

Salud y atención a la dependencia. Una perspectiva económica en los albores del SAAD

Juan Oliva^a y Anna Tur Prats^b

^aAnálisis Económico y Finanzas. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Castilla la Mancha, Toledo. Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES), Barcelona.

^bDepartamento de Economía y Empresa, Universitat Pompeu Fabra, y Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES), Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La extensión de la esperanza de vida durante el siglo XX constituye uno de los principales hitos de la especie humana en toda su historia. Cuesta imaginar que en el año 1900 la esperanza de vida en España se encontraba en torno a los 35 años. Apenas un siglo después, se estima que la esperanza de vida al nacer de un español varón es de 77 años y de 84 en el caso de las mujeres. Una consecuencia de este enorme éxito es que la expresión "pirámide" poblacional está perdiendo sentido en los países de rentas altas, los cuales se preparan para asistir a una inversión de dicha pirámide en una suerte de "maraca".

Así, mientras que en el año 2009, según las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística, el 16,7% de la población residente en España supera los 64 años de edad, las estimaciones previstas para el año 2025 por Eurostat, la Oficina Europea de Estadística, sitúan este porcentaje en el 21,0% y en el 30,8% para el año 2050. De modo similar, se espera que la población de 80 y más años, que en abril de 2009 sumaba el 4,7% de la población residente en España, crezca hasta cifras del 6,6% y del 11,2% en los años 2025 y 2050, respectivamente.

Buena parte del incremento en la esperanza de vida observado ha venido de la mano del control de enfermedades infecciosas, que han sido sustituidas por enfermedades de carácter crónico que se manifiestan especialmente a partir de edades avanzadas. De ahí que una importante cantidad de los recursos sociales se empleen en la actualidad no ya en curar, sino en cuidar a las personas con problemas de salud y en prevenir de manera secundaria o terciaria el desarrollo de las enfermedades. Dentro de este contexto, cada vez cobra más importancia no sólo el mayor número de años vividos, sino la calidad de vida de cada uno de estos años. El que vivamos un alto número de años, con el menor número de discapacidades y con la mayor autonomía personal posible, se ha traducido así en uno de nuestros principales objetivos sociales.

Discapacidad y dependencia no son conceptos sinónimos, aunque en ocasiones se empleen como tales. La Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2008) distingue entre los conceptos de discapacidad (aplicado a personas de seis y más años) y limitaciones (centrada en personas menores de seis años).

Centrándonos en el primero, se entiende por discapacidad "toda limitación importante para realizar las actividades de la vida diaria que haya durado o se prevea que vaya a durar más de un año y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas o con la ayuda o supervisión de otra persona (exceptuando el caso de utilizar gafas o lentillas)". Así pues, se considera que una discapacidad tiene su origen en una deficiencia, entendiendo como tal "los problemas en las funciones corporales o en las estructuras del cuerpo". LA EDAD-08 considera 35 tipos de deficiencias, clasificadas a su vez en 8 grupos: mentales, visuales, auditivas, de lenguaje, de habla y de voz, osteoarticulares, del sistema nervioso, viscelares y otras deficiencias. A partir de ellas se consideran 44 tipos de discapacidades clasificadas en 8 categorías: visión, audición, comunicación, aprendizaje y aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas, movilidad, autocuidado, vida doméstica e interacciones y relaciones personales.

La definición oficial del concepto de dependencia podemos buscarla en el Consejo de Europa, el cual la define como "la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana" y como "un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o 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 y, de modo particular, los referidos al cuidado personal"^{1, 2}.

Dentro del marco legal español, la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, define en su artículo 2 la dependencia como "el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal".

Es precisamente dentro de este marco donde se auspicia la creación del Sistema para la Autonomía y Apoyo a la Dependencia (SAAD), que está llamado a ser el cuarto pilar del Estado del Bienestar al sumarse a la educación, la sanidad y las prestaciones sociales (pensiones, subsidios por desempleo y otras rentas sociales). Toda vez que los futuros cambios demográficos y sociales cuestionarán notablemente el sistema de atención a la dependencia que ha mantenido España hasta la fecha, el SAAD ha sido creado como respuesta de estas tensiones. En los siguientes epígrafes se revisarán las experiencias españolas e internacionales sobre la evolución de las tasas de dependencia, así como el sistema de apoyo a las situaciones de dependencia español, para pasar a continuación a reseñar los aspectos más destacados del SAAD y concluir con una serie de reflexiones sobre el nuevo sistema.

EXPERIENCIA INTERNACIONAL Y ESPAÑOLA SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA DEPENDENCIA

Si bien existen enfermedades devastadoras que pueden producirse a edades tempranas y condicionan enormemente la autonomía de personas de cualquier edad, las cifras oficia-

les señalan que la prevalencia de los problemas de discapacidad y dependencia se concentra en las personas de edad avanzada. Por tanto, sin perder de vista que muchos de los comentarios que haremos a continuación son extrapolables a personas de cualquier edad, centraremos nuestra atención en la evolución de la salud de las personas de edad avanzada.

Una cuestión de gran relevancia en la agenda de investigación científica y social es si las personas mayores tienen mejor salud hoy (más esperanza y mejor calidad de vida) que las de generaciones anteriores o si, por el contrario, las mejoras en la esperanza de vida no se han traducido en mejor salud a lo largo de los años vividos. A la idea que expresa la primera situación se le denomina hipótesis de la compresión de la morbilidad, y a la segunda hipótesis de la expansión de la morbilidad. En el caso de la dependencia deberíamos matizar algo más estos conceptos y tener en consideración que la presencia de comorbilidades a una determinada edad requiere de un ajuste en su severidad y posiblemente también habría que introducir consideraciones socioculturales para trasladar estas ideas a una hipótesis de la compresión de la dependencia o a una hipótesis de la expansión de la dependencia.

En la hipótesis de la compresión de la morbilidad^{3, 4}, la esperanza de vida aumenta y el inicio de la morbilidad se retrasa de manera más que proporcional al aumento de la esperanza de vida. En cambio, en la hipótesis de la expansión de la morbilidad⁵, la esperanza de vida aumentaría, pero se mantendría el momento de inicio de la morbilidad (dependencia). Existiría una teoría intermedia, llamada de equilibrio dinámico de la morbilidad⁶, que plantea como hipótesis que, si bien el número de años con morbilidad aumentará, este aumento será debido a problemas de salud de menor gravedad y menos discapacitantes*.

Detrás de estos cambios en las mejoras de la esperanza de vida y en los patrones de discapacidad se encontrarían factores como las mejoras en las condiciones de vida materiales de la población (desde un mejor cuidado de las madres en las etapas de gestación o una mejor alimentación infantil hasta la realización de trabajos menos penosos físicamente a lo largo de la vida laboral), hábitos de vida más saludables (en especial, la reducción de la prevalencia del hábito tabáquico, siendo menos claro en el caso del alcohol y con una evolución creciente de las tasas de sobrepeso y obesidad en los últimos años) y mejoras en las tecnologías sanitarias (introducción de nuevas tecnologías sanitarias más efectivas, pero también mejoras en el acceso a éstas y a las anteriormente existentes). Todo ello unido a una mejora de los niveles educativos en la población, que sería un factor transversal relacionado con cada uno de los anteriormente mencionados.

La evidencia empírica desarrollada en el ámbito de la economía de la salud se ha centrado en mayor medida hasta el momento en los llamados estudios del "coste de la muerte"⁸⁻¹¹. Es decir, trabajos que tratan de determinar hasta qué punto es la edad el factor determinante del crecimiento del gasto sanitario o, por el contrario, la variable

*Una discusión más en profundidad sobre estos conceptos y los artículos que se indican a continuación puede encontrarse en Puig-Junoy⁷.

