



**PREMIO** Edad&Vida **2004**

# Las personas mayores en situación de dependencia.

Propuesta de un modelo protector  
mixto y estimación del coste de  
aseguramiento en España

*Directora*

**Dolores Dizy Menéndez**

*Investigadoras*

**Olga Ruiz Cañete y Marta Fernández Moreno**

Universidad Autónoma de Madrid

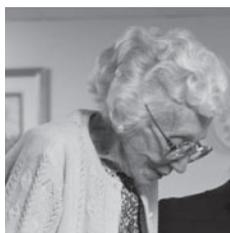


Marzo 2006



**Edad&Vida**

Instituto para la mejora, promoción  
e innovación de la calidad de vida  
de las personas mayores



## Principales conclusiones del estudio

El sistema vigente de servicios sociales públicos para mayores dependientes se caracteriza en España por presentar un alto nivel de descentralización, un acceso condicionado a prueba de recursos (asistencial), un modelo de gestión mayoritariamente privada, a través de la concertación, y una financiación mixta mediante impuestos y aportaciones del usuario en función de los ingresos.

La atención a personas dependientes se presta en nuestro país, de forma mayoritaria, a través del cuidado informal. Supone entre 13.000 y 28.000 euros anuales por cuidador/a informal-familiar y entre 18.000 y 29.000 euros anuales por cuidador/a contratado/a no profesional.

Según las estimaciones realizadas, en España el 24,68% de la población de 65 y más años (1.802.204 personas) presenta algún grado de limitación para realizar las Actividades de la Vida Diaria -básicas e instrumentales- y el gasto en servicios sociales para mayores dependientes se estima en 2.646,8 millones de euros (el 0,36% del PIB).

El análisis internacional comparado refleja una amplia variedad de modelos de protección a la dependencia, con distintos niveles y composición del gasto (entre el 0,5% y el 1,6% del PIB) y diferentes formas de financiación del mismo. Las divergencias se explican tanto por el nivel de envejecimiento de la población (especialmente la más anciana, de 80 y más años) como por la amplitud y generosidad de los sistemas.

A nivel internacional los sistemas protectores actuales presentan la siguiente radiografía: protección universal, priorización de la atención a domicilio, copago del usuario (renta y/o activos), apoyo al cuidado informal (prestaciones y/o pagos monetarios), exención fiscal de los beneficios/prestaciones obtenidas y prestación de servicios a través de un mercado competitivo (fundamentalmente con proveedores privados). La financiación es mixta, con predominio de los recursos públicos (impuestos/cotizaciones sociales), constituyendo la financiación privada un importante complemento (seguros y conversión líquida de los activos inmobiliarios).

La sostenibilidad financiera de los distintos sistemas analizados constituye una de las preocupaciones básicas. A tal fin, se han diseñado estrategias dirigidas simultáneamente a aumentar los ingresos (incremento de las primas y/o ampliación de la población contributiva, nuevas fuentes de ingresos, fomento del aseguramiento privado e introducción progresiva de primas de riesgo) y a contener los gastos (limitar la atención a los dependientes con mayor necesidad de atención, establecer límites más estrictos de acceso en los sistemas asistenciales, priorizar la atención a domicilio y los pagos directos, implantar políticas de prevención y aumento del copago).

Cualquier propuesta de reforma que se plantee en el actual sistema de atención a mayores dependientes en España debe condicionarse al análisis cuantitativo de los escenarios de viabilidad, observando el cumplimiento de los principios económicos de *sostenibilidad y corresponsabilidad financiera*. La financiación pública constituye una condición necesaria pero no suficiente, por lo que se hace imprescindible la participación privada del usuario ya sea a través de sus ahorros o mediante la contratación de un seguro privado.

En el caso español, se propone un sistema articulado en tres niveles de protección social: asistencial, financiado con cargo a Presupuestos Generales del Estado y destinado a residentes de carezcan de medios suficientes (renta y patrimonio); *contributivo obligatorio*, exigiendo un pago obligatorio a todo residente (impuesto o prima) y aportaciones del usuario en el momento de percibir las prestaciones -inversamente proporcionales a su capacidad económica- (copago); y, *contributivo voluntario*, con aportaciones adicionales incentivadas fiscalmente destinadas a ampliar la cobertura básica establecida o a cubrir la dependencia en edades inferiores a los 65 años.

La introducción y consolidación de seguros privados de dependencia aconseja la concesión de incentivos fiscales a fin de fomentar la suscripción de seguros privados de dependencia, la conversión líquida de patrimonios y la implantación de gestores, proveedores y operadores financieros.

El modelo de protección social de la dependencia de mayores debería configurarse como un modelo de mínimos, mixto, de cobertura universal, uniforme en sus prestaciones básicas domiciliarias y residenciales, con subvenciones para la adecuación de la vivienda y la adquisición de medios técnicos, desarrollado a través de un mercado competitivo integrado mayoritariamente por proveedores privados y con competencias claramente delimitadas entre los distintos niveles de las administraciones públicas.

El reconocimiento del sistema de protección de la dependencia como derecho universal conllevaría un aumento del gasto de 8.393 millones de euros, lo que supone el 1,13% del PIB. Si además se considera la incidencia de la evolución demográfica, el gasto alcanzaría la cifra de 15.153 millones de euros en el horizonte temporal del año 2060, aumento que supondría una carga financiera adicional de 672 euros anuales por persona potencialmente activa.

El efecto total sobre las cuentas públicas exige tener en cuenta los retornos fiscales que se derivarían de la mayor actividad económica generada por la protección de la dependencia de mayores, de la creación de empleo, del ahorro en gastos de desempleo y de la racionalización del uso de los gastos sanitarios.

Es imprescindible y urgente la elaboración de planes específicos de formación por parte de las administraciones públicas, para dotar a los trabajadores de una cualificación suficiente y de calidad que les permita atender las necesidades requeridas por los mayores dependientes.

## **Las personas mayores en situación de dependencia.**

Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España

**PREMIO** Edad&Vida 2004

*Directora*

**Dolores Dizy Menéndez**

*Investigadoras*

**Olga Ruiz Cañete y Marta Fernández Moreno**

*Universidad Autónoma de Madrid*

Marzo 2006



**Edad&Vida**



## Presentación del estudio

---

Edad&Vida, Instituto para la Mejora, Promoción e Innovación de la Calidad de Vida de las Personas Mayores, pretende compartir, con sus acciones, la reflexión sobre aquellos fundamentos que promueven la colaboración del sector público y privado con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

El Instituto, promovido por un grupo de empresas procedentes de diferentes sectores de la economía productiva y con socios colaboradores como Universidades, Centros de Investigación y Formación y organizaciones de mayores, es un catalizador, tanto de las inquietudes de la sociedad civil como de las del mundo empresarial, y quiere colaborar estrechamente con las administraciones públicas en dar una respuesta eficaz a los retos de una población envejecida.

Con el objetivo de identificar los problemas y necesidades asociados a las personas mayores y ser interlocutores con los poderes públicos para el diseño de soluciones y estrategias que hagan frente a los retos y oportunidades de una población cada vez más envejecida, Edad&Vida potencia las iniciativas de generación de conocimiento. Entre estas iniciativas se encuentra la convocatoria anual del Premio Edad&Vida, dirigido a aquellas universidades, instituciones de investigación y formación y organizaciones sociales que, de forma continuada y contrastada, promueven la búsqueda de soluciones para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

En su primera edición del año 2004, el Premio Edad&Vida abordó el tema “La viabilidad y sostenibilidad del estado de bienestar”. Se eligió esta temática con el convencimiento de que el envejecimiento de la población y sus implicaciones económicas y sociales, es uno de los grandes retos a los que se enfrentan los diferentes países de nuestro entorno. Los procesos asociados al envejecimiento de la población que se han producido en los últimos años requieren de la necesidad de debatir y encontrar aportaciones y soluciones innovadoras para adaptar el estado de bienestar a las nuevas realidades del siglo XXI.

Agradezco al Jurado del Premio, compuesto por el Sr. José Barea, el Sr. Manuel Pimentel, el Sr. Jesús Merino, el Sr. Julián García Vargas, el Sr. Antoni Brufau, el Sr. Miquel Roca Junyent y el Sr. José Ramón Caso, la difícil labor de elegir la propuesta ganadora de entre las 21 presentadas a la convocatoria, todas ellas de gran calidad.

La propuesta del equipo investigador del Departamento de Economía y Hacienda Pública de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Autónoma de Madrid fue seleccionada como ganadora, por su aportación innovadora en la búsqueda de nuevas soluciones en la financiación de los mayores dependientes que, desde Edad&Vida, pensamos que es el gran elemento de debate. Siempre hemos manifestado el gran impacto económico que provocará el envejecimiento de la población y que sólo podrá resolverse con la participación, en ningún caso subsidiaria, del sector privado y en estrecha colaboración con el sector público.

Quisiera felicitar a este equipo investigador, dirigido por la Dra. Dolores Dizy y en el que han participado también las investigadoras Dra. Olga Ruiz y Dra. Marta Fernández, por su gran trabajo de investigación, respondiendo con creces nuestras expectativas.

Aclarar expresamente que a este trabajo se le otorgó el Premio Edad&Vida el 30 de septiembre de 2004 y que fue entregado para su revisión final y edición en noviembre de 2005. Es decir, esta investigación se terminó con anterioridad a la presentación del Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia y pretende aportar una reflexión en torno a los servicios de atención a las personas mayores dependientes, su cobertura y financiación.

En este sentido, este análisis tiene tres puntos especialmente novedosos. El primero es el análisis internacional de distintos modelos de atención a la dependencia que se ha llevado a cabo profundizando en la experiencia de siete países (Alemania, Francia, Reino Unido, Estados Unidos, Luxemburgo, Japón y Finlandia). También innovadora es la estimación del gasto en

dependencia en España por comunidades autónomas, con la que se cuantifica el volumen de gasto en protección social de cada una de ellas, se verifica si las comunidades autónomas con mayor gasto son las más envejecidas y se comprueba si existe alguna relación entre la riqueza y el esfuerzo realizado en servicios sociales dirigidos a la atención de mayores dependientes. Por último, el modelo propuesto contiene un análisis de diferentes instrumentos privados de financiación que deberían incentivarse fiscalmente para promover su desarrollo, mejorando la capacidad financiera de los mayores y contribuyendo a una mayor sostenibilidad del sistema.

Desde Edad&Vida seguiremos impulsando acciones dirigidas al sector académico e investigador a través de publicaciones y, en especial a través del Premio Edad&Vida, con el único objeto que mueve a nuestro Instituto que es el de promover la reflexión independiente sobre aquellos elementos que inciden de forma significativa en la calidad de vida de nuestros mayores.

**Higinio Raventós**

*Presidente Edad&Vida*



## Nota de los autores

---

La elevada esperanza de vida de la población española es un gran logro de nuestra sociedad y, por ello, es fundamental dar respuesta a los retos que se plantean en la atención a las personas mayores. La dimensión humana, social y económica de la dependencia en edades avanzadas es de tal envergadura que exige una reforma y reestructuración urgente de los mecanismos de protección social vigentes actualmente en España. Reforma que debería permitir afrontar la situación de dependencia de una manera digna, mediante la implementación e incentivación de una cultura preventiva y de aseguramiento.

Con el ánimo de contribuir a conocer la situación de dependencia de los mayores en nuestro país, presentamos en el mes de abril de 2004 un proyecto de investigación en el marco de la convocatoria del I Premio Edad&Vida. Dicho proyecto pretendía aportar una visión global y comparada internacionalmente de la protección social de la dependencia desde el punto de vista económico, a la vez que incorporaba una propuesta de un modelo protector mixto y una estimación del coste de aseguramiento en España; proyecto que resultó ganador del mencionado concurso.

El presente estudio se empezó a realizar en el mes de junio del año 2004 y se concluyó, en su versión inicial, en el mes de noviembre de 2005. De ahí que la elaboración de la investigación es anterior a la presentación del Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia y a las previsiones de financiación del Sistema Nacional de Dependencia, elaborados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, lo que explica la ausencia de referencias amplias a dichos documentos.

Las autoras quieren hacer constar expresamente que el presente estudio no constituye en modo alguno una propuesta alternativa al Anteproyecto de Ley, ni debe interpretarse en tal sentido. Creemos que el estudio puede ser útil para los interesados en temas de dependencia y pretende constituir una reflexión profunda, contrastada y serena en torno a los cuidados asociados a las personas mayores dependientes, su cobertura y financiación.

Por último, queremos expresar nuestro agradecimiento al Instituto Edad&Vida por sus iniciativas de “trabajar por y para las personas mayores” y fomentar el ámbito de colaboración entre Universidad y Empresa, lo que permitirá generar conocimientos encaminados a mejorar la calidad de vida de nuestros mayores.

**Dolores Dizy Menéndez, Marta Fernández Moreno y Olga Ruiz Cañete**

*Universidad Autónoma de Madrid*  
Febrero 2006





# Índice

<b>PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO</b>	<b>3</b>
<b>NOTA DE LOS AUTORES</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
<b>I. MARCO TEÓRICO Y APLICADO DE LA PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA</b>	<b>13</b>
<b>I.1. La dependencia: delimitación conceptual y fundamentación como riesgo asegurable.</b>	<b>13</b>
<b>I.1.1. Definición de dependencia.</b>	<b>13</b>
<b>I.1.2. Fundamentación de la dependencia como riesgo asegurable.</b>	<b>15</b>
<b>I.2. El sistema público y privado de protección de la dependencia en España. Situación actual.</b>	<b>19</b>
<b>I.2.1. El modelo descentralizado de los servicios sociales para personas mayores dependientes en España. Características y principales magnitudes (enero 2004).</b>	<b>20</b>
<b>I.2.2. El apoyo familiar en el cuidado de personas dependientes en España.</b>	<b>33</b>
<b>I.3. El tratamiento fiscal de la dependencia en España.</b>	<b>43</b>
<b>I.3.1. Beneficios fiscales de los mayores dependientes en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.</b>	<b>44</b>
<b>I.3.2. Beneficios fiscales de los mayores dependientes en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.</b>	<b>49</b>
<b>I.3.3. Beneficios fiscales de las entidades prestadoras de servicios dirigidos a mayores dependientes en el Impuesto sobre Sociedades.</b>	<b>50</b>
<b>I.3.4. Beneficios fiscales relacionados con la dependencia en el Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados.</b>	<b>51</b>
<b>I.3.5. Beneficios fiscales relacionados con la dependencia en el Impuesto sobre el Valor Añadido.</b>	<b>52</b>
<b>I.3.6. Beneficios fiscales relacionados con la dependencia en el Impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transporte.</b>	<b>54</b>
<b>I.3.7. Beneficios fiscales relacionados con la dependencia en Derechos de Importación.</b>	<b>54</b>
<b>I.3.8. Beneficios fiscales relacionados con la dependencia en el Impuesto sobre Actividades Económicas.</b>	<b>54</b>
<b>I.3.9. Beneficios fiscales relacionados con la dependencia en el Impuesto sobre Bienes Inmuebles.</b>	<b>55</b>
<b>I.3.10. Beneficios fiscales relacionados con la dependencia en el Impuesto sobre Vehículos de Tracción Mecánica.</b>	<b>55</b>
<b>I.3.11. Beneficios fiscales relacionados con la dependencia en el Impuestos sobre Construcciones, Instalaciones y Obras.</b>	<b>55</b>
<b>I.3.12. Beneficios fiscales relacionados con la dependencia en el Impuesto sobre el Incremento del Valor de los Terrenos de Naturaleza Urbana.</b>	<b>56</b>
<b>I.4. Análisis internacional comparado de los modelos de protección de la dependencia.</b>	<b>56</b>
<b>I.4.1. Panorámica general de los distintos niveles de protección de la dependencia.</b>	<b>56</b>
<b>I.4.2. Elementos básicos de los distintos sistemas. Lecciones de la experiencia internacional.</b>	<b>74</b>
<b>I.4.3. Experiencias internacionales de referencia. Análisis específico por países: Alemania, Francia, Reino Unido, Estados Unidos, Luxemburgo, Japón y Finlandia</b>	<b>89</b>

<b>II. PROPUESTA DE UN MODELO MIXTO DE PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA</b>	<b>133</b>
<b>II.1.</b> Estimación de la población mayor dependiente en España. Análisis territorial (enero 2004).	133
<b>II.1.1.</b> Estimaciones de la población mayor dependiente en España.	133
<b>II.1.2.</b> Datos de población y población dependiente estimada. Análisis territorial (enero 2004).	135
<b>II.2.</b> Estimación del gasto en servicios sociales para personas mayores dependientes en España. Análisis territorial (enero 2004).	139
<b>II.2.1.</b> Usuarios y cobertura de los servicios sociales para personas mayores dependientes. Análisis territorial (enero 2004).	139
<b>II.2.2.</b> Gasto estimado en servicios sociales para personas mayores dependientes. Análisis territorial (enero 2004).	144
<b>II.2.3.</b> Del sistema asistencia al sistema universal. Incremento necesario del gasto en servicios sociales para personas mayores dependientes. Análisis territorial (enero 2004).	155
<b>II.2.4.</b> Estimaciones del gasto en servicios sociales para personas mayores dependientes bajo el supuesto de cobertura universal. Distribución por niveles de dependencia.	159
<b>II.2.5.</b> Distribución de la cartera de gasto de servicios sociales para personas mayores dependientes por niveles de dependencia.	164
<b>II.3.</b> Un modelo de protección social de la dependencia en España.	172
<b>II.3.1.</b> Objetivos.	172
<b>II.3.2.</b> Marco general del modelo mixto de protección de la dependencia.	173
<b>II.3.3.</b> Propuesta del modelo mixto de protección de la dependencia.	178
<b>II.4.</b> Incentivos fiscales relacionados con la dependencia y con el seguro de dependencia.	194
<b>II.4.1.</b> Incentivos fiscales a las aportaciones para seguros de dependencia.	195
<b>II.4.2.</b> Tratamiento fiscal de las prestaciones recibidas por el dependiente.	197
<b>II.4.3.</b> Tratamiento fiscal de los servicios e inmuebles destinados a la prestación de servicios de dependencia.	198
<b>II.4.4.</b> Tratamiento fiscal de los seguros de dependencia.	199
<b>II.4.5.</b> Incentivos fiscales a la conversión líquida de patrimonios.	199
<b>II.4.6.</b> Otros incentivos fiscales.	201
<b>ANEXO I.</b> Estimaciones de la población dependiente de 65 y más años en España. Metodología y principales resultados.	203
<b>ANEXO II.</b> Estimación del gasto en servicios sociales para personas mayores dependientes en España. Resultados por comunidades autónomas (enero 2004).	208
<b>ANEXO III.</b> Estimaciones del gasto en servicios sociales para personas mayores dependientes. Distribución del gasto y de la cartera de servicios por niveles de dependencia. Resultados a nivel nacional.	249



---

<b>III. VIABILIDAD DEL MODELO PROPUESTO</b>	<b>259</b>
<b>III.1. Factores explicativos del crecimiento del gasto en dependencia.</b>	<b>259</b>
<b>III.1.1. Introducción.</b>	<b>259</b>
<b>III.1.2. Crecimiento del gasto en dependencia debido a la evolución demográfica.</b>	<b>260</b>
<b>III.1.3. Crecimiento del gasto en dependencia debido a la ampliación de la tasa de cobertura.</b>	<b>273</b>
<b>III.1.4. Crecimiento del gasto en dependencia debido al aumento de la prestación real media.</b>	<b>277</b>
<b>III.2. Factores explicativos del crecimiento de los ingresos necesarios para financiar la dependencia.</b>	<b>279</b>
<b>III.2.1. Factores determinantes del crecimiento de los ingresos.</b>	<b>279</b>
<b>III.2.2. Efectos sobre las finanzas públicas: ahorro del gasto en prestaciones y retornos fiscales.</b>	<b>280</b>
<b>IV. CONCLUSIONES</b>	<b>285</b>
<b>V. RECOMENDACIONES</b>	<b>297</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>306</b>



# Introducción

---

El envejecimiento de la población y el cambio en el modelo familiar tradicional convierten la dependencia en uno de los grandes retos socioeconómicos a los que se enfrentan los países desarrollados en el siglo XXI. El aumento de la esperanza de vida junto con la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y los cambios en las estructuras familiares determinan la necesidad de socializar un riesgo que tradicionalmente era asumido como un problema individual del dependiente y su familia.

