



Nº 2009-2

Temas a debate sobre Economía de la Salud

Perspectivas de la atención a la dependencia

Sergi Jiménez-Martín

Universitat Pompeu Fabra y FEDEA

Cristina Vilaplana Prieto

Universidad de Murcia y FEDEA

CÁTEDRA Fedea – “la Caixa”

Economía de la Salud y Hábitos de Vida

Introducción

Durante los últimos años, el envejecimiento de la población, los cambios en las pautas demográficas y en los estilos de vida se han convertido en temas prioritarios de la política social. En términos generales, la población de los países desarrollados disfruta de una vida más larga y con mayor calidad, pero el coste del cuidado a las personas mayores tiene un impacto directo sobre las finanzas públicas (gastos en sanidad, en cuidados de larga duración y en pensiones).

En el año 2006, el gasto en cuidados de larga duración respecto al PIB¹ alcanzó el 0.68%, bastante por debajo del 1.09% de Francia, 1.27% de Alemania y 2.07% de Dinamarca, aunque el objetivo es alcanzar el 1.5% en el año 2015 cuando se espera que el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) esté totalmente implantado. Las diferencias en los niveles de gasto están determinadas fundamentalmente por la amplitud de los servicios sociales para personas dependientes. Antes de la puesta en marcha del SAAD, el modelo de cuidados a la dependencia de España se encuadraba en el modelo mediterráneo, al igual que Italia, caracterizado por la financiación mediante impuestos, asignación de competencias regionales, alto nivel de copago del usuario y bajo reconocimiento de la figura del cuidador². En este artículo pretendemos añadir una nueva dimensión al debate que ha suscitado la aprobación de la Ley de Dependencia³, explorando no sólo la demanda de cuidados sino también la oferta futura de cuidados formales e informales.

¹ Fuente: Eurostat. Population and social conditions.

² Véase Oliva y Tur (2009) para una descripción en profundidad sobre los modelos internacionales de atención a la dependencia.

³ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

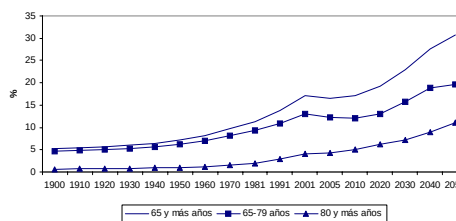
Perspectivas demográficas

El Gráfico 1 muestra la evolución de la población mayor de 65 años entre 1900 y 2005, y las proyecciones realizadas por el INE hasta el año 2050. El porcentaje de mayores de 65 años ha pasado de suponer un 5,2% en 1900 (967.754 personas) a un 16.29% en 2008 (5.520.308 personas), y se espera que alcance la cifra de 30,8% en el año 2050 (16.387.874 personas).

Hay que resaltar también el considerable incremento de personas mayores de 80 años que actualmente suponen en torno al 4,9% de la población, pero que en los próximos años pueden llegar a representar algo más del 14%. Las causas que hay detrás de este fenómeno son bien conocidas: cambios en factores ambientales, organizativos y sociales, mejoras en la alimentación y la higiene, innovaciones sanitarias y un mayor acceso a los servicios médicos, han permitido que cada vez un mayor número de personas lleguen a edades más avanzadas.

El porcentaje de mayores de 80 años supone el 4,9% de la población, pero puede llegar hasta el 14% en el año 2050

Gráfico 1. Evolución de la población mayor de 65 años



De 2010 en adelante son proyecciones. Fuente: INE. Cifras de Población. Población según sexo y edad desde 1900 hasta 1991; Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2001 y 2005; Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001.

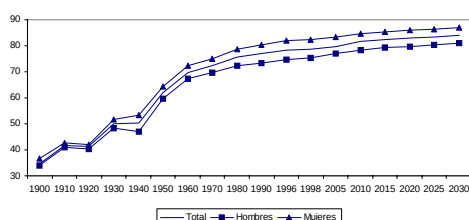
En el año 1999 y de acuerdo con estimaciones obtenidas por Casado (2007) a partir de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE, INE) un 19,3% de las personas mayores de 65 años (1.282.237 personas) necesitaban la ayuda de otros para realizar actividades básicas de la vida diaria. Simplemente, con que se mantuviera la misma tasa de dependencia entre la población mayor de

65 años, eso implicaría que el número de personas dependientes⁴ ascendería a 1.502.597 personas en el año 2010, y a 3.162.859 personas en el año 2050.

En comparación con otros países desarrollados, el porcentaje de mayores de 65 años en España (16,61%) en el año 2008 se situaba en el duodécimo puesto en la UE-27 por detrás Dinamarca (20.09%), Italia (20.04%) y Grecia (18.64%) entre otros, y el octavo puesto en referencia al porcentaje de mayores de 80 años (4.60%) por detrás de Italia (5.47%), Suecia (5.34%) y Francia (4.93%).

