definitiva, independientemente de los detalles técnicos del seguro concreto que se pudiera diseñar, un plan de aseguramiento público, universal y obligatorio, como el que se sigue en Alemania desde 1996, se vislumbra como la mejor de las alternativas posibles a la hora de configurar un modelo sólido de protección de la dependencia senil que garantice el cumplimiento de unas condiciones mínimas de eficiencia y equidad. En este planteamiento tendrían, no obstante, cabida los seguros privados pero sólo como complemento voluntario al plan público obligatorio.

En definitiva, un modelo de financiación de los cuidados de larga duración que aspire a cumplir unos criterios mínimos de eficiencia y equidad debería fundamentarse en los principios de universalidad y contributividad obligatoria.

6. Anexo

PLANTEAMIENTO UNIVERSALISTA EN LOS CUIDADOS DE LARGA DURACION (1)		
	MODELO ALEMAN	MODELO ESCANDINAVO
Acceso a la cobertura (2)	La necesidad o grado de dependencia es el único criterio con el que se determina quién debe acceder, principalmente, a las prestaciones en efectivo. El gobierno central establece los criterios para determinar el grado de dependencia y, sobre la base de ello, la prestación de la Seguridad Social.	La necesidad o grado de dependencia es el único criterio con el que se determina quién debe acceder, principalmente, a los diversos servicios financiados públicamente. La gestión de dichos servicios es competencia de gobiernos subcentrales y también la determinación de los criterios de acceso, provocando diferencias según condados.
Universalización del riesgo y justificación	En 1996, dado que el envejecimiento demográfico impedía a los gobiernos locales atender su competencia de financiar la dependencia. Por ello el gobierno federal incluye la dependencia entre los riesgos cubiertos por la Seguridad Social.	Finales de los años 60, dado el envejecimiento demográfico y el mayor peso electoral de los mayores. Reconsideración del papel social de la mujer.
Financiación	Principalmente cotizaciones a la Seguridad Social. La cobertura de la dependencia en 1996 se financió con una cotización del 17 por 100 de los ingresos brutos mensuales de los trabajadores, a partes iguales entre empresario y trabajador. No obstante se eliminó una festividad religiosa alemana. Los jubilados también están obligados a cotizar.	Principalmente impuestos generales que el gobierno central cede, en parte, a condados y municipios. No hay un impuesto afectado a los cuidados de larga duración.
Prestaciones en efectivo	Las personas mayores dependientes que permanezcan en su hogar reciben una transferencia según su grado de dependencia (hay tres niveles), igual para todos los del mismo grado, con independencia de sus recursos.	El subsidio público -diferencia entre el coste de los servicios y la aportación del individuo- varía según el nivel de ingresos del beneficiario. En Finlandia, por ejemplo, la transferencia la recibe siempre el familiar que cuida del dependiente, una vez que éste sobrepasa un nivel establecido de dependencia.
Posibilidad de opción	El dinero recibido puede utilizarse tanto en comprar un cuidado formal, público o privado, como en pagar a un cuidador del ámbito familiar; en este último caso la transferencia se reduce al 50 por 100.	No existe posibilidad de opción, la transferencia deberá destinarse siempre a la remuneración del cuidador informal, ya que el cuidado formal se realiza mediante una amplia oferta pública de servicios otorgados vía transferencias en especie.
Institucionalización del cuidado (residencias)	Si el servicio médico especial considera necesario el ingreso del anciano en una residencia, se le financiará hasta un límite básico fijado, con independencia de su grado de dependencia. Si el beneficiario decide ingresar en una residencia y el servicio médico lo considera innecesario, se le concederá la misma prestación que si no hubiera sido institucionalizado por la cuantía del coste de la asistencia domiciliaria. La cobertura es universal pero limitada, ya que no cubre todo el coste (aproximadamente el correspondiente a la atención sanitaria):	En Finlandia, Noruega y Suecia el usuario paga en función de su pensión. La institución recibe la totalidad de la pensión de cada usuario, excepto una cantidad, igual para todos, que conserva para pequeños gastos del día a día. El copago que realizan los usuarios asciende al 20 por 100 del coste de la plaza residencial. En Dinamarca el anciano recibe su pensión y aporta a la residencia un 15 por 100 de la misma además de pagar unas cuotas fijas en concepto, entre otros, de alojamiento.
Suficiencia de las transferencias	La cuantía de la transferencia no cubre el coste total de los servicios existentes por lo que el beneficiario debe solicitar ayuda a los servicios municipales y el resto aportarlo de su propia renta.	Los gobiernos subcentrales no financian completamente el gasto en cuidados de larga duración con las transferencias recibidas del gobierno central, de manera que recurren también a parte de sus ingresos propios. Además el beneficiario participa en la financiación de los servicios mediante un sistema de copago.
<p>(1): Además de los países escandinavos y Alemania, Japón adopta un enfoque universalista en cuidados de larga duración a partir de 2000. También Canadá y Australia pertenecen al enfoque universalista. (2): Los países que adoptan un enfoque asistencialista -los no mencionados antes-, en los cuidados de larga duración, el beneficiario además de padecer un determinado grado de necesidad o dependencia, debe cumplir ciertos requisitos relacionados con sus ingresos y su situación familiar. Fuente: Elaboración propia, a partir de Pacolet y otros. (1999) y Casado Marín (2001).</p>		