En nuestro país, la familia ha sido tradicionalmente el principal recurso de atención a los mayores dependientes, como reflejan las encuestas realizadas, de las que se desprende que más del 80% de la ayuda a domicilio es realizada por familiares, principalmente mujeres (hijas, nietas y nueras), que no poseen formación específica alguna. Sin embargo, en los últimos años el aumento de la tasa de actividad laboral femenina ha provocado un cambio sociofamiliar importante, que ha dado lugar a que el cuidado familiar de mayores dependientes se complemente o se sustituya por cuidadores contratados no profesionalizados, entre los que la población inmigrante tiene un gran peso.

Las perspectivas de futuro indican que esta tendencia no sólo se incrementará sino que se intensificará en los próximos años tanto en los servicios de ayuda a domicilio como en los centros residenciales destinados a mayores dependientes. En España no existe una regulación específica de la dependencia a nivel estatal y, por otra parte, las prestaciones orientadas a la cobertura de la dependencia de mayores tienen carácter asistencial y están descentralizadas a favor de las comunidades autónomas, con importantes desigualdades en cuanto a contenido, cobertura y financiación.

El presente trabajo comprende tres partes claramente diferenciadas: la primera, de carácter descriptivo, aborda el marco teórico y aplicado de la protección de la dependencia; la segunda, contiene la propuesta de un modelo mixto de protección de la dependencia; y, la tercera examina los factores que condicionan la viabilidad futura del modelo propuesto.

En el capítulo primero se examina, en primer lugar, el marco conceptual de la dependencia y su fundamentación como riesgo asegurable, para analizar a continuación la situación actual de la cobertura pública y privada de la dependencia en España, formada por la red de servicios sociales existentes (ayuda a domicilio, teleasistencia y residenciales) y el apoyo familiar. Asimismo, se estudia el tratamiento fiscal actual de la dependencia en la vejez, desarrollando tres aspectos claves: los incentivos fiscales de los mayores dependientes, la tributación de los prestadores de los servicios y la fiscalidad de las actividades sociosanitarias. Este capítulo no podría finalizar sin un análisis internacional comparado de los diferentes modelos existentes de protección de la dependencia, puesto que, sin duda, la evidencia internacional aporta enseñanzas ilustrativas sobre las fortalezas y debilidades cometidas, así como las tendencias que se vislumbran para su mejora. A tal fin, se recoge una panorámica general sobre la importancia cuantitativa de estos sistemas, se identifican los rasgos básicos que delimitan los distintos sistemas implantados y se profundiza en el estudio de las experiencias desarrolladas por siete países (Alemania, Francia, Reino Unido, Estados Unidos, Luxemburgo, Japón y Finlandia).

El capítulo segundo contiene la propuesta de un modelo mixto (público y privado) de protección de la dependencia de las personas con 65 años y más residentes en España. Dicho modelo se concibe como un sistema de cobertura universal articulado en tres niveles (asistencial, contributivo obligatorio y contributivo voluntario) y que precisa de la introducción de incentivos fiscales para su desarrollo y viabilidad. Previamente, en este capítulo se realiza una estimación por comunidades autónomas de la población dependiente de 65 y más años y del gasto en dependencia en España; con este análisis territorial se persiguen tres objetivos básicos: cuantificar el volumen de gasto en protección social de cada región, verificar si las comunidades autónomas con mayor gasto son también las más envejecidas y comprobar si existe alguna relación entre la riqueza y el esfuerzo realizado en servicios sociales dirigidos a la atención de mayores dependientes.

El capítulo tercero aborda el estudio de la evolución prevista de los factores que determinan la viabilidad futura del modelo de protección propuesto: los gastos vinculados a la prestación de servicios y los ingresos necesarios para financiar los mismos. En la vertiente de los gastos, se estima el crecimiento del mismo originado por varios factores, entre los que destacan la evolución demográfica y la ampliación de la tasa de cobertura. Desde la perspectiva de los ingresos, se analizan los efectos que la cobertura de la dependencia tiene sobre las finanzas públicas, tanto por el ahorro del gasto en prestaciones como por los retornos fiscales derivados de la mayor actividad económica generada y del incremento en el empleo producido.

El trabajo finaliza con un capítulo dedicado a las conclusiones y recomendaciones que, en nuestra opinión, deben ser tenidas en cuenta a la hora de implantar un sistema de protección de la dependencia en la vejez en España.





# I. Marco teórico y aplicado de la protección de la dependencia

## I.1. La dependencia: delimitación conceptual y fundamentación como riesgo asegurable

### I.1.1. Definición de dependencia

**El Consejo de Europa (1998)**<sup>1</sup> define la dependencia como: *un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.*

**La Organización Mundial de la Salud (OMS-1980)** en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, limita la Discapacidad del Cuidado Personal a la *restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.*

**Rodríguez Cabrero, G. (1999)** delimita la dependencia como: *aquella situación personal que requiere ayuda prolongada de tercera persona para realizar actos vitales de la vida cotidiana.*

**Casado, D. (2000)** se refiere a las personas mayores dependientes como *aquellos individuos de más de 64 años que requieren de ayuda para realizar ciertas actividades cotidianas (vestirse, comer, asearse, etc.).*

**Puga González, Ma. D. (2002)** entiende por dependencia el *hecho de no poder valerse por sí mismo en algún grado, es decir, tener dificultades o no poder realizar determinadas actividades habituales para el conjunto de la población y vincula como característica del fenómeno de la dependencia la ayuda sistemática de otra persona.*

En **el Libro Verde sobre la Dependencia (Astrazeneca 2004)** se identifica el fenómeno de la dependencia con la *falta de autonomía personal para actos básicos de la vida diaria, así como con la necesidad de recibir apoyo y cuidados de forma continuada.*

En **El Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales- IMSERSO 2005)** se entiende la dependencia como *el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una limitación en la actividad. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.*

A partir de las definiciones anteriores, y a efectos de delimitar la dependencia como riesgo social susceptible de protección, debemos realizar las siguientes matizaciones:

1. El riesgo de la dependencia puede **afectar a cualquier segmento de la población**, si bien existen una serie de factores cuya confluencia implica una mayor probabilidad del riesgo, entre estos factores, la edad avanzada incide de forma especial.
2. La dependencia se vincula a la **necesidad de ayuda**: apoyo o asistencia. Además se especifica, en algunas de las definiciones revisadas, que esta necesidad de ayuda ha de ser **sistemática**, importante o de forma **prolongada**. Por tanto, la dependencia se refiere a una situación de cierta intensidad y duración a lo largo del tiempo.
3. La dependencia se refiere a la **pérdida de autonomía funcional** y no a la pérdida de autonomía en la capacidad de decisión de la persona sobre su vida. Este aspecto es fundamental en la configuración del seguro de dependencia, siendo uno de los principios rectores del mismo el *respeto de la autonomía en las decisiones de la persona dependiente.*

<sup>1</sup> Recomendación N° (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros, relativa a la dependencia. Anexo a la Recomendación N° R (98) 9.

4. La dependencia hace referencia a los **actos corrientes de la vida diaria**: actos vitales de la vida cotidiana, actividades habituales, actividades cotidianas o actos básicos de la vida cotidiana.

Por Actividades de la Vida Diaria (AVD) se entiende aquel conjunto de actividades que afectan tanto a aspectos relacionados con el autocuidado (asearse, vestirse, comer...), denominadas Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), como a aquellas actividades que suponen interacción con el medio (preparar comidas, realizar las tareas del hogar, administrar el dinero...), conocidas como **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)**.

En la siguiente tabla se especifican las actividades básicas e instrumentales que recogen las fuentes nacionales e internacionales más utilizadas a efectos de delimitar la dependencia.

**TABLA 1. ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA<sup>2</sup>**

FUENTES ESTADÍSTICAS	ABVD	AIVD
CIF-2001 (OMS): dentro del título Actividades y Participación distingue nueve capítulos, de los cuales tres incluyen algunas actividades cuya limitación es esencial para delimitar la dependencia: capítulo 4 Movilidad; capítulo 5 Autocuidado y capítulo 6 Vida doméstica.	Autocuidado: lavarse, vestirse, comer, beber, higiene personal relacionada con procesos de excreción, cuidado de la propia salud. Movilidad y cambio y mantenimiento de las posiciones del cuerpo.	Vida Doméstica: tareas del hogar, cuidados de los objetos del hogar y ayudar a los demás.
DNSR : 12 AVD	6 ABVD: asearse, vestirse, comer, control de necesidades, levantarse/acostarse de la cama/silla, desplazarse dentro de hogar.	6 AIVD: preparar comidas, desplazarse fuera de casa, realizar tareas del hogar, manejar dinero, hablar y utilizar el teléfono, tomar los medicamentos.
ENS-2003 (INE): 27 AVD	8 ABVD: Lavarse la cara y cuerpo de cintura para arriba; ducharse/bañarse; peinarse/afeitarse; vestirse/desnudarse y elegir ropa; levantarse/acostarse; andar; comer; quedarse sólo durante una noche.	19 AIVD: Utilizar el teléfono; comparar comida/ropa; coger transporte; preparar su propio desayuno; preparar su propia comida; tomar sus medicinas; administrar su propio dinero; cortar una rebanada de pan; fregar vajilla; hacer la cama; cambiar sábanas; lavar ropa a mano; lavar a ropa a máquina; limpiar la casa/piso; limpiar mancha suelo/agacharse; cortarse la uñas de los pies; coser un botón; andar durante una hora seguida.
EDDES-1999 (INE): 13 AVD	8 AVD: asearse, vestirse/ desvestirse, comer/ beber, controlar las necesidades, levantarse/acostarse, desplazarse dentro del hogar, deambular sin medio de transporte, cambiar y mantener posiciones del cuerpo.	5 AIVD: preparar las comidas, limpieza y cuidado de la ropa, limpieza y mantenimiento de la casa, compra y control de suministros, cuidar del bienestar del resto de la familia.

<sup>2</sup>CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; DNSR: Disability in National Survey Research (Estados Unidos); ENS: Encuesta Nacional de Salud (España); EDDES: Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud. (España).

## I.1.2. Fundamentación de la dependencia como riesgo asegurable

La siguiente cuestión que nos planteamos, una vez delimitada conceptualmente la dependencia, es ¿por qué es necesario asegurarse frente al riesgo de caer en dependencia?

Los factores que han incidido en la consideración de la dependencia como riesgo susceptible de protección han sido básicamente de dos tipos:

### 1. Demográficos:

El cambio en la perspectiva de la dependencia como realidad social, desde una visión tradicional, ciertamente reduccionista, que limitaba prácticamente la dependencia a la incapacidad para el trabajo, a una visión actual de la realidad social de la dependencia, más extensa y diversificada, impulsada por dos hechos: la mayor esperanza de vida y aumento del número de personas mayores. Por otro lado, existe otro factor condicionante que es la aparición y aumento de nuevas enfermedades invalidantes y accidentes.

### 2. Sociales:

La necesidad de adaptar el papel de la familia como principal responsable en el cuidado de la persona dependiente a los cambios derivados de las nuevas estructuras familiares y a los cambios en el mercado laboral. A este respecto, destacan como factores predominantes la incorporación de la mujer al trabajo remunerado y las jubilaciones más flexibles y prematuras.

Dentro de este contexto, nos parece interesante incorporar la aportación de Puga González (2002) relativa a la determinación de los factores *predictores* o determinantes de la dependencia. Así, entendemos por éstos aquellos que al ocurrir implican una mayor probabilidad de dependencia en la vejez, pudiendo distinguir entre factores demográficos, culturales, económicos, fisiológicos, y conductas y hábitos saludables en la tercera edad. La incidencia y contenido de cada uno de ellos aparece resumido en la siguiente tabla 2:

**TABLA 2. INCIDENCIA DE LOS FACTORES PREDICTORES DEL RIESGO DE DEPENDENCIA**

FACTORES PREDICTORES	INCIDENCIA
<b>F. Demográficos</b>	<p><b>Sexo:</b> existe una mayor dependencia en mujeres que en los hombres.</p> <p><b>Edad:</b> a partir de los 75 años la dependencia aumenta y su nivel de severidad.</p> <p><b>Estado civil:</b> la soledad aumenta la probabilidad de dependencia (<i>shock de la viudedad</i>)<sup>3</sup>.</p>
<b>F. Culturales</b>	<p><b>Nivel educativo:</b> a mayor nivel educativo, mayor status económico y estilo de vida más saludable y, por tanto, menor probabilidad de dependencia.</p> <p><b>Analfabetismo:</b> la incidencia de este factor es muy relevante al presentar un alto riesgo de dependencia pero en grado moderado.</p>
<b>F. Económicos</b>	<p><b>La pobreza incide en un mayor riesgo de dependencia<sup>4</sup>.</b></p> <p><b>Profesión y sedentarismo:</b> aquellos trabajo más sedentarios implican mayor riesgo de dependencia con alto grado de severidad.</p> <p><b>Nivel de ingresos y status social:</b> el mayor status social no incide en la mayor probabilidad de dependencia. Sí incide cuando se introducen variables como edad, viudedad, menor nivel de ingresos o pensiones bajas. La incidencia es distinta según sexo: en los hombres un mayor status económico-social implica una mayor sedentarismo que aumenta el riesgo de dependencia; en la mujeres esta relación es inversa: a mayor status menor probabilidad de dependencia.</p>
<b>F. Fisiológicos</b>	<p><b>Cronificación de enfermedades:</b> aumenta la probabilidad de dependencia en grados severos.</p> <p><b>Autopercepción del estado de salud:</b> éste es un factor muy determinante de la probabilidad de dependencia y mayor grado de severidad. La autopercepción está condicionada por el nivel educativo, nivel de ingresos, soledad y status social.</p> <p><b>Estar medicado:</b> poco relevante como indicador de la dependencia, ya que en edades avanzadas está muy extendido y abarca un colectivo mayor que el de personas dependientes.</p> <p><b>Índice de masa corporal:</b> las situaciones extremas (masa corporal que supera un límite o está en niveles muy bajos) aumentan el riesgo de dependencia.</p>
<b>Conductas y Hábitos Saludables en las personas mayores.</b>	<p><b>Ejercicio físico regular:</b> reduce el riesgo de dependencia y su gravedad.</p> <p><b>Consumo de alcohol y tabaco:</b> los actuales dependientes no son consumidores de tabaco y alcohol actualmente, pero sí lo han consumido<sup>5</sup>.</p>

<sup>3</sup> Este concepto hace referencia a la sobremortalidad de los viudos, en edades avanzadas, respecto a los casados. Ésta disminuye conforme aumenta el tiempo de duración de la viudedad; además, tiene mayor incidencia en hombres que en mujeres: durante el primer año de viudedad la sobremortalidad supera el 80% en los hombres y el 60% en el caso de las mujeres (Puga González, D. 2002: 64).

<sup>4</sup> A menor nivel de renta aumenta el riesgo de dependencia. Este factor tiene especial incidencia en el caso de las mujeres ya que sus pensiones son menores que las de los hombres.

<sup>5</sup> Si tenemos en cuenta otros factores, como edad y sexo, los resultados indican que el mayor riesgo de dependencia en la vejez se manifiesta en hombres más mayores que han fumado durante un largo período de tiempo (el 30% de aquellos que han fumado durante 56 años o más son dependientes), pero que actualmente no fuman o han reducido mucho su consumo. Por el contrario, los que actualmente fuman más cantidad son generaciones más jóvenes donde la presencia de la dependencia es muy baja. Respecto de las mujeres mayores actualmente dependientes, la correlación entre el consumo de tabaco y alcohol y su estado de dependencia no es significativa ya que pertenecen a una generación en la que no era frecuente el consumo de alcohol y tabaco entre la población femenina. (Puga González, D. 2002: 74).

La consideración de estos factores debe ser tenida en cuenta a la hora de diseñar políticas relacionadas con la vejez, de forma que se impulse aquellos hábitos o conductas que reduzcan la probabilidad del riesgo de dependencia. Asimismo, es importante considerar el diferente peso de estos factores predictores en cada una de los ámbitos territoriales, ya que de su ponderación dependerá el mayor o menor riesgo de dependencia y, por tanto, la cantidad de recursos que debe asignarse.

Admitida la necesidad del aseguramiento de la dependencia, surge la cuestión de cómo debe configurarse el seguro de dependencia, esto es, ¿debe tener carácter público, privado o mixto?

En todos los países de la Unión Europea donde existe la figura del seguro de dependencia se configura desde el ámbito de la autoridad (público), si bien existe participación del mercado (entidades privadas y públicas). Se trata, en su mayoría, de modelos mixtos (público/privado). Por el contrario, en Estados Unidos el modelo de protección de la dependencia se configura desde el mercado y a través de la iniciativa privada.

La defensa de un seguro público de dependencia se apoya, entre otros argumentos, en los fallos en los que puede incurrir el mercado como método de asignación de recursos, básicamente debido a tres factores: el *riesgo social* asociado a la dependencia, la presencia de un *mercado incompleto* y el carácter de *bien preferente*. Factores que son considerados en el ámbito de la Hacienda Pública como fallos de mercado<sup>6</sup> que permiten justificar condicionadamente la intervención pública.

En primer lugar, se señala que una contingencia comporta *riesgo social* cuando, en caso de que se produzca, el coste de cubrir ese riesgo no puede ser asumido por el mercado, ya que afecta a un porcentaje de población muy alto siendo insuficientes los ingresos obtenidos por las primas. En el caso de la dependencia, como ya hemos señalado anteriormente, el porcentaje de población que puede verse afectado ha aumentado considerablemente, debido fundamentalmente al envejecimiento de la población y al aumento de la esperanza de vida, sin que existan expectativas de cambio en esta tendencia.

En cuanto al *mercado incompleto*, muy característico en el campo de los seguros, la ausencia de compañías privadas que aseguren el riesgo de la dependencia se explica, básicamente, por dos causas: la primera se deriva de los *elevados costes de transacción* asociados a la creación de un mercado en relación al escaso número de participantes (asegurados). La segunda, y más frecuente, se refiere a la presencia de *información asimétrica* que se manifiesta a través de la selección adversa y el riesgo de manipulación.

La selección adversa impide, al mercado, clasificar los clientes en función del riesgo debido a la dificultad para obtener de información fiable respecto a la probabilidad de que se produzca el riesgo: la dependencia y el grado de severidad con que se puede presentar<sup>7</sup>. En este caso, en tanto que el mercado no dispone de esa información fiable y suficientemente precisa, las primas se fijan en función de la pérdida media esperada. Esto produce una discriminación a favor de aquellos clientes con elevada probabilidad de riesgo y en contra de clientes con baja probabilidad de riesgo, pudiendo conducir a la desaparición del mercado<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> La Teoría de los Fallos de Mercado es una de las aportaciones más importantes en la justificación de la presencia del sector público en una economía. Esta Teoría, de carácter normativo, justifica la intervención del sector público en las funciones económicas básicas (asignación, redistribución y estabilidad), argumentando la existencia de determinados fallos de mercado. El sector público, por lo tanto, actúa subsidiariamente allí donde el mercado no es capaz de dar una respuesta eficiente.

<sup>7</sup> Aunque algunos de los factores predictores que hemos enumerado anteriormente, se puedan conocer con exactitud (edad, sexo, estado civil, masa corporal, etc.), en la mayoría de ellos la información se basa en aportación directa del cliente que puede presentar un alto grado de subjetividad en su valoración.

<sup>8</sup> A medida que vayan entrando en el mercado clientes con alta probabilidad de riesgo (aquellos con mayor presencia de factores predictores), la pérdida media esperada crecerá y con ello la prima. Los clientes con baja probabilidad de riesgo irán saliendo del mercado en tanto que la cobertura que obtienen no compensa la prima que pagan (no resulta eficiente). En el límite la pérdida media esperada crece tanto que el mercado es inviable y desaparece.

Respecto del riesgo de manipulación, muy habitual en la cobertura privada de ciertas enfermedades o en el seguro de desempleo<sup>9</sup>, en el caso del seguro de dependencia se puede presentar en tanto que se den aquellos factores predictores que inciden en una mayor probabilidad del riesgo y que no son observables para el asegurador (autopercepción del estado de salud, sedentarismo, consumo de alcohol, tabaco, alimentación desequilibrada...).