En el Gráfico 2 se observan dos hechos relevantes: primero, que la esperanza de vida al nacer ha aumentado de 34,8 años en 1900 a 82,5 años en el 2008; segundo, que la diferencia entre hombres y mujeres se ha ido ampliando con el paso del tiempo (en 1900, las mujeres superaban a los hombres en 1,8 años mientras que en el año 2008 lo hacen en 6,12 años). Las previsiones para el año 2030 sitúan la esperanza de vida media para la Unión Europea-15 en 76 años para los hombres y 81,7 para las mujeres, frente a los 80,9 y 86,9, respectivamente, en España.

Gráfico 2. Esperanza de vida por edad y sexo



Fuente: INE. Indicadores Demográficos.

⁴ Tomando como referencia las proyecciones realizadas por el INE para la cohorte de personas mayores de 65 años. En una nota de prensa publicada por el INE el 4 de noviembre de 2008: "El número total de personas residentes en hogares españoles que declaran tener alguna discapacidad asciende a 3.847.900, lo que supone un 8,5% de la población, según los resultados provisionales de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) del año 2008. Esto supone que la tasa de discapacidad ha registrado una disminución desde el 9,0% del año 1999 hasta el 8,5% en 2008".

Perfil sociodemográfico de las personas mayores en España

Estado de salud

Para comprender mejor la situación de las personas mayores hemos recurrido la fuente de datos más reciente que se encuentra disponible en este momento, la Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores, elaborada por el IMSERSO en el año 2006. Por lo que respecta al estado de salud de las personas mayores, en la Tabla 1 se recoge la distribución por edad de las personas que declaran tener dificultades para realizar actividades de la vida diaria, tanto si consiguen realizarlas con la ayuda de una tercera persona como si a pesar de la ayuda se declaran incapaces de llevarlas a cabo. Todas las actividades manifiestan un perfil creciente de dificultad con la edad. La atención requerida por las personas mayores se puede dividir en dos tipos. En primer lugar, aquellas personas mayores que necesitan la colaboración de otra persona para tareas de acompañamiento (ir al médico, realizar gestiones) o de supervisión (ducharse, subir al transporte público, tomar la medicación). Por ejemplo, en el caso de los mayores de 85 años, los mayores porcentajes de ayuda se encuentran en ir al médico (40%), bañarse (34%), salir a la calle (26%) y utilizar el transporte público (24%). Existe un segundo grupo que precisa ayuda para realizar actos esenciales de la vida, por ejemplo, un 18% de los mayores de 80 años necesita ayuda para vestirse, un 17% para asearse y un 14% para levantarse, acostarse o utilizar el WC.

España ocupa el duodécimo puesto de la UE-27 en lo que respecta al porcentaje de mayores de 65 años.

Es conveniente mencionar que la falta de autonomía de muchas personas mayores tiene su origen en alguna enfermedad degenerativa (Parkinson, Alzheimer) o en una enfermedad aguda (infarto de miocardio, hemiplejía) que afectan a los procesos cognitivos y motores. De acuerdo con la Encuesta de Apoyo Informal (IMSERSO, 2004) un 11% de los familiares atendidos por cuidadores informales de manera absoluta o compartida con otros tipos de cuidado sufrían la enfermedad de Alzheimer. Diversos estudios científicos (Albert y Drachman, 2000; Dorsey et al., 2007) confirman un alarmante incremento en el número de

casos de Parkinson y Alzheimer en el futuro. La Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias estima que la cifra de enfermos de Alzheimer llegará a 1.200.000 en el año 2025 (en el año 2005 era de 600.000 enfermos diagnosticados).

Tabla 1. Porcentaje de personas mayores con problemas en la realización de actividades de la vida diaria (porcentajes respecto al total de personas de cada segmento de edad)

	Es capaz de hacerlo con ayuda					No es capaz de hacerlo				
	65-69	70-74	75-79	80-84	+85	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
Comer	0,6	0,9	0,5	3,4	7,9	0,1	0,3	0,7	0,7	3,8
Vestirse/ desvestirse	1,7	2,2	3,7	9,3	18,6	0,3	0,7	1,0	2,2	8,1
Asesarse/ arreglarse	1,5	1,2	4,8	9,6	17,7	0,2	0,9	1,4	2,3	10,5
Andar por la casa	0,8	1,0	1,8	3,4	10,0	0,1	0,7	1,0	2,3	7,0
Levantarse/ acostarse	1,0	1,2	2,5	7,4	14,4	0,2	0,6	1,0	2,1	7,0
Bañarse/ ducharse	3,0	3,8	10,1	23,5	34,1	0,7	1,1	2,0	3,6	14,1
Hacer compras	4,4	5,7	7,5	13,9	13,4	1,0	2,3	4,7	9,2	20,2
Preparar comidas	1,4	1,5	3,8	6,4	10,1	0,6	1,6	2,2	6,3	13,9
Hacer tareas domésticas	4,7	5,6	9,6	16,2	16,2	0,8	2,3	4,2	9,0	17,5
Tomar medicación	1,6	1,6	4,7	10,2	20,7	0,2	1,2	1,5	4,2	11,6
Utilizar el teléfono	0,7	1,3	1,8	5,5	9,3	0,4	1,0	1,9	4,6	14,6
Salir a la calle	2,9	4,4	7,7	16,0	26,3	0,5	2,2	2,8	6,7	18,2
Utilizar transporte público	4,8	6,5	12,4	19,9	24,2	2,3	4,2	7,8	15,6	34,6
Administrar el dinero	1,7	1,5	3,8	7,7	12,0	0,6	1,2	2,3	6,5	16,8
Hacer gestiones	4,0	7,0	9,7	14,6	17,3	1,3	3,8	5,6	13,1	24,4
Ir al médico	4,4	6,8	14,4	29,8	40,0	0,9	1,8	2,4	6,6	18,5
Ponerse los zapatos	2,3	2,0	5,1	9,7	14,7	0,4	1,4	1,4	3,1	13,0
Usar el WC	0,5	1,0	1,3	3,8	13,2	0,1	0,8	1,1	1,6	7,7

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores, 2006.