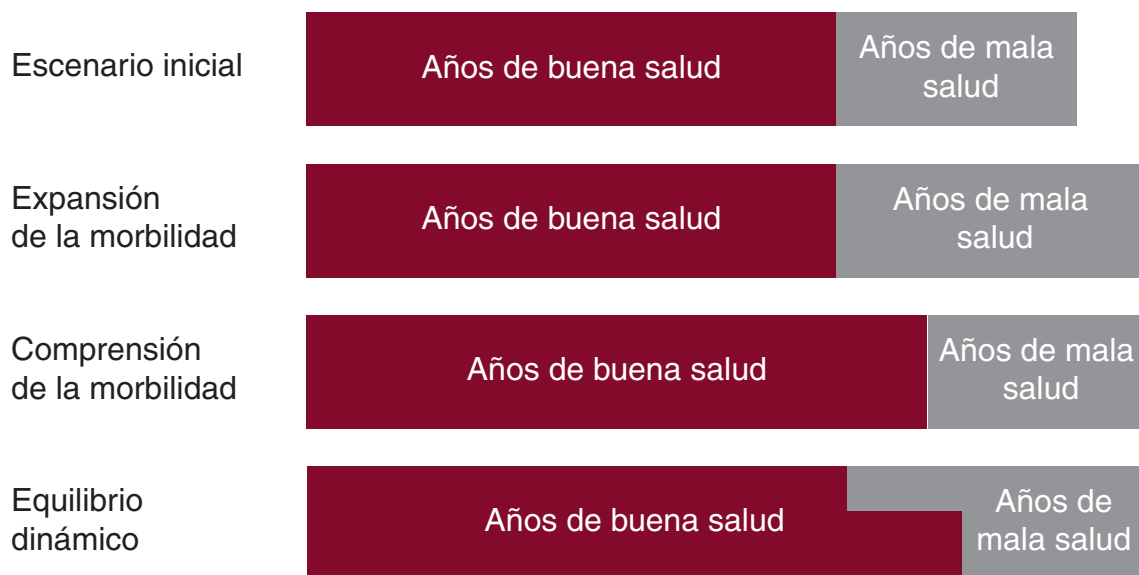


Figura 1. Escenarios de compresión/expansión de morbidependencia.

clave es el tiempo de vida que resta antes del fallecimiento. Aunque cabe hablar de un efecto mixto (la edad importa), la mayor parte de los trabajos se decantan por la importancia del tiempo de vida que resta antes del fallecimiento, lo cual supone importantes matices a la hora de proyectar el gasto sanitario futuro y de implementar políticas públicas de salud dirigidas a la población, cualquiera que sea el tramo de edad que consideramos.

Los estudios de Fries^{12, 13} para Estados Unidos indican una reducción de la discapacidad de las personas mayores a un ritmo anual del 2% desde 1982, mientras que la mortalidad se reduce al ritmo de un 1% anual. Estos resultados coincidirían con la hipótesis de compresión de la morbidependencia. Otros trabajos comunican resultados que encajan con la hipótesis del equilibrio dinámico. En las últimas décadas, la mortalidad de las personas mayores se ha reducido, mejorando también las cifras de discapacidad. No obstante, la prevalencia de la mayoría de las enfermedades crónicas ha aumentado también en la medida en que las personas mayores sobreviven con enfermedad. Así pues, habría un incremento de la morbilidad en edades avanzadas, pero las consecuencias de padecerlas se traducirían en un menor número de discapacidades, comparado con décadas anteriores¹⁴, o bien, incluso cuando el aumento de la esperanza de vida se asocia a un mayor tiempo de discapacidad, las limitaciones son más moderadas y requieren una menor intensidad de cuidado asistencial^{15, *}.

En esta línea, Manton et al.¹⁶ comunican resultados sobre caídas en tasas de discapacidad en EEUU durante el periodo 1982-2005. Como puede observarse en la Tabla 1, se produce un fuerte incremento en el porcentaje de personas de 65 y más años que no padecen ningún tipo de discapacidad y caen las tasas de prevalencia de discapacidad para

*El lector puede comprobar que el paso de una a otra teoría se vuelve muy difuso cuando pasamos de considerar las morbilidades como foco de atención a trasladar éste a las discapacidades.

TABLA 1. PORCENTAJE DE PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS POR GRUPO DE DISCAPACIDAD (EEUU), 1982-2004/05

	1982	1989	1999	2004/05	Diferencia 2004/05-1982
Ausencia de discapacidades	73,5	75,2	78,8	81,0	7,5
Incapaz de realizar una actividad instrumental de la vida diaria	5,7	4,5	3,3	2,4	-3,3
Incapaz de realizar una o dos actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	6,8	6,6	6,3	5,6	-1,2
Incapaz de realizar tres o cuatro ABVD	2,9	3,7	3,7	3,8	0,9
Incapaz de realizar cinco o seis ABVD	3,5	3,1	3,0	3,2	-0,3
Ingreso en una residencia	7,5	6,9	4,9	4,0	-3,5

Fuente: Adaptado de Manton et al¹⁶.

TABLA 2. GASTOS MEDIOS SANITARIOS (MEDICARE PART A)* POR AÑO Y CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD (AJUSTADOS A DÓLARES DEL AÑO 2004)

	1982	1989	1999	2004/05	Diferencia 2004/05-1982
Ausencia de discapacidades	2.238	1.967	1.745	1.584	-654
Incapaz de realizar una actividad instrumental de la vida diaria	5.190	2.973	2.904	3.590	-1.600
Incapaz de realizar una o dos actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	5.733	4.580	4.403	4.849	-884
Incapaz de realizar tres o cuatro ABVD	9.884	6.439	7.712	8.476	-1.408
Incapaz de realizar cinco o seis ABVD	15.236	11.880	13.558	11.971	-3.265
Ingreso en una residencia	8.528	7.853	10.070	9.788	1.260

Fuente: Adaptado de Manton et al¹⁶.

*Dentro del Medicare Part A se encontrarían hospitalizaciones y cuidados a domicilio (asistentes y enfermeras).

casi todas las categorías consideradas. De hecho, este resultado general se repite para cada uno de los tres tramos de edad considerados en el análisis (65-74 años, 75-84 años, y 85 y más años). Los resultados indican caídas en el gasto sanitario público (programa Medicare) para cada categoría de discapacidad considerada (Tabla 2). Según los autores, la combinación de ambos resultados -descensos en las tasas de discapacidad y en el gasto sanitario por persona en cada una de las categorías- son de gran relevancia para la sostenibilidad financiera de los programas de atención sanitaria pública en los EEUU.

La visión menos optimista vendría de la mano de un informe realizado por la OCDE¹⁷ en el que se analizan las tendencias de las tasas de dependencia en población de 65 y

más años de 12 países de la OCDE. Los autores encuentran una clara tendencia decreciente en 5 de los 12 países analizados (Dinamarca, Finlandia, Italia, Holanda y Estados Unidos), 2 países con tasas estables (Australia y Canadá) y 3 países con tasas de prevalencia crecientes (Bélgica, Japón y Suecia). Para los 2 países restantes (Francia y Reino Unido) no fue posible alcanzar una conclusión sólida. Por tanto, el mensaje que los autores del informe dirigen a los responsables públicos es que no pueden contar con escenarios futuros en los que las tasas de prevalencia de discapacidad en población de 65 y más años se reduzcan de manera automática. Ello, unido a la tendencia demográfica de envejecimiento poblacional de los países considerados, puede suponer un fuerte incremento de las personas en situación de discapacidad y de las necesidades de cuidados requeridos. Dando la vuelta al argumento, la prevención de ciertas enfermedades o patrones de riesgo de elevada prevalencia (obesidad, hipertensión, tabaquismo, diabetes mellitus) supondría importantes ganancias en el bienestar social, tanto directamente en la salud de los ciudadanos (con mejoras en los años de vida ajustados por calidad y por discapacidad) como, indirectamente, al generar menores costes monetarios asociados a las enfermedades¹⁸.