Finalmente, los *bienes/servicios preferentes* se definen como aquellos en los que el individuo no valora adecuadamente los beneficios que se derivan para él mismo de su consumo/utilización y, por ello, los demanda en una cuantía insuficiente (por debajo de la óptima). Ello obedece a que el individuo presenta preferencias deformadas (no demanda aquello que le beneficia)<sup>10</sup> y la intervención de la autoridad (sector público) se justifica en aras a corregir la *miopía* del individuo obligándole a consumir esos bienes y/o incentivando su consumo (mediante ayudas públicas).

En definitiva, vemos que los obstáculos que encuentra el mercado en el caso del seguro de dependencia, como método de asignación, se traducen en la dificultad de éste para establecer criterios de rentabilidad, como consecuencia de los factores que acabamos de comentar, así como en la escasez de demanda.

La intervención de la autoridad (sector público) en este punto es fundamental y debe orientarse al desarrollo de aquellos instrumentos que permitan corregir, o al menos reducir, los fallos del mercado y, especialmente, la asimetría en la información y el riesgo de manipulación. El objetivo es generar una base más amplia de clientes con riesgos diferenciados que permita establecer las primas en razón de los diferentes riesgos y que, con ello, resulte una cobertura eficiente a través del mercado.

Estas limitaciones en el caso de España se concretan en los siguientes aspectos<sup>11</sup>:

- Dificultades técnicas para el cálculo de la primas debido a la falta de datos rigurosos de morbilidad (estados de dependencia, cambios en la duración y tipo de cuidados requeridos motivados por los avances tecnológicos) y fiabilidad de las estimaciones poblacionales (subestimación de la población en cohortes de edad alta, incidencia de la inmigración masiva de una determinada edad en la pirámide de población, desconocimiento del comportamiento epidemiológico de la población inmigrante).

Estas dificultades derivan en el establecimiento de primas no garantizadas con tarifas revisables. En el caso de que el seguro de dependencia adopte la forma de un seguro de salud, el riesgo lo asume la aseguradora y si el cálculo de la prima o reservas no es el adecuado puede poner en peligro la solvencia de la compañía y, en consecuencia, el asegurado puede no recibir las prestaciones necesarias cuando se produzca la contingencia. En el caso de que el seguro adopte la forma de compensación económica, el riesgo se traslada al asegurado, que no sabrá si en el momento de incurrir en situación de dependencia dispondrá o no de recursos suficientes.

- El establecimiento de períodos de carencia mínimos produce una falta de cobertura (no existe mercado) a las personas que ya están en situación de dependencia o se encuentran en edades con alta probabilidad de serlo.

<sup>9</sup> El riesgo de manipulación "se presenta cuando el asegurado potencial puede, por medio de acciones no observables para el asegurador, influir sobre la probabilidad de que ocurra cierta contingencia desfavorable para éste o sobre la magnitud de la pérdida o sobre ambas", Albi, E., Contreras, C., González-Páramo, J.Ma y Zubiri, I. (1994: 84).

<sup>10</sup> Un análisis paralelo se realiza con la otra cara de la misma moneda, los bienes indeseables (como el alcohol, el tabaco, la droga...), que el individuo consume a pesar de que él mismo se ve perjudicado.

<sup>11</sup> Recogemos algunas de las reflexiones expuestas en el seminario El Seguro de Dependencia organizado por el Instituto de Fomento Empresarial los días 27 y 28 de enero de 2005.

- Hay una distancia de tiempo excesiva entre el pago de primas y la edad de riesgo real. Esto influye en la falta de concienciación por parte de la población de la necesidad de asegurarse. El interés aparece demasiado tarde, en edades avanzadas o cuando se presenta el problema.
- Se trata de un seguro de coste elevado en la cobertura de un riesgo muy dinámico, que exige que el producto sea flexible.

Estas características específicas del seguro de dependencia condicionan su entrada en el mercado bajo el supuesto de obligatoriedad (colectivizar el riesgo), con carrera de cotización en edades tempranas con el fin de que las primas no sean tan elevadas.

Si no se dan estas condiciones, el sector privado participará en el ámbito de la dependencia fundamentalmente a través de su actividad de prestación de servicios, como existe actualmente. Su función aseguradora quedará limitada al nivel complementario-voluntario del seguro público.

La existencia de fallos en el mercado como los expuestos, constituye un argumento necesario pero no suficiente para justificar la intervención del sector público en la provisión/producción de los bienes y servicios asociados a la situación de dependencia. Así, la Teoría de la Elección Colectiva sostiene que la intervención pública puede no ser eficiente debido a los fallos inherentes en la adopción de decisiones de forma colectiva.

Por ello, el modelo de protección del riesgo de dependencia ha de tener como eje central su sostenibilidad económica, y ello requiere el adecuado equilibrio entre el sector público y el sector privado mediante un modelo de seguro mixto, basado en la corresponsabilidad tanto en la financiación como en la gestión.

## 1.2. El sistema público y privado de protección de la dependencia en España.

### Situación actual

La atención que requieren las personas mayores dependientes puede ser cubierta, actualmente en España, mediante la red de servicios sociales públicos de acceso limitado a prueba de recursos, a través del cuidado de su familia o mediante la contratación o compra de los servicios en el mercado.

Estas tres vías de atención podemos reagruparlas en dos. La primera incluiría la red de servicios sociales públicos y privados dirigidos a personas mayores, que son básicamente el servicio de ayuda a domicilio, la teleasistencia, los centros de día para dependientes y los centros residenciales. El segundo grupo de ayudas estaría constituido por el apoyo familiar comprendería tanto el cuidado familiar como el cuidado en domicilio por personas contratadas en el mercado, no profesionales, que sustituyen total o parcialmente al cuidador familiar.

El actual sistema de protección público y privado de las personas mayores dependientes está formado por la red de servicios sociales existentes y el apoyo familiar, cuyo análisis constituye el objeto de este capítulo.

## 1.2.1. El modelo descentralizado de los servicios sociales para personas mayores dependientes en España. Características y principales magnitudes. Enero 2004

### 1.2.1.1. El servicio de ayuda a domicilio

Referencias bibliográficas: Edad & Vida (diciembre 2004) *Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España*; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (julio 2005) *Informe 2004. Las Personas Mayores en España. Datos estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (enero 2005) *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*.

<b>SITUACIÓN Y OBJETIVOS</b>	El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) constituye un programa de carácter preventivo y rehabilitador, integrado por un conjunto de servicios y técnicas profesionales que se prestan en el domicilio del beneficiario y se dirigen a personas mayores con cierto grado de dependencia. El objetivo básico del SAD es incrementar la autonomía personal del usuario del programa en su medio habitual de vida.
<b>ÁMBITO COMPETENCIAL</b>	Administraciones locales: municipios o en su defecto diputaciones provinciales, cabildos insulares...
<b>REQUISITOS DE ACCESO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulación autonómica a pesar de ser un servicio de competencia local.</li> <li>• Territorialidad: ser residente en el municipio en el que se solicita el servicio.</li> <li>• Presencia de dependencia.</li> <li>• Necesidad de obtener una puntuación mínima relativa a estado de salud, apoyo familiar y recursos económicos. Este requisito se exige a través de un formulario único de solicitud. Las comunidades autónomas en las que se exige son: Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Madrid y Murcia.</li> </ul>
<b>PRESTACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de atención personal: asistencia en las principales actividades de la vida diaria.</li> <li>• Servicios de atención doméstica: limpieza de la casa, compra, cocina, plancha...</li> <li>• Actividades de apoyo psicosocial: práctica de la escucha activa y autocuidado.</li> <li>• Actividades de apoyo familiar: colaboración con la familia y refuerzo de la cohesión familiar.</li> <li>• Actividades de apoyo relacional: fomento de relaciones con personas de su entorno y desarrollo de redes sociales.</li> </ul>
<b>GESTIÓN DEL SERVICIO</b>	<p><u>Entidades prestatarias:</u> Con carácter general: sistema de concentración con entidades privadas prestatarias del servicio (cooperativas, Instituciones Privadas Sin Fin de Lucro y empresas comerciales).</p> <p><u>Requisitos de garantía:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorizaciones administrativas: regulación autonómica. La mayoría de las comunidades autónomas exigen una autorización de funcionamiento e inscripción en el registro de servicios sociales.</li> </ul>

<b>GESTIÓN DEL SERVICIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones mínimas de funcionamiento: regulación autonómica. En algunas comunidades autónomas<sup>12</sup> se exige la obligación de disponer de un registro e historial de usuario; normas de régimen interno; póliza de seguro, planificación de actividades y exposición pública de tarifas y autorizaciones.</li> <li>• Definición del perfil profesional del personal: con carácter general la gestión del SAD debe ser desarrollada por el trabajador social y la prestación del servicio por personal auxiliar. Como profesionales de apoyo se contemplan los psicólogos y educadores sociales. Más de la mitad de las comunidades autónomas<sup>13</sup> han definido los perfiles profesionales de los gestores y prestadores del SAD.</li> </ul>	
<b>FINANCIACIÓN</b>	<p><u>Mixta</u>: subvención pública de carácter local y participación del usuario (copago). <u>Determinación del copago</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulación de carácter local en la mayoría de las comunidades.</li> <li>• Con carácter general, a partir de la información disponible, para aquellos usuarios con rentas &lt;50% del Salario Mínimo Interprofesional (SMI 513 €/mes en el año 2005) no existe copago (en Baleares se establece el límite en el 75% SMI); el usuario paga la totalidad del servicio cuando su renta &gt;300% del SMI.</li> </ul>	
<b>PRINCIPALES MAGNITUDES ENERO 2004</b>	<b>Nº Usuarios/as</b>	<b>228.812</b>
	<b>Cobertura/Pob.=&gt; 65 años Perfil del usuario/a</b>	<b>3,13% 71,5% mujeres; 52,5% de 80 y más años</b>
	<b>Precio Público/hora (€) Intensidad horaria % Horas de atención a tareas domésticas % Horas de atención a cuidados personales</b>	<b>10,51€/hora 16,43 horas/mes/usuario 57% 43%</b>
	<b>Población =&gt;65 años (01/01/2004)</b>	<b>7.301.009</b>

<sup>12</sup> Andalucía, Baleares, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid, Navarra y La Rioja.

<sup>13</sup> Andalucía, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla y León, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia y Navarra.

En cuanto a la valoración del Servicio de Ayuda a Domicilio en España podemos señalar que:

- El SAD es un recurso comunitario fundamental para que la persona dependiente pueda seguir permaneciendo en su entorno habitual.
- La configuración actual del SAD pone de manifiesto algunos de los aspectos que limitan o cuestionan la eficiencia y equidad del servicio:
  - La escasa coordinación sociosanitaria SAD-Centro de Atención Primaria-Servicio hospitalario.
  - La descentralización de la normativa regulatoria y la inexistencia de un marco legal base para el conjunto de las comunidades autónomas provoca grandes diferencias territoriales en la prestación y alcance del SAD.
  - La regulación insuficiente de algunos elementos esenciales como profesionalización de los prestadores y gestores del servicio, autorizaciones administrativas o condiciones materiales. La escasa regulación y la falta de uniformidad territorial en cuanto a su obligatoriedad se traduce en la aparición en el mercado de entidades y particulares que ofrecen el servicio sin ninguna garantía de calidad mínima. Esta realidad perjudica al usuario que contrata el servicio y, además, representa un elemento de competencia desleal muy nocivo para las entidades que desarrollan su actividad de forma regulada.



### I.2.1.2. El servicio de teleasistencia

<p>Referencias bibliográficas: Edad&amp;Vida (diciembre 2004) Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (julio 2005) <i>Informe 2004. Las Personas Mayores en España. Datos estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas</i>; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (enero 2005) <i>Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco</i>.</p>		
<b>DEFINICIÓN Y OBJETIVOS</b>	<p>El Servicio de teleasistencia se configura como un servicio complementario de la ayuda a domicilio.</p> <p>El objetivo de la teleasistencia es permitir el envío de ayuda a domicilio en caso de necesidad. Está dirigido fundamentalmente a personas mayores que viven solas siempre, o la mayor parte del tiempo, y que se encuentran en una situación de riesgo por fragilidad o cierta dependencia.</p>	
<b>ÁMBITO COMPETENCIAL</b>	<p>Administraciones locales: municipios o en su defecto diputaciones provinciales, cabildos insulares...</p>	
<b>REQUISITOS DE ACCESO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulación autonómica a pesar de ser un servicio de competencia local.</li> <li>• Territorialidad: ser residente en el municipio en el que se solicita el servicio.</li> <li>• Cumplimiento de las circunstancias personales que justifican su necesidad (soledad, situación de riesgo...).</li> </ul>	
<b>PRESTACIONES</b>	<p>Servicios de ayuda al usuario mediante contacto telefónico (sin manos). El usuario lleva un dispositivo sobre sí que le permite, al pulsarlo, conectarse con la central de escucha.</p>	
<b>GESTIÓN DEL SERVICIO</b>	<p>Sistema de concertación cuya entidad prestataria coincide con la que presta el SAD.</p>	
<b>FINANCIACIÓN</b>	<p>Prácticamente universalizada.</p>	
<b>PRINCIPALES MAGNITUDES. ENERO 2004</b>	Nº Usuarios/as	148.905
	Cobertura/Pob.=> 65 años	2,04%
	Perfil del usuario/a	75% mujeres; 51% de 80 y más años
	Precio Público (€/mes)	21,08 €/mes
	Población =>65 años (01/01/2004)	7.301.009

En relación con la valoración del Servicio de Teleasistencia podemos efectuar los siguientes comentarios:

- El Servicio de Teleasistencia es un recurso esencial dentro de los servicios sociales comunitarios al constituirse como instrumento básico de seguridad para el usuario.
- Su evolución ha sido muy positiva ya que se trata de un servicio de bajo coste de instalación y mantenimiento por lo que resulta económico para oferentes y demandantes.
- Se trata de un recurso de amplia aceptación por parte de las personas mayores y muy útil en los primeros estados de dependencia de la persona mayor.
- La teleasistencia se va a ver potenciada como recurso de ayuda a personas mayores dependientes debido a las posibilidades de desarrollo e innovación tecnológica que permite (telemedicina, telealarma...).

### I.2.1.3. Los centros de día para personas mayores dependientes<sup>14</sup>

Referencias bibliográficas: Edad&Vida (diciembre 2004) *Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España*; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (julio 2005) *Informe 2004. Las Personas Mayores en España. Datos estadísticos Estatales y por comunidades Autónomas*; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (enero 2005) *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*.

<p><b>DEFINICIÓN Y OBJETIVOS</b></p>	<p>El centro de día o estancia diurna es un recurso asistencial intermedio que se sitúa entre el domicilio y la residencia.</p> <p>El objetivo general es mejorar la calidad de vida de la persona mayor dependiente mediante una atención integral especializada (profesional) así como ofrecer el asesoramiento y apoyo necesario a la familia con el fin de que la persona mayor permanezca de forma adecuada en su entorno habitual.</p>
<p><b>ÁMBITO COMPETENCIAL</b></p>	<p>Administraciones Autonómicas y Locales</p>
<p><b>REQUISITOS DE ACCESO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulación autonómica</li> <li>• Territorialidad: se exige en todas las comunidades autónomas. Deben cumplirse algunos de los siguientes requisitos: ser natural de la comunidad autónoma donde se realiza la solicitud; ser residente en la comunidad autónoma durante un período mínimo de 2 a 3 años anterior a la solicitud; para españoles residentes en el extranjero u otra comunidad autónoma, se exige que la solicitud sea por motivo de reagrupamiento familiar y para residentes extranjeros se pide la misma condición de residencia mínima anterior y además se aplica lo establecido en convenios o tratados internacionales.</li> </ul>

<sup>14</sup> En algunas comunidades autónomas este servicio se denomina unidad o centro de estancia diurna: Andalucía, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Murcia y Extremadura.

<b>REQUISITOS DE ACCESO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de salud: se exige en todas las comunidades autónomas. Consiste en la verificación de que el solicitante no padece enfermedad infecto-contagiosa activa, ni enfermedad que requiera atención en centro hospitalario, ni padece enfermedad que produzca graves alteraciones en el comportamiento que alteren la convivencia en el Centro.</li> <li>• Edad mínima: se exige en todas las comunidades autónomas. La edad mínima exigida se sitúa en 60 o 65 años<sup>15</sup>.</li> <li>• Presencia de situación de dependencia: en casi todas las comunidades autónomas se exige este requisito, bien directamente, o bien a través de una puntuación mínima obtenida en el baremo de acceso.</li> <li>• Puntuación mínima obtenida en el baremo de acceso. Este requisito se exige en algunas comunidades autónomas<sup>16</sup>. El baremo hace referencia a variables como valoración social, económica, entorno personal y dependencia amplia (física y psicológica).</li> </ul>
<b>PRESTACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El conjunto de servicios ofrecidos en el centro de día van dirigidos a cubrir las necesidades personales básicas, terapéuticas y sociales. Servicios básicos: transporte, manutención y ayuda en las actividades de la vida diaria.</li> <li>• Servicios terapéuticos: atención social, psicológica ocupacional y cuidados de salud.</li> <li>• Programas de intervención con la familia: información, asesoramiento...</li> <li>• Servicios complementarios: en función de la ubicación y características del centro puede ofrecerse servicios de peluquería, podología, cafetería o ampliación de horarios.</li> </ul>
<b>GESTIÓN DEL SERVICIO</b>	<p><u>Entidades prestatarias:</u> Existen centros de titularidad pública y centros de titularidad privada. El sistema de concertación vigente consiste en la oferta de plazas de gestión privada financiadas parcialmente por la administración territorial.</p> <p><u>Requisitos de garantía:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorizaciones administrativas: Regulación autonómica<sup>17</sup>. La mayoría de las comunidades autónomas exigen tres tipos de autorizaciones previas al inicio de la actividad<sup>18</sup>:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorización previa que garantiza el cumplimiento de las condiciones mínimas materiales exigidas para la finalidad del centro. Es necesaria para la concesión municipal de licencia de obras.</li> </ul> </li> </ul>

<sup>15</sup> Edad mínima de 65 años: Andalucía, Aragón (60 para dependientes), Castilla y León (60 para dependientes), Cataluña, Galicia (60 para dependientes) y Madrid (60 para dependientes); edad mínima 60 años: Canarias, Castilla-La Mancha, Murcia, Navarra, País Vasco y La Rioja; menos de 60 años: Asturias (50 años), Baleares (55 años) y Canarias en determinados casos.

<sup>16</sup> Aragón, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Murcia, La Rioja y la provincia de Vizcaya.

<sup>17</sup> En Cataluña las autorizaciones administrativas es competencia local.

<sup>18</sup> En Aragón y Cantabria se exige además una autorización definitiva.

<b>GESTIÓN DEL SERVICIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorización de funcionamiento: garantiza el cumplimiento de las condiciones materiales, funcionales. Es necesaria para la concesión de licencia de actividades.</li> <li>- Inscripción de oficio en el registro de servicios sociales.</li> <li>• Condiciones mínimas de funcionamiento: regulación autonómica.</li> <li>• Condiciones materiales: se refieren a dimensión del comedor (m<sup>2</sup>/plaza: entre 1 m<sup>2</sup> y 2,5 m<sup>2</sup>) y sala de estar (entre 1,8 m<sup>2</sup> y 4,5 m<sup>2</sup>), así como a la obligatoriedad o no de disponer de sala de enfermería<sup>19</sup> y sala de actividades terapéuticas y ocupacionales.</li> <li>• Condiciones funcionales y de personal: se aplican las mismas que para centros residenciales.</li> </ul>	
<b>FINANCIACIÓN</b>	<p><u>Mixta: aportación pública que se complementa con la aportación del usuario (copago).</u> <u>Determinación del copago:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La cantidad máxima de la aportación coincide con el coste de la plaza<sup>20</sup> o con el precio público<sup>21</sup>.</li> <li>• La base de ingresos que se toma como referencia es, con carácter general, la renta del solicitante o la renta per cápita de la unidad de convivencia (Navarra y País Vasco).</li> <li>• La cuantía de la aportación se calcula aplicando un porcentaje a la base de ingresos de referencia. El porcentaje varía entre el 25% y el 85% según la comunidad autónoma<sup>22</sup>. En Cataluña el porcentaje es del 100% de la renta del solicitante, si bien se garantiza un mínimo vital para el usuario y hay posibilidad de aportaciones subsidiarias.</li> </ul>	
<b>PRINCIPALES MAGNITUDES. ENERO 2004</b>	N° Plazas (titularidad pública y privada) Unidades de consumo-cálculo de cobertura Cobertura/Pob.=> 65 años	33.709 (100%) 49.237 0,67%
	Plazas Titularidad Pública (%/total) Plazas Titularidad Privada (%/total)	37% 63%
	Plazas que reciben Financiación Pública (%/total) Plazas Financiación Privada exclusiva (%/total)	58% 42%
	N° total de centros: Centros Titularidad Pública (%/total) Centros Titularidad Privada (%/total)	1.756 (100%) 41% 59%
	Precio Público/Plaza dependiente (€/mes) Precio Concertado/Plaza dependiente (€/mes)	539,98 €/mes 333 €/mes-916 €/mes (País Vasco)
	Población =>65 años (01/01/2004)	7.301.009

<sup>20</sup> Andalucía (90% del coste), Aragón, Baleares y las provincias de Guipúzcoa y Vizcaya.