7.- Bibliografía

- Abellán García, A. (1.997): "La ayuda informal". *Revista de Gerontología*, 7, págs. 183-185.
- Albi, E., González-Páramo, J.M. y Zubiri, I. (2.000): *Economía Pública I*. Editorial Ariel, S.A. Barcelona.
- Bandrés, E. y Sánchez, A. (2.000): "Servicios sociales y envejecimiento de la población: una nota". *Papeles y Memorias de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas*, vol. VIII, págs. 113-123.
- Beland, F. y M. V. Zunzunegui (1995): "La salud y las incapacidades funcionales. Elaboración de un modelo causal". *Revista Gerontológica*, 5, págs. 259 a 273.
- Canadian Study of Health and Aging. (1994): *The Canadian study of health and aging. Risk factors for Alzheimer Disease in Canada*. *Neurology* 1994; 44: 2073-2080.
- Casado Marín, D. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración en España. Situación actual y perspectivas de futuro*. Colección Estudios Sociales de "La Caixa", número 6.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (1993): *Encuesta sobre el Apoyo Informal*, Madrid.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (1994): *Encuesta sobre el Apoyo Informal. 2.ª fase*, Madrid.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (1998): *Encuesta sobre la soledad en las personas mayores*, Madrid.
- Dirección General del IMSERSO (1.999): Presentación al libro *La Protección Social de la Dependencia* de Rodríguez Cabre ro, G. (coord.). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Madrid.
- Eleri Phillips, J. (1.996): "El trabajo y las responsabilidades asistenciales. Posibles medidas laborales de apoyo para los trabajadores con familiares discapacitados o ancianos a su cargo". *Fundación Europa para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo*. Dublin.
- Evers, A. (1.996): "El nuevo seguro de asistencia a largo plazo en Alemania: características, consecuencias y perspectivas". *Revista de Gerontología*, 6, págs. 84-90.
- Fernández Cordón, J. A. (1998): *Proyección de la población española*. Documento de Trabajo de FEDEA: 98-11.
- Fernández, C. (1.998): "El futuro de la protección de la tercera edad" en *Diario Médico.com* de 25 de mayo de 1.998.
- Fries, J. F. (1983): "The compression of morbidity", *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 1983; 61, págs. 397-419.
- Fundación Encuentro (2001): *Informe España 2001*. Madrid.
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (1.993): *Cuidado familiar de las personas de edad avanzada en la Comunidad Europea*. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Luxemburgo.
- Iglesias de Ussel, J. (1994): "Familia", Capítulo 3 del V Informe FOESSA. Madrid.
- IMSERSO (1998): *Evolución y extensión del servicio de ayuda a domicilio en España*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- IMSERSO (1999): *Informe de valoración del Plan Gerontológico Estatal, 1992-1997*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Madrid.