Asimismo, merece la pena destacar que, recientemente, la Comisión Europea ha reconocido la importancia de la salud en el desarrollo económico futuro de la Unión Europea (UE), de tal modo que uno de los indicadores clave de crecimiento económico propuesto en la Estrategia de Lisboa para el Crecimiento y el Empleo del año 2005 fueron los Años de Vida Saludables (*Healthy Life Years*, anteriormente llamados años de vida con ausencia de discapacidad). Más recientemente, la estrategia de política sanitaria para la UE propuesta por la Comisión Europea para el periodo 2008-2013, *Together for Health*, subraya este hecho. Pues bien, para el periodo 1995-2003, aunque la esperanza de vida al nacer y a los 65 años se ha incrementado en todos los países de la Unión Europea (UE-15), los años de vida saludables (AVS) en el caso de los varones no variaron en Francia, Holanda, Irlanda y Portugal, ni en el caso de las mujeres en Alemania, Dinamarca y Reino Unido. Más sorprendente aún, los AVS (mujeres) experimentaron una evolución negativa asociada a mayores tasas de discapacidad en Finlandia, Grecia, Holanda, Irlanda y Portugal¹⁹.

En España se observa una evolución claramente favorable en los AVS calculados para el periodo 1995-2003, tanto en el caso de los varones como en el de las mujeres. Junto con esta información, otras dos fuentes nos dan una idea más precisa de la evolución de las tasas de discapacidad en los últimos años. La primera fuente es el trabajo de Casado²⁰. Empleando datos de la Encuesta Nacional de Salud de los años 1993 y 2001, se estudia la evolución de los problemas de dependencia entre las personas mayores y, por otro lado, se analiza la influencia que sobre la misma hayan podido tener distintos factores sociodemográficos. Los resultados obtenidos señalan un descenso de más de 2 puntos en el porcentaje de personas mayores con problemas de dependencia entre los años 1993 y 2001. Entre los factores asociados positivamente a dicha evolución destacan el nivel educativo y una menor prevalencia del consumo de tabaco, si bien se identifican otras variables con efecto negativo, como serían el mayor porcentaje de personas con problemas de sobrepeso y obesidad, así como el incremento en las tasas de prevalencia de ciertas afecciones crónicas.

Por último, las cifras (provisionales) de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2008 publicadas por el Instituto Nacional de Estadística señalan que el número total de personas residentes en hogares españoles que declaran tener alguna discapacidad ascendía a comienzos del año 2008 a 3,85 millones. Si se comparan estas cifras con las precedentes de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) publicada en el año 1999, se observa que hay 320.000 personas más en situación de discapacidad 9 años después. Sin embargo, dado que el crecimiento de las personas con discapacidad ha sido menor que el del total de la población, la tasa de discapacidad ha registrado una disminución desde el 9,0% del año 1999 hasta el 8,5% en 2008²¹.

Así pues, la literatura existente parece avalar hasta el momento la hipótesis de un equilibrio dinámico de la morbilidad, la cual postula una mayor morbilidad derivada del mayor número de años vividos, pero con consecuencias menos discapacitantes para nuestra autonomía. Sin embargo, no debe escapar al análisis el hecho de que el número de estudios realizados sobre el tema aún es escaso y que los escenarios futuros pueden cambiar entre países o, aun dentro de cada uno de ellos, dependiendo del periodo considerado. Ello reforzaría la necesidad de identificar e implementar políticas de salud pública dirigidas a crear entornos saludables que ayuden a modificar hábitos sociales e individuales y prevenir situaciones de discapacidad y dependencia en el largo plazo.

RECURSOS FORMALES Y FAMILIARES DE APOYO A LA DEPENDENCIA

En el inicio del nuevo siglo, España partía de bajos niveles de gasto en protección social asociados a cuidados de larga duración en comparación con otros países europeos. Aunque las cifras varían entre distintos estudios, un informe preparado para la Comisión Europea²² estima el gasto en cuidados de larga duración en el año 2000 en España en el 0,65% del PIB*, cifra muy inferior a la presentada por la mayoría de los países de la Unión Europea.

La tabla 3 refleja las principales características de los modelos internacionales de atención a la dependencia en el año 2004. Se distinguen cuatro modelos. En primer lugar, el modelo escandinavo (Suecia, Noruega y Finlandia) representa un gasto en cuidados de larga duración sobre el PIB superior al 2%, financiado a través de impuestos. La cobertura es universal y las prestaciones son mayoritariamente en especie, con un bajo nivel de copago por parte del usuario. Parte de un peso bajo del cuidador informal sobre el total de cuidados a la dependencia y ofrece a éste una remuneración relativamente elevada así como una protección social alta. Se basa en un elevado apoyo social a domicilio y una proporción baja de provisión privada sobre el total. En segundo lugar, el modelo conti-

*Nótese que en el Libro Blanco de la Dependencia los presupuestos que las CCAA y la Seguridad Social destinaron a dichos cuidados en 2004 ascendían a unos 2,8 miles de millones de euros, es decir, el 0,33% del PIB.

TABLA 3. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS MODELOS INTERNACIONALES DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN 2004

	Modelo escandinavo	Modelo continental	Modelo liberal	Modelo mediterráneo
Países	Suecia, Noruega, Finlandia	Alemania, Francia, Austria	Reino Unido, EEUU	Italia, España
Tipo de cobertura	Universal	Universal	Asistencial	Asistencial
Financiación	Impuestos	Cotizaciones sociales	Impuestos	Impuestos
Nivel de copago del usuario	Bajo (según renta y tipo de servicio)	Medio (sobre costes)	Alto (según renta+patrimonio y coste)	Alto
Peso del cuidado informal sobre el total	Bajo	Medio	Medio	Alto
Remuneración del cuidador informal	Relativamente elevada	Variable entre países	Reducida	Reducida o nula
Protección social del cuidador informal	Alta (formación, apoyo, empleo, servicios de respiro)	Alta (excedencia laboral, servicios de respiro, vacaciones, formación)	Media (asesoramiento, formación, exenciones fiscales)	Reducida
Apoyo social a domicilio	Alto	Medio	Medio	Bajo
Peso de la provisión privada sobre el total	Bajo	Medio	Alto	Alto
Tipo de prestación mayoritaria	En especie	En especie-monetaria	En especie-monetaria	Monetaria
Ámbito competencial de las ayudas	Estatal-municipal	Estatal-regional	Estatal-local	Regional
Gasto en CLD sobre PIB	>2%	1-1,5%	≈1%	<1%
Porcentaje del gasto público sobre gasto en CLD	>80%	30-80%	60-70%	<30%
Otras características	Elevado desarrollo de los servicios comunitarios	Seguro privado obligatorio en Alemania	Elevado peso de la prestación privada	Desigualdades territoriales notables

CLD: cuidados de larga duración.

Fuente: Díaz E, Ladra S, Zozaya N. La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales².

mental que siguen países como Alemania, Francia o Austria también presenta cobertura universal de atención a la dependencia, aunque a diferencia del resto de modelos, la forma de financiación es a través de cotizaciones sociales. La cifra de gasto en cuidados de larga duración sobre el PIB se sitúa en estos países entre el 1 y el 1,5%. Combinan tanto prestaciones en especie como monetarias y establecen un nivel de copago medio por parte del usuario.

En tercer lugar, Reino Unido y Estados Unidos siguen un modelo de atención al que podríamos denominar liberal. Con una cifra de gasto en cuidados de larga duración de alrededor del 1% de su PIB, parten de un tipo de cobertura asistencial, un alto peso de la provisión privada, e imponen al usuario una contribución elevada al coste del servicio. En estos países, la importancia del cuidado llevado a cabo por familiares o amigos es intermedia, y ofrecen una retribución relativamente reducida a los cuidadores informales. Por último, encontramos el modelo mediterráneo que incluye a países como España (antes de la implementación del SAAD) e Italia. Se trata de modelos asistenciales, que establecen un nivel alto de copago del usuario y que parten de un elevado peso del cuidado informal. Al cuidador informal le ofrecen una remuneración muy reducida (o nula), así como una protección social muy débil. El gasto en cuidados de larga duración sobre el PIB es inferior al 1%, y la competencia en esta materia es regional, lo que provoca considerables desigualdades territoriales.