<sup>21</sup> Asturias, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Navarra, La Rioja y la provincia de Álava.

<sup>22</sup> En Álava existen bonificaciones en la tarifa a pagar por tramos de renta para rentas per capita < 1.000 euros; en Vizcaya se establecen dos tablas de porcentajes: una aplicable al importe de la pensión per capita de la unidad de convivencia y otra aplicable al capital mobiliario neto per capita de la unidad de convivencia, siendo la aportación del usuario el resultado de sumar ambos porcentajes que se aplican sobre la pensión per capita de la unidad de convivencia.

La valoración de los Centros de Día que podemos efectuar es:

- Los centros de día o estancias diurnas constituyen uno de los recursos más importantes para compatibilizar la estancia del mayor dependiente en su entorno habitual y el apoyo familiar, que tanto peso tiene en nuestro país. Además al tratarse de un recurso terapéutico ralentiza el deterioro de la calidad de vida del mayor dependiente.
- La información autonómica disponible sobre el contenido y funcionamiento de los centros de día pone de manifiesto algunos aspectos susceptibles de mejora:
  - Escasa o nula información en algunas comunidades autónomas respecto al funcionamiento de este servicio.
  - Insuficiente regulación de algunos aspectos esenciales en la garantía de la calidad tales como la exigencia de autorizaciones definitivas, control de condiciones materiales y, sobre todo, referente a los requisitos que regulan la calidad de los profesionales gestores y prestadores de este servicio.
  - Importantes diferencias territoriales en cuanto a la determinación del copago y los requisitos de acceso al servicio, propias de la descentralización de competencias sin la presencia de un marco básico regulador.
  - Las posibilidades que ofrece el centro de día como recurso intermedio merece un mayor desarrollo y cierta uniformidad territorial en su regulación.

#### 1.2.1.4. Los centros residenciales para personas mayores

Referencias bibliográficas: Deloitte (marzo 2005) *Perspectivas de futuro de los recursos de atención a la dependencia. El sector residencial*; Edad & Vida (diciembre 2004) *Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España*; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (julio 2005) *Informe 2004. Las Personas Mayores en España. Datos estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (enero 2005) *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*.

<b>DEFINICIÓN Y OBJETIVOS</b>	<p>El centro residencial es un recurso gerontológico de alojamiento (temporal o permanente) que ofrece una atención sociosanitaria multiprofesional, dirigida a personas mayores en situación de dependencia.</p> <p>El objetivo general es facilitar y potenciar el mantenimiento de la autonomía personal mediante el desarrollo de programas específicos dirigidos a profesionales y a las personas usuarias del servicio.</p>
<b>ÁMBITO COMPETENCIAL</b>	Administraciones Autonómicas y Locales
<b>REQUISITOS DE ACCESO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulación autonómica</li> <li>• Los requisitos básicos relativos a territorialidad, estado de salud y edad mínima de acceso son los mismos que en los de los centros de día.</li> <li>• Presencia de situación de dependencia: con carácter general no se exige, si bien hay algunas comunidades autónomas que sí lo establecen<sup>23</sup>.</li> </ul>

<sup>23</sup> Aragón, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Navarra y la provincia de Guipúzcoa.

<b>REQUISITOS DE ACCESO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación mínima obtenida en el baremo de acceso. Este requisito, de carácter multidimensional, se exige en algunas comunidades autónomas<sup>24</sup>.</li> <li>• Valoración de las solicitudes: además de exigir los requisitos de territorialidad, estado de salud y edad, existe una ponderación de cada uno de ellos a efectos de establecer un orden prioritario de acceso al centro. De hecho, la valoración de la solicitud es el verdadero requisito de acceso a los centros residenciales públicos y concertados. Cada comunidad autónoma establece su propio criterio de valoración por lo que existen diferencias territoriales significativas tanto en la definición de las variables como en la forma de ponderar<sup>25</sup>.</li> </ul>
<b>PRESTACIONES</b>	<p>Los servicios que ofrecen los centros residenciales varían, principalmente, en función del tamaño de los centros.</p> <p>La atención prestada en centros residenciales, al igual que en los centros de día, se realiza mediante la oferta de servicios básicos y terapéuticos y a través del desarrollo de programas de intervención dirigidos a las personas dependientes (sanitarios, terapéuticos, cuidados paliativos) e intervención familiar.</p> <p>Asimismo pueden existir también servicios complementarios (podología, cafetería, peluquería...).</p>
<b>GESTIÓN DEL SERVICIO</b>	<p>Entidades prestatarias:</p> <p>La red de centros residenciales en España se compone de centros de titularidad pública y centros de titularidad privada.</p> <p>El modelo residencial en España es de gestión privada concertada (ver principales magnitudes).</p> <p>Requisitos de garantía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorizaciones administrativas: regulación autonómica. Sigue el mismo procedimiento que en centros de día.</li> <li>• Condiciones mínimas de funcionamiento: regulación autonómica <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condiciones materiales: existe regulación en todas las comunidades autónomas relativa a superficie mínima (m<sup>2</sup> ó m<sup>2</sup> de acceso de paso) y capacidad máxima de los dormitorios. Murcia es la única Comunidad donde no está regulado este aspecto y en Cataluña no existe limitación de capacidad máxima.</li> <li>- Para el resto de las variables a tener en cuenta en la condiciones materiales (superficie de comedor y sala de estar y requerimiento de sala de enfermería y actividades ocupacionales), no existe uniformidad en el tratamiento normativo</li> <li>- Condiciones funcionales: casi todas las comunidades autónomas disponen de un registro de usuarios, historial sociosanitario, normas de regulación internas, planificación de actividades y exposición pública de precios y autorizaciones administrativas.</li> </ul> </li> </ul>

<sup>23</sup>Aragón, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Navarra y la provincia de Guipúzcoa.

<sup>24</sup>Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, La Rioja y la provincia de Vizcaya.

<sup>25</sup>Para una descripción detallada de la valoración por comunidades autónomas ver *Edad&Vida* (diciembre 2004: 84-87).

<p><b>GESTIÓN DEL SERVICIO</b></p>	<p>- Condiciones profesionales: fundamentalmente se limitan a tres aspectos</p> <p>a) Formación mínima de los directores de centros residenciales. Algunas comunidades autónomas exigen titulación de grado medio o acreditación de experiencia profesional en un puesto similar durante un número de años que oscila entre dos y medio y cinco, dependiendo de la comunidad.</p> <p>b) Obligación de facilitar a los residentes la atención sanitaria. Sólo algunas comunidades autónomas obligan a disponer de médico y ATS/DUE en su plantilla.</p> <p>c) Establecimiento de ratios mínimos de personal: todas las comunidades autónomas regulan este indicador, excepto Murcia y la Rioja. El ratio se calcula como la proporción del número de trabajadores (plantilla o atención directa) por plaza.</p>
<p><b>FINANCIACIÓN</b></p>	<p><u>Mixta</u>: aportación pública que se complementa con la aportación del usuario (copago).</p> <p><u>Determinación del copago</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad máxima de la aportación: la mayoría de las comunidades autónomas toman como referencia el coste/plaza. Sólo siete de las diecisiete comunidades autónomas toman como referencia el precio público<sup>26</sup>.</li> <li>• La base de ingresos de referencia es, con carácter general, la renta del solicitante. En el caso de Cantabria, Navarra y País Vasco se considera la renta per cápita de la unidad de convivencia.</li> <li>• Cuantía de la aportación: con carácter general las comunidades autónomas establecen un porcentaje que se aplica a la base de ingresos de referencia. El porcentaje oscila entre el 75% y el 90%<sup>27</sup>; Madrid es la única comunidad donde la aportación es una cuantía que varía según tramos de ingresos.</li> <li>• En todas las comunidades autónomas se garantiza un mínimo vital y sólo en Asturias, Cantabria y Cataluña se reconocen aportantes subsidiarios. Cantabria y Cataluña se reconocen aportantes subsidiarios.</li> </ul> <p>La aportación económica de la administración en las plazas concertadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La tarifa pagada por la administración en el sistema de concertación implica un cofinanciamiento para el demandante (usuario) y para el oferente.</li> <li>• La tarifa pagada por la administración autonómica se determina como la diferencia entre el precio (tarifa) y las aportaciones que realizan los usuarios.</li> <li>• La cobertura que representa la aportación pública tanto para el usuario como para el oferente, difiere de unas comunidades a otras. La consolidación de los datos nos indica que la tarifa pagada por administración autonómica representa como media (1) el 51% de la pensión contributiva de jubilación y el 80% de la pensión no contributiva, y entre el 74% y el 79% del coste teórico medio de una plaza residencial según se trate de un centro en propiedad o en concesión (2):</li> </ul>

<sup>26</sup> Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Madrid, Navarra, La Rioja y la provincia de Álava.

<sup>27</sup> En la Comunidad Valenciana se aplica un porcentaje que varía entre el 80% y el 93% en función de los ingresos del solicitante; en Extremadura hay dos porcentajes: el 75% si los ingresos del solicitante supera el SMI y el 65% si los ingresos son inferiores al SMI; en Cataluña el porcentaje es el 100% y, al igual que en centros de día, la aportación se calcula a través de la diferencia entre el precio público de la plaza y los ingresos del solicitante, garantizando un mínimo vital.

FINANCIACIÓN	COBERTURA DE LA APORTACIÓN PÚBLICA AUTONÓMICA				
	Comunidad Autónoma	%/Pensión Contributiva Jubilación	%/Pensión No Contributiva Jubilación	%/Coste medio teórico plaza en concesión	%/Coste medio teórico plaza en Propiedad
	Andalucía	61%	83%	75%	67%
	Aragón	50%	78%	84%	75%
	Asturias	43%	76%	21%	9%
	Baleares	55%	81%	77%	66%
	Canarias	66%	85%		
	Cantabria	48%	77%		
	Cas.LaMancha	53%	80%	88%	82%
	Cas.y León	47%	77%	59%	50%
	Cataluña	43%	80%	74%	64%
	C.Valenciana	42%	76%	84%	79%
	Extremadura	38%	77%		
	Galicia	59%	82%	73%	68%
	Madrid	61%	85%	99%	81%
	Murcia	42%	78%		
	Navarra	39%	76%	96%	87%
	P.Vasco	52%	81%	102%	84%
	La Rioja	63%	84%		
	<b>Promedio</b>	<b>51%</b>	<b>80%</b>	<b>79%</b>	<b>74% (3)</b>
	<p>(1) Hipótesis realizadas: usuario dependiente medio que vive solo, sin parientes obligados a aportaciones subsidiarias y sin patrimonio (Edad&amp;Vida –diciembre 2004).</p> <p>(2) Características del centro residencial: 90 plazas; ratio de atención directa 0,30, en concesión -construye pero no invierte en la compra del terreno- o propiedad -construye y compra el terreno- (Deloitte-marzo 2005).</p> <p>(3) No se considera en el cálculo del promedio el dato de Asturias porque sesga el resultado</p>				
PRINCIPALES MAGNITUDES. ENERO 2004	Nº Plazas (titularidad pública y privada)		266.392 (100%)		
	Cobertura/Pob.=> 65 años		3,65%		
	Plazas Titularidad Pública (%/total)		25%		
	Plazas Titularidad Privada (%/total)		75%		
	Plazas que reciben Financiación Pública (%/total)		43%		
	Plazas Financiación Privada exclusiva (%/total)		57%		
	Nº de plazas residenciales para dependientes		138.354 (52%/Total)		
	Nº total de Centros		4.888 (100%)		
	Centros Titularidad Pública (%/total)		21%		
	Centros Titularidad Privada (%/total)		79%		

PRINCIPALES MAGNITUDES. ENERO 2004	Precio Público/Plaza no dependiente (€/mes)	1.213,04 €/mes
	Precio Concertado/Plaza dependiente (€/mes)	1.301,47 €/mes
	Coste medio/plaza (centro en concesión) (€/mes) <sup>28</sup>	1.505,4 €/mes
	Coste medio/plaza (centro en propiedad) (€/mes) <sup>29</sup>	1.634,7 €/mes
	Población =>65 (01/01/2004)	7.301.009

Las reflexiones más importantes sobre la valoración de los Centros Residenciales son:

- El recurso de atención residencial, aunque por definición va dirigido a personas mayores con dependencia, es utilizado frecuentemente por personas válidas.
- La falta de uniformidad territorial tanto en los elementos reglados como en la forma de regular aquellos para los que existe normativa en todas las comunidades autónomas, este aspecto incide en la falta de equidad territorial.
- La ausencia de requisitos de profesionalidad exigibles en las prestaciones, así como los bajos niveles salariales, cuestionan la calidad de los servicios ofrecidos.
- La aportación económica del usuario difiere de forma significativa entre las comunidades autónomas, pudiendo superar los 186 euros entre la comunidad con mayor copago y la comunidad con menor copago<sup>30</sup>. El coste máximo de la plaza y la financiación pública son los principales factores explicativos de estas diferencias.
- La aportación de la administración autonómica a la financiación de plazas concertadas se sitúa por debajo del coste medio teórico por plaza concertada, existiendo grandes oscilaciones entre comunidades autónomas.
- El desarrollo que ha experimentado en los últimos años el sector residencial en España y, en especial, la asistencia residencial a personas mayores dependientes, es un indicador de la demanda real y potencial que existe de este recurso.

A modo de síntesis en la siguiente tabla recogemos las principales características del sistema de servicios sociales dirigido a personas mayores dependientes, vigente en España:

<sup>28</sup> Coste calculado para un centro en concesión (construye pero no compra el terreno) de 90 plazas con un ratio de atención directa de 0,30 (Deloitte, marzo 2005).

<sup>29</sup> Coste calculado para un centro en propiedad (construye y compra el terreno) de 90 plazas con un ratio de atención directa de 0,30 (Deloitte, marzo 2005).

<sup>30</sup> El cálculo de las aportaciones de los usuarios se determina bajo los siguientes supuestos: se trata de usuarios con dependencia media, que vivían solos en su domicilio, sin parientes obligados a realizar aportaciones subsidiarias y sin patrimonio. (Edad&Vida-diciembre 2004:93).

**TABLA 3. SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN ESPAÑA. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS**

<b>ÁMBITO COMPETENCIAL</b>	Administraciones Territoriales: comunidades autónomas y corporaciones locales.																						
<b>REGULACIÓN</b>	Autonómica y local.																						
<b>REQUISITOS DE ACCESO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Territorialidad: residencia.</li> <li>• Edad: 60-65 años o más.</li> <li>• Puntuación mínima en baremo de acceso de carácter multidimensional: estado de salud, apoyo familiar, situación económica, presencia de dependencia. Este requisito se exige en algunas Comunidades Autónomas para determinados servicios.</li> </ul>																						
<b>PRESTACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En especie: Servicio de Ayuda a Domicilio, Servicio de Teleasistencia, Centros de Día para personas dependientes, Centros Residenciales, Estancias Temporales en centros Residenciales y otros servicios como el servicio de comida a domicilio.</li> <li>• Monetarias: prestación económica para ayuda a domicilio; prestación económica para adecuación de la vivienda, prestación económica para familias cuidadoras y prestación económica para centros de día.</li> </ul>																						
<b>GESTIÓN DEL SERVICIO</b>	Mixta: entidades públicas y privadas y sistema de concertación.																						
<b>FINANCIACIÓN</b>	Impuestos. Aportación del usuario: varía según el tipo de servicio y el ámbito territorial de residencia.																						
<b>PRINCIPALES MAGNITUDES. ENERO 2004</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><b>Nº Usuarios (Plazas)</b></th> <th><b>Cobertura (%/Pob=&gt;65)</b></th> <th><b>Precio (€) (1)</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Servicio Público de Ayuda a Domicilio</td> <td>228.812</td> <td>3,13%</td> <td>10,51 €/Hora</td> </tr> <tr> <td>Servicio Público de Teleasistencia</td> <td>148.905</td> <td>2,04%</td> <td>21,08 €/mes</td> </tr> <tr> <td>Plazas en Centros de Día para dependientes</td> <td>33.709</td> <td>0,67%</td> <td>539,98 €/mes</td> </tr> <tr> <td>Plazas para dependientes en C. Residenciales</td> <td>138.354</td> <td>1,90%</td> <td>1.301,47 €/mes</td> </tr> </tbody> </table>				<b>Nº Usuarios (Plazas)</b>	<b>Cobertura (%/Pob=&gt;65)</b>	<b>Precio (€) (1)</b>	Servicio Público de Ayuda a Domicilio	228.812	3,13%	10,51 €/Hora	Servicio Público de Teleasistencia	148.905	2,04%	21,08 €/mes	Plazas en Centros de Día para dependientes	33.709	0,67%	539,98 €/mes	Plazas para dependientes en C. Residenciales	138.354	1,90%	1.301,47 €/mes
	<b>Nº Usuarios (Plazas)</b>	<b>Cobertura (%/Pob=&gt;65)</b>	<b>Precio (€) (1)</b>																				
Servicio Público de Ayuda a Domicilio	228.812	3,13%	10,51 €/Hora																				
Servicio Público de Teleasistencia	148.905	2,04%	21,08 €/mes																				
Plazas en Centros de Día para dependientes	33.709	0,67%	539,98 €/mes																				
Plazas para dependientes en C. Residenciales	138.354	1,90%	1.301,47 €/mes																				
	<p>(1) El precio de una plaza en centro de día es precio público y en el caso de plaza en centro residencial es precio concertado de plaza para dependiente. Para todos los servicios considerados se trata de precios medios a nivel nacional.</p>																						

- El actual sistema de servicios sociales es un modelo con un alto nivel de descentralización que presenta diferencias territoriales muy importantes en cuanto a su contenido, cobertura y financiación.
- Con carácter general el acceso a la red de los servicios sociales públicos se limita a personas mayores de 60 ó 65 años residentes en la comunidad o municipio donde se solicite el servicio. Existen otras variables (estado de salud, presencia de dependencia) que se tienen en cuenta para poder acceder al sistema, si bien no son aplicables de forma unánime en todos los servicios y/o regiones. Asimismo, el sistema de servicios sociales vigente es de carácter asistencial, vinculado a prueba de recursos.
- Las prestaciones se ofrecen básicamente en forma de servicios prestados directamente (ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día, centros residenciales y estancias temporales) y aunque existen algunas prestaciones monetarias su importancia es residual.
- El modelo vigente en España es de cobertura predominantemente pública en los servicios de ayuda a domicilio y teleasistencia, y de cobertura y financiación mayoritariamente privada en centros de día, pero sobre todo, en centros residenciales.
- El sistema de concertación (gestión privada-financiación pública) es el que prevalece en el servicio de ayuda a domicilio, centros de día y centros residenciales.
- Las fuentes de financiación son los impuestos y la aportación del usuario (copago). La cuantía y forma de cálculo del copago varía significativamente a nivel territorial y según el tipo de servicio.

En el caso del servicio de ayuda a domicilio se toma como referencia el Salario Mínimo Interprofesional (SMI), de forma que si la renta del usuario es inferior a un porcentaje, generalmente el 50%, no existe copago.

En centros de día y atención residencial se toma como referencia, en la mayoría de las comunidades, el coste de la plaza como aportación máxima del usuario y la cuantía de copago es el resultado de aplicar un porcentaje a la base de ingresos de referencia que coincide con la renta del solicitante en la mayoría de los casos; sólo País Vasco y Navarra consideran la renta per cápita de la unidad de convivencia. En cuanto al porcentaje, las diferencias territoriales son muy importantes ya que oscila entre un 25%-85% para centros de día y entre el 75%-90% en centros residenciales.