- IMSERSO/FEMP (1997): *Telesistencia domiciliaria. Evaluación del programa*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- INE (1987): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías*, Madrid, 1987.
- INE (1995): *Proyecciones de la Población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991*, Madrid.
- Jacobzone, S. (1999): "Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives". OECD: Labour Market and Social Policy. Occasional Papers nº 38.
- Jacobzone, S., E. Cambois, E. Chaplain y J. M. Robine (1998): "The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing?". OECD: Labour Market and Social Policy. Occasional Papers nº 37.
- Kramer, M. (1980): "The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1980; 62(suppl. 283): 382-97.
- Le Grand, J., Propper, C. y Robinson, R. (1.992): "Social Care" en *The Economics of Social Problems*, págs. 117-127. Mac Millan. Londres, 1.992.
- López Casanovas, G. (2.000): Prólogo al libro *Economía del Envejecimiento* de Martínez Zahonero, J.L. Consejo Económico y Social. Madrid, 2.000.
- Manton, K. G., L. Corder, E. Stallard (1997): "Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994". *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* 1997; Vol. 6:2593-2598.
- Martínez Zahonero, J.L. (2.000): *Economía del envejecimiento*. Consejo Económico y Social. Madrid, 2.000.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1994): *Encuesta Nacional de Salud de 1993*. Madrid.
- Morán Aláez, E. (1.999): "Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográficas" en Rodríguez Cabrero, G. (coord.), *La Protección Social de la Dependencia*, págs. 111-161. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Madrid.
- Myers, G.C. y Agree, E.M. (1.994): "El mundo envejece, la familia cambia". *Revista de Gerontología*, 4, págs. 126-133.
- OCDE (1998): *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*. OCDE. París.
- OMS y Milbank Memorial Fund (2000): *Hacia un consenso internacional sobre la política de atención de salud a largo plazo en el envejecimiento*.
- Pacolet, J., R. Bouten, H. Lanoye y K. Versieck (1999): *La protection sociale des personnes âgées dépendantes dans le 15 pays de l'UE et Norvège*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes.
- Pepper Commission (U.S. Bipartisan Commission on Comprehensive Health Care Reform), (1.990): *A Call for Action: Final Report*. Washington, D. C.: Government Printing Office.
- Pérez-Díaz, V. (2.000): "Sistema de bienestar, familia y una estrategia liberal-comunitaria" en Muñoz-Machado, S. García Delgado J.L. y González Seara, L. (dirs.), *Las estructuras del bienestar en Europa*, págs. 745-759. Escuela Libre Editorial/Civitas. Madrid.
- Rodríguez Cabrero, G. (1.999): *La protección social de la dependencia*. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Madrid.
- Rowland, D. y Lyons, B. (1.991): "A Proposal to expand home care benefits" en *Financing Home Care: Improving protection for disabled elderly people*, págs. 229-247. The Johns Hopkins University Press. Londres.
- Royal Commission on Long Term Care (1999): *With respect to old age*. The Stationary Office. Londres.

Sánchez Sánchez, A. (2000): “Pensiones y redistribución de la renta en España. ¿Qué sabemos hasta ahora?”, *Hacienda Pública Española*. Monografía sobre las pensiones en España, págs. 127-147.

Scalon, W. (1998): “Future financing of long term care”, *Consumer’s Research Magazine*, 81(6), págs. 123-138.

Scortegagna, R. (1.995): “Nuevos servicios y nuevas aproximaciones en la política social para los ancianos” en *El Estado del Bienestar en la Europa del Sur*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Madrid.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2000):. *Geriátría XXI. Análisis de las necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*. EDIMSA. Madrid.

Spector, W., Reschovsky, J. y Cohen, J. (1996): “Appropriate placement of nursing home residents of nursing-home residents in lower levels of care”, *The Milbank Quarterly*, 74(1), págs.139-160.

Tilquin, Ch. y otros (1.996): “Evaluación de las necesidades en las personas dependientes para ofrecerles unos cuidados y unos servicios apropiados”. *Revista de Gerontología*, 6, págs. 294-303.

Tornos, B. (2000): “Experiencia internacional en materia de seguro de dependencia”. Ponencia presentada en la Jornada sobre el Seguro de Dependencia organizada por el Grupo Recoletos (Conferencias y Formación) y celebrada en Madrid el 5 de octubre de 2000.

Walker, A. (1.994): “Actitud de los europeos frente a la vejez”. *Revista de Gerontología*, 1, págs. 58-63.

Zunzunegui, M. V. (1998): “Envejecimiento y salud” en *Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del Estado de bienestar*. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.