

La protección social de las personas dependientes como desarrollo del estado del bienestar en España

GREGORIO RODRÍGUEZ CABRERO*

RESUMEN

La publicación en diciembre de 2004 del *Libro Blanco de la Dependencia* por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ha supuesto el inicio de la primera fase del debate social y político que debe concluir, a lo largo de 2006, en una ley de protección social a la dependencia o de apoyo a la autonomía personal. Cómo cristalizará finalmente una norma de tanta importancia social y política, que implica necesariamente un desarrollo del estado del bienestar en España, va a depender del grado de consenso que se logre entre las fuerzas políticas y las organizaciones sociales en torno a cuestiones como el alcance de la ley o su cobertura, el coste de ésta, su fórmula de financiación, la intensidad protectora y el modo de gestión. En este trabajo se abordan de manera sintética algunas de dichas cuestiones a partir de los principales interrogantes que plantea el debate sobre la dependencia: a quiénes hay que proteger, bajo qué modelo, a qué coste y con qué financiación, y quién debe gestionar el sistema.

1. A QUIÉNES PROTEGER: LA POBLACIÓN ESPAÑOLA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

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

* Catedrático de Sociología de la Universidad de Alcalá de Henares.

no entran, por tanto, todas las discapacidades que se pueden padecer, sino aquellas que se enmarcan dentro de las "actividades de la vida diaria" (es decir, las actividades relativas al cuidado personal, la movilidad en el hogar y fuera de él, la realización de tareas domésticas y el cuidado de los demás miembros de la familia).

Por tanto, el volumen de la población dependiente resultará, en última instancia, de las discapacidades que se elijan y del peso que se conceda a cada una, cuestiones abiertas inevitablemente a discusión. En todo caso, la población que sufre dependencias básicas (necesidad de cuidado personal en sus diversas modalidades y problemas de movilidad en el hogar) representa aproximadamente dos terceras partes del total de las personas en situación de dependencia. No por ello hay que prestar, sin embargo, menos atención a las necesidades de ayuda instrumental para otras actividades de la vida diaria. En cuanto a la magnitud de la población dependiente, también es preciso señalar que, aunque la dependencia afecta a todas las edades, el proceso de envejecimiento de la población española incrementará en los años venideros la incidencia de estas situaciones. Es cierto, no obstante, que los avances terapéuticos, las mejoras en la calidad de vida y las nuevas formas de apoyo informal emergentes pueden compensar relativamente dicho efecto en mejoras de la esperanza de vida libre de discapacidad.

La estimación del volumen y de la estructura de la población dependiente se basa en el análisis de encuestas de autopercepción realizadas a domicilio. Ello supone que en las estimaciones no suelen incluirse las personas con dependencia que viven en residencias o las personas sin hogar fue-

ra del alcance de los entrevistadores. Por otra parte, se trata de una evaluación subjetiva del propio entrevistado, y no de una evaluación técnica realizada por un equipo multidisciplinar en función de un baremo de medida específico. De ahí que las diferentes estimaciones deban ser tomadas como aproximaciones a la realidad, nunca como datos que la reflejan genuinamente. La consideración por una política pública de quién se encuentra en situación de dependencia (umbral de entrada) y la adopción de los baremos para establecer el nivel de gravedad de la dependencia determinarán, en última instancia, el volumen de población que debe ser protegida, que no tiene necesariamente que coincidir con la población dependiente.

Según la *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud* (EDDES) de 1999, que excluye a la población que vive en residencias y a la que carece de hogar, un total de 2.215.393 personas de seis y más años presentan alguna discapacidad respecto de las actividades de la vida diaria: 793.748 varones y 1.421.645 mujeres. De este colectivo, la población de 65 y más años con problemas de dependencia asciende a 1.423.962 personas (casi dos tercios del total de la población dependiente), de las cuales 997.190 son mujeres y 426.772 hombres.

La población española mayor de seis años que sufre algún tipo de discapacidad relacionada con la realización de actividades de la vida cotidiana representa aproximadamente el 6% de la población total, si bien se aprecia un crecimiento exponencial de ese porcentaje a partir de los 65 años: 11% en el grupo de edad de 65 a 69, 16% en el de 70 a 74 años, 25% en el de 75 a 79 años de edad, 34% en el de 80 a 84, y 54% en el de 85 y más años.

Conviene aclarar que la EDDES no es la única fuente de estimación de la población dependiente, ya que también se han utilizado encuestas de salud para calcular las personas de 65 y más años que se encuentran en esta situación. La aplicación de diversas metodologías se traduce en la obtención de distintos tamaños de población (por ejemplo, Morán, 1999; Casado y López Casasnovas, 2001; Abellán y Puga, 2002; IMSERSO, 2004). El cuadro 1 recoge las estimaciones cuantitativas realizadas en los últimos años sobre personas mayores dependientes. Los datos ponen de relieve las amplias diferencias existentes entre las estimaciones. Las de Abellán y Puga (2004) y Rodríguez Cabrero (2004), efectuadas sobre la base de la

EDDES 1999, son relativamente coincidentes, si bien difieren en lo que se refiere a la cuantificación de los distintos niveles de dependencia.

Entre la población mayor dependiente, el *Libro Blanco de la Dependencia* (IMSERSO, 2004) distingue a quienes presentan dependencia severa o total para la realización de actividades de cuidado personal y quienes presentan dependencia para la realización de actividades de tipo instrumental o doméstico, sin elaborar un índice sintético que integre ambas. Estrictamente protegibles serían las primeras, mientras que las segundas serían objeto de una protección no especificada. De acuerdo con esta clasificación, la población dependiente de 65 y más años con discapacidad severa o total para actividades de tipo personal se sitúa en 826.551 personas; la población mayor con discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria (ABVD) y para alguna actividad instrumental de la vida diaria (AIVD) asciende a 1.061.404 personas en 2005.