El nuevo marco normativo que regulará la dependencia (Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes) y la realidad demográfica de España<sup>31</sup> seguirán impulsando la demanda de los recursos que hemos analizado.

### 1.2.2. El apoyo familiar en el cuidado de personas dependientes en España

En España el peso de la familia en el cuidado de las personas dependientes es muy importante. Según el Libro Blanco<sup>32</sup> sólo el 6,5% de las personas que precisan cuidados de larga duración reciben servicios sociales; la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud (EDDES-1999) indica que sólo el 7,3% de las personas mayores discapacitadas que reciben ayuda personal para realizar Actividades de la Vida Diaria, reciben el apoyo de los servicios sociales públicos.

Además, existe una opinión mayoritaria por parte de los cuidadores/as familiares, según la cual la Administración debe participar mediante recursos de apoyo que complementen o equilibren la provisión del cuidado con la familia, pero no que la sustituyan.

<sup>31</sup> En los próximos diez años, cada 17,5 minutos una persona se convertirá en dependiente. UNESPA (junio 2005).

<sup>32</sup> [www.imsersomayores.csic.es](http://www.imsersomayores.csic.es) Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España, Enero 2005 (Capítulo III: 23).

La aportación del apoyo familiar en el cuidado de personas dependientes debe valorarse en términos monetarios con el fin de tener un conocimiento completo de la dimensión económica de los recursos dedicados a la atención de personas dependientes.

En España el apoyo familiar a las personas mayores dependientes se realiza, fundamentalmente, a través del propio familiar -generalmente esposa o hija- o mediante la contratación de una empleada de hogar -inmigrante en la mayoría de los casos- que complementa unas veces o sustituye en otras al cuidador/a familiar. El número de cuidadores/as informales (no profesionales) se ha estimado en 1.042.713 personas de 18 y más años, de los cuales 950.528 son cuidadores/as familiares y 92.185 son empleados/as de hogar que cuidan a personas mayores (IMSERSO-2005)<sup>33</sup>. También existe, aunque de forma residual<sup>34</sup>, la contratación de cuidadores/as profesionales a través empresas privadas de servicios de atención domiciliaria.

Para estimar la aportación económica del apoyo familiar, es necesario conocer el perfil y características de la actividad de apoyo, tanto del cuidador/a familiar como del contratado/a. Para ello hemos tomado como referencia cuatro encuestas cuyos resultados más significativos a efectos de la estimación se exponen a continuación.

Las dos primeras, IMSERSO/Gfk-Emer (2004) *Encuesta de Apoyo Informal a los mayores en España* e INE (2001) *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud 1999*, nos aportan información, a nivel nacional, fundamentalmente sobre el cuidador/a familiar. Las otras dos, la encuesta Colectivo IOÉ (2003) *Explotación de la encuesta a personas inmigrantes que cuidan a población anciana y enferma en sus hogares en la Comunidad de Madrid (2000)* y la encuesta IMSERSO-2005 sobre *Empleados y empleadas de hogar que atienden a las personas mayores (2004)*, se refieren a la población que es contratada en el mercado para el cuidado de personas mayores o enfermas. Mientras que la primera, Colectivo IOÉ (2003), se limita a población inmigrante contratada y los resultados son de ámbito autonómico referidos a la Comunidad de Madrid<sup>35</sup>, la segunda, IMSERSO-2005 se refiere a empleados/as de hogar contratados/as que se ocupan de manera principal del cuidado de personas mayores de 65 y más años y los resultados son de ámbito nacional<sup>36</sup>.

---

<sup>33</sup> Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar (pág.14)

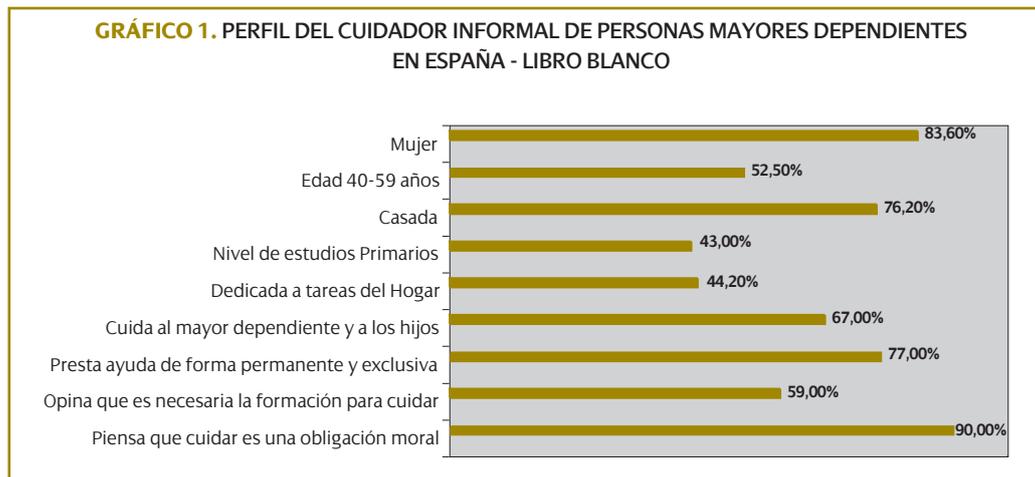
<sup>34</sup> Según el Libro Blanco (2005) sólo el 2,9% del personal que colabora con los cuidadores/as proviene de empresas privadas (Capítulo III: 47).

<sup>35</sup> Los resultados de esta encuesta forman parte de la publicación IMSERSO (2005) Cuidado a la dependencia e inmigración. Informe de resultados. Serie Dependencia. En la misma se exponen los resultados obtenidos para la Comunidad Valenciana y la Comunidad Foral del País Vasco. Nos ceñimos a los resultados obtenidos en la Comunidad de Madrid ya que es una de las comunidades autónomas donde la inmigración tienen mayor peso y además los resultados expuestos son los que nos resultan más útiles a efectos de la estimación monetaria.

<sup>36</sup> Esta encuesta forma parte del estudio del IMSERSO (2005) Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. EL entorno familiar .Colección Estudios. Serie Dependencia.



### I.2.2.1. Perfil y características del cuidador informal de personas mayores dependientes en España. Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España<sup>37</sup>



- El perfil del cuidador/a principal de personas mayores dependientes en España es el de una mujer de edad comprendida entre 40 y 59 años (edad media 53), casada, con un nivel de estudios primarios, sin ocupación remunerada y dedicada a tareas del hogar. Es decir, el cuidador/a principal es una cuidadora informal.
- La desagregación por sexos según la relación de las personas cuidadoras con la actividad muestra que en el caso de los hombres cuidadores el 53% son jubilados/pensionistas y en el caso de mujer cuidadora el 52,1% se dedica a tareas del hogar.
- En cuanto a las modalidades de convivencia (persona atendida y quien le cuida) seis de cada diez (60,7%) viven predominantemente juntas y de manera permanente.
- En relación con el parentesco, el 36% de las personas mayores viven con sus hijos, mayoritariamente hijas (41% frente al 23% de los hijos). Y, además de cuidar al mayor dependiente, la mayoría de los cuidadores/as (un 67%) vive con sus hijos a quienes también debe atender y cuidar.
- La persona mayor a la que cuidan es mujer (69% frente al 31% de hombres mayores dependientes que son cuidados por su familiar) y de edad muy avanzada (entre 71 y 90 años). En cuanto al estado civil de la persona mayor que recibe cuidados, en el caso de los hombres, la mayoría están casados y conviven con su pareja (55,7%), es decir, son atendidos por su mujer. En el caso de las mujeres, la mayoría están viudas (66,2%), por lo que se deduce que son cuidadas por sus hijas (hijos). Por consiguiente, la mayoría de personas mayores dependientes que reciben ayuda informal, ésta es prestada por sus hijas o cónyuges (mujeres en su mayoría).
- La decisión de prestar la ayuda depende del grado de parentesco con el mayor dependiente: cuando se trata de la hija/o del cónyuge la decisión es por iniciativa propia (68% de los casos); sin embargo, cuando se trata de familiares políticos

<sup>37</sup> La fuente utilizada en el Libro Blanco es IMSERSO/Gfk-Emer (2004) Encuesta de Apoyo Informal a los mayores en España. Esta encuesta forma parte del estudio del IMSERSO (2005) Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar. Colección Estudios. Serie Dependencia.

(nuera, yerno) la decisión familiar es la que prevalece. En cualquier caso, la práctica totalidad de los encuestados señala como respuesta la obligación moral es la respuesta (90%).

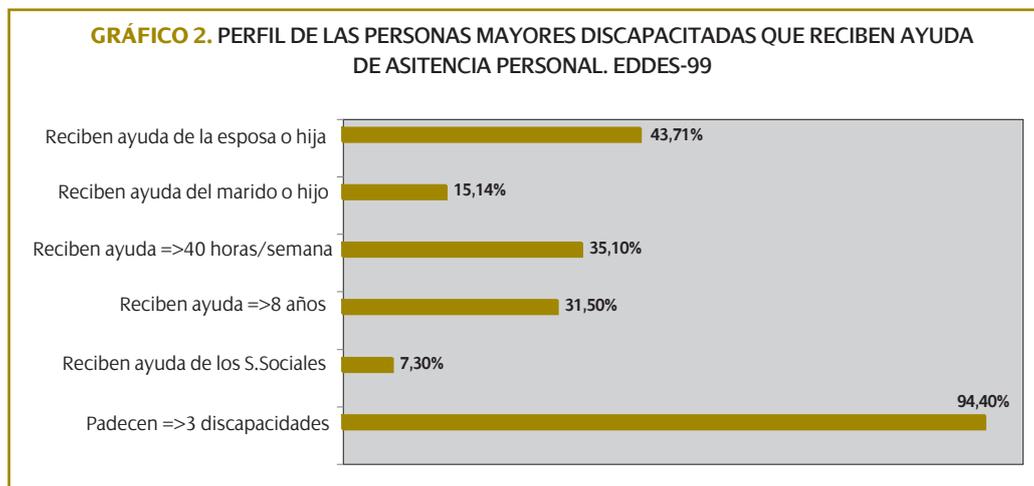
- Respecto de la frecuencia de ayuda, la mayoría de los cuidadores/as prestan una ayuda de carácter permanente (77% de los entrevistados) y de forma exclusiva, es decir, no la comparten con otras personas ni reciben ayuda de tipo formal. Del total que reciben ayuda de tipo formal (un 14%), en la mayoría de los casos (53,2%), la misma consiste en la contratación privada de una empleada del hogar (51,2%) o en la contratación de la ayuda a través de una empresa privada (2%).
- La intensidad de ayuda prestada es muy alta: en el 69% de los casos el cuidador/a presta ayuda en los tres tipos de Actividades de la Vida Diaria (AVD): tareas domésticas, instrumentales y cuidados personales. A medida que aumenta la edad, la necesidad de ayuda e intensidad es también mayor: el 55,6% de los entrevistados con edades comprendidas entre 60 y 65 años declara recibir ayuda en los tres tipos de actividades. Este porcentaje aumenta hasta el 82,4% si la persona que recibe ayuda es mayor de 90 años.
- Prácticamente la totalidad de personas mayores dependientes (95%) que reciben cuidados informales padecen alguna enfermedad crónica o siguen algún tipo de tratamiento.
- El tiempo de dedicación se sitúa como media en seis años y una intensidad de diez horas al día.
- Solamente un 20% de los cuidadores/as recibe compensación económica, lo que confirma el peso del cuidador/a informal.
- Los costes de oportunidad que se derivan de la dura tarea que representa el ser cuidador/a se manifiestan en el ámbito laboral (abandono del trabajo, reducción de la jornada, imposibilidad de trabajar), en su propia salud (depresión y deterioro de su salud) y en las relaciones afectivas y sociales (reducción del tiempo de ocio y vacacional entre otros).
- Los cuidadores/as entrevistados/as opinan en su mayoría (59%) que es necesaria la formación para saber cuidar. Un 26,3% admite que ésta es imprescindible cuando se trata de personas mayores con demencia o alto grado de dependencia, mientras que el 32,6% piensan que la formación siempre es conveniente.
- Finalmente ante la pregunta sobre dónde le gustaría recibir los cuidados que pudiera necesitar cuando sea mayor, más de dos terceras partes de los cuidadores/as informales entrevistados afirma que en su propia casa (70,6%)<sup>38</sup>.

#### **1.2.2.2. Perfil y características de las personas mayores discapacitadas en España que reciben ayuda asistencial personal. Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud 1999 (EDDES-99)**

- El 53% de las personas de 65 y más años discapacitadas reciben ayuda de asistencia personal.

<sup>38</sup> El Barómetro del CIS (noviembre 2004) ofrece un resultado muy similar: un 72% de los encuestados afirma que, en caso de necesitar cuidados permanentes, le gustaría vivir en su propia casa recibiendo la atención que necesitara.





- En cuanto a la relación de parentesco y género del cuidador/a principal, el 53,6% de estas personas son cuidadas por su cónyuge (22%) o la hija (31,6%) frente al 5,6% cuyo cuidador principal es el hijo.

En el caso de personas mayores discapacitadas varones, éstos son cuidados principalmente por su esposa (43% de los casos) o su hija (20,3%). Si se trata de mujeres mayores discapacitadas, la cuidadora principal es la hija (36,2%) y sólo un 13,4% son cuidadas por sus esposos.

Como tercer cuidador/a principal aparece otro pariente (14,1% de los casos), siendo más frecuente en el caso de las mujeres mayores discapacitadas (16,2%) que en los hombres (9,2%).

Estos datos permiten deducir que el perfil del cuidador/a informal es una cuidadora informal (esposa o hija).

- La carga de cuidados es muy elevada: más de 40 horas semanales en el 35,1% de los casos (40,6% en el caso del personas de 80 y más años) y durante un período de 8 años o más en el 31,5% de los casos.
- Los cuidadores/as se hacen cargo de personas de edad avanzada que presentan tres o más discapacidades en la mayoría de los casos (94,40%).
- Finalmente, sólo el 7,3% de los mayores discapacitados reciben ayuda de servicios sociales. Esta ayuda es complementaria con la recibida por el cuidador/a informal principal (esposa o hija) en el 2,4% de los casos.

### I.2.2.3. Perfil y características del empleado/a de hogar cuidador/a de personas mayores (IMSERSO-2005)<sup>39</sup>.

- El empleado/a de hogar cuidador es en una amplia mayoría mujer (96,6%), sólo el 3% son hombres; la edad media se sitúa entre 30-49 años (el 29% se encuentra en el tramo de 30-39 años y el 31,4% entre 40-49 años); está casada (49%); tiene un nivel de estudios primarios o secundarios (46,4%) y posee la nacionalidad española (59,9%).

<sup>39</sup> Metodología de la encuesta: la recogida de información se ha realizado a través de una entrevista personal, de duración máxima de 40 minutos, en el domicilio (hogar) de los entrevistados. El tamaño muestral está integrado por 25.100 hogares, distribuidos proporcionalmente por comunidades autónomas y tamaño del habitat. La muestra final ha sido de 1.504 entrevistas válidas de cuidadores/as de apoyo informal (cuyos resultados se recogen en el apartado 1.2.2.1.) y 207 entrevistas a empleados/as de hogar que trabajan por cuenta ajena en el cuidado de mayores que residen en hogares.

Este último dato hay que tomarlo con precaución ya que, como se indica en la propia publicación, el número de empleados de nacionalidad extranjera puede estar infravalorado ya que existe un encubrimiento debido a su situación irregular. Del total de empleados/as de hogar cuidadores el 13% son ecuatorianas, el 6,8% colombianas y el resto de otras nacionalidades, principalmente peruanas, bolivianas, rumanas, búlgaras o dominicanas.

**GRÁFICO 3. PERFIL DE LOS EMPLEADOS/AS DE HOGAR QUE CUIDAN A PERSONAS MAYORES. IMSERSO (2005)**



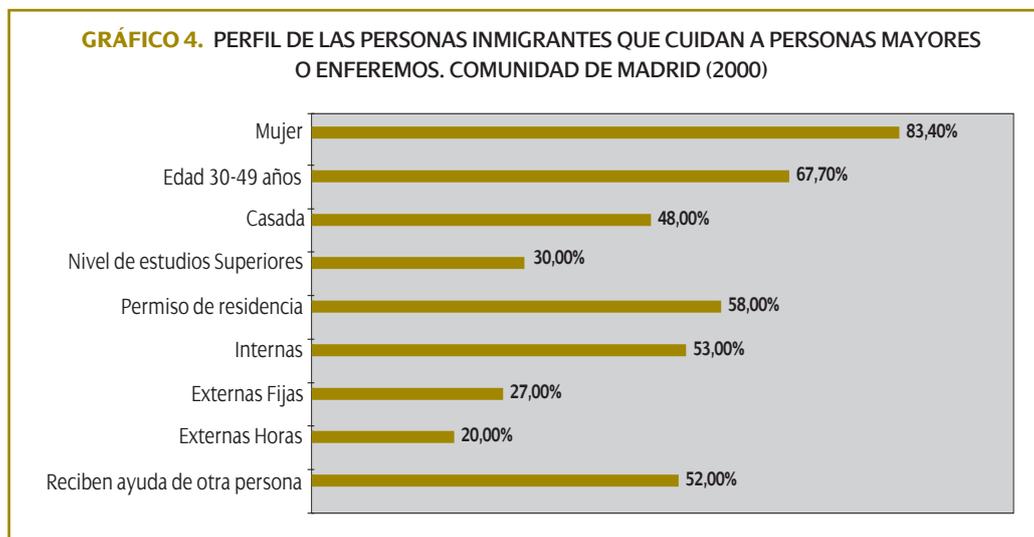
- Respecto al tipo de jornada laboral, el 45,9% trabaja a jornada completa con una distribución muy uniforme entre externas (22,7%) e internas (23,2%). El 27% trabaja por horas y el 26,6% lo hace a media jornada. Pero solamente cotizan a la seguridad social el 17%, mientras que un 5% se encuentra en trámites y el 73% declara no cotizar.
- En cuanto a la intensidad de su actividad como cuidadoras, el 71% se ocupa de la persona mayor de forma permanente, de los cuales más de la tercera parte (37%) no recibe ninguna otra ayuda. En la mayoría de los casos (70%) la empleada de hogar realiza las tres actividades genéricas que se consideran: tareas domésticas, actividades cotidianas y cuidado personal.
- Con relación a la jornada laboral, el 74% presta la ayuda todos los días durante una media de 7 horas diarias y en el 26% de los casos la jornada supera las 40 horas semanales.
- Finalmente, en cuanto a formación y necesidad de preparación, un 70% declara no haber recibido nunca formación y el 40% opina que es necesaria la preparación para atender adecuadamente a las personas mayores.

#### **I.2.2.4. Características del cuidador inmigrante de personas mayores o enfermas. Resultados para la Comunidad de Madrid (2000).**

Según el estudio del IMSERSO Cuidados a la Dependencia e Inmigración (2005) las características y el peso de la población inmigrante en el cuidado de personas mayores o enfermas en la Comunidad de Madrid en el año 2000 pueden resumirse en las siguientes:



- El 27% de trabajadores inmigrantes en el servicio doméstico cuida habitualmente a personas mayores o enfermas.



- El perfil del cuidador/a es una mujer (la proporción de hombres cuidadores es de uno por cada cinco mujeres, mayoritariamente filipinos), con familia de origen numerosa, de edad comprendida entre 30 y 49 años (el 41% se encuentra entre 30-39 años y el 26,3% entre 40-49 años), casada (con marido español en el 27% de los casos y marido del país de origen en el 21% de los casos), con nivel de estudios superiores (30%) y que ha seguido en España algún curso de cualificación profesional, aunque éste en la mayoría de los casos no le ha sido de utilidad para su inserción laboral.
- En cuanto a su situación jurídica, la mayoría (58%) tiene permiso de residencia y el 15% ha obtenido la nacionalidad española.
- Cuando se pregunta por la experiencia laboral, el 60% del colectivo de cuidadoras declara haber trabajado sólo en el sector del servicio doméstico. A medida que la edad de la cuidadora es mayor la experiencia laboral es menor.
- Se constata, así mismo, que no existe vocación para la realización del trabajo de cuidadora en la mayoría de los casos (60%). El motivo de estar trabajando es porque *no encontraba otro trabajo* y sólo un 8% declara que realiza ese trabajo *porque le gusta*.
- La principal vía para conseguir el empleo han sido los familiares y amigos (79% de los casos) y en mucha menor proporción a través de órdenes religiosas y relación entre empleadores (21%).
- En cuanto a los subsectores ocupacionales, el 53% son internas, el 27% son externas fijas y un 20% son externas por horas. En todos los casos, tienen escasa información sobre sus derechos y sólo un 3,3% están afiliadas a un sindicato.
- El salario mensual asciende como media a 546,92 euros. Concretamente, en la caso de las internas es de 564,95 euros/mes, en el de las externas fijas de 528,89 euros/mes y en el de las externas por horas de 516,87 euros/mes.
- La jornada laboral se sitúa por encima de las 40 horas semanales (56 horas/semana). En el caso de la internas la media es de 67 horas semanales, en el de las externas fijas de 47 horas semanales y en el de las externas por horas de 38 horas semanales.