En España, la familia ha jugado y juega un papel predominante como principal red de protección para satisfacer las necesidades de las personas en situación de dependencia. Este elemento, presente en todos los países pero con mayor intensidad en el nuestro, ha sido sostenible gracias a las bajas tasas de participación laboral de las actuales cohortes de mujeres de mediana edad hasta el momento, lo que ha permitido hasta la fecha una actuación por parte del sector público de carácter subsidiario. Es decir, sólo ante la inexistencia o colapso de la red de protección familiar, unida a la falta de capacidad económica de la persona mayor, las Administraciones Públicas han procedido a financiar o proveer públicamente la asistencia requerida.

Los cuidados prestados por la familia y el entorno afectivo de una persona cuya autonomía se encuentra limitada suelen denominarse cuidados informales. La definición estricta de cuidado informal no es sencilla ni obvia. Por lo general, estos cuidados son un servicio de naturaleza heterogénea, que no tiene un mercado definido y que es prestado por uno o más miembros del entorno social del demandante de dichos cuidados, quienes de ordinario no son profesionales y que no reciben habitualmente ningún tipo de remuneración por sus servicios. En relación al primer punto, conviene distinguir entre dos tipos de actividades de apoyo realizadas por los cuidadores: ayuda prestada para el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y ayuda prestada para el desarrollo de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las ABVD son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros. Entre otras actividades se incluirían: comer, vestirse, bañarse/ ducharse, controlar los esfínteres, usar el retrete a tiempo, trasladarse, etc. Las AIVD son aquellas que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad. Incluirían actividades tales como: cocinar, cuidar la casa, reali-

zar llamadas telefónicas, hacer la compra, utilizar medios de transporte, controlar la medicación, realizar gestiones económicas, etc.*

Los cuidadores informales no son profesionales y no suelen percibir remuneración por los servicios que prestan, más allá de algún tipo de compensación simbólica. En principio, la percepción de una compensación económica no excluye directamente la posibilidad de considerar un cuidado como informal siempre que el cuidador no estuviera dispuesto a cuidar a otra persona (desconocida para él) por ese dinero. La clave reside en que es la vinculación familiar o social con la persona de autonomía limitada el hecho determinante para que el cuidador informal acepte realizar esa tarea**. De acuerdo con la Encuesta de Apoyo Informal a las Personas Mayores (IMSERSO 2004), el 84% de las personas que prestan cuidados informales son mujeres***, de las cuales un 13,35% son cónyuges, un 59,39% hijas y un 10,84% nueras, y cuya edad media se sitúa en 53 años. Entre el tipo de ayuda demandado por las personas que prestan cuidados destacan la petición de asistencia de cuidados formales a domicilio (un 39,4%), de ayuda económica (demanda de un salario para los cuidadores, con un 31,9%) y, ya a mayor distancia, la ampliación del número de plazas y mejora de servicios proporcionados por los centros de día (un 7,2%).

Sin embargo, el que los cuidadores informales no perciban un sueldo o una compensación económica por el desempeño que realizan no significa que sus cuidados se presten "gratis". La Encuesta de Apoyo Informal a las Personas Mayores nos señala algunas de las cargas que deben afrontar las personas que prestan cuidados. Así, un 80% de estas personas reconocen problemas a la hora de disfrutar de su ocio, tiempo libre o vida familiar (reducir el tiempo de ocio, no poder salir de vacaciones, producirse conflictos de pareja, no poder frecuentar a las amistades...), un 63% reconocen problemas de índole económica (no poder plantearse trabajar fuera de casa, tener que renunciar a un empleo, reducir la jornada laboral...) y un 58% refieren problemas de salud y en su estado general (deterioro de la salud, sensación de cansancio, sensación de depresión, tener que recibir tratamiento médico...).

*En función del grado de dependencia que padece la persona cuidada, la complejidad de las acciones a desarrollar por parte de la persona que presta cuidados puede ser elevada. Por ejemplo, según un manual de cuidados a personas que padecen enfermedad de Alzheimer, en el cuidado relacionado con la comida encontramos las siguientes instrucciones: "Retire los platos de cerámica y use plástico irrompible. Retire los cuchillos de carne afilados y utilice los menos peligrosos cuchillos de mantequilla. Corte todo en trozos del tamaño de un bocado. Ensuciar es inevitable cuando progresa la enfermedad. No riña a la persona. No es culpa de nadie. Use manteles fáciles de lavar. A veces, la gente con Alzheimer se niega de plano a comer. Que no se produzca un conflicto. Déjelos solos unos minutos y después ofrézcales la comida otra vez..." y así hasta siete instrucciones más referidas únicamente al ámbito de la comida.

**Cuando el cuidador acepta cuidar a un desconocido, incluso gratis, estamos no ante un cuidador informal, sino ante un voluntario. Si percibe una remuneración de la que vive, es un cuidador profesional.

***Según la EDAD-2008, el 76,3% de las personas identificadas como cuidadoras principales son mujeres. Aunque estas diferencias pueden deberse a la consideración o no de cuidadores principales y secundarios y de los grupos de población estudiados que reciben los cuidados prestados (sólo a personas mayores o a población general de cualquier edad) en las dos encuestas citadas, lo que parece fuera de discusión es que las tareas de cuidado recaen fundamentalmente sobre mujeres.

Esta carga puede ser especialmente intensa en personas que cuidan a otras con limitaciones severas de su autonomía. Según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) realizada en el año 1999, el 73,1% de los cuidadores de personas que sufren una demencia supera las 40 horas semanales de prestación de cuidados (un 63,4% supera las 60 horas semanales), un 54,5% de los cuidadores de personas con Parkinson supera las 40 horas semanales (un 44,0% supera las 60 horas semanales), un 52,1% de los cuidadores de personas con esclerosis múltiple supera las 40 horas semanales (un 45,1% supera las 60 horas semanales) y un 56,4% de los cuidadores de personas que han padecido un accidente cerebrovascular (ictus) supera las 40 horas semanales (un 46,2% supera las 60 horas semanales). En el caso de las enfermedades mentales el porcentaje de cuidadores no remunerados que dedican más de 40 horas a la semana se eleva hasta casi el 60%, mientras que en las cardiopatías y las enfermedades osteomusculares la proporción es menor, de en torno al 40% en ambos casos. Al elevado número de horas de cuidado semanales, hemos de añadir el número de años que puede suponer el cuidado a una persona con este tipo de enfermedades y la complejidad en las tareas que requieren las personas que padecen enfermedades neurodegenerativas.

En la literatura científica es cada vez más abundante la inclusión de los costes de los cuidados informales, especialmente en estudios de coste de enfermedades discapacitantes que tratan de identificar, medir y valorar los costes desde una perspectiva social. En esta línea de trabajos en los que se reconoce la importancia de los cuidadores informales, un estudio analiza el impacto que supondría en España la desaparición de la red de protección familiar. El estudio emplea datos procedentes de la EDDES 1999, actualizados con datos poblacionales del año 2002. El ejercicio se centra en cuál sería el coste de sustituir a los cuidadores informales por cuidadores formales²³. Pese a que se emplean escenarios muy conservadores, las cifras de coste estimadas oscilan entre los 9.087,4 y los 14.100,3 millones de euros tomando como año base el 2002. Estas cifras representan un valor equivalente a entre el 1,25% y el 1,93% del producto interior bruto del año de referencia o, de forma equivalente, a entre el 23,9% y el 37,1% del gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud español de ese mismo año.