En cambio, las dos estimaciones de la población dependiente que recoge el cuadro 2 para el año 2000 han sido elaboradas a partir de indicadores sintéticos relativamente próximos que combinan las discapacidades de la vida cotidiana, personales (ABVD) e instrumentales (AIVD), y sus niveles de gravedad respectivos. Los datos incluyen la población mayor de seis años en situación de dependencia que vive en domicilio y en residencia.

La primera estimación arroja una cifra de 1.648.907 personas, de las cuales el 90,2% vive en su domicilio y el 9,8% en residencias. Quienes viven en residencias constituyen el 4,8% de la población dependiente de menos de 65 años y el 11,9% de la población dependiente de 65 y más años. Por otra parte, se calcula que la población dependiente moderada representa el 45,3% del total de población dependiente; la población dependiente grave, el 35,3%; y la población con dependencia severa, el 19,4%. De acuerdo con la segunda estimación, la población en situación de dependencia se eleva a 1.957.891 personas, de las que el 8,2% vive en residencias (de estas últimas, la población de 65 y más años representa el 68,2%). La población dependiente moderada se sitúa en el 57,7%; el 24% se hallaría en situación de dependencia grave, y el 18% en situación de dependencia muy grave o severa. Ambas estimaciones, aplicando un método relativamente semejante (toda vez que utilizan un indicador sintético de ABVD y de AIVD), supondrían una suerte de hipótesis mínima y máxima de la población dependiente.

CUADRO 1

ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR CON DEPENDENCIA

<i>Autor/es</i>	<i>Fuente utilizada para la estimación</i>	<i>Población mayor dependiente</i>	<i>Observaciones</i>
Pérez Díaz [1986]	Encuesta de discapacidades (1996)	1.077.989	Personas con alguna minusvalía
Morán Aláez (en Rodríguez Cabrero, 1999)	Encuesta Nacional de Salud (1993)	1.943.373	El 67,9% son dependientes graves (641.120 personas)
Defensor del Pueblo (2000)	Estudio 2072, CIS (1993)	1.500.000	
UNESPA [2000]	1998	954.167/1.267.953	
Casado y López (2001)	Encuesta Soledad, CIS (1998)	2.100.000/2.300.000	34,2% de los mayores sufren "dependencia amplia"
Abellán y Puga (2002)	Encuesta Nacional de Salud (1997)	2.099.884	Personas con problemas en las actividades de la vida diaria
INE (2001)	EDDES (1999)	1.423.962	Personas con problemas en las actividades de la vida diaria
Puga [2002]	Encuesta Nacional de Salud (1997)	1.691.799	26% de los mayores (12,4% es dependiente moderado-grave)
Jiménez Lara y Huete García (2003)	EDDES (1999)	1.464.815	Todos los grados de severidad
Fundació Institut Català de l'Envel·liment [2004]	EDDES (1999)	1.585.844	Selección de actividades de la vida diaria
Abellán y Puga (2004)	EDDES (1999)	1.115.257	Dependencia muy grave (ayuda continuada): 359.281; dependencia grave: 337.748; dependencia moderada: 418.228
Rodríguez Cabrero (2004)	EDDES (1999)	1.017.104	Dependencia muy grave o severa: 206.441; dependencia grave: 380.908; dependencia moderada: 429.755
<i>Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO, 2004)</i>	EDDES (2005)	826.551 personas con discapacidad severa o total para alguna actividad básica de la vida diaria y 1.061.404 con dependencia moderada o necesidad de ayuda instrumental	Se diferencia entre un grupo de personas con dependencia severa en actividades de tipo personal y otro grupo más mayoritario de personas que necesitan ayuda para actividades instrumentales

CUADRO 1 (continuación)

ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR CON DEPENDENCIA

Autor/es	Fuente utilizada para la estimación	Población mayor dependiente	Observaciones
Morán y Rodríguez Cabrero (2005)	EDDES (2005)	Hipótesis máxima de 1.583.234 e hipótesis mínima de 1.444.750 personas de 65 y más años	Indicador sintético de ABVD (actividad básica para la vida diaria) y AIVD (actividad instrumental para la vida diaria)

Fuente: Abellán y Puga (2004), IMSERSO (2004) y elaboración propia.

Si ésas son las cifras estimadas del año 2000, para el año 2005 la población dependiente de 65 años y más años (incluida la que vive en residencias) se calcula entre un máximo de 1.583.234 y un mínimo de 1.444.750 personas. La investigación de la que se desprende este dato, efectuada también a partir de la EDDES 1999, aplica un indicador sintético de ABVD y AIVD, asumiendo en la estimación del número de dependientes dos hipótesis alternativas: 1) que las proporciones de dependientes en los grupos quinquenales de edad permanecen constantes en el

nivel que registra la EDDES; 2) que se produce una ganancia de un año de vida libre de discapacidad cada cinco años (Morán y Rodríguez Cabrero, 2005). En la estimación máxima (hipótesis 1), y circunscribiéndonos únicamente a la población mayor con dependencia severa y grave (la que considera el *Libro Blanco*), las diferencias para el año 2005 entre los valores que proporcionan el *Libro Blanco* (826.551) y esta investigación (764.212) no resultan muy significativas, ni tampoco para el año 2015 (1.046.410 en el *Libro Blanco* frente a 1.037.262).

CUADRO 2

POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN DOMICILIO Y EN RESIDENCIAS EN ESPAÑA (2000)

	Moderados	Graves	Severos	Total
Estimación 1				
Población 6-64	265.297	163.967	65.082	494.346
Población 65 y más años	481.095	418.302	255.164	1.154.561
Total población dependiente	746.392	582.269	320.246	1.648.907
Porcentaje de cada nivel de gravedad	45,3	35,3	19,4	100
Estimación 2				
Población 6-64	419.211	123.197	79.803	622.211
Población 65 y más años	711.343	344.899	279.438	1.335.680
Total población dependiente	1.130.554	468.096	359.241	1.957.891
Porcentaje de cada nivel de gravedad	57,7	23,9	18,4	100

Fuente: Elaboración propia basada en EDDES 1999 (INE). Estimación 1: Rodríguez Cabrero (2004); estimación 2: Morán y Rodríguez Cabrero (2005).