Estado civil y formas de convivencia

Las personas mayores que necesitan ayuda tienen tres fuentes principales para obtenerla: la familia, la contratación de empleados del hogar y los servicios sociales. El porcentaje de personas mayores de 65 años que sólo recibe atención de familiares es superior al 75%. En otros países europeos, esta cifra es bastante más baja (Alemania, 57%; Reino Unido, 53%). La disponibilidad de cuidadores informales está muy vinculada al estado civil de la persona mayor y al lugar de residencia. En relación a la primera variable mencionada, el estado civil de las personas mayores guarda una elevada correlación con la esperanza de vida.

Tal y como se pone de manifiesto en la Tabla 2, un 78,6% de los hombres mayores de 65 años está casado mientras que un 44,2% de las mujeres ha declarado estar viuda, porcentaje que se eleva al 71,2% en el caso de las mujeres mayores de 80 años. Como consecuencia, en el año 2006 un 29% de las mujeres mayores de 65 vivía sola, frente a un 11% para los hombres. Por otra parte, es bastante

preocupante que un 29% de las personas de 80 a 84 años y un 23% de los mayores de 85 años haya declarado vivir en soledad. En relación a los mayores que viven acompañados, un 53,1% vive con su cónyuge y un 39% con un hijo (bien en su domicilio habitual o en el de su hijo).

Tabla 2. Estado civil de la población mayor de 65 años (en %)

	Soltero	Casado	Viudo	Separado Divorciado
Hombres				
65 y más	7,0	78,6	12,9	1,5
80 y más	5,2	64,2	30,0	0,6
Mujeres				
65 y más	8,8	45,8	44,2	1,2
80 y más	10,3	18,1	71,2	0,4

Fuente: Censo de Población y Viviendas 2001.

En el año 2004, un 11% de las personas dependientes cuidadas por familiares de manera absoluta o compartida sufría Alzheimer

Tabla 3. Formas de convivencia de las personas mayores (en %).

	Total	Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79	80-84	+85
Viven solos	21,4	11,0	29,0	14,7	20,6	22,8	29,3	23,7
No viven solos								
Con cónyuge (sin hijos)	53,1	63,4	43,7	55,2	55,6	62,0	48,0	24,0
Con su hijo (y/o cónyuge)	32,6	26,8	37,8	37,3	35,1	25,5	27,8	37,8
Domicilio de algún hijo	6,4	3,3	9,3	1,2	2,8	4,8	13,5	25,1

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores, 2006.

Por otra parte, cada vez es más frecuente que los hijos residan en una ciudad diferente a la de sus padres. De hecho, de entre los mayores de 65 años con hijos, un 40,9% vive en otro pueblo o ciudad de la misma provincia, un 26,6% vive en otra provincia y un 4,1% reside en el extranjero. En estos casos, el desarrollo y difusión de nuevas tecnologías (por ejemplo, la Tele-asistencia) se convierte en una cuestión trascendental para garantizar la independencia y seguridad de las personas mayores.

Cuidados formales a personas mayores dependientes

Por lo que respecta a la recepción de ayudas formales, un 17,2% de las personas mayores tiene contratado un empleado del hogar, un 3,5% recibe ayuda de los servicios sociales, un 1,3% dispone de ambos tipos de ayuda y el resto (77,6%) no recibe ayuda ni de empleados domésticos ni de los servicios sociales. Si nos centramos en la contratación de empleados del hogar, la Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas

Mayores (IMSERSO, 2006) no proporciona información sobre su nacionalidad, pero si utilizamos la Encuesta de Apoyo Informal (IMSERSO, 2004), un 30% de los empleados de hogar son de nacionalidad no española. La relevancia de los cuidadores formales privados de nacionalidad no española exige el desarrollo de medidas tendentes tanto a su regularización ordenada como a la recepción de una formación adecuada a la actividad desempeñada, evitando la explotación de los mismos y mejorando la calidad de la atención recibida por las personas dependientes.