Por lo que respecta a los recursos del sistema de cuidados formal (servicios sociales), las cifras que aparecen en la tabla 4 ponen de manifiesto la oferta de servicios públicos de atención a la dependencia existente antes de la implementación del SAAD. Es de destacar la elevada variabilidad de dotación de recursos entre comunidades autónomas (CCAA). En el caso de las residencias, la proporción de plazas financiadas públicamente por cada 100 personas mayores va desde las 2,44 plazas de Castilla-La Mancha hasta las 0,90 plazas de Murcia, pasando por las 1,85 de Cataluña. Esta variación es incluso más acusada en el caso de las plazas en centros de día para personas mayores dependientes, con valores máximos y mínimos de 0,60 y 0,09 respectivamente. Por su parte, las viviendas tuteladas, aunque en media estatal el índice de cobertura es del 0,07, éste varía desde un 0,30 en Castilla-La Mancha hasta un 0,01 en Asturias, Comunidad Valenciana y Murcia. El índice de cobertura de hogares y clubes también presenta una variabilidad muy elevada; mientras en Navarra nos encontramos con 93,62 plazas por cada 100 ancianos, en las Islas Canarias únicamente cuentan con 14,48. En cuanto a los servicios de ayuda a domicilio y de servicios públicos de teleasistencia, las CCAA mejor dotadas tienen índices de cobertura hasta cinco y nueve veces superiores, respectivamente, que las peor dotadas.

TABLA 4. OFERTA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: CCAA, 2006

	Residencias			Centros de día			Servicio ayuda a domicilio			Servicio público teleasistencia	Hogares y clubes	Viviendas tuteladas	
	IC público	IC privado	Copagos	Precio público	IC público	IC privado	IC usuarios	Intensidad	Copago	IC	IC	IC	
Andalucía	1,14	1,57	75% ingr./liqui	-	0,3*	0,06*	3,26	8**	6,27%	12,11**	3,51	51,73	0,05
Aragón	2,20	3,42	-	8,147	0,15	0,42	3,67	10,00	15,00%	10,00	4,52	42,30	-
Asturias	1,53	2,52	37%	11,563	0,36	0,08	3,85	11,95	8,98%	10,56	2,44	64,31	0,01
Baleares	1,45	1,42	76,67%	21,970	0,31	0,16	3,13	12,33	-	16,00	3,00	81,62	0,02
Canarias	1,50	1,71	10% (75% ingr.)0,51	17520	0,42	-	3,06	24,00	-	11,00	0,97	14,48	-
Cantabria	2,20	2,09	75%	15,449	0,51	-	2,85	17,92	-	7,30	2,82	35,27	0,03
Castilla y León	2,08	4,21	75%	8,655	0,22	0,26	4,13	18,89	11,60%	13,29	3,01	49,77	-
Castilla-La Mancha	2,44	3,26	75%	-	0,35	0,03	6,37	17,05	-	9,25	5,74	67,36	0,30
Cataluña	1,85	2,63	29%	15,780	0,37	0,58	4,08	15,40	-	13,52	1,28	15,86	0,16
C. Valenciana	1,93	1,00	36,20%	16,196	0,41	0,19	2,38	11,69	-	9,89	2,88	49,99	0,01
Extremadura	2,37	1,98	65-75%	12,000	0,50	0,01	9,82	16,95	-	6,18	3,38	73,71	-
Galicia	1,06	1,32	26%	18,932	0,09	0,29	2,34	25,14	22,00%	8,43	1,08	40,37	0,17
Madrid	2,11	2,90	16,17%	24,757	0,60	0,49	6,29	17,79	54,00%	12,93	9,22	61,17	0,05
Murcia	0,90	1,21	28,50%	14,498	0,41	0,14	1,85	16,00	-	10,26	2,47	74,25	0,01
Navarra	1,71	3,47	-	6,805	0,14	0,10	4,01	10,00	5,00%	22,32	5,22	93,62	0,04
País Vasco	2,37	1,50	-	32,411	0,60	0,13	5,39	19,30	-	17,40	3,27	35,59	0,26
La Rioja	1,88	2,91	75% Ingresos	12,451	0,27	0,23	4,09	14,68	15,39%	10,25	1,15	89,80	0,02
España	1,76	2,23	-	15,811	0,38	0,26	4,09	16,28	12,12	12,12	3,50	47,15	0,07

IC público: número de plazas financiadas públicamente por cada 100 habitantes con 65 años o más.

IC público: número de plazas sin financiación pública por cada 100 habitantes con 65 años o más.

IC usuarios: número de usuarios de SAD por cada 100 habitantes con más de 65 años de edad.

Intensidad: número medio de horas mensuales de atención al usuario.

Precio público: precio público de una plaza (residencias) o precio que se publica en las convocatorias de ayuda a domicilio (SAD).

*Andalucía: dato referido a enero 2005

** Andaluía: Dato referido a enero 2004, último dato disponible.

Fuente: Elaboración propia a partir de Imserso²⁴.

La variabilidad en la oferta pública de servicios de atención a la dependencia también afecta a los precios públicos y a los porcentajes de copago que deben asumir los usuarios. A este respecto, el precio público de una plaza residencial para una persona no dependiente oscila entre los 6.805 euros anuales en Navarra, y los 32.411 que solicitan en el País Vasco. Los porcentajes de contribución individual al precio de la plaza residencial (copago) se sitúan en torno al 75% de los ingresos líquidos en CCAA como Andalucía, Islas Canarias y La Rioja. El resto de CCAA refiere un porcentaje de copago sobre el precio de la plaza residencial que varía entre el 16,17% de Madrid y el 76,67% de las Islas Baleares. Estos resultados, que aparecen en el Informe de las Personas Mayores 2006 publicado por el IMSERSO²⁴, se refieren a un copago medio, si bien no se entra en el detalle de especificar cómo varía el mismo en función de la renta del usuario ni hay información disponible sobre listas de espera de acceso a los referidos servicios.

Por su parte, el precio público de los servicios de ayuda domiciliaria, con una media estatal de 12,12 euros por hora/usuario, oscila entre los 22,32 euros de Navarra y los 6,18 euros de Extremadura. Los escasos datos aportados por las CCAA en cuanto al porcentaje de copago en este tipo de servicios muestran asimismo una elevada variabilidad: mientras en Navarra un usuario aportaría el 5% del coste del servicio, en Aragón y La Rioja esta contribución ascendería al 15%.

En cuanto a la integración de la red formal e informal de cuidados, la escasa evidencia empírica española apunta, con matices a considerar dependiendo de la edad, género y estado marital, a que el sistema de apoyo formal de servicios de ayuda a domicilio no sustituye la labor de los cuidadores informales sino, antes bien, la complementa. En cambio, en el caso del acceso a los servicios de los centros de día sí parece darse un efecto sustitución respecto a los cuidados informales, que sería aún más claro en el caso de la institucionalización en una residencia ²⁵.

En suma, el sistema de apoyo a personas en situación de dependencia se ha caracterizado en España por contar con la familia como principal soporte, cobrando la red de apoyo formal un papel relevante, pero secundario, y caracterizado por importantes diferencias regionales en la dotación de servicios prestados, en sus costes unitarios y en el porcentaje de copagos en los que incurrían sus usuarios.

EL NUEVO SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y APOYO A LA DEPENDENCIA (SAAD)

En los últimos años, siguiendo el ejemplo de los países nórdicos, que contaban desde hacía tiempo con sistemas públicos de atención a la dependencia de amplia cobertura, varios países europeos -por ejemplo, Alemania, Francia y Austria- han optado por universalizar los servicios sociales de atención a la dependencia²⁶. En España, la aprobación a finales de 2006 de la denominada Ley de Dependencia* (en adelante, LD), supuso el pri-

*Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

mer paso para la puesta en marcha de un nuevo Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

La creación del SAAD constituye una de las iniciativas de política social más importantes de los últimos años. Por un lado, supone avanzar hacia un modelo universalista que nos aproxima a los sistemas de atención a la dependencia del centro y norte de Europa. Por otro lado, al ser las mujeres el apoyo más importante del sistema de cuidados a los ancianos dependientes que hemos tenido hasta ahora, el SAAD puede convertirse en un poderoso instrumento de conciliación entre vida familiar y laboral. A continuación describimos brevemente los principales elementos de dicho sistema.