Dos son los aspectos referentes a las estimaciones de la población en situación de dependencia que cabe destacar. En primer lugar, como ya se advirtió antes, las estimaciones actuales se basan en encuestas de autovaloración, y no en valoraciones técnicas de tipo social y sanitario. Los baremos que se apliquen en la futura ley para acceder a las prestaciones sociales condicionarán, por tanto, el volumen y la estructura de la población dependiente protegida. En segundo lugar, las estimaciones dependen de los criterios de medida que se diseñen en el análisis de las encuestas (además de la propia diversidad de los cuestionarios, que condiciona inevitablemente la información resultante), lo que da lugar a estimaciones dispares, que deben ser consideradas como tentativas para aproximarnos a la realidad y servir de base para la planificación social.

En todo caso, las diferentes estimaciones vienen a coincidir en dos hechos: 1) el colectivo de personas dependientes de 65 y más años representa aproximadamente dos tercios del total; 2) la población en situación de dependencia grave y severa constituye cerca de la mitad de la población dependiente según las diferentes estimaciones, en tanto que el colectivo de personas dependientes de 80 y más años ronda el 40% del total de personas dependientes de todas las edades.

2. UN MODELO DUAL DE PROTECCIÓN SOCIAL: PROTAGONISMO DE LA FAMILIA (DE LA MUJER) Y ASISTENCIA SOCIAL

En España, el sistema de cuidados de las personas en situación de dependencia se caracteriza por ser mayoritariamente informal y subsidiariamente asistencial, basándose en el trabajo no remunerado de los cuidadores (por lo general, mujeres) y en la atención pública a la población sin recursos o que no supera ciertos límites de renta. No obstante, el crecimiento de la oferta pública y privada está permitiendo el acceso mediante copago de grupos de población con niveles de ingresos superiores a los que marcan los baremos asistenciales.

Este sistema, que ha prevalecido históricamente en nuestro país hasta la actualidad, ha sido clasificado como un caso específico del régimen mediterráneo o latino de bienestar: "asistencial" en

lo que se refiere a la naturaleza de la acción pública, ya que son las personas en situación de dependencia sin recursos las que tienen acceso a la red de prestaciones sociales existentes, lo cual supone la exclusión de amplios grupos de renta media y baja; y, sobre todo, "familístico", puesto que la familia (organizada en una red informal cuyo nodo suele residir en la mujer, que ejerce la labor de cuidadora principal) constituye la estructura social fundamental de cuidados personales; una estructura basada en la centralidad del trabajo no remunerado de la mujer, que hasta no hace mucho desempeñaba mayoritariamente el trabajo de ama de casa, pero ahora ha decidido aumentar su presencia en el mercado laboral.

Se trata, pues, de un modelo híbrido y descompensado, debido a que la carga material y moral de los cuidados recae primordialmente sobre las mujeres, que únicamente en los últimos años se están viendo relativamente aliviadas por el crecimiento de la oferta de servicios sociales (pública y privada). Se observa el lento concurso de la participación subsidiaria del hombre como cuidador mayoritariamente secundario y el empleo como cuidadoras de las mujeres inmigrantes, sobre todo latinoamericanas. El modelo que se ha ido configurando pivota, por tanto, sobre dos ejes: por una parte, la familia, más específicamente la mujer, asume casi en solitario la carga más importante de los cuidados en forma de tiempo no remunerado y con elevados costes de oportunidad; por otra parte, el sector público presta recursos para la protección de la dependencia que, además de insuficientes para hacer frente a las nuevas necesidades de cuidados personales, son excluyentes de la mayoría de la población y adolecen de una falta de coordinación integral en el conjunto del estado como consecuencia de la distribución actual de competencias en materia de servicios sociales.

El modelo de cuidados personales de las personas dependientes es altamente intensivo (en horas de cuidados a la semana) y extenso en el tiempo (en número de años de cuidados). A partir de un análisis de la EDDDES 1999 se ha estimado que casi el 45% de las personas dependientes recibe más de 40 horas de cuidados a la semana por parte del cuidador principal. Los dependientes severos absorben muchas más horas de cuidados que el resto: el 73,8% de este colectivo, más de 40 horas de ayuda personal a la semana. El 62,2% de los dependientes severos, el 34,8% de los dependientes graves y el 25,1% de los dependientes moderados reciben más de 60 horas de cuidados semanales (Rodríguez Cabrero, 2004). Encuestas recientes con-

firman la validez de estos datos en lo referente a la intensidad del cuidado de las personas mayores (IMSERSO, 2005)¹.

Los cuidados son, además de intensos, de larga duración, ya que casi el 42% de las personas dependientes los han recibido durante más de ocho años. El porcentaje se eleva hasta el 62% si se considera a quienes han recibido cuidados durante más de cuatro años. La duración media en años de cuidados (6,15) es muy elevada; mayor en el varón (6,58 años) que en la mujer (5,94), y también en la población menor de 65 años (7,13 frente a 5,71 años), como es lógico. Además, la media en número de años bajo el cuidado de cuidadores familiares (6,49) casi duplica la media en número de años bajo el cuidado de los servicios sociales (3,4) o de empleados domésticos (3,68).

La familia, y más concretamente la mujer, asume este sistema de cuidados personales sin compensación económica alguna en su inmensa mayoría. El 78% de los cuidadores familiares no percibe ninguna remuneración; el 10% ocasionalmente, y sólo el 12% de manera regular.