Perspectivas de los cuidados informales

En relación a los cuidados proporcionados por la familia, la mayor parte de los cuidadores informales son mujeres (83,6%), esposas o hijas del individuo dependiente (13,35% y 59,38%, respectivamente) y no suelen participar en el mercado laboral (en torno al 22% están jubiladas y un 52% se dedican exclusivamente a las tareas del hogar). Aunque se considera que la ayuda que prestan estas cuidadoras es gratuita (desde el punto de vista de los presupuestos públicos) y puede que no se valoren lo suficiente sus esfuerzos físicos y emocionales, en realidad el hecho de que dejen de percibir unos ingresos salariales durante su vida laboral, supondrá un menoscabo en su poder adquisitivo durante la época de retiro. Tampoco hay que ignorar el menoscabo en la calidad de vida del cuidador informal en términos de reducción del tiempo destinado al ocio personal o a otros miembros de la familia, problemas laborales (cumplimiento de horarios, renuncia a ascensos o promociones), así como un peor estado de salud auto-percibida tanto física (problemas osteoarticulares) como mental (ansiedad, depresión, insomnio) (Van Exel *et al.*, 2004; Hirst, 2005).

Una de las alternativas que se contempla en la Ley de Dependencia es la posibilidad de que el individuo dependiente reciba una cantidad de dinero que puede emplear de la manera que crea más provechosa: bien pagando a un familiar que le atienda,

bien contratando los servicios de un profesional. Esta fórmula ya se ha puesto en práctica en Alemania y Austria y se ha constatado que la elección por parte del consumidor es un medio para aumentar la satisfacción y autodeterminación de las personas mayores.

La implantación de un sistema de prestaciones sociales para los cuidadores de personas dependientes (accidentes, jubilación, etc) durante el tiempo que durasen las tareas de cuidado contribuiría a reducir la pobreza de largo plazo entre los cuidadores informales. De todas formas, también hay que ser prudentes puesto que la creación de un “salario para cuidadores” puede generar incentivos a dejar el mercado de trabajo para cuidar a un familiar enfermo, y dado que la mayor parte de los cuidadores son mujeres con escaso nivel de estudios⁵, más adelante podrían encontrar muchas dificultades a la hora de buscar trabajo en caso de que finalizase su labor como cuidadoras. Además, si el Sistema primase la concesión de prestaciones económicas a los cuidadores sobre otras prestaciones, entonces quedarían frustradas las esperanzas sobre generación de empleo vinculado a los cuidados de larga duración resultarían. El Libro Blanco de la Dependencia estimaba en 262.735 el número de puestos de trabajo potenciales hasta el año 2010, mientras que las estimaciones realizadas por Herce *et al.* (2006) eran más conservadoras, situándolo entre 184.959 y 190.158 empleos.

La disponibilidad de cuidadores informales es otra cuestión a tener en cuenta por los poderes públicos, ya que la previsible disminución en la capacidad de las familias para absorber el envejecimiento de la población y el aumento de las tasas de dependencia, producirá un efecto rebote sobre los servicios sociales, exigiendo una mayor tasa de cobertura de los mismos. La creciente participación femenina⁶ en el mercado de trabajo es uno de los objetivos propuestos en la Agenda de Lisboa, que puede desembocar en mayores dificultades para conciliar la vida familiar y laboral⁷.

Un 30% de los empleados del hogar que cuidan a personas dependientes son de nacionalidad extranjera

⁵ Un 40,35% sólo ha completado la educación primaria y un 13,87% no tiene estudios.

⁶ La tasa de actividad femenina ha pasado de a 49,73% en el primer trimestre de 2008.

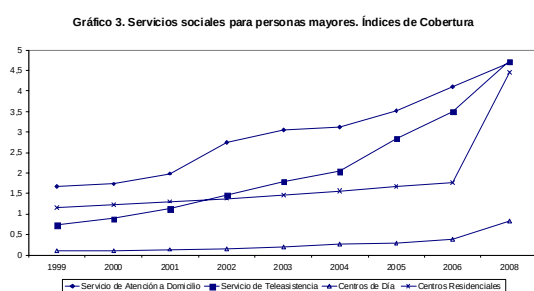
⁷ De hecho, podría denominarse a un 28,3% de los cuidadores de familiares dependientes como la generación sandwich puesto que se ocupan tanto del cuidado de miembros más jóvenes (hijos) como de ancianos.

El estado civil de las generaciones de mediana edad también es un condicionante de cara a saber quiénes serán los futuros cuidadores⁸. Por ejemplo, un 39% de los mayores de 65 años vive en compañía de algún hijo, de los cuales un 63,1% está soltero, de manera que mientras que hoy en día está asegurado el cuidado de la generación de mayores de 65 años, surge la incógnita de quiénes serán los cuidadores de esos hijos solteros que se conviertan en personas con dependencia en un futuro⁹.