En primer lugar, el nuevo SAAD estipula que la situación económica no puede constituir una barrera a la hora de acceder a las prestaciones previstas. Esto se establece en contraposición al carácter selectivo de las intervenciones llevadas a cabo por el sector público hasta ese momento, caracterizadas por el empleo de "pruebas de medios" para determinar los posibles beneficiarios de los servicios. En el nuevo sistema, aunque la situación económica es un factor a tener en cuenta en la determinación de los copagos, el único criterio que regula el acceso a los diferentes servicios es el grado de dependencia. En particular, mediante la aplicación de un baremo* que evalúa el grado de autonomía en la realización de un amplio conjunto de actividades básicas e instrumentales, los beneficiarios del SAAD serán clasificados como dependientes moderados (grado I), graves (grado II) o severos (grado III).

En segundo lugar, con respecto a las modalidades de atención, la LD establece tres grandes tipos de prestaciones: a) prestaciones en especie, entre las que cabe incluir los servicios de atención domiciliaria (en adelante, SAD), los centros de día y las residencias, provistas a través de centros públicos o privados en régimen de concierto; b) prestaciones económicas vinculadas a servicios, que tendrán carácter periódico y se reconocerán únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado; y, finalmente, 3) prestaciones económicas para que la persona sea atendida en el domicilio por cuidadores no profesionales.

La decisión sobre el tipo de prestaciones que corresponde a cada beneficiario, así como su intensidad y cuantía, debe tomarse en el seno del Consejo Territorial del SAAD, órgano de coordinación del sistema en que están representados tanto las CCAA como el gobierno central. A este respecto, la LD sólo menciona que las prestaciones deberán tener en cuenta tanto el grado de dependencia como la situación económica de los beneficiarios.

El tercer elemento a destacar es el relativo al despliegue gradual a lo largo del periodo 2007-2015 que prevé la LD. En concreto, durante el primer año de funcionamiento del sistema, únicamente las personas dependientes de grado III se convertirán en beneficiarias. A continuación, durante los años 2008 y 2009, pasarían también a ser beneficiarias las personas menos autónomas (nivel II.2) dentro del grupo de dependientes clasificados como de grado II. En el año 2010, se incorporarían el resto de personas de dicho grado

*Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia (BOE, 96, 21 de abril 2007:17646-17685).

(grado II, nivel 1), y así sucesivamente hasta el año 2015, en el que todas las personas con problemas de dependencia de grado I o superior se convertirán en beneficiarios de las prestaciones y servicios del SAAD.

Por último, es necesario destacar el aspecto relativo a la financiación. Según se estipulaba en la Memoria Económica que acompañaba a la LD, la previsión era que en el año 2015, cuando el SAAD estuviera totalmente implantado, la contribución a la financiación del mismo -9.352 millones de euros- fuera la siguiente: un 42,6% a cargo de las CCAA, un 23,7% de la Administración Central del Estado, y un 33,7% de aportaciones realizadas por los usuarios en concepto de copagos. En el caso de la Administración Central y de los usuarios estas cifras se refieren a nuevos recursos para el sistema. No obstante, con respecto al gasto financiado por las CCAA, en su cómputo estaban incluidos los cerca de 1.800 millones de euros destinados a servicios de atención a la dependencia antes de la creación del SAAD.

En cualquier caso, durante el primer año de funcionamiento del SAAD, el Estado incrementó su aportación en más del 50% respecto a lo presupuestado en la Memoria Económica que acompaña a la LD. Asimismo, aunque se ha llegado recientemente a un acuerdo de mínimos en el seno del Consejo Territorial del SAAD, el sistema de copagos está pendiente de concreción por parte de algunas CCAA.

Las grandes cifras macroeconómicas, expuestas en los trabajos de Herce et al.²⁷, en un contexto de aplicación del SAAD que parece que difícilmente se cumplirá a raíz de los problemas iniciales surgidos en su aplicación, señalaban en su momento que el presupuesto de gastos corrientes para establecer el SAAD exigía incrementar los recursos financiados públicamente desde el 0,33% del PIB en el año 2004 hasta el 1,05% del PIB en el año 2010. Es decir, un aumento de 0,72 puntos porcentuales del PIB o, de forma equivalente, unos 8,4 miles de millones de euros adicionales, a precios de 2005, sólo en 2010, y de 26,4 miles de millones de euros en el periodo 2005-2010.

Conjuntamente con la atención prestada a las personas en situación de dependencia, no se deben dejar de señalar otros efectos positivos derivados de la creación del SAAD. De los modelos de simulación macroeconómica²⁷ se obtenía como resultado principal que el estímulo a la demanda agregada que supondría la creación del SAAD provocaría efectos sobre el PIB de nuestra economía, que podría llegar a ser un 1,56% mayor en 2010 que en ausencia del programa de gasto implicado (un diferencial en tasa de crecimiento acumulativo anual real de +0,28 puntos porcentuales). Asimismo, el retorno fiscal global, por impuestos generales y cotizaciones generadas por la creación de nuevos puestos de trabajo, podría llegar a cubrir hasta casi dos terceras partes del gasto asociado al despliegue del SAAD.

La creación de nuevos empleos en el marco del SAAD sería otro aspecto positivo a destacar. Las estimaciones iniciales del Libro Blanco de la Dependencia²⁸ cifraban la creación de empleo en unos 263.000 empleos ligados a la creación del SAAD. No obstante, las simulaciones macroeconómicas reducen estas cifras a 190.000-200.000 empleos. Un análisis microeconómico más detallado arroja cifras aún más reducidas (unos 100.000 empleos). El motivo de esta discrepancia entre el análisis micro y las cifras del Libro Blanco es que mientras en este último se asocia la creación del SAAD a una incorporación

de cuidadores informales al mercado laboral, el análisis microeconómico basado en la Encuesta de Población Activa y en la Encuesta de Apoyo Informal a Personas Mayores mostraría un potencial mucho más limitado. Pese a ello, las cifras estimadas se refieren al medio plazo y escenarios a más largo plazo podrían confirmar esta incorporación de potenciales cuidadores. En todo caso, aun en el escenario conservador, las cifras de creación de puestos de trabajo especializado serían un aspecto importante a considerar.

En todo caso, las consecuencias financieras del nuevo sistema dependen de la evolución de múltiples variables, en algunos casos gestionables por parte de las Administraciones Públicas y difícilmente modificables en otros. Respecto a las primeras, la intensidad de las prestaciones y servicios cubiertos, su distribución entre los beneficiarios del sistema, o el esquema concreto de copagos modulados por renta por el que se acabe optando, afectarán no sólo al volumen de gasto total a financiar, sino también al modo en que éste se distribuye entre los tres agentes implicados (Administración Central, Autonómica y usuarios). Por otro lado, además de estos factores gestionables, existen otras variables cuya evolución también tendrá consecuencias sobre el gasto futuro del SAAD, como son el número de personas mayores o, más importante aún, el porcentaje de éstas con problemas de dependencia.

El análisis del impacto financiero para el SAAD de estos factores, en un contexto de restricción presupuestaria como el actual, resulta fundamental para que el nuevo sistema no sólo ayude a mejorar la protección recibida por las personas dependientes y sus familiares en el momento presente, sino también para garantizar que tales efectos puedan seguir teniendo lugar a largo plazo por ser el nuevo esquema financieramente sostenible. Antes de que España optara por la puesta en marcha del nuevo SAAD, se habían realizado diversos estudios que pretendían obtener proyecciones sobre la evolución futura en nuestro país del gasto en cuidados de larga duración (CLD). Estos trabajos, sin embargo, realizaron tales proyecciones suponiendo que el sector público seguiría interviniendo en este ámbito a través de un sistema de protección no universalista^{22, 29-31}.