- Durante su jornada laboral además de atender a personas enfermas o ancianas realizan habitualmente tareas del hogar, tales como limpiar la casa (74,3%), lavar y planchar (69,1%), preparar comidas (64,5%), atender la mesa (61,2%), hacer la compra (33,6%) o cuidar niños (14,5%). Estas tareas las realizan sin ningún tipo de ayuda (52% de los casos) o las compar-ten con otra persona contratada (48%).

#### 1.2.2.5. Estimación de la aportación monetaria del apoyo familiar en el cuidado de personas dependientes en España.

Los resultados reflejados en las cuatro encuestas de referencia permiten caracterizar al cuidador/a principal de personas mayores dependientes a través del siguiente perfil: en el caso del cuidador/a familiar informal se trata, en la mayoría de los casos, de una mujer (esposa o hija), de edad avanzada (53 años de edad media), casada, con estudios primarios y que no realiza un actividad remunerada en el mercado laboral. Su actividad como cuidadora es de gran intensidad tanto en horas (más de 40 horas semanales en cualquier caso), como en años (entre 6 y 8 años de cuidado) y grado de incapacidad de la persona que asiste (necesita ayuda tanto en actividades básicas como instrumentales). Generalmente, realiza su actividad de cuidadora sin ningún tipo de ayuda (77% de los casos) y, además, suele tener hijos a quienes también tiene que atender.

El perfil del cuidador/a no profesional contratado/a es muy parecido: se trata de una mujer, normalmente algo más joven (entre 30-49 años) y con nivel de estudios secundarios y superiores (41,6%), casada y con una carga de trabajo elevada en cuanto a intensidad horaria, que además de cuidar a la persona mayor, generalmente, realiza otras tareas del hogar.

Esta sobrecarga de la familia en la atención a las personas dependientes, junto con la afirmación mayoritaria por parte del cuidador/a informal de que la administración debe participar ofreciendo recursos que complementen o equilibren el apoyo familiar, refleja la limitación de recursos existentes en la actualidad tanto en la cobertura (acceso condicionado a prueba de recursos) como en la gestión y la financiación de las prestaciones.

Por otra parte, se pone de manifiesto el importante yacimiento de empleo que existe en el sector de atención a personas mayores dependientes. Esta fuerza de trabajo requiere formación tanto para los cuidadores/as contratados/as como para los inmigrantes contratados/as, que garantice un cuidado *digno* tal y como se establece en la Recomendación no 98 del Comité de Ministros. La formación y profesionalización de los cuidadores/as supone un gasto (inversión futura) en formación y un reconocimiento retributivo adecuado. La aportación monetaria del colectivo de cuidadores/as puede ser un punto de referencia sobre su dimensión económica.

En la siguiente tabla se recoge la estimación que hemos realizado sobre la aportación monetaria que representa el apoyo familiar, tanto bajo la forma del cuidado-familiar informal como bajo la forma de cuidado-no profesional contratado<sup>40</sup>.

<sup>40</sup> Rodríguez Cabrero (1999) calculó que la aportación anual de las familias cuidadoras era superior a 15.025,30 euros (2.500.000 pesetas) por persona dependiente y año y el precio medio de referencia era 7,92 €/hora (1.317 pesetas/hora). Libro Blanco 2005 (Capítulo III: 41).



**TABLA 4.** ESTIMACIÓN DE LA APORTACIÓN MONETARIA DEL APOYO FAMILIAR A LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN ESPAÑA (EUROS AÑO/CUIDADOR)

CUIDADOR/A-FAMILIAR INFORMAL	
<i>Supuesto A. Precio público/hora 100%,2004</i>	
<b>Aportación monetaria estimada cuidador/año (€)</b>	<b>28.158,00 €</b>
Nº horas de atención (año)	2.600
Precio/Hora	10,83 €
<i>Supuesto B. Precio público/hora (- 53,56%). 2004</i>	
<b>Aportación monetaria estimada cuidador/año (€)</b>	<b>13.073,76 €</b>
Nº horas de atención (año)	2.600
Precio/Hora	5,03 €
CUIDADOR/A-INMIGRANTE CONTRATADO/A	
<i>Supuesto A. Precio público/hora. 2004</i>	
<b>Aportación monetaria estimada cuidador/año (€)</b>	<b>29.111,04 €</b>
Nº horas de atención (año)	2.688
Precio/Hora	10,83 €
<i>Supuesto B. Salario medio cobrado según Encuesta. 2000</i>	
<b>Aportación monetaria estimada cuidador/año (€)</b>	<b>7.109,96 €</b>
Nº pagas	13
Salario medio mensual cobrado	546,92 €
CUIDADOR/A-EMPLEADO/A HOGAR CONTRATADO	
<b>Aportación monetaria estimada cuidador/año (€)</b>	<b>18.194,40 €</b>
Nº horas de atención (año)	1.680
Precio/Hora	10,83 €

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas citadas.

Las hipótesis utilizadas para estimar la aportación monetaria del apoyo familiar a las personas dependientes en España se pueden concretar en las siguientes:

- En el caso del cuidador/a familiar-informal consideramos dos situaciones:
  - a) Tomamos como referencia el precio público/hora del Servicio Público de Ayuda a Domicilio a nivel nacional, a enero 2004 (10,83 euros)<sup>41</sup> y estimamos el gasto que supondría pagar a este precio la media de horas trabajadas (10h/ día), según las encuestas referidas, por estos familiares cuidadores/as. Hacemos el supuesto que el cuidador/a familiar trabaja 5 días de la semana en las 52 semanas del año.

<sup>41</sup> Libro Blanco (2005). Dato oficial. Consideramos este indicador como precio de referencia ya que no existe actualmente ningún otro dato oficial más riguroso sobre el precio de este servicio.

- b) Consideramos, como ocurre en el sistema alemán y luxemburgués, que la prestación monetaria es menor que la prestación en forma de servicio y la reducción varía en función del nivel de severidad de dependencia. Comparando con los niveles que diferencia el sistema alemán y teniendo en cuenta los resultados de las encuestas relativos a nivel de discapacidad, las personas mayores cuidadas por sus familiares pertenecerían al nivel más alto de dependencia y, por tanto, la reducción sería en este caso del 53,56% respecto al precio público que tomamos de referencia en el apartado anterior. Es decir, se pagaría la hora a un precio de 5,03 euros. El resto de los supuestos son los mismos que en el apartado anterior.
- En el caso de los cuidadores/as no profesionales contratados por familiares consideramos dos casos, condicionados por la información disponible recogida a través de las encuestas:
    - a) Tomamos la información de la encuesta IOÉ (2003) para estimar la aportación del cuidador/a- inmigrante.
    - b) Empleamos los datos de la encuesta IMSERSO (2005) para estimar la aportación del cuidador/a empleado/a de hogar.
  - En el caso del cuidador/a- contratado/a –inmigrante hacemos los siguientes supuestos:
    - a) Tomamos como referencia el precio público/hora del Servicio Público de Ayuda a Domicilio a enero 2004 a nivel nacional (10,83 euros)<sup>42</sup> y estimamos el gasto que supondría pagar a este precio la media de horas trabajadas (56 horas/semana), según la encuesta referida, por estos cuidadores/as. Consideramos que trabajan once meses y el duodécimo que correspondería al de vacaciones no se paga por tratarse de un contrato por horas.
    - b) Calculamos el gasto anual tomando como referencia el salario medio mensual cobrado, según la encuesta de referencia (546,92 euros). Estimamos que recibe 13 pagas de acuerdo con el Régimen Especial de Empleados del Hogar, aunque muchos de estos trabajadores no se encuentran dados de alta en la Seguridad Social, según los datos de la encuesta de referencia.
  - En el caso del cuidador/a contratado/a empleado/a de hogar consideramos una jornada laboral de 35 horas semanales, que es la media según la encuesta y hacemos el supuesto de pagar el precio público establecido a enero 2004 (10,83 €/hora). En la medida en que no existe información en la encuesta sobre retribuciones percibidas, no contemplamos ningún otro supuesto.

---

<sup>42</sup> Aunque la encuesta se refiere al ámbito de la Comunidad de Madrid, consideramos el precio público /hora a nivel nacional y no el de la Comunidad de Madrid (11,07€/hora) ya que la estimación se refiere al ámbito nacional.



### I.3. Análisis del tratamiento fiscal de la dependencia en España

A la hora de analizar el tratamiento fiscal de la dependencia en la vejez se tienen que abordar tres aspectos: los incentivos fiscales a los mayores dependientes, la tributación de los prestadores de servicios y la fiscalidad de las actividades sociosanitarias:

1. Los **mayores dependientes** son personas físicas de 65 y más años, por lo que los incentivos fiscales provienen de los impuestos personales que recaen sobre la renta o el capital.
2. Los **prestadores de los servicios** pueden ser tanto personas físicas –cuidadores informales- como personas jurídicas –gestores y proveedores- y, por tanto, es preciso examinar tanto el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas como el Impuesto sobre Sociedades.
3. Las **actividades sociosanitarias** constituyen consumos de bienes y servicios sujetos a impuestos indirectos y, en particular, al Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, al Impuesto sobre el Valor Añadido y al Impuesto sobre Determinados Medios de Transporte.

Un análisis descriptivo de los beneficios fiscales asociados a situaciones de dependencia exige tener en cuenta el siguiente esquema:

**TABLA 5. BENEFICIOS FISCALES ASOCIADOS CON LA DEPENDENCIA EN LA VEJEZ**

Impuestos Estatales Directos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF)</li> <li>• Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones (ISD)</li> <li>• Impuesto sobre Sociedades (IS)</li> </ul>
Impuestos Estatales Indirectos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados (ITPAJD)</li> <li>• Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA)</li> <li>• Impuesto sobre Determinados Medios de Transporte (IDMT)</li> </ul>
Impuesto Aduaneros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derechos de Importación</li> </ul>
Impuestos Municipales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impuesto sobre Actividades Económicas (IAE)</li> <li>• Impuesto sobre Bienes Inmuebles (IBI)</li> <li>• Impuesto sobre Vehículos de Tracción Mecánica (IVTM)</li> <li>• Impuesto sobre Construcciones, Instalaciones y Obras (ICIO)</li> <li>• Impuesto sobre el Incremento de los Terrenos de Naturaleza Urbana (IITNU)</li> </ul>

Lo primero que hay que señalar es que en la legislación tributaria actual no define ni se refiere de modo particular al término dependencia, por lo que no existen incentivos fiscales específicos para este colectivo. El ordenamiento fiscal español se centra en el concepto de minusvalía y, en determinados supuestos, hace referencia a la edad del contribuyente o beneficiario. Ello no quiere decir que todos los minusválidos sean dependientes, puesto que la discapacidad se puede corregir con medios físicos externos que permitan desarrollar las actividades básicas de la vida cotidiana, caso por ejemplo de la implantación de prótesis.

Otra cuestión relevante desde el punto de fiscal, es que la recaudación de determinados impuestos estatales está cedida a las comunidades autónomas, las cuales tienen competencias normativas a la hora de establecer exenciones, tipos de gravamen y deducciones sobre la cuota dentro de los límites fijados. Al no ser la tributación común en todo el territorio nacional es preciso analizar pormenorizadamente las diferencias fiscales territoriales existentes.

Por otro lado, no ha sido posible cuantificar el importe de los beneficios fiscales asociados a la situación de dependencia al no disponer de la información tributaria necesaria para ello<sup>43</sup>. Sin embargo, la cuantía de los mismos supone un ahorro fiscal para los mayores dependientes y, como contrapartida, un mayor gasto del sector público en dependencia, por lo que una evaluación del coste de éste debería incluir estas partidas que no constituyen gastos (ingresos) monetarios.

### 1.3.1. Beneficios fiscales de los mayores dependientes en el IRPF

Los impuestos personales sobre la renta gravan la capacidad económica de los individuos manifestada a través de sus ingresos. El primer problema que se plantea es si toda la renta económica genera capacidad de pago o, por el contrario, sólo la genera aquella parte sobre la que el contribuyente tiene plena disponibilidad para decidir su uso. En efecto, en la mayoría de los países se utiliza como criterio de renta fiscal el concepto de “*renta discrecional*”, que se obtiene descontando de la renta monetaria percibida una cantidad equivalente a un mínimo vital, calculado en función de los gastos necesarios para atender las necesidades básicas de la vida cotidiana.

En España el importe de la reducción personal es una cuantía fija, igual para todos los contribuyentes con independencia de sus circunstancias personales, estableciéndose reducciones adicionales acumulables en función de la edad y de la condición física del individuo.

En concreto, las reducciones sobre la base imponible vinculadas con la dependencia de mayores contempladas en el Impuesto sobre la Renta de las Persona Físicas son:

#### 1. Reducción por edad

- Por cada contribuyente con edad superior a 65 años: 800 euros anuales.
- Por cada ascendiente mayor de 65 años o que sea discapacitado cualquiera que sea su edad, que conviva con el sujeto pasivo al menos la mitad del período impositivo y no tenga rentas anuales (excluidas las exentas) superiores a 8.000 euros: 800 euros anuales. En el caso de Navarra se exige que el ascendiente sea discapacitado.

Los ascendientes tienen que ser por línea directa por consanguinidad o adopción (padres, abuelos...); no se puede aplicar a parientes por línea colateral (tíos), ni a parientes por afinidad (suegros).

#### 2. Reducción por gastos de asistencia

- Por cada contribuyente con edad superior a 75 años: 1.000 euros anuales (1.800 euros en Navarra).
- Por asistencia a los ascendientes mayores de 75 años, siempre que cumplan los requisitos señalados en la reducción anterior, 1.000 euros anuales (1.800 euros en Navarra y se exige que el ascendiente sea discapacitado).

Se entienden que conviven con el contribuyente los ascendientes discapacitados que, dependiendo de éste, se encuentren internados en centros especializados.

---

<sup>43</sup> En el IRPF se podría realizar una aproximación de los beneficios fiscales de los mayores dependientes a partir de la información tributaria suministrada por los declarantes mayores de 65 años que presenten algún tipo de minusvalía igual o superior al 33% y de aquellos que practiquen la deducción por gastos de asistencia.



### 3. Reducción por discapacidad

- Se contemplan las siguientes reducciones por personas con discapacidad acreditada:
  - a) Del contribuyente: 2.000 euros cuando el grado de minusvalía es igual o superior al 33% e inferior al 65% y 5.000 euros si es igual o superior al 65%. En el caso de Navarra las reducciones ascienden a 1.960 euros y 6.960 euros respectivamente.
  - b) Por ascendientes mayores de 65 años: 2.000 euros o 5.000 euros cuando el grado de minusvalía es superior al 65%. En Navarra el importe de las reducciones es de 1.960 euros y 6.960 euros, respectivamente, sin límite de edad.

### 4. Reducción por gastos de asistencia a discapacitados

- Por contribuyente discapacitado o por ascendiente que genere derecho a la reducción por discapacidad siempre que se cumpla alguno de los requisitos siguientes 2.000 euros anuales:
  - Minusvalía superior al 65%.
  - Movilidad reducida para acceder a medios de transporte colectivo.
  - Necesidad de ayuda de terceras personas para desplazarse hasta el lugar de trabajo.
- En Navarra, por cada familiar que tenga la consideración de persona asistida: 1.960 euros. Esta reducción es incompatible con las de minusvalía.

### 5. Reducción por aportación a patrimonios protegidos de personas discapacitadas

- Aportantes: los parientes por línea directa o colateral hasta tercer grado inclusive, el cónyuge del discapacitado o las personas que lo tuviesen a su cargo por razones de tutela o acogimiento. Las aportaciones realizadas por el propio discapacitado no reducen.
- Aportaciones: pueden ser dinerarias o en especie. No dan derecho a reducción las aportaciones de elementos patrimoniales afectos a actividades económicas.
- Límite: 8.000 euros anuales por cada aportante, sin que el límite máximo del conjunto de aportaciones para un mismo discapacitado pueda superar 24.250 euros anuales. Si se superan los límites anuales, el exceso se puede reducir en los cuatro ejercicios siguientes.

Para el discapacitado las aportaciones tienen el carácter de rendimientos del trabajo y las ganancias patrimoniales derivadas de las aportaciones están exentas para el aportante.
- La disposición de las aportaciones en el período impositivo, o en los cuatro siguientes, supone un aumento de la base imponible para el aportante que se cuantifica en el importe de la reducción practicada más los intereses de demora generados.

**TABLA 6. TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE MAYORES EN EL IRPF. REDUCCIONES SOBRE LA BASE**

REDUCCIÓN	CUANTÍA
Edad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuyentes &gt; 65 años</li> <li>• Ascendiente &gt; 65 o discapacitado</li> </ul>	800 800
Gastos asistencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuyentes &gt; 75 años</li> <li>• Ascendientes &gt; 75 años</li> </ul>	1.000 1.000 (1.800 Navarra)
Discapacidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minusvalía entre 33% y 65%</li> <li>• Minusvalía ≥ 65%</li> </ul>	2.000 5.000
Gastos asistencia a discapacitados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minusvalía ≥ 65%</li> <li>• Movilidad reducida</li> <li>• Ayuda de terceras personas</li> </ul>	2.000 2.000 2.000
Aportaciones a patrimonios protegidos de discapacitados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parientes directos o colaterales hasta 3o grado</li> <li>• Cónyuge</li> <li>• Tutores</li> </ul>	Límite anual 8.000 euros por cada aportante (24.250 para todos los aportantes). El exceso se puede reducir en los cuatro ejercicios siguientes.

Además de las reducciones anteriores existe una deducción sobre la cuota por la adquisición, adecuación o realización de obras en la vivienda habitual del minusválido. La cuantía máxima que da derecho a deducción se fija en 12.020,24 euros al año, sin que el exceso de las cantidades invertidas sobre dicho importe pueda trasladarse a ejercicios futuros. El porcentaje de la deducción establecido con carácter general es el 15%, si bien cuando existe financiación ajena se eleva al 20% para los primeros 6.010,12 euros (25% si se trata de los dos primeros años), manteniéndose el tipo general del 15% para los 6.010,12 euros restantes.

La mayoría de las comunidades autónomas tienen establecidas deducciones adicionales sobre la cuota por razones de edad, de discapacidad o de viudedad al ser el IRPF un impuesto parcialmente cedido:

#### 1. Por razón de edad igual o superior a 65 años:

- Baleares: 36,00 euros por cada contribuyente residente con edad igual o superior a 65 años, siempre que la parte general de la base imponible no supere la cuantía de 12.000 euros en el caso de tributación individual ó 24.000 euros si se trata de tributación conjunta.
- Canarias: 120,00 euros por contribuyente con edad superior a 65 años.
- Madrid: 900,00 euros por acogimiento sin contraprestación de mayores de 65 años sin vínculo de parentesco de consanguinidad o de afinidad igual o superior al cuarto grado y no se perciban ayudas o subvenciones de la comunidad.