Cuidados formales a personas mayores dependientes

Respecto a los cuidados formales públicos, el Gráfico 3 se muestra la tasa de cobertura de los servicios sociales para personas dependientes entre los años 1999 y 2006. La tasa de cobertura se define como el cociente entre el número de usuarios y el número de personas mayores de 65 años. Los mayores incrementos se observan en el número de plazas de Centros de Día y en el servicio de Teleasistencia, con una tasa media anual del 25.18% y 23.24%, respectivamente.

$$\text{Índice de Cobertura} = \left(\frac{\text{Número de Usuarios}}{\text{Población más de 65 años}} \right) \times 100$$



El índice de cobertura de los centros de día y centros residenciales se refiere a las plazas públicas y concertadas. Fuente: Las Personas Mayores en España, 2006. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

El incremento de los índices de cobertura indica una mejor dotación de recursos y de infraestructuras. Los planes a corto plazo deberían incluir la extensión de los servicios sociales a los núcleos poblacionales pequeños, puesto que van a ser los primeros en verse afectados por la escasez de apoyo

informal, ya que un 20,3% de las personas mayores de 65 años vive en municipios de menos de 5.000 habitantes, frente a un 21% de los adultos (16-64 años) y un 20,6% de los jóvenes (menores de 16 años)¹⁰. Además, de acuerdo con los datos de la Tabla 4, existe una marcada disparidad en la cobertura de los servicios sociales por Comunidades Autónomas. Por ejemplo, el índice de cobertura del servicio de Teleasistencia en Madrid es casi doce veces superior al de Galicia y la cobertura de Centros de Día en Extremadura es más del cuádruple que la de Navarra. Pero no sólo se observan diferencias en la cobertura, sino también en la intensidad, puesto que el número de horas mensuales de atención a domicilio es más del triple en Galicia respecto a Andalucía, y mientras que en Baleares el 93% del tiempo se dedica a cuidados personales del dependiente, en Canarias el 80% se dedica a tareas domésticas.

Tabla 4. Características de los servicios sociales para dependientes (2008)

Fuente: Las personas mayores en España (IMSERSO, 2008).

	Serv. Atención Domicilio			Teleasistencia	Centros de Día		C. Residenciales	
	IC	% dedicado cuidados	Horas /mes		IC Púb+Con	IC Priv	IC Púb+Con	IC Priv
Andalucía	3.92	41%	8.39	5.45	0.43	0.24	1.28	1.64
Aragón	4.32	36%	9.87	5.44	0.26	0.38	2.30	3.80
Asturias	4.55	59%	13.00	3.81	0.43	0.13	1.65	2.79
Baleares	3.25	93%	12.75	3.78	0.55	0.13	1.73	1.53
Canarias	3.52	20%	24.00	1.20	0.68	0.11	1.37	2.92
Cantabria	3.56	----	19.64	5.81	0.69	0.00	3.00	1.54
C.-León	4.84	----	18.25	3.54	0.30	0.28	2.25	4.55
C. La Mancha	7.76	----	16.89	8.58	0.56	0.13	3.24	3.15
Cataluña	4.77	72%	15.40	4.96	0.48	0.58	2.12	2.57
C.Valenciana	2.74	46%	10.80	3.63	0.42	0.24	2.12	1.11
Extremadura	9.90	20%	16.94	4.41	0.97	0.14	2.76	1.83
Galicia	1.66	55%	28.00	1.20	0.22	0.35	1.19	1.28
Madrid	7.97	71%	18.64	11.94	0.87	0.41	2.49	2.86
Murcia	2.42	43%	16.00	3.35	0.51	0.19	1.15	1.69
Navarra	3.42	51%	10.50	5.89	0.14	0.43	2.12	3.12
País Vasco	5.45	68%	20.61	3.57	0.74	0.14	3.11	0.88
La Rioja	5.25	43%	12.10	1.93	0.48	0.21	2.00	2.79
Ceuta	9.58	58%	26.00	6.69	0.53	0.00	1.05	1.12
Melilla	3.87	60%	24.00	4.42	0.56	0.09	2.39	0.36
España	4.69	52%	16.94	4.72	0.53	0.30	2.04	2.28

Dado que la mayoría de los cuidadores actuales están solteros, surge la incógnita de quiénes serán sus respectivos cuidadores informales en el futuro

También convendría tener en cuenta cuáles son los deseos de las personas mayores, puesto un 77,1% de los mayores declaró que en caso de necesitar ayuda preferiría seguir viviendo en su casa con los cuidados necesarios, un 10% preferiría ir a vivir con sus hijos y el resto se encuentran repartidos entre vivir en una residencia (de forma temporal o permanente) o acudir a un Centro de Día y regresar de noche a casa. Por otra parte, un 76,5% afirma que la familia y las Administraciones Públicas deben intervenir en la atención a las situaciones de dependencia, un 11,9% que se debería delegar todo el cuidado a las Administraciones Públicas y sólo un 5,5% que las familias deberían ser las únicas responsables.

¹⁰ Datos del Padrón de Habitantes del año 2005.

Este deseo mayoritario de permanecer en el propio domicilio y recibir allí los cuidados pertinentes, concuerda con el hecho de que un 50,6% de los mayores considera que a día de hoy los hijos atienden peor a sus padres que en el pasado. Además, un 56,6% afirma que no le importaría contribuir económicamente en el pago de los cuidados referidos. Desde el punto de vista financiero, la preferencia por vivir en el hogar constituye una ventaja puesto que el coste de la institucionalización es muy superior. Una variable clave para lograrlo es disponer de una amplia gama de servicios de atención domiciliaria, incluyendo servicios de respiro para que los cuidadores informales dispongan de tiempo de descanso.