Más recientemente, Casado y Tur³² han desarrollado un modelo de simulación con el objetivo de calibrar el impacto económico de distintas configuraciones del SAAD, durante el periodo 2008-2015, no sólo en términos del gasto total que puede requerirse en cada caso, sino también en lo relativo a la contribución relativa de los agentes encargados de su financiación. En concreto, para cada Comunidad Autónoma se simulan un conjunto de escenarios basados en: 1) el modelo de atención, para el que se han supuesto dos alternativas: una basada en la preponderancia de los servicios, la otra en la preeminencia de las prestaciones por apoyo informal; 2) el esquema de copagos y las cuantías de las prestaciones económicas, con dos configuraciones alternativas que difieren entre sí de acuerdo a la generosidad que ofrecen a los beneficiarios según sus niveles de renta; y 3) las aportaciones de la Administración Central, en el que se exploran de nuevo dos escenarios alternativos: uno en el que las cuantías por beneficiario siguen lo establecido en la normativa ya aprobada, y otra en el que estas cantidades experimentan un crecimiento del 100%.

Los escenarios simulados, además de considerar estas dimensiones, tuvieron en cuenta otros elementos relevantes como la evolución demográfica y la prevalencia de los problemas de dependencia, los costes de los distintos servicios en cada Comunidad Autónoma, los niveles de renta de los beneficiarios, etc.

Desde una perspectiva general, considerando en su conjunto los resultados obtenidos, hay dos aspectos fundamentales a destacar del trabajo de Casado y Tur³². En primer lugar, si se pretende garantizar un impacto sostenible del nuevo SAAD sobre las finanzas autonómicas, parece claro que las Administraciones Públicas están obligadas a realizar importantes esfuerzos. Por un lado, en el caso de la Administración Central, los resultados sugieren la necesidad de revisar al alza las cuantías de las transferencias por beneficiario, especialmente si existe interés por desarrollar un modelo de atención basado en los servicios que reserve a las prestaciones por apoyo informal un papel secundario. En el caso de las CCAA, si éstas aspiran a mantener en límites financieramente manejables la implementación del SAAD en los próximos años, están abocadas a que los copagos y las cuantías de las prestaciones económicas sigan esquemas de "generosidad" limitada, especialmente si se desea potenciar un modelo de atención que prime los servicios por encima del apoyo informal subsidiado.

El otro aspecto que conviene enfatizar es que el impacto de la implantación del SAAD sobre las finanzas autonómicas va a ser muy distinto en las diferentes CCAA. Las simulaciones de tales impactos que se derivan del modelo son el resultado de interacciones complejas entre múltiples factores. Algunos de ellos, como la evolución demográfica o el nivel de renta de los individuos, son difícilmente gestionables por parte de la Administración. Otros, como puedan ser los costes de los servicios, pueden tener que ver tanto con diferencias regionales de gestión de los servicios sociales como con variables económicas generales (IPC regional, mercado laboral, etc.). Asimismo, también el gasto que las CCAA venían realizando en materia de dependencia afecta a la magnitud del impacto que supone el SAAD, de tal manera que las regiones con menores niveles de gasto inicial experimentarán impactos superiores. Toda esta diversidad, que resulta por otro lado inherente al carácter descentralizado de nuestro sistema de servicios sociales, debe ser tenida en cuenta a la hora de valorar las distintas alternativas de configuración del sistema.

En resumen, los potenciales efectos positivos a desarrollar dentro del marco del SAAD dependerán de cómo se concreten los parámetros de funcionamiento del sistema. A este respecto, resultará crucial el tipo de atención por el que se acabe optando, el esquema de copagos finalmente adoptado, la cuantía de las prestaciones económicas y su modulación en función de la renta de los beneficiarios, y el coste de funcionamiento del propio sistema. Todo ello, en un contexto de envejecimiento demográfico creciente, con situaciones de partida muy dispares entre CCAA, que pueden ver seriamente comprometida su capacidad para financiar las nuevas necesidades de gasto que puede comportar el sistema.

CONCLUSIONES Y AGENDA FUTURA

Pese a la necesidad de potenciar el sistema de apoyo formal, el nacimiento del SAAD se produce en un contexto económico y político complejo. Así, frente a sus potenciales fortalezas³³ (provisión de servicios múltiples, posibilidad de ofrecer servicios en respuesta a nuevas necesidades, salvaguarda de la igualdad y justicia social en el acceso a los servicios y prestaciones, profundizando el Estado de bienestar...) y oportunidades (potencial

para la creación de empleo, transformación de empleo irregular en empleo formal, potencial impulso a la igualdad de género...), la existencia de debilidades (diversidad autonómica de origen, bajo perfil en las agendas de algunas CCAA, posible escasez de mano de obra suficientemente cualificada para proveer los servicios, potenciales diferencias en el acceso al servicio entre el medio rural y el urbano...), así como de amenazas latentes y reales (diferencias territoriales y de renta personales, insuficiente financiación y relación con la calidad del servicio prestado, incremento creciente de la demanda de servicios debido al envejecimiento de la población...) suponen una importante prueba a superar que necesitará del esfuerzo de todos los agentes implicados para que el sistema no nazca fallido desde su inicio.

Para ello, las palabras clave en esta y en futuras fases serán cooperación y coordinación. Cooperación política entre los gobiernos central, autonómicos y locales de diverso signo, pero condenados a entenderse si entre sus objetivos se encuentra la atención de calidad a personas en situación de dependencia. Coordinación entre niveles administrativos, pero también entre los sistemas de atención sanitaria y asistencia social formal e informal (familias). La reciente integración de un Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales puede interpretarse como un paso en ese sentido, pero conviene aprender de la experiencia de otros países donde hace años han potenciado sus sistemas de cuidados de larga duración³⁴⁻³⁵. Asimismo, convendrá profundizar en la investigación sobre el grado de complementariedad o sustituibilidad entre los recursos formales y familiares en la atención a personas en situación de dependencia para conseguir la mayor calidad posible en los cuidados prestados. Para ello, junto con las particularidades del medio donde se dispensan los cuidados (por ejemplo, la dispersión geográfica, la dotación de servicios sociosanitarios de la zona, etc.), el conocimiento sobre el tipo de enfermedad y las discapacidades específicas que ocasionan la falta de autonomía y sobre el entorno familiar y las características del cuidador o cuidadores serán elementos esenciales para coordinar recursos en busca de una prestación de cuidados de calidad y a un coste sostenible para el sistema.

Una cuestión que no es de menor importancia son los copagos que tendrán que asumir los usuarios de los servicios (o sus familias). Tras la aprobación por parte del Consejo Territorial del SAAD sobre la determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios mínimos de participación de éste en las prestaciones del sistema*, más las normas regionales de regulación de acceso a las prestaciones de la Ley de Dependencia, en el panorama se dibujan tres cuestiones esenciales³⁶. En primer lugar, desde el punto de vista de la sostenibilidad financiera del sistema, las CCAA deberían ser capaces de recuperar vía copagos el 34% del gasto total previsto. Si la recaudación no se ajusta a esta cifra, las CCAA tendrán previsiblemente dificultades de financiación. En segundo lugar, desde la óptica de la eficiencia, los copagos deberían constituir un instrumento útil a la hora de incentivar una utilización coste-efectiva de los servicios cubiertos por el SAAD. Por último, bajo una perspectiva de equidad, la estructura de copago debería permitir recuperar este porcentaje del gasto sin generar situaciones de empobrecimiento y/o catastrofismo³⁷. Asimismo, debería garantizarse cierto grado de progresividad en el reparto de la carga o, al menos, garantizar que el sistema de financiación no sea regresivo y que la prestación recibida, tras los copagos, no presente fuertes diferencias entre regiones para el mismo grado de dependencia. No obstante, los primeros trabajos realiza-

dos sobre las consecuencias del esquema de pagos propuesto arrojan serias dudas sobre su equidad y plantean fuertes disparidades entre regiones para usuarios con un mismo grado de dependencia, a igual renta³⁸.