## 2. Por razón de discapacidad:

- Andalucía: 50,00 euros siempre que la base imponible no sea superior a 18.000 euros (tributación individual) ó 22.000 euros (tributación conjunta). Se aplica con grado de minusvalía igual o superior al 33%.
- Asturias: 3% de las cantidades invertidas en la adquisición o adecuación de la vivienda hasta un máximo de 12.380,85 euros (excluidos los intereses). Se aplica con grado de minusvalía igual o superior al 65%.
- Baleares: 60,00 euros siempre que la base imponible no sea superior a 12.000 euros (tributación individual) ó 22.000 euros (tributación conjunta). Se aplica con grado de minusvalía igual o superior al 33%.
- Canarias: 300,00 euros por cada contribuyente discapacitado con grado de minusvalía superior al 33%.
- Cantabria: 100,00 euros por cuidado de ascendientes mayores de 70 años con minusvalía igual o superior al 65%.
- Castilla-León: 630,00 por residente de 65 o más años con minusvalía igual o superior al 65% que necesite la ayuda de terceras personas, no sea usuario de residencias públicas o concertadas y siempre que la base imponible no exceda de 18.900 euros (tributación individual) ó 31.500 (tributación conjunta).
- Cataluña: 10% del arrendamiento de la vivienda habitual satisfecho por personas con discapacidad igual o superior al 65%, siempre que la base imponible no supere 20.000 euros (tributación individual) ó 30.000 euros (tributación conjunta) y las cantidades satisfechas excedan del 10% de los rendimientos netos.
- Galicia: 600,00 por residente de 65 o más años con minusvalía igual o superior al 65% que necesite la ayuda de terceras personas, no sea usuario de residencias públicas o concertadas y siempre que la base imponible no exceda de 22.000 euros (tributación individual) ó 31.000 (tributación conjunta).
- Valencia: 165 euros por cada contribuyente de 65 años o más con minusvalía igual o superior al 33%, salvo que se perciban prestaciones por discapacidad que se encuentren exentas en el IRPF.

## 3. Por razón de viudedad:

- Cataluña: 150 euros en el ejercicio en que se queden viudos y en los dos inmediatos siguientes. Además, da derecho a deducción sobre la cuota el 10% del arrendamiento de la vivienda habitual, siempre que la base imponible no supere 20.000 euros (tributación individual) ó 30.000 euros (tributación conjunta) y las cantidades satisfechas excedan del 10% de los rendimientos netos declarados.

**TABLA 7. TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA EN EL IRPF. DEDUCCIONES AUTONÓMICAS**

DEDUCCIONES AUTONÓMICAS POR RAZÓN DE EDAD			
Comunidad Autónoma	Cuantía (euros)	Requisitos	Límites
• Baleares	36	Edad $\geq$ 65 años	Base imponible $\leq$ 12.000 (24.000 conjunta)
• Canarias	120	Edad > 65 años	Ninguno
• Madrid	900	Edad > 65 años	Acogimiento sin parentesco hasta 4º grado
DEDUCCIONES AUTONÓMICAS POR RAZÓN DE DISCAPACIDAD			
• Andalucía	50	Minusvalía $\geq$ 3%	Base imponible $\leq$ 18.000 (22.000 conjunta)
• Asturias	3%	Minusvalía $\geq$ 65%	Cantidad invertida en vivienda $\leq$ 12.380,85 euros
• Baleares	60	Minusvalía $\geq$ 33%	Base imponible $\leq$ 12.000 (22.000 conjunta)
• Canarias	300	Minusvalía > 33%	Ninguno
• Cantabria	100	Minusvalía $\geq$ 65%	Ascendientes con edad > 70 años
• Castilla-León	630	Minusvalía $\geq$ 65%	Base imponible $\leq$ 18.900 (31.500 conjunta)
• Cataluña	10%	Minusvalía $\geq$ 65%	Arrendamiento vivienda si BI $\leq$ 20.000 (30.000)
• Galicia	600	Minusvalía $\geq$ 65%	Base imponible $\leq$ 22000 (31.000 conjunta)
• Valencia	165	Minusvalía $\geq$ 33%	Edad $\geq$ 65 años
DEDUCCIONES AUTONÓMICAS POR RAZÓN DE VIUDEDAD			
• Cataluña	150	Viudo (a)	Ninguno
	10%	Viudo (a)	Arrendamiento vivienda si BI $\leq$ 20.000 (30.000)

En Navarra se permite reducir de la parte general de la base imponible las cantidades satisfechas a la Seguridad Social por los contratos formalizados con empleados de hogar por sujetos pasivos que tengan una edad igual o superior a 65 años, o que posean una minusvalía igual o superior al 65%, y por ascendientes, minusválidos y personas asistidas que den derecho a reducción en la base.

En el caso de las haciendas forales del País Vasco no existe variación patrimonial, bajo determinados requisitos, en las transmisiones onerosas de empresas o participaciones realizadas a favor de uno o varios trabajadores si el transmitente tiene 65 o más años, o se encuentra en situación de incapacidad permanente absoluta o gran invalidez. Asimismo, los incentivos fiscales a las personas dependientes se insertan como deducciones sobre la cuota:

- Por edad superior a 75 años: 204 euros.
- Por ascendiente: 204 euros.
- Por discapacidad del contribuyente, o por cada cónyuge, ascendiente o pariente colateral hasta cuarto grado de parentesco cualquiera que sea su edad que dependiendo del contribuyente no tenga rentas superiores al doble del salario mínimo interprofesional (indicador público de renta de efectos múltiples):
  - Grado de minusvalía igual o superior al 33% e inferior al 65%: 612 euros.
  - Grado de minusvalía igual o superior al 65%: 938 euros.
  - Grado de minusvalía igual o superior al 75% y obtener entre 15 y 39 puntos de ayuda de tercera persona: 1.220 euros.
  - Grado de minusvalía igual o superior al 75% y obtener 40 puntos o más de ayuda de tercera personas: 1.428 euros.
- Por cada persona de 65 años o más minusválida que conviva con el contribuyente distinta de los familiares o asimilados contemplados en el apartado anterior se deducirá, con idénticos requisitos, el 50% del importe de las cantidades mencionadas.

### 1.3.2. Beneficios fiscales de los mayores dependientes en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones

El Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones es un tributo de carácter personal y naturaleza directa, que grava las adquisiciones lucrativas (a título gratuito) consecuencia de transmisiones mortis-causa o intervivos. Se encuentra cedido a las comunidades autónomas, las cuales tienen capacidad para regular las reducciones de la base, la tarifa impositiva, la cuantía de los coeficientes multiplicadores y las deducciones y bonificaciones sobre la cuota.

En las **adquisiciones mortis-causa** los discapacitados física o psíquicamente pueden aplicar una reducción adicional sobre la base de 47.858,59 euros cuando el grado de minusvalía está comprendido entre el 33% y el 65%, ó de 150.253,03 euros si éste es superior al 65%. Estas cuantías han sido modificadas por nueve de las diecisiete comunidades autónomas:

- Andalucía: cantidad variable en función del grado de minusvalía ( $\geq 33\%$ ) en las adquisiciones mortis-causa (incluidos los beneficiarios de pólizas de seguros de vida), siempre que la base imponible no sea superior a 250.000 euros.
- Aragón: 100% del valor de las adquisiciones hereditarias que correspondan a discapacitados con grado de minusvalía igual o superior al 65%. Esta reducción supone, de hecho, la supresión del impuesto para estos contribuyentes al tratarse de una exención total.
- Baleares: 300.000 euros para personas con grado de discapacidad superior al 65%.
- Canarias: 72.000 euros para personas con grado de discapacidad igual o superior al 33% y de 225.000 euros si éste es igual o superior al 65%.
- Cantabria: 50.000 euros para personas con grado de discapacidad igual o superior al 33% y de 200.000 euros si éste es igual o superior al 65%.
- Cataluña: 245.000 euros para personas con grado de discapacidad igual o superior al 33% y de 570.00 euros si éste es igual o superior al 65%.
- Galicia: 108.200 euros para personas con grado de discapacidad igual o superior al 33% y de 216.400 euros si éste es igual o superior al 65%.
- Madrid: 55.000 euros para personas con grado de discapacidad igual o superior al 33% y de 153.000 euros si éste es igual o superior al 65%. Asimismo, se contempla una reducción del 99% de las indemnizaciones públicas satisfechas a los herederos de afectados por el síndrome tóxico y de las prestaciones públicas extraordinarias por actos de terrorismo percibidas por los herederos.
- Valencia: 120.000 euros para personas con grado de discapacidad igual o superior al 33% y de 240.000 euros si éste es igual o superior al 65%. También se recoge una bonificación del 99% de la cuota en las adquisiciones mortis-causa a favor de discapacitados físicos o sensoriales con grado de minusvalía igual o superior al 65%, o con minusvalía psíquica igual o superior al 33%, cualquiera que sea el grado de parentesco existente con el causante.

En las **adquisiciones inter-vivos** de participaciones en empresas individuales o de negocios profesionales, realizadas a favor del cónyuge, descendiente o adoptado, se establece una reducción de la base imponible del 95% si el donante se encuentra en situación de incapacidad permanente absoluta o gran invalidez. En Valencia se aplica una reducción de la base imponible para las donaciones efectuadas a discapacitados con grado de minusvalía igual o superior al 65%, con el límite de 240.000 euros, computándose a efectos del mismo las donaciones efectuadas en los últimos cinco años.

**TABLA 8.** TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA EN EL IMPUESTO SOBRE SUCESIONES Y DONACIONES. REDUCCIONES SOBRE LA BASE POR DISCAPACIDAD

ADQUISICIONES MORTIS-CAUSA		
	Cuantía (euros)	Requisitos
• Estatal	47.858,59 150.253,03	Grado de minusvalía entre el 33% y el 65% Grado de minusvalía $\geq$ 65%
• Andalucía	Variable	Base imponible $\leq$ 250.000
• Aragón	100%	Grado de minusvalía $\geq$ 65%
• Baleares	300.000	Grado de minusvalía $\geq$ 65%
• Canarias	72.000 (225.000)	Grado de minusvalía $\geq$ 33% ( $\geq$ 65%)
• Cantabria	50.000 (200.000)	Grado de minusvalía $\geq$ 33% ( $\geq$ 65%)
• Cataluña	245.000 (570.000)	Grado de minusvalía $\geq$ 33% ( $\geq$ 65%)
• Galicia	108.200 (216.400)	Grado de minusvalía $\geq$ 33% ( $\geq$ 65%)
• Madrid	55.000 (153.000)	Grado de minusvalía $\geq$ 33% ( $\geq$ 65%)
	99%	Indemnizaciones públicas por síndrome tóxico
	99%	Prestaciones públicas por actos de terrorismo
• Valencia	120.000 (240.000)	Grado de minusvalía $\geq$ 33% ( $\geq$ 65%)
ADQUISICIONES INTERVIVOS		
• Estatal	95%	Donación de empresas individuales o negocios profesionales si el donante tiene incapacidad permanente absoluta o gran invalidez
• Valencia	Variable	Grado de minusvalía $\geq$ 65% con el límite de 240.000 euros

En el caso de las haciendas forales del País Vasco se establece para las personas discapacitadas una reducción adicional a la que corresponde por parentesco: en Álava asciende a 50.820 euros, cuando el grado de minusvalía física, psíquica o sensorial sea superior al 33% e inferior al 65% y a 159.449 euros si es igual o superior al 65%; en Guipúzcoa es de 69.707 euros; y en Vizcaya se fija en 60.101,21 euros.

### 1.3.3. Beneficios fiscales de las entidades prestadoras de servicios dirigidos a mayores dependientes en el Impuesto sobre Sociedades

El impuesto sobre Sociedades es un tributo estatal de carácter directo y naturaleza personal que grava la renta obtenida por las sociedades y demás entidades jurídicas.



En el IS se establecen exenciones objetivas o parciales para las entidades que no persiguen como objetivo principal de su actividad el ánimo de lucro, aunque ocasionalmente puedan tenerlo. El artículo 9 del Texto Refundido LIS, aprobado por el RD Legislativo 4/2004, señala que están exentas las rentas que provengan del desarrollo de una actividad de carácter social y, más concretamente, las generadas por:

- Actividades relacionadas con el objeto social o su finalidad específica.
- Transmisiones y adquisiciones a título lucrativo, siempre que se realicen en el cumplimiento de su finalidad específica.
- Transmisiones onerosas de bienes afectos a la finalidad específica, cuando la totalidad de los ingresos obtenidos por la venta se destine a nuevas inversiones, en el plazo comprendido entre el año anterior a la fecha de entrega y los tres años posteriores, y las nuevas adquisiciones se mantengan al menos durante siete años, salvo que el período de vida útil fuese inferior (supuesto de exoneración por reinversión).

Por el contrario no están exentos del Impuesto sobre Sociedades los rendimientos derivados de actividades económicas distintas al objeto social o finalidad específica, ni los derivados de su patrimonio (rentas de inmuebles y del capital mobiliario), ni las plusvalías distintas a las mencionadas en los puntos anteriores.

No obstante, las rentas no exentas tributan al tipo reducido del 25%, salvo si son obtenidas por fundaciones o entidades sin ánimo de lucro acogidas a la Ley 49/2002, que lo hacen al 10% (artículo 28 Texto Refundido LIS).

El IS contempla una deducción en la cuota por inversión en plataformas de accesos para personas con discapacidad o en anclajes de fijación de sillas de ruedas que se incorporen a vehículos de transporte público de viajeros por carretera. La cuantía de la deducción es del 10% de la cantidad invertida neta de subvenciones y los elementos patrimoniales adquiridos deben permanecer en funcionamiento durante cinco años (tres si se trata de bienes muebles), excepto si su vida útil fuese inferior (artículo 38.5 del Texto Refundido LIS).

### **1.3.4. Beneficios fiscales relacionados con la dependencia en el Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados**

El Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados es un tributo de naturaleza indirecta, cedido a las comunidades autónomas, que grava tres modalidades de hechos imposables: las transmisiones patrimoniales onerosas (TPO), las operaciones societarias (OS) y los actos jurídicos documentados (AJD).

Se establecen exenciones subjetivas para los hechos imposables realizados por las entidades sin fines de lucro acogidas a la Ley 92/2002, y por la Iglesia Católica y demás iglesias, confesiones y comunidades religiosas que tengan suscritos acuerdos de cooperación con el Estado español. Dentro de las exenciones objetivas cabe mencionar las aportaciones a los patrimonios protegidos de personas discapacitadas, reguladas en la Ley 41/2003.

Las siguientes comunidades autónomas han establecido, en el uso de sus facultades normativas, tipos reducidos en el caso de adquisición de la vivienda habitual por parte de personas discapacitadas:

**TABLA 9.** TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA EN EL IMPUESTO SOBRE TRANSMISIONES PATRIMONIALES Y ACTOS JURÍDICOS DOCUMENTADOS. TIPOS REDUCIDOS EN LA ADQUISICIÓN DE LA VIVIENDA HABITUAL DE MINUSVÁLIDOS

TRANSMISIONES PATRIMONIALES ONEROSAS			
Comunidad Autónoma	Tipo impositivo (general 7%)	Grado de minusvalía	Requisitos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andalucía</li> <li>• Canarias</li> <li>• Cantabria</li> <li>• Castilla-León</li> <li>• Cataluña</li> <li>• La Rioja</li> <li>• Valencia</li> </ul>	3,5% 6% 5% (4%) 4% 5% 5% 4%	$\geq 33\%$ $\geq 33\%$ $\geq 33\%$ ( $\geq 65\%$ ) $\geq 65\%$ $\geq 65\%$ $\geq 33\%$ $\geq 65\%$	Valor real inmueble $\leq 130.000$ euros  BI unidad familiar IRPF $\leq 30.000$ euros
ACTOS JURÍDICOS DOCUMENTADOS			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andalucía</li> <li>• Baleares</li> <li>• Canarias</li> <li>• Cantabria</li> <li>• Castilla-león</li> <li>• La Rioja</li> <li>• Valencia</li> </ul>	0,3% 0,5% 0,5% 0,3% (0,15%) 0,3% 0,5 % 0,1%	$\geq 33\%$ $\geq 33\%$ $\geq 33\%$ $\geq 33\%$ ( $\geq 65\%$ ) $\geq 65\%$ $\geq 33\%$ $\geq 65\%$	Valor real inmueble $\leq 130.000$ euros  Tipo del 0,4% si valor $< 150.253$ euros

Si bien la comunidad autónoma de Baleares no tiene establecido un tipo reducido en TPO, contempla una bonificación de la cuota resultante del 57% en el caso de las adquisiciones de vivienda habitual por parte de discapacitados con un grado de minusvalía igual o superior al 65%.

### 1.3.5. Beneficios fiscales relacionados con la dependencia en el Impuesto sobre el Valor Añadido

El Impuesto sobre el Valor Añadido (en adelante IVA) es un tributo indirecto que recae sobre el consumo de bienes y servicios, gravando tres conceptos: las operaciones interiores (entregas de bienes y prestaciones de servicios) efectuadas por empresarios o profesionales, las adquisiciones intracomunitarias de bienes y las importaciones, cualquiera que sea la condición del importador.

La fiscalidad de los servicios asociados con mayores dependientes se plantea en el IVA a través de dos vías: las exenciones (artículos 20, 26 y 45 LIVA) y la aplicación de tipos de gravamen reducidos (artículo 91).

Las **exenciones** son de carácter limitado, por lo que no se repercute el IVA sobre las ventas pero tampoco se puede deducir el IVA soportado en las adquisiciones, pudiendo distinguir en lo que se refiere a bienes y servicios relacionados con mayores dependientes los siguientes supuestos:

1. Los servicios sociosanitarios tienen que cumplir una serie de requisitos para quedar exentos: primero, que se trate de asistencia médica, quirúrgica o sanitaria; segundo, que la asistencia sea relativa al diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades; y, tercero, que se presten materialmente a personas físicas, con independencia de quien figure en la factura, esto es, es irrelevante quien es el pagador o cobrador del servicio (paciente, sociedad médica u hospital)<sup>44</sup>.
2. Los servicios sociales están exentos si son prestados por entidades de derecho público o establecimientos privados de carácter social, orientados a la asistencia a la tercera edad y/o a la asistencia a personas con minusvalía, y los de acción social comunitaria y familiar, así como los accesorios a los mismos (alimentación, alojamiento y transporte tanto con medios propios como ajenos). Para poder aplicar la exención se exige el reconocimiento previo de la condición social de la entidad prestadora de los servicios.
3. Las cesiones de personal realizadas por entidades religiosas para el desarrollo de actividades sanitarias o de asistencia social están exentas en el IVA.
4. Las importaciones de bienes destinados a la promoción social de las personas física o mentalmente disminuidas, realizadas por entidades que tengan por actividad principal la asistencia a estos colectivos, cuando se remitan de forma gratuita y sin fines comerciales a dichas entidades. Se trata de una exención rogada, sujeta a reconocimiento previo expreso por parte de la Administración Tributaria.
5. Las adquisiciones intracomunitarias de bienes que tengan como objeto principal la asistencia a personas con discapacidad.

La situación de dependencia también recibe un tratamiento fiscal diferenciado en el IVA a través de la aplicación de **tipos de gravamen reducidos** para determinados bienes y servicios:

- Tributan al tipo del 7%:
  - Los aparatos y productos destinados a suplir deficiencias físicas o a prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o sanar enfermedades o dolencias (esto es, destinados a suplir las deficiencias físicas).
  - Los servicios de asistencia social no exentos.
  - La asistencia sanitaria, dental y curas termales no exentas.
- Tributan al tipo del 4%:
  - Los medicamentos, sustancias medicinales y fórmulas galénicas.
  - Los coches de minusválidos, sillas de ruedas y servicios de reparación.
  - Autotaxis o autoturismos especiales para el transporte de personas con minusvalía en silla de ruedas y los servicios de adaptación de vehículos.
  - Las prótesis, órtesis e implantes internos de minusválidos.

<sup>44</sup> Concretamente, están exentos bajo determinadas condiciones los servicios de hospitalización o asistencia sanitaria, los servicios relacionados directamente con la hospitalización o asistencia sanitaria, las entregas de sangre, plasma, fluidos y elementos del cuerpo humano para fines médicos o de investigación, los servicios prestados por estomatólogos, odontólogos, mecánicos dentistas y protésico dentales y el transporte de enfermos o heridos en ambulancias o vehículos especialmente adaptados.

En Canarias no se aplica el IVA al no ser un territorio de armonización de impuestos indirectos, pero se exige el Impuesto General Indirecto Canario (IGIC) que establece un tipo impositivo del 2% en el caso de vehículos para personas con movilidad reducida, sillas de ruedas y autotaxis para minusválidos.

### **1.3.6. Beneficios fiscales relacionados con la dependencia en el Impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transporte**

El Impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transporte grava la primera matriculación definitiva en territorio español de vehículos automóviles (nuevos o usados), embarcaciones y aeronaves.