Balance de la Ley de Dependencia

Son muchas las críticas que se han vertido sobre la implementación del SAAD desde su introducción en 2007, fundamentalmente debido a tres razones: el volumen de prestaciones parece ser superior al inicialmente previsto, las diferencias en el mix de servicios y las diferencias en el nivel de copago.

Respecto al nivel de provisión de servicios, de acuerdo con las estadísticas del SAAD a fecha de 1 de septiembre de 2009, resulta llamativo que entre las prestaciones identificadas en el PIA (444.476, 67.96% del total), no se haya concedido ninguna prestación para Ayuda a Domicilio en Aragón, Baleares, Canarias, Comunidad Valenciana, Madrid (sólo 2), Murcia y Navarra. Por otra parte, la distribución de prestaciones por comunidades es muy heterogénea. Por ejemplo, en Madrid un 74.24% de las prestaciones identificadas corresponden a Atención Residencial frente a un 9.62% en Andalucía, y mientras que en Murcia el 89.24% de las prestaciones identificadas corresponden están destinadas a los cuidados en el entorno familiar, dicho porcentaje sólo alcanza el 28.94% en Extremadura.

En relación al tema de la aportación de los usuarios, existen, en principio, dos alternativas: un sistema universal y gratuito o financiado en parte con contribuciones de los consumidores (denominadas copago y limitadas a aquellos sujetos que puedan permitirse efectuar dichos desembolsos). Un sistema universal descarga al individuo de unos gastos que en el caso de determinadas patologías pueden ser muy elevados¹¹, pero por otra incluye a individuos que podrían financiarse su propio cuidado. Por su parte, el sistema con copago, confina la atención gratuita a las personas dependientes con reducidas posibilidades económicas, limitando el apoyo a las personas con discapacidades leves y, al mismo tiempo, diseñando estrategias que retarden el mayor tiempo posible el inicio de la situación de dependencia¹². El tema de la financiación de las ayudas a las personas dependientes suscita muchas opiniones encontradas. Por una parte, el pago de los servicios recibidos es una cuestión menos problemática cuando los ingresos de la persona dependiente son suficientes para cubrir dicho coste¹³, aunque en determinados casos sería razonable considerar los ingresos conjuntos del individuo dependiente y de su familia. La Ley de Autonomía y Atención a la Dependencia ha optado por esta segunda alternativa, estableciendo en su artículo 33 que los beneficiarios contribuirán económicamente a la financiación de los servicios de forma progresiva en función de su capacidad económica, teniendo en cuenta para ello el tipo de servicio que se presta y el coste del mismo. No obstante, según señala el punto 4 de dicho artículo, ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos.

Las diferencias en el mix de servicios, en la cuantía del copago y en la insuficiencia del volumen de prestaciones previstas son las principales críticas al SAAD

¹¹ El coste soportado por los familiares de un enfermo de Alzheimer puede alcanzar los 30.000 euros al año (<http://www.immersomayores.csic.es/documentos/documentos/confederacion-costes-01.pdf>) y también los trabajos de López-Bastida et al. (2006), Jorgensen et al. (2008), Oliva y Osuna (2008) y Rivera et al. (2009).

¹² Por ejemplo, el Programa de Prevención de la Dependencia patrocinado por la Fundación La Caixa.

¹³ De acuerdo con la Encuesta de Apoyo Informal, un 91,6% de las personas dependientes recibe algún tipo de pensión (en el 47,7% se trata de una pensión de jubilación y en el 39,1% de viudedad). La cuantía de la pensión es menor de 300€ y un 57,2% oscila de 301€ a 600€. Por otra parte, un 15% de las familias que atienden a familiares dependientes declaran tener problemas económicos como consecuencia de los costes que conlleva dicha atención.

En el Anteproyecto de la Ley de Dependencia estimaba que la contribución de los beneficiarios ascenderá a 3.152.747.758 €, pero ha habido que esperar a la Resolución de 2 de diciembre de 2008¹⁴, que ha establecido los criterios mínimos comunes para la participación del beneficiario en las prestaciones del sistema, sin perjuicio de que las Comunidades Autónomas puedan regular condiciones más ventajosas. Para el caso de las prestaciones económicas (artículo 2), se ha determinado que si la capacidad del beneficiario es igual o inferior al Indicador Público de Rentas de Efectos Múltiples (IPREM), la cuantía de la prestación será del 100% de la cantidad establecida. Si la capacidad es superior al IPREM, la Comunidad Autónoma que tenga la competencia establecerá una reducción, de manera que la cantidad resultante sea no inferior en ningún caso al 40% de la cuantía establecida para las prestaciones vinculadas al servicio y de asistencia personal, y al 75% para la prestación de cuidados en el entorno familiar.