El modelo de solidaridad familiar en el que se asienta el esquema de protección social a las personas dependientes en España ha entrado en un proceso de transformación profunda debido a cambios coincidentes en el tiempo, entre los que cabe destacar: a) el declive del potencial de cuidadores familiares a causa de la reducción del número de mujeres cuidadoras y el aumento del número de ancianos que precisan cuidados de larga duración; b) el debilitamiento del modelo tradicional de familia, debido al aumento de la tasa de divorcios y de las familias monoparentales, así como de la permanencia de los hijos en el hogar hasta edades próximas a los 30 años; c) los cambios en la posición social de la mujer asociados a su incorporación creciente al mercado laboral, que reducen su potencial cuidador, sobre todo teniendo en cuenta la intensidad de los horarios que requiere el cuidado de larga duración, y d) la demanda creciente en favor de políticas de apoyo a los cuidadores, especialmente por parte de las mujeres y también de las personas mayores que ejercen las funciones de cuidadoras (una quinta parte del total).

¹ Véase también el capítulo tercero del *Libro Blanco de la Dependencia*. Cualquier ejercicio realizado con precios-sombra para valorar monetariamente el tiempo informal de cuidados de larga duración nos da una medida de su importancia social y económica (véase, en este sentido, Rodríguez Cabrero y Montserrat, 2002).

Así pues, si bien no es probable que la solidaridad familiar se reduzca sustantivamente, los factores señalados permiten afirmar que el modelo de cuidados hasta ahora dominante va a experimentar transformaciones significativas en los años venideros; transformaciones aceleradas por el propio proceso de envejecimiento, la integración laboral de la mujer y los cambios culturales e ideológicos sobre los cuidados familiares. Ello va a suponer que la solidaridad colectiva –es decir, los sistemas públicos de protección social– esté llamada a tener un papel más determinante que hasta ahora en la cobertura del riesgo de la dependencia y en el desarrollo de políticas sociales de apoyo a las personas dependientes y a la población cuidadora.

Hasta el momento, el sistema protector español de las situaciones de dependencia se ha caracterizado por su débil extensión, su baja intensidad y su descoordinación. En realidad, existen distintos subsistemas dirigidos a solventar problemas diferentes, desde varias administraciones públicas, y con orígenes históricos y efectos diversos. Como consecuencia de los cambios sociodemográficos y culturales ya mencionados, se está produciendo, sin embargo, una demanda creciente de servicios y prestaciones sociales de apoyo a la población dependiente y a los cuidadores. La solidaridad familiar tradicional requiere el complemento de servicios formales comunitarios y residenciales. Es precisamente aquí donde hay que destacar la situación real de los servicios de larga duración existentes. Se distinguen éstos por el bajo nivel de la oferta, así como por su desigualdad en la distribución territorial y en las condiciones de acceso. Llama, en concreto, la atención el desequilibrio entre un sistema sanitario universal y gratuito y un sistema de servicios sociales asistencial, al que accede sólo una parte de la población.

En la actualidad, sólo están protegidas algunas situaciones de dependencia de manera obligatoria, como consecuencia de accidentes en la actividad laboral o imposibilidad de trabajar por discapacidad. Sin embargo, en ningún caso se contempla la situación de dependencia derivada de la edad o de determinadas enfermedades, excepto cuando concurre la falta de recursos, es decir, cuando se aporta la prueba de ausencia de medios. Sucede así que grupos de población con rentas medias y bajas quedan excluidos tanto del sistema público, al que acceden en primer lugar las personas dependientes sin recursos, como del sistema privado, cuyo coste pueden asumir sólo parcialmente.

Por su parte, la protección sanitaria es universal en cuanto a cobertura, si bien incompleta en lo referente a la atención de muchas personas en situación de dependencia. De ahí que el déficit en la protección de la dependencia resida fundamentalmente en la oferta de servicios sociales y en el limitado y descoordinado impacto de las prestaciones monetarias por dependencia. En efecto, la cobertura de servicios sociales comunitarios es baja en términos comparativos con otros países de la Unión Europea (UE) a pesar de su fuerte crecimiento en los últimos años, tal como señala el *Libro Blanco de la Dependencia*: 3,14% de las personas de 65 y más años reciben ayuda a domicilio; 2,05% disponen de teleasistencia y 0,46% son atendidos en centros de día. Se observa asimismo una oferta creciente de residencias privadas, que tiende a la subocupación a medio plazo.

Así pues, mientras el derecho a la protección sanitaria es efectivo, aunque limitado en prestaciones para situaciones de dependencia, no sucede lo mismo con el derecho a los servicios sociales, un derecho "debilitado", de naturaleza asistencial. Los servicios sociales han sido desarrollados por cada comunidad autónoma, toda vez que a ellas corresponde la competencia en esta materia. Se ha generado así una creciente desigualdad entre regiones en cuanto a cobertura e intensidad protectora, a pesar del esfuerzo nivelador, aunque insuficiente, del Plan Concertado de Servicios Sociales Municipales.

El cuadro 3 recoge los distintos recursos y dispositivos protectores actualmente existentes para cubrir situaciones de dependencia: los servicios sociales, las prestaciones económicas, las ayudas fiscales y las ayudas al cuidador. No se entra aquí en el análisis pormenorizado de estos recursos, remi-

CUADRO 3

PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SERVICIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA

<i>Servicios sociales</i>	<i>Prestaciones económicas de la seguridad social y comunidades autónomas</i>	<i>Desgravaciones fiscales Ley 40/ 1998, IRPF</i>	<i>Conciliación de la Vida Familiar y el Trabajo (Ley 39/ 1999)</i>
Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y Teleasistencia	Ayuda de tercera persona por gran invalidez	Mínimo personal: desgravaciones fiscales en función del grado de discapacidad e ingresos	Reducción de jornada
Centros de día	Complemento por invalidez no contributivo 75% discapacidad	Mínimo familiar: desgravaciones fiscales en función del grado de discapacidad e ingresos	Excedencia por cuidados hasta un año
Residencias asistidas	SATP (LISMI) Prestación por hijo a cargo con grado de discapacidad superior al 75%		
Pisos protegidos y servicios de respiro	Ayudas puntuales de las comunidades autónomas y los ayuntamientos		

Fuente: Elaboración propia.

tiendo al lector interesado al capítulo octavo del *Libro Blanco de la Dependencia*.