Una tercera cuestión sobre la que reflexionar es la extraordinaria sensibilidad de los estudios de proyección de gasto de cuidados de larga duración a pequeños cambios en las variables consideradas (costes unitarios de los servicios prestados, tasas de dependencia esperadas, etc.). Ello tiene implicaciones para el desarrollo de políticas de salud pública transversales que incidan en la prevención de discapacidades y limitaciones de la autonomía de la población, así como en la contención del crecimiento futuro de los costes unitarios y de los precios de los servicios prestados por el sistema.

Por último, el arranque del sistema brinda una ocasión única para aplicar las técnicas de evaluación de políticas públicas desarrolladas en otros ámbitos al terreno de la atención a la dependencia³⁹. A lo largo de este artículo se han esbozado un conjunto de cuestiones clave sobre la evolución futura de la salud de la población y sobre las posibilidades de integración de prestaciones de diferente naturaleza sobre las que existen importantes lagunas de conocimiento. La puesta en escena del SAAD está teniendo lugar en un escenario en el que las dotaciones de las distintas regiones son muy heterogéneas, pero también en el que las necesidades entre CCAA y entre personas con diferentes grados de discapacidad y de entorno familiar son muy dispares. El hecho de poder evaluar desde su inicio las diferentes elecciones llevadas a cabo por cada CCAA supone una situación cuasiexperimental muy difícil de repetir en el ámbito de las ciencias sociales. Ello supone explotar las bases de datos ya existentes o diseñar nuevas bases que permitan el fomento de la investigación y la evaluación del sistema, y crear el marco de colaboración adecuados que permita generar y trasladar conocimiento útil para los responsables públicos.

Ello será factible una vez comprendamos que las posibles líneas de acción para integrar los servicios sanitarios, de ayuda social y de apoyo familiar son casi ilimitadas, pero no así los presupuestos. El coste de oportunidad de desconocer la efectividad del menú de opciones al alcance del decisor es que los recursos que se inviertan en medidas ineficaces no permitirán financiar las que realmente mejoren el bienestar social y condicionarán la sostenibilidad de sistema. Aprender de experiencias nacionales e internacionales y generar información sobre el balance entre el coste de implementar cada una de las medidas y el efecto esperable de las mismas, tanto en el ámbito micro, como en el meso y el de macrogestión, aportarían un conocimiento de gran utilidad para los decisores en el planteamiento de políticas basadas en la "evidencia". Sin duda no es una tarea sencilla, pero las agendas de investigadores y responsables públicos y privados deben abrirse a este reto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comisión Europea. Consejo de Europa: Recomendación nº 98 (9); 1998.
2. Díaz E, Ladra S, Zozaya N. La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales. Madrid: Fundación Alternativas. Documento de trabajo 143/2009.

*Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y la Discapacidad. BOE 14/12/2008 (nº 303).

3. Fries JF. Ageing, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980; 303: 130-135.
4. Fries JF. The compression of morbidity: near or far? *Milbank Q* 1989; 67: 208-232.
5. Kramer M. The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatr Scand* 1980; 62: 382-97.
6. Manton KG. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Q* 1982; 60: 183-244.
7. Puig-Junoy J. Tensiones actuales y futuras sobre el bienestar sanitario. Documento de trabajo 148 de la Fundación Rafael Campalans. Barcelona, 2007.
8. OECD. Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers? Economics Department Working Paper No. 477. Paris, 2006.
9. Zweifel P, Felder S, Meier M. Ageing of population and health care expenditures: a red herring? *Health Econ* 1999; 8: 485-496.
10. Seshamani M, Gray M. A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs. *J Health Econ* 2004; 13: 315-327.
11. Stearns SC, Norton EC. Time to include time to death? The future of health care expenditure projections. *Health Econ* 2004; 13: 315-3.
12. Fries JK. Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Ann Intern Med* 2003; 139: 455-459.
13. Fries JK. Frailty, heart disease, and stroke. The compression morbidity paradigm. *Am J Prev Med* 2005; 29(5, suppl. 1): 164-168.
14. Crimmins EM. Trends in the health of the elderly. *Annu Rev Public Health* 2004; 25: 79-98.
15. Graham P, Blakely T, David P, Sporle A, Pearce N. Compression, expansion, or dynamic equilibrium? The evolution of health expectancy in New Zealand. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 659-666.
16. Manton KG, Gu XL, Lamb VL. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. *PNAS* 2006; 103: 18374-18379.
17. Lafortune G, Balestat G, and the Disability Study Expert Group Members. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. OECD Health working papers no. 26; 2007.
18. Goldman DP, Cutler DM, Shang B, Joyce GF. The value of elderly disease prevention. *Forum Health Econ Policy* 2006; Article 1: 1-27.
19. Robine J-M, Jagger C, Van Oyen H, Cambois E, Romieu I, Clavel A, Barker G and Le Roy S. Are we living longer, healthier lives in the EU? Technical Report 2; 2005.
20. Casado D. *Análisis de la evolución de la dependencia en la tercera edad en España*. Bilbao: Fundación BBVA, 2007.
21. Instituto Nacional de Estadística. Datos provisionales sobre EDAD-2008: <http://www.ine.es/prensa/np524.pdf>
22. Comas-Herrera A, Wittenberg R, Costa-Font J, Gori C, Di Maio A, Patxot C, et al. Future Long-Term Care Expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom". *Ageing Soc* 2006; 26: 285-302.
23. Oliva J, Osuna R, Jorgensen N. Los costes de los cuidados informales en España. En: Jiménez S (co-ord). *Aspectos económicos de la dependencia y del cuidado informal en España*. Madrid: Astra-Zeneca, 2008.

24. IMSERSO. *Las personas mayores en España. Informe 2006*. Madrid: IMSERSO, 2006.
25. Jiménez S, Vilaplana C. The trade-off between formal and informal care in Spain. XXVIII Jornadas de Economía de la Salud. Salamanca, mayo-junio de 2008.
26. OCDE. *Long-term Care for Older People*. OCDE: París, 2005.
27. Herce JA, Labeaga Azcona JM, Sosvilla Rivero S, Ortega Masagué AC. *El Sistema Nacional de Dependencia: evaluación de sus efectos sobre el empleo*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006.
28. IMSERSO. *Libro Blanco de la atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005.
29. Casado D, López G. *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Colección de Estudios Sociales nº 6. Barcelona: Fundación "La Caixa", 2001.
30. DG ECFIN. The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long term care, education and unemployment transfers (2004-2050). European Economy, Special Report No 1/2006.
31. Guillén M et al. *Longevidad y Dependencia en España: Consecuencias Sociales y Económicas*. Bilbao: Fundación BBVA, 2006.
32. Casado D, Tur Prats A. La financiación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: proyecciones de gasto 2007-2015. IMSERSO, 2008.
33. Sosvilla Rivero S. Un Análisis Estratégico del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. FEDEA. Colección Estudios Económicos 23-08; 2008.
34. Zunzunegui Pastor MV, Lázaro y de Mercado P. Integración y fronteras entre la atención sanitaria y social. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit* 2008; 22(Supl 1): 156-62.
35. Béland F, Bergman H, Lebel P, Dallaire L, Fletcher J, Contandriopoulos AP, et al. Integrated services for frail elders (SIPA): a trial of a model for Canada. *Can J Aging* 2006; 25: 5-42.
36. Casado D. Los copagos en el nuevo Sistema Nacional de Dependencia: apuntalando el cuarto pilar. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2006; 8(4): 127-132.
37. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Econ* 2003; 12: 921-934.
38. Vilaplana C. Análisis del copago en las prestaciones económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (mimeo); 2009.
39. Vera-Hernández M. Evaluando intervenciones sanitarias sin experimentos. *Gac Sanit* 2003; 17(3): 238-48.