Hasta la fecha de la mencionada Resolución, todas las Comunidades excepto Murcia, Álava y Guipúzcoa habían aprobado sus respectivas legislaciones para regular el acceso a las prestaciones de la Ley de Dependencia. Respecto a las que sí han aprobado su propio articulado, la capacidad económica del beneficiario se determina en función de la renta en Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla La Mancha, Cataluña, Ceuta, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Guipúzcoa y Melilla, y en función de la renta y del patrimonio en Asturias, Castilla León, Madrid, Navarra y La Rioja. De entre las Comunidades que se fijan en el nivel de renta, unas establecen los intervalos de copago en

función del Indicador Público de Rentas de Efectos Múltiples o IPREM¹⁵) (Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla La Mancha, Ceuta, Extremadura, Galicia, Melilla), del Salario Mínimo Interprofesional (SMI) (Comunidad Valenciana) o del Índice de Rentas de Suficiencia de Cataluña (Cataluña). Respecto, a las que consideran la suma de la renta y del patrimonio, en Castilla León, Madrid y La Rioja se toma como referencia al individuo solicitante, mientras que en Navarra se calcula la renta per cápita de la unidad familiar, es decir, considerando las rentas y patrimonios de todos los miembros de la familia y se compara con el SMI.

Sólo hay tres Comunidades a las que les afecta la aprobación de dicha Resolución. En primer lugar, Extremadura, ya que para la prestación para cuidados en el entorno familiar había fijado un copago superior al 25% cuando la capacidad económica fuera superior a 4 veces el IPREM. En segundo lugar, afecta al cómputo del patrimonio para las Comunidades de Castilla y León y Asturias, puesto que la Resolución determina que la capacidad económica será la correspondiente a la renta del beneficiario modificada al alza en un 5% de su patrimonio neto a partir de los 65 años, un 3% de los 35 a los 65 y un 1% para los menores de 35 años. Aunque la Comunidad de Madrid también tiene en cuenta los recursos patrimoniales, los porcentajes aprobados coinciden con los de la Resolución de 2 de diciembre.

Pero no sólo van a surgir diferencias territoriales en el copago, sino que también pueden surgir diferencias en el nivel de atención que reciban las personas dependientes. Esto es así, porque la Ley de Dependencia establece tres niveles de protección de la población dependiente. Un nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado. Un segundo nivel, articulado mediante convenios de colaboración entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas. Adicionalmente

Hasta 2008, todas las Comunidades Autónomas, excepto Murcia, Álava y Guipúzcoa habían aprobado legislaciones para regular el nivel de copago del usuario

¹⁴ Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

¹⁵ El Real Decreto Ley 3/2004, de 25 de junio, sobre racionalización e incremento del salario mínimo interprofesional, introdujo un nuevo indicador de rentas, el Indicador Público de Rentas de Efectos Múltiples (IPREM), que se utiliza para determinar las cuantías y los requisitos para tener derecho a recibir determinadas prestaciones.

(artículo 10), las Comunidades podrán desarrollar un tercer nivel de protección adicional, si así lo consideran oportuno. De hecho, podemos citar tres ejemplos que ilustran cómo algunas comunidades han decidido ampliar el nivel de protección de los beneficiarios. En Cataluña se ha establecido que de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria, se incrementará la prestación económica de asistencia personal en un 60%, para los beneficiarios con una capacidad económica entre 0 y 2.5 veces el Índice de Renta de Suficiencia de Cataluña¹⁶. En Castilla León¹⁷ se conceden ayudas individuales destinadas a favorecer la autonomía personal de las personas mayores, de manera que se financiará el coste total cuando se trate de elementos de transporte o ayudas para la atención temprana, y en los demás casos la cuantía de la subvención se determinará en función de la capacidad económica, el grado de dependencia y la situación personal del solicitante. Finalmente, en Navarra¹⁸, la prestación económica para asistencia personal en los casos de gran dependencia se ha ampliado hasta un máximo de 1.400 €/mes, mientras que el Real Decreto 73/2009, de 30 de enero, había fijado un nivel máximo de 831,47 €/mes. Parece por tanto, que el SAAD va a dar lugar a la aparición de 19 Sistemas de Dependencia diferentes va a garantizar un nivel mínimo de prestación de servicios pero va a dar lugar a la proliferación de sistemas de protección a la dependencia autonómicos, con significativas diferencias en el nivel de servicios recibidos y de contribución en el coste por parte de los usuarios.

¹⁶ ASC/344/2008, de 14 de julio, por la que se regula la prestación económica de asistencia personal y se amplía el nivel de protección del Sistema Catalán de Autonomía y Atención a la Dependencia (SCAAD).

¹⁷ Orden FAM/117/2009, de 21 de enero, por la que se aprueban las bases reguladoras de la concesión de ayudas individuales destinadas a favorecer la autonomía personal de personas mayores, personas con discapacidad y personas dependientes en la Comunidad de Castilla y León.

¹⁸ Orden Foral 22/2008, de 28 de enero, de la Consejería de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se aprueba la convocatoria de ayudas del año 2008 para la obtención de servicios de cuidados para las personas dependientes y apoyo a las familias cuidadoras de éstas.