Las estimaciones del gasto en protección a la dependencia han tenido un cierto desarrollo durante los últimos años (por ejemplo, Montserrat, 2003, 2005; Rodríguez Cabrero, 1999). El *Libro Blanco* cifra un gasto en 2003 de 2.357 millones de euros (el 84% en servicios y el 16% en prestaciones monetarias). Ello viene a suponer aproximadamente el 0,32% del PIB. En términos comparados, España realiza todavía en la actualidad un esfuerzo muy limitado de gasto público en protección a la dependencia. Como término de referencia, téngase en cuenta que el gasto público en cuidados de larga duración, sin incluir el gasto sanitario, representaba en el año 2000 un 3% del PIB en Dinamarca o un 2,8% del PIB en Suecia, y en otros países con una tradición de protección social menos universal –por ejemplo, en Reino Unido, Austria, Francia e Irlanda– en torno al 0,7% (Comisión y Consejo de la Unión Europea, 2003; Rodríguez Cabrero, 2005).

En suma, los factores que condicionan las políticas de protección social a la dependencia en España son el creciente número de personas dependientes mayores de 65 años, la crisis inevitable del sistema tradicional de ayuda informal de la familia y la oferta limitada de prestaciones y servicios sociales públicos; todo ello en un contexto de ausencia de un modelo público coordinado de atención a las personas en situación de dependencia. Estos factores han puesto de manifiesto los límites del actual modelo de cuidados en España y la necesidad de establecer una política pública integral de largo alcance. El impacto del envejecimiento de la población requiere una política a largo plazo, semejante a la que está teniendo lugar progresivamente en la política de pensiones. Por lo demás, aun siendo cierto que la población mayor de 65 años constituye el grupo más numeroso de la población en situación de dependencia, no cabe olvidar que ésta recorre toda la estructura de edades de la población española. Si bien los niveles protectores del colectivo menor de 65 años han sido crecientes durante las dos últimas décadas, todavía existen lagunas importantes que no cabe olvidar en el diseño de la nueva política pública y que inciden, sobre todo, en el apoyo a las ABVD de los discapacitados ocupados.

La iniciativa conjunta de la Comisión y el Consejo europeos en marzo de 2003 plantea una estrategia de universalización de la atención social a la dependencia, prestación de asistencia de un alto nivel de calidad y sostenibilidad de los sistemas

de asistencia. Esta estrategia parte de la coexistencia de cuatro diferentes modelos nacionales de protección social –liberal, continental o de seguridad social, nórdico y latino– que, sin duda, suponen ciertos límites al desarrollo de estrategias comunes.

En general, los diferentes modelos pueden dividirse, no sin cierto esquematismo, en modelos de naturaleza universal (a su vez, de dos tipos: universales y de seguro público) y en modelos de carácter asistencial (Jacobzone, *et al.*, 1998; Jenson y Jacobzone, 2000). La tendencia general dominante en los países de la UE respecto de la protección social a la dependencia se orienta hacia los modelos de naturaleza universal (en sus dos versiones). Se trata, en cualquier caso, de modelos *topados*, cuyos servicios o prestaciones monetarias cubren una parte del coste de los cuidados de larga duración y que, en mayor o menor medida, contemplan el copago. El asistencialismo parece estar en cierto retroceso, mientras que se abre camino la política de universalización del derecho social a la protección de las situaciones diversas de dependencia, lo que supone que la accesibilidad no dependa tanto de los recursos del beneficiario, sino de la necesidad social. Éste es el esquema u opción política del *Libro Blanco de la Dependencia*: un modelo universal que reconozca una serie de prestaciones básicas o *topadas* según el grado de dependencia y, por tanto, abiertas al copago.

Esta “tendencia general” de los sistemas nacionales de protección social que forman parte del modelo social europeo plantea dos preguntas a las que, de manera tentativa y esquemática, se va a intentar dar respuesta en los siguientes apartados: en primer lugar, qué modelo protector puede ser más efectivo en España en términos de igualdad y eficiencia; en segundo lugar, cuál es el coste de un modelo universal y cómo financiarlo. Ambas preguntas son inevitables en un contexto marcado por la necesidad de desarrollar una política integral de protección social a la dependencia (reforzada por las tendencias protectoras de los países de la UE) y, al mismo tiempo, por la tendencia a la contención del gasto social público. Su adecuada respuesta en el debate científico y político condicionará la efectividad de la acción protectora en el futuro.

3. MODELOS DE PROTECCIÓN A LA DEPENDENCIA

La extensión actual de la dependencia y, sobre todo, la intensidad que va a cobrar en los

años venideros estimula la creación de un sistema de protección social que, idealmente, debe ser universal, coordinado, equilibrado territorialmente y sostenible a largo plazo. Tal como indican la experiencia internacional y la literatura científica, los modelos de protección social –descartado el modelo asistencial actualmente existente en España– pueden ser de tres tipos: financiado con impuestos generales (países nórdicos), financiado con cotizaciones a la seguridad social (como, por ejemplo, en Alemania, Austria y Luxemburgo) o mixto, en el que una parte del coste se subviene mediante cotizaciones sociales y otra parte mediante impuestos generales (Pacolet *et al.*, 1998; Montserrat, 2005). Todos ellos tienen, teóricamente, sus ventajas e inconvenientes. En la práctica concreta de cada país pueden variar en función del modelo de estado del bienestar y del sistema de competencias. Teniendo ambas variables en cuenta, posiblemente un modelo mixto sea el preferible para el caso español; un modelo en cuya financiación se impliquen las diferentes administraciones públicas y que incluya un copago razonable que no desvirtúe el principio de universalidad efectiva de la acción protectora. Ello implica ciertamente que las prestaciones básicas estén aseguradas por las administraciones centrales, es decir, por la legislación nacional y el sistema de seguridad social español.