No están sujetos al impuesto los vehículos de minusválidos cuya tara no sea superior a 330 kg. y tengan una velocidad máxima de 40 km/hora. Además, están exentos, previo reconocimiento por parte de la Administración Tributaria (exención rogada), los vehículos matriculados a nombre de minusválidos para su uso exclusivo, cuando se cumplan los requisitos siguientes: que hayan transcurrido al menos cuatro años desde la matriculación de otro vehículo en análogas condiciones (salvo supuesto de siniestro total del vehículo), que no se transmita en los cuatro años siguientes a la fecha de la matriculación y que se tenga reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33%.

En Navarra los sujetos pasivos podrán deducir en los impuestos personales sobre la renta (IRPF o IS) la cuota satisfecha por este impuesto que corresponda a vehículos de minusválidos.

### **1.3.7. Beneficios fiscales relacionados con la dependencia en Derechos de Importación**

Los Derechos de Importación son impuestos indirectos, reales y objetivos, cuyo hecho imponible está constituido por la entrada de mercancías procedentes de un tercer país (no comunitario).

En relación con las personas dependientes se establecen tres tipos de exención rogadas, esto es, que necesitan el reconocimiento previo por parte de la Administración Tributaria:

- Franquicias a personas ciegas: objetos concebidos para la promoción educativa, científica o cultural de los ciegos, para su propio uso o para uso de instituciones de educación o asistencia a ciegos, con independencia de quien realice la importación.
- Franquicias a personas con discapacidad (distinta a la ceguera): objetos concebidos para la educación, el empleo y la promoción social de las personas con discapacidad, importados por los interesados para su propio uso o por instituciones para la educación o la asistencia a personas con discapacidad.
- Franquicias comunes a cualquier discapacitado: herramientas, piezas de repuesto y accesorios relacionados con objetos destinados a mejorar el rendimiento o posibilidades de utilización de otros, siempre que los objetos principales no sean prestados, alquilados o cedidos a título oneroso o gratuito.

### **1.3.8. Beneficios fiscales relacionados con la dependencia en el Impuesto sobre Actividades Económicas**

El Impuesto sobre Actividades Económicas es un tributo directo, de titularidad municipal, cuyo hecho imponible está constituido por el mero ejercicio de actividades económicas, ya sean éstas de carácter empresarial, profesional o artístico.



Las asociaciones y fundaciones de disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales, que no persigan ánimo de lucro, gozan de exención en este impuesto por las actividades pedagógicas, científicas, asistenciales y de empleo, previa solicitud de la misma por parte del sujeto pasivo a la administración local competente. La exención se aplica aunque se vendan los productos elaborados en los talleres, siempre que el importe de la venta se destine exclusivamente a la adquisición de materias primas o al sostenimiento del establecimiento.

### 1.3.9. Beneficios fiscales relacionados con la dependencia en el Impuesto sobre Bienes Inmuebles

El Impuesto sobre Bienes Inmuebles es un tributo directo, de carácter real y de titularidad municipal y exacción obligatoria, que grava el valor de los bienes inmuebles tanto de naturaleza urbana como rústica.

Los bienes inmuebles de entidades sin fines de lucro acogidas al régimen especial de la Ley 49/2002 disfrutan de una exención permanente, previa solicitud del sujeto pasivo y concesión de la misma por parte de la autoridad municipal competente.

En Vizcaya están exentos los bienes inmuebles en los que se realicen exclusivamente actividades sociales, siempre y cuando dicha exención fuera acordada por el ayuntamiento correspondiente.

### 1.3.10. Beneficios fiscales relacionados con la dependencia en el Impuesto sobre Vehículos de Tracción Mecánica

El Impuesto sobre Vehículos de Tracción Mecánica es un tributo directo, de carácter obligatorio y municipal, que grava la titularidad de vehículos de tracción mecánica aptos para circular por vías públicas.

Están exentos del impuesto los siguientes vehículos:

- Los exclusivos para personas con discapacidad (tara no superior a 330kg y velocidad máxima de 40km/h).
- Los adaptados para su conducción por personas con minusvalía física, previa solicitud al ayuntamiento respectivo.
- Los que tienen una potencia inferior a 17 caballos destinados a autoturismos especiales para el transporte de personas en silla de ruedas (exención rogada).

Si bien en Navarra no se aplica la exención, las cuotas satisfechas por este impuesto son deducibles en el IRPF a razón de un único vehículo por minusválido.

### 1.3.11. Beneficios fiscales relacionados con la dependencia en el Impuesto sobre Construcciones, Instalaciones y Obras

El Impuesto sobre Construcciones, Instalaciones y Obras es un tributo indirecto, de carácter municipal y establecimiento voluntario, que grava la realización de cualquier construcción, instalación u obra que requiera licencia de obras o urbanística.

Los ayuntamientos pueden establecer bonificaciones que pueden llegar hasta el 90% de la cuota para las obras que favorezcan las condiciones de acceso y habitabilidad de los discapacitados.

### 1.3.12. Beneficios fiscales relacionados con la dependencia en el Impuesto sobre el Incremento del Valor de los Terrenos de Naturaleza Urbana

El Impuesto sobre el Incremento de los Terrenos de Naturaleza Urbana, también denominado “*plusvalía municipal*”, es un tributo directo, de carácter municipal y establecimiento voluntario, que recae sobre el incremento del valor de los terrenos puesto de manifiesto como consecuencia de la transmisión de la propiedad (onerosa o lucrativa) o por el establecimiento de derechos reales sobre los terrenos.

Las entidades sin fines lucrativos acogidas al régimen establecido en la Ley 49/2002 están exentas de este impuesto, así como las plusvalías generadas con ocasión de donativos, donaciones y aportaciones de terrenos a entidades beneficiarias del régimen de incentivos fiscales al mecenazgo.

## 1.4. Análisis internacional comparado de los modelos de protección de la dependencia

El análisis de las principales experiencias desarrolladas en los países de nuestro entorno socio-económico y político constituye una herramienta esencial para el futuro desarrollo de un sistema protector del riesgo de dependencia en España<sup>45</sup>

Sin duda, la evidencia internacional comparada nos aportará enseñanzas ilustrativas en términos de fortalezas y debilidades de los distintos sistemas adoptados, así como las tendencias que se vislumbran en el futuro inmediato, para hacer frente a los cambios que permitan desarrollar un sistema protector justo y sostenible.

### 1.4.1. Panorámica general de los distintos niveles de protección de la dependencia<sup>46</sup>

El análisis de los distintos modelos de protección a la dependencia en el ámbito de la OCDE nos revela una amplia heterogeneidad de experiencias que se traduce en distintos niveles de gasto y composición del mismo, así como diferentes formas de financiación. La variedad de respuestas a la cobertura de la dependencia es fruto de las distintas realidades de partida y de las diversas formas organizativas que se dan en cada país y de cómo éstos afrontan un reto y una preocupación común: la atención a la dependencia.

Esta diversidad de experiencias a nivel internacional se puede contemplar en términos de la dimensión cuantitativa del sistema (población protegida, niveles de gasto...), prestaciones ofrecidas (a domicilio o institucional, en especie o monetaria ...), prestadores de los servicios (públicos, privados, con fin de lucro o no...), formas de financiación (pública, privada o mixta), marco regulador y papel que desempeñan los distintos agentes, marco fiscal, etc.

Con objeto de obtener una visión sintética y general nos centraremos, en primer lugar, en los niveles de gasto, en relación al PIB, así como su carácter público/privado y su desagregación en prestaciones a domicilio o institucionales.

El gasto total en cuidados de dependencia de larga duración (en su acepción inglesa *long-term care*) respecto al PIB varía ampliamente entre los distintos países de la OCDE, dentro de un intervalo comprendido entre un nivel mínimo del 0,2% (Méjico) y un nivel máximo del 2,9% (Suecia), como puede comprobarse en la tabla 10 y el gráfico 5.

<sup>45</sup>Siempre teniendo en cuenta como referencia que, aunque los retos a los que nos enfrentamos son similares (envejecimiento de la población, cambios en las estructuras familiares...), las respuestas serán distintas puesto que se parte de realidades muy diferentes.

<sup>46</sup> Los datos contenidos en este epígrafe se han tomado fundamentalmente de la publicación de la OCDE (2005) Long-term care for older people, por tratarse de la última publicación disponible con datos homogéneos a nivel internacional.



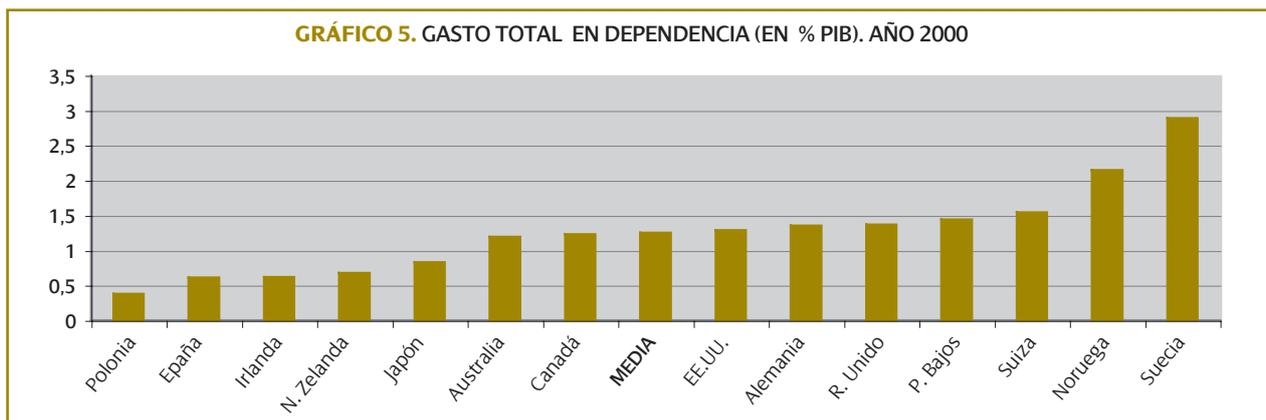
Los factores que están detrás de estas diferencias son de diversos tipos, desde la mayor o menor proporción de población mayor (respecto del total de población) de cada país, pasando por el papel de la familia y el cuidador informal en la atención a los dependientes, el nivel de cobertura pública del sistema y la calidad de las prestaciones ofrecidas, entre otros.

**TABLA 10. GASTO TOTAL EN DEPENDENCIA (EN % PIB). AÑO 2000**

PAÍS	GASTO TOTAL	GASTO TOTAL/MEDIA (en %)
México	0,20	16%
Hungría	0,30	24%
Corea del Sur	0,30	24%
Polonia	0,38	30%
<b>España</b>	<b>0,61</b>	<b>49%</b>
Irlanda	0,62	50%
N. Zelanda	0,68	54%
Japón	0,83	66%
Australia	1,19	95%
Canadá	1,23	98%
<b>MEDIA</b>	<b>1,25</b>	<b>100%</b>
EE.UU.	1,29	103%
Alemania	1,35	108%
R. Unido	1,37	110%
P. Bajos	1,44	115%
Suiza	1,54	123%
Noruega	2,15	172%
Suecia	2,89	231%
Austria	n.d.	n.d.
Luxemburgo	n.d.	n.d.

Fuente: OCDE (2005), Long-term care for older people y elaboración propia.

**GRÁFICO 5. GASTO TOTAL EN DEPENDENCIA (EN % PIB). AÑO 2000**

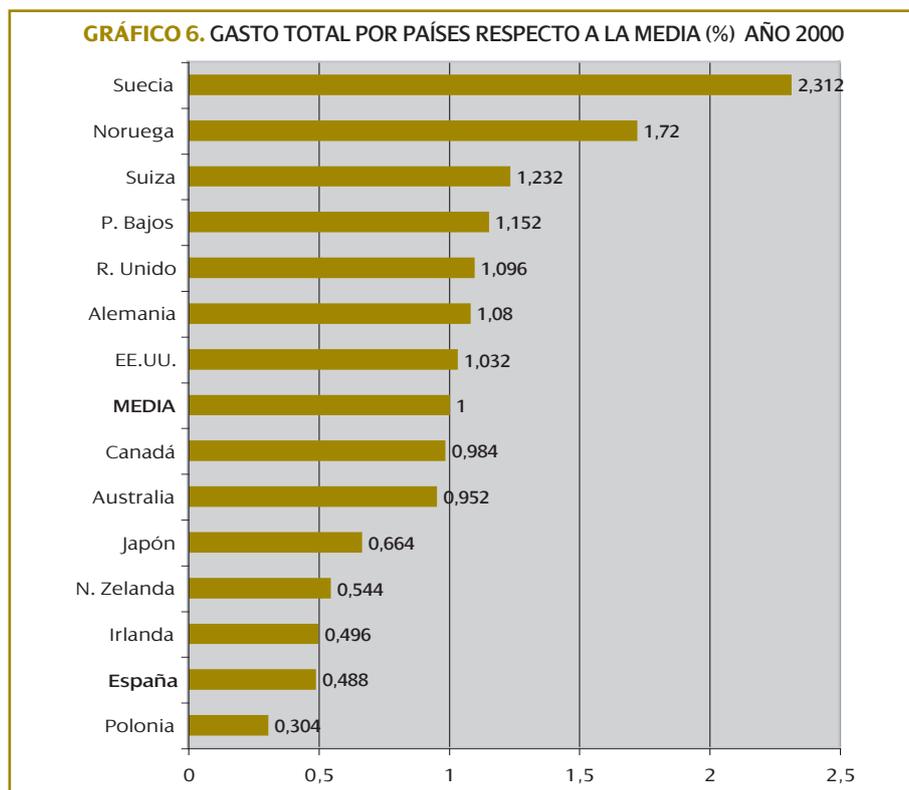


Fuente: Ver tabla 10.

El valor medio de los diecinueve países analizados se sitúa en el 1,25%; un nivel bajo, en términos relativos, si lo comparamos con otras políticas de protección social (pensiones, sanidad...). Frente a los países nórdicos (Suecia y Noruega) con valores que duplican la media y poseen un importante sistema público de protección a la dependencia, se sitúan países como México, Hungría o Corea del Sur que apenas alcanzan el 20% de la media. Muy próximos al nivel medio se encuentran países como Australia, Canadá, Estados Unidos, Alemania, Reino Unido y Países Bajos<sup>47</sup> (ver gráfico 6).

De ahí que podamos afirmar que la mayor parte de los países -doce de los diecinueve países analizados- se encuentra en un intervalo más estrecho comprendido entre el 0,5% y el 1,6% (ver tabla 10 y gráfico 5). En concreto, España se sitúa en el tramo inferior de este intervalo (0,6%) y con un nivel que supone la mitad del nivel medio.

Esta sencilla comparación parece poner de manifiesto que, a pesar de partir de diferentes situaciones y formas de organización y financiación, se produce una tendencia a la convergencia en el nivel de gasto total en dependencia. Así, nos encontramos con que países como Alemania o Reino Unido, con sistemas muy distintos de protección de la dependencia (como veremos en un apartado posterior), alcanzan niveles de gasto total en dependencia respecto al PIB prácticamente idénticos (1,35% y 1,37% respectivamente) y próximos a la media.



Fuente: Ver tabla 10.

<sup>47</sup>Conviene resaltar que el valor relativamente bajo de Japón (66%), respecto a la media, es lógico puesto que el sistema público de protección a la dependencia no entró en vigor hasta el año 2000.

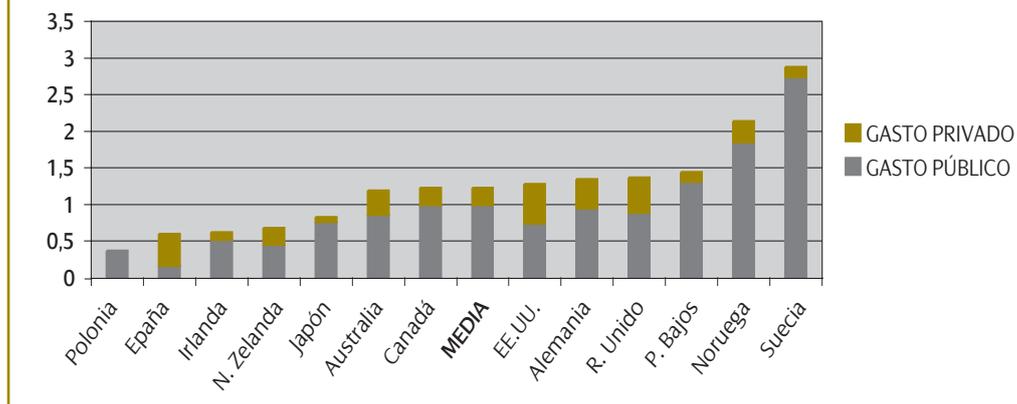
Si descendemos a analizar la desagregación del gasto total en gasto público y gasto privado (tabla 11 y gráficos 7 y 8), se pone claramente de manifiesto que en todos los países se produce una mezcla de ambas categorías de gasto. Si bien, el gasto público predomina notoriamente dentro del gasto total, y absorbe, como media, casi el 80% del gasto total.

**TABLA 11. GASTO TOTAL EN DEPENDENCIA, PARTICIPACIÓN PÚBLICA Y PRIVADA (EN % PIB). AÑO 2000**

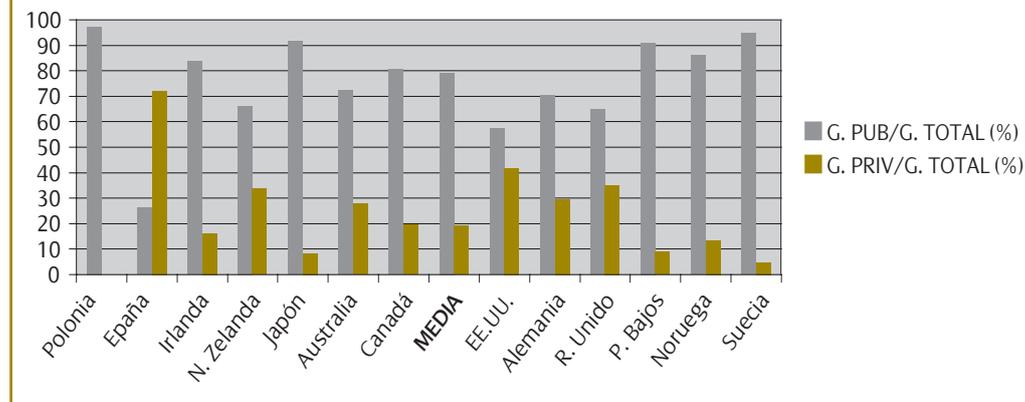
PAÍS	GASTO TOTAL	GASTO PÚBLICO	GASTO PRIVADO	G. PUB/G. TOTAL (%)	G. PRIV/G. TOTAL (%)
México	0,20	0,10	0,10	50,00	50,00
Hungría	0,30	0,20	0,10	66,67	33,33
Corea del Sur	0,30	0,20	n.d.	66,67	n.d.
Polonia	0,38	0,37	0,00	97,37	0,00
<b>España</b>	<b>0,61</b>	<b>0,16</b>	<b>0,44</b>	<b>26,23</b>	<b>72,13</b>
Irlanda	0,62	0,52	0,10	83,87	16,13
N. Zelanda	0,68	0,45	0,23	66,18	33,82
Japón	0,83	0,76	0,07	91,57	8,43
Australia	1,19	0,86	0,33	72,27	27,73
Canadá	1,23	0,99	0,24	80,49	19,51
<b>MEDIA</b>	<b>1,25</b>	<b>0,99</b>	<b>0,24</b>	<b>79,20</b>	<b>19,20</b>
EE.UU.	1,29	0,74	0,54	57,36	41,86
Alemania	1,35	0,95	0,40	70,37	29,63
R. Unido	1,37	0,89	0,48	64,96	35,04
P. Bajos	1,44	1,31	0,13	90,97	9,03
Suiza	1,54	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Noruega	2,15	1,85	0,29	86,05	13,49
Suecia	2,89	2,74	0,14	94,81	4,84
Austria	n.d.	1,32	n.d.	n.d.	n.d.
Luxemburgo	n.d.	0,52	n.d.	n.d.	n.d.

Fuente: OCDE (2005), Long-term care for older people, y elaboración propia.

Entre los países con un mayor nivel de gasto público se encuentran los países nórdicos, como es el caso de Suecia con un 95% y Noruega con un 86%, con fuertes sistemas públicos de protección a la dependencia (de carácter universal financiados vía impuestos), en consonancia con su sistema general de protección social y su concepción del papel del sector público en la economía; así como, Polonia, con un 97% y