Sin embargo, no todo son críticas e inconvenientes. Es necesario destacar que la implantación del SAAD nace con el doble objetivo de conseguir que la atención a la dependencia sea un derecho universal para todos los ciudadanos, y además conseguir satisfacer sus expectativas de cuidado. Esta orientación al dependiente o consumidor de servicios de cuidados de larga duración se aprecia desde la misma redacción de la Ley de Dependencia, puesto que entre los derechos de las personas en situación de dependencia (artículo 4) se menciona el derecho decidir en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar y a decidir libremente sobre su ingreso en un centro residencial. Y en el artículo 29, relativo al Programa de Atención Individual, se establece que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas con la participación y elección entre las alternativas propuestas del beneficiario, y en su caso, de su familia o entidades tutelares que le representen. El interés por prestar atención a todos los colectivos de dependientes queda patente con la inauguración del Centro de Referencia Estatal para la Atención a Personas con Grave Discapacidad en León (marzo 2008), el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias en Salamanca (noviembre 2008) y el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras¹⁹ en Burgos (julio de 2009). Por otra parte, para garantizar la calidad de los servicios recibidos por los usuarios del SAAD, se han aprobado unos requisitos de calidad en los recursos materiales y equipamientos, y en la capacitación y cualificación de los profesionales²⁰.

Es evidente que la implantación del SAAD guarda unas dimensiones semejantes a la construcción de una obra faraónica. Prueba de ello es que desde su nacimiento, los créditos concedidos por la Administración General del Estado han superado los mil cien millones de euros. Por una parte, durante los tres ejercicios, 2007, 2008 y 2009, la Administración General del Estado ha ido

¹⁹ Una enfermedad es catalogada como rara (poco común) en base a la baja frecuencia de aparición en la población, en concreto cuando es menor de 1 caso por 2.000 personas

²⁰ ORDEN ESD/1984/2008, de 4 de julio, por la que se crea la Comisión Especial para la mejora de la calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Una ventaja del SAAD es que el Programa de Atención Individual permite que la persona dependiente o su familia elijan las modalidades de intervención más adecuadas

aumentando el volumen de créditos destinados a financiar el nivel de protección acordado (220 millones, 241 millones y 283 millones, respectivamente)²¹. Adicionalmente, Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo²² aprobó una partida del 400 millones de euros para facilitar el desarrollo y modernización de la red de servicios del SAAD y, paralelamente, favorecer la generación de empleo en el sector. Como conclusión final, parece que lo más complicado no ha sido poner en marcha el SAAD, sino que la verdadera dificultad se encuentra en conseguir que el engranaje del sistema funcione día a día, tanto en lo que se refiere a las competencias asumidas por la Administración Central, las Comunidades Autónomas y los usuarios. Más allá de todos los inconvenientes financieros o potenciales desigualdades territoriales, el reto de conseguir una mejora sostenible en la calidad de vida de las personas dependientes debe prevalecer sobre todo lo demás.

²¹ Resolución de 23 de mayo de 2007, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Resolución de 8 de agosto de 2008, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros, en su reunión del día 1 de agosto de 2008, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación durante 2008 del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Resolución de 21 de mayo de 2009, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de mayo de 2009, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación durante 2009 del nivel acordado, previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

²² Real Decreto-Ley 9/2008, de 28 de noviembre, por el que se crean un Fondo Estatal de Inversión Local y un Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo y se aprueban créditos extraordinarios para atender a su financiación.

Bibliografía

1. Albert, S., Drachman, D., 2000. Alzheimer's disease: What is it, how many people have it, and why do we need to know? *Neurology* 55, 166-168.
2. Casado, D., 2007. Efectos y abordajes de la dependencia: un análisis económico. Editorial Masson. Barcelona.
3. Dorsey, R., Constantinescu, J. P., Thompson, K. M., Biglan, R. G., Holloway, K., Kieburtz, F. J., Marshall, B. M., Ravina, G., Schifitto, A., Siderowf, C. M., Tanner, 2007. Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030. *Neurology* 68, 384-386.
4. Herce, J., Labeaga, J., Sosvilla, S., Ortega, C., 2006 Sistema Nacional de Dependencia. Evaluación de sus efectos sobre el empleo. IMSERSO.
5. Hirst, M., 2005. Carer distress: a prospective, population-based study. *Social Science Medicine* 61, 697-708.
6. Jorgensen, N., Cabañas, M., Oliva, J., Rejas, León, T., 2008. Revisión de los estudios de costes de los cuidados informales asociados a enfermedades neurológicas discapacitantes de alta prevalencia en España. *Neurología* 23, 29-39.
7. López-Bastida, J., Perestelo, L., Serrano, P., Oliva, J., 2006. Socioeconomic costs and quality of life of people with Alzheimer disease in Canary Island. *Neurology* 67, 2186-2191.
8. Oliva, J., Osuna, R., 2008. Métodos de valoración de cuidados informales. En Jiménez, S. (Ed.) Aspectos económicos de la dependencia y el cuidado informal en España. Fundación Astrazeneca.
9. Rivera, B., Casal, B., Currais, L., 2009. Informal care provision and Alzheimer's disease: economic valuation and study of the variability in time. *Hacienda Pública Española* 189, 107-130.
10. Van Exel, N., van den Bos, G., van den Berg, B., Koopmanschap, M., 2004. What really matters: an inquiry into the relative importance of dimensions of care giving burden.

El verdadero reto del SAAD se encuentra en conseguir que el engranaje funcione día a día, en lo que se refiere a las competencias asumidas por la Administración Central, las CC.AA y los usuarios