La protección de la dependencia tiene un doble soporte constitucional. El artículo 41 de la Constitución Española (CE) permite interpretar dicha protección como derecho subjetivo en el ámbito de la extensión y el perfeccionamiento de la seguridad social “para todos los ciudadanos” que precisen “asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad”. En este mismo sentido se han posicionado instituciones como el Defensor del Pueblo y diferentes organizaciones sindicales y expertos². También cabe mencionar el apoyo de los agentes sociales y económicos³ y la renovación del Pacto de Toledo en octubre de 2003, que aprueba una recomendación adicional a favor de “un sistema integrado que aborde, desde la perspectiva de la globalidad, el fenómeno de la dependencia... a través de la elaboración de una política integral de atención a la dependencia”. Desde el punto de vista competencial, el artículo 149.1 de la CE reconoce al estado la competencia en la regulación de las

² Véase, por ejemplo, Frades (2002), Maravall (2003), Casado (2004), Rodríguez Rodríguez (1998 y 1999), Rodríguez Rodríguez y Sancho (1995).

³ Véase el “Acuerdo para la mejora y el desarrollo del sistema de protección social” de 3 de abril de 2001.

condiciones básicas de igualdad en el ejercicio de los derechos, mientras que el 149.17 establece su competencia en la legislación básica y el régimen económico de la seguridad social.

Este marco constitucional permite materializar una cobertura universal que proteja las diferentes situaciones de dependencia, superando el restrictivo marco asistencial en el ámbito de los servicios sociales y, también, aunque en menor medida, en la atención sanitaria. Hay que recordar que la protección social de la dependencia supone garantizar cuidados de larga duración que, por su propia naturaleza, son en parte sociosanitarios. La atención sanitaria es actualmente universal y gratuita, pero incompleta, ya que no contempla de manera específica, por ejemplo, la rehabilitación, entre otras prestaciones sanitarias relacionadas con la dependencia. Es preciso, pues, fortalecer la coordinación sociosanitaria, dado que las fronteras entre lo sanitario y lo social son porosas.

La intensidad protectora de las prestaciones sociales debería depender, en primer lugar, de la gravedad de la dependencia evaluada por equipos multidisciplinares de las comunidades autónomas mediante un baremo estatal que garantice el principio de igualdad. La dependencia podría fijarse en tres grados: moderada, grave y severa, lo que no excluye gradaciones dentro de cada nivel, en función del tipo de necesidades (instrumentales, personales o mixtas). Un sistema de evaluación mixto de tipo médico-psico-social podría cumplir adecuadamente las funciones de determinación del tipo de dependencia y definir el modelo de cuidados adaptado a cada necesidad personal.

Las prestaciones pueden adquirir tres modalidades: en dinero, en servicios o mixtas. Las prestaciones en servicios (directas por el sector público, concertadas con el sector privado o mediante cheque-servicio) suelen presentarse como el ideal de prestación, ya que se genera empleo, a la vez que el recurso utilizado puede resultar más efectivo y de evaluación relativamente eficaz. Sin embargo, la prestación económica tiene la ventaja de que la persona en situación de dependencia puede utilizarla como compensación al cuidador informal o como ayuda para financiar la contratación de un cuidador en el mercado, maximizando su libertad de elección.

Ahora bien, la utilización incontrolada de la prestación económica puede ser un incentivo para que el cuidador, o más concretamente la mujer cuidadora, renuncie a buscar empleo o lo abandone,

al tiempo que podría frenar la necesaria expansión de una red de servicios sociales. Sería, por tanto, conveniente modular (sin restringir) la libertad de opción entre prestación en dinero y en servicios, estableciendo límites en función de la necesidad a proteger y el grado de dependencia. Entre el modelo japonés (que no contempla más que servicios determinados) y el modelo alemán (que permite una libertad casi absoluta de elección) pueden establecerse fórmulas intermedias (por ejemplo, el modelo luxemburgués, que restringe la libertad de elección a medida que aumenta la gravedad de la dependencia). A estas prestaciones dirigidas a proteger a la persona dependiente habría que añadir otras destinadas a proteger al cuidador o cuidadora, que también son contempladas en los sistemas de protección continental y nórdico: el apoyo directo a la persona cuidadora reconociendo el tiempo de excedencia por cuidados a efectos de la carrera laboral (o de cotización a la seguridad social), así como la oferta de servicios de respiro, información y formación para los cuidados.

decir, de si las prestaciones son predominantemente en servicios, económicas o mixtas), del tipo de servicios ofertados y de la intensidad de su utilización, del sistema de provisión y de los precios de los servicios. Ello significa que existe una amplia variabilidad en el coste público de un modelo de dependencia.

Durante los últimos años se han hecho estimaciones del coste público sobre la base de diferentes hipótesis (Montserrat 2003 y 2005; Rodríguez Cabrero y Montserrat, 2002). La más reciente toma como referencia la población dependiente estimada en el *Libro Blanco*, aplica un modelo hipotético relativamente parecido al alemán (la mitad de la población opta por servicios y la otra mitad por las prestaciones económicas), basándose en dos hipótesis de copago (del 25 y del 50% del coste real) y en un modelo de consumo de servicios que se incrementa a medida que aumenta la dependencia (Montserrat, 2005). Los resultados, resumidos en el cuadro 4, son los siguientes: con un tipo de copago por servicios del 50% (que supondría 3.498,27 millones de euros de gasto público y otra cantidad igual como copago), el coste público total ascendería a 5.340,68 millones de euros en 2005 en servicios y prestaciones monetarias; con un copago por servicios del 25% (un total de 1.749 millones de euros de copago), hipótesis que coincide con la tendencia general de aportación media del usuario en los países de la UE, el coste público se elevaría a 7.703,97 millones de euros para dicho año en servicios y prestaciones monetarias. Dado que el gasto público estimado en 2005 es del 0,36% del PIB (en torno a 3.000 millones de euros), el resultado supondría esfuerzos adicionales de gasto público entre un mínimo del 0,28% y un máximo del 0,56% del PIB para lograr una cobertura universal

4. COSTE, FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE UN SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA

El coste total de un sistema de protección social a la dependencia es siempre superior al coste del seguro público, ya que el primero incorpora el copago y los costes totales (tanto en tiempo de cuidados como de oportunidad) que este segundo no comprende. Por lo demás, el coste del seguro público depende del modelo protector (es

CUADRO 4

COSTE PÚBLICO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA. GASTO ACTUAL Y ADICIONAL EN 2005 EN FUNCIÓN DE DOS HIPÓTESIS DE COPAGO

<i>Coste público de la protección social a la dependencia</i>	<i>Hipótesis alta de gasto público (copago del 25%)</i>	<i>Hipótesis baja de gasto público (copago del 50%)</i>
Coste total prestaciones en servicios y monetarias	7.703,97	5.340,68
Porcentaje del PIB	0,92	0,64
Gasto público actual (2005)	0,36	0,36
Gasto público adicional necesario	0,56	0,28

Fuente: Montserrat (2005).

completa. Cualquiera de las dos hipótesis es asumible, dado nuestro actual nivel de crecimiento económico, y exigible en todo caso para un desarrollo social que dé prioridad a la calidad de vida personal y familiar.

La financiación del seguro de dependencia depende de varios factores: la tradición de cada país (modelo continental, liberal o nórdico de seguridad social), el entorno económico y el equilibrio de las cuentas públicas, el tipo de acuerdo entre los agentes sociales y económicos y, finalmente, el tipo de copago. Conviene insistir en que la financiación de las prestaciones va dirigida a cubrir una parte importante del coste de la dependencia, pero no la totalidad. Ningún modelo europeo de protección tiene una cobertura ilimitada. La financiación de la dependencia en los diferentes modelos continentales y nórdicos se limita a garantizar unas prestaciones económicas o ayudas consideradas "básicas", o unas prestaciones en servicios, cuyo límite, en este último caso, son los precios públicos existentes o un porcentaje de éstos.

En cualquier caso, parece claro que el modelo de financiación del sistema de protección de la dependencia debe ser mixto, teniendo en cuenta la necesidad de implicación de varias administraciones públicas y del usuario, y acordado entre las administraciones públicas y los agentes sociales. Un modelo tentativo, que he propuesto para el debate, se asentaría en los siguientes puntos (Rodríguez Cabrero, 2004):

a) La seguridad social financiaría las prestaciones básicas de la población dependiente, tanto económicas como en servicios, con carreras de tipo contributivo, así como las cotizaciones de la población trabajadora en situación de excedencia por razón de cuidados a un familiar. Ambas se financiarían con una fracción de las cuotas de las cotizaciones sociales. Los incapacitados para el trabajo tendrían el mismo derecho a las prestaciones y servicios, si bien su financiación se podría hacer con cargo a los impuestos generales del estado. Por tanto, la financiación de la parte no contributiva se subvendería mediante impuestos generales, aun cuando tales recursos estarían integrados en la Tesorería General de la Seguridad Social. Se integrarían también en una única fuente de financiación aquellos gastos sociales relacionados con la dependencia y que en la actualidad están incluidos en otras partidas presupuestarias.

b) Las comunidades autónomas aportarían la red sanitaria, que está bajo su competencia, y la

red residencial o especializada financiada. A las transferencias de los servicios sanitarios ya realizadas habría que añadir la parte correspondiente de la administración central para financiar los servicios sociales y la parte adicional propia que las comunidades autónomas incorporarían para financiar el mantenimiento de la red de servicios o mejorarlos en función de sus propias políticas sociales. Por su parte, los ayuntamientos garantizarían el mantenimiento de la red de servicios comunitarios (ayuda a domicilio, centros de día, algunas residencias y servicios complementarios).

De cualquier modo, se hace preciso conciliar el principio de igualdad en todo el estado con el principio de competencia y corresponsabilidad fiscal de las comunidades autónomas. El primer principio exige universalidad e igualdad en el acceso al sistema (por tanto, igual baremo en todo el territorio español para definir los distintos niveles de dependencia) y en las prestaciones básicas, así como la garantía de éstas en el caso de incapacidad del copago de los servicios. Las comunidades autónomas tienen la competencia en materia asistencial y de servicios sociales, si bien no en exclusiva, y por tanto no sólo la responsabilidad y competencia de su gestión, sino también la de su posible mejora en función de los distintos niveles de vida. La articulación de las competencias en esta materia será crucial para evitar transferencia de costes en un sentido (de las comunidades autónomas al estado, como en parte ha sucedido recientemente en el caso de la sanidad) u otro (evitando que el modelo de prestaciones básicas del estado transfiera progresivamente el coste a las comunidades autónomas, tal como ha sucedido en Alemania, donde los *Länder* y los ayuntamientos han asumido una creciente carga financiera debido a la congelación nominal de las prestaciones básicas durante años). De ahí que el sistema de financiación deba ir enlazado con el de la articulación de las competencias de los diferentes niveles de las administraciones públicas para evitar duplicidades competenciales, fallos administrativos, desplazamientos incontrolados de costes y otros posibles fallos de coordinación que repercutan negativamente en los principios de igualdad y equidad territorial.

En definitiva, al mismo tiempo que se pone en marcha una ley de protección social a la dependencia, será necesaria una inversión pública y privada importante para extender la red de servicios sociales. Sin una red extensa de servicios sociales, la opción mayoritaria seguiría siendo durante mucho tiempo la de las prestaciones económicas, y difícilmente se lograría la eficacia protectora.

5. CONCLUSIÓN

La necesidad de protección social a las personas en situación de dependencia ha pasado al primer plano de la agenda política como consecuencia de la confluencia en el tiempo de varios factores: el envejecimiento de la población; el progresivo agotamiento del modelo familiar de cuidados informales, en buena medida, como consecuencia de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo; la necesidad de apoyo personal a las personas discapacitadas que trabajan; la creciente conciencia social de que los cuidados informales no constituyen un problema exclusivamente individual y familiar, sino también social; y, no menos importante, el efecto demostración de las políticas de protección social que se han puesto en marcha durante los últimos quince años en los estados del bienestar de la Europa continental, así como de las políticas de perfeccionamiento que han acometido los países nórdicos de tradición protectora universalista.

En este artículo se ha puesto de manifiesto la problemática de la estimación de la población en situación de dependencia a partir de las encuestas existentes. Contamos con aproximaciones tentativas a una realidad que cristalizará a principios de la próxima década, una vez se consolide el modelo protector que presumiblemente aprobarán las Cortes Españolas bajo forma de ley a lo largo de 2006. La opción por la que en este artículo abogo es la de un modelo de protección de tipo universal siguiendo la senda del modelo social europeo, si bien, por nuestra tradición de cobertura social de riesgos, pudiera materializarse una alternativa de tipo mixto, a mitad de camino entre un modelo de seguridad social financiado con cotizaciones y otro de tipo universalista financiado con impuestos. Tan importante como la financiación es la resolución de problemas institucionales que afectan al reparto de competencias entre las diferentes administraciones públicas, la garantía de la igualdad en el acceso y en las prestaciones básicas en todo el estado y una intensidad protectora suficiente, que no haga recaer sobre los ciudadanos una parte creciente del coste mediante un sistema de copago desligado de su capacidad real de renta. Entre un sistema universal de baja intensidad protectora y elevado copago (excluyente) y un sistema universal de alta intensidad, de difícil financiación y muy bajo copago, caben fórmulas intermedias, tal como nos demuestra la experiencia europea.

En todo caso, la protección social de la dependencia es una política de estado que tiene su

punto de partida en la regulación y financiación de las administraciones centrales de las prestaciones básicas, y su desarrollo y gestión tanto en las comunidades autónomas, que poseen la competencia en materia de servicios sociales, como en la administración local, en cuyo ámbito se proveen los servicios comunitarios y que representa la puerta de entrada en el sistema protector. En este modelo, el sector privado, tanto mercantil como sin ánimo de lucro, tiene un papel de colaboración en la gestión de servicios sociales, públicos y privados.

A la altura de 2005, el esfuerzo de gasto público de España en protección social a la dependencia es aún muy bajo, aunque el punto de partida no sea insignificante. El coste público estimado parece asumible por un sistema de protección social que, como el español, registra un bajo nivel de gasto social total, comparado con el conjunto de los países de la UE. De ahí que, sin restar importancia a la cuestión de la financiación, lo crucial y previo es la opción por un sistema institucional universal que garantice la igualdad de acceso, esté equilibrado territorialmente y coordinado entre las diferentes administraciones, y resulte sostenible a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN, A. y M.^a D. PUGA (2002), *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*, Madrid, Fundación Pfizer.

ABELLÁN, A. y PUGA, M. D. (2004), "Una estimación de la dependencia en España", *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14 (5).

CASADO, D. (dir.) (2004), *Propuestas a la dependencia*, Madrid, CCS.

CASADO MARÍN, D. y G. LÓPEZ CASASNOVAS (2001), *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*, Barcelona, Fundación la Caixa.

CONSEJO DE EUROPA (1998), *Recomendación N.º R (98) 9 del Comité de Ministros a los estados miembros relativa a la dependencia* (extraído en noviembre de 2005 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/consejoeuropa-rec989-01.pdf>).

COMISIÓN Y CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA (2003), *Apoyar las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y los cuidados a las personas mayores* (extraído en noviembre de 2005 de http://europa.eu.int/comm/employment_social/publications/2003/cev503002_es.html).

DEFENSOR DEL PUEBLO (2000), *La atención socio-sanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*, Madrid, Defensor del Pueblo.

FRADES, J. (2002), "La protección de las personas dependientes", Madrid, Gabinete Técnico Confederado de UGT (mimeo).

IMSERSO (2004), *Atención a las personas en situación de dependencia. Libro Blanco*, Madrid, MTAS (<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/libroblancodeladependencia.html>).

IMSERSO (2005), *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*, Madrid, IMSERSO.

INE (2001), *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999 (EDDES)*, Madrid, INE.

JACOBZONE, S. et al. (1998), *Long Term Care Services to Older People. A Perspective on Future Needs: The Impact of an Improving Health of Older Persons*, París, OCDE.

JENSON, J. y S. JACOBZONE (2000), *Care Allowances for the Frail Elderly People and their Impact on Women Care-Givers*, París, OCDE.

MARAVALL, H. (2003), "El envejecimiento en España", *Cuadernos de Información Sindical*, Madrid, Comisiones Obreras.

MONTSERRAT, J. (2003), "El coste de la dependencia", *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, número 13, 4.

– (2005), "El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo", *Presupuesto y Gasto Público*, 39/2005.

MORÁN ALÁEZ, E. (1999), "Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográficas", en RODRÍGUEZ CABRERO, G. (coord.), *La protección social de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.

MORÁN ALÁEZ, E. y RODRÍGUEZ CABRERO (2005), "La población dependiente en España en 1999 y proyecciones a 2005 y 2015", Madrid (mimeo).

PACOLET, J. et al. (1998), *Social Protection for Dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway*, Bruselas, European Commission.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (coord.) (1999), *La protección social de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.

– (2004), "Protección social de la dependencia en España", *Documento de Trabajo 44/2004*, Madrid, Fundación Alternativas.

– (2005) "Modelos de protección social a la dependencia con especial referencia al espacio europeo", en NAVARRO, V. (dir.), *La situación social en España*, Madrid, Biblioteca Nueva.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. y J. MONTSERRAT (2002), *Modelos de atención sociosanitaria. Aproximación a los costes de la dependencia*, Madrid, IMSERSO.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (1998), "El problema de la dependencia de las personas mayores", *Documentación Social*, 112.

– (1999), "Análisis de los servicios sociales en el marco de la atención sociosanitaria", en DEFENSOR DEL PUEBLO (2000).

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. y M. T. SANCHO CASTIELLO (1995), "Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad", *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 5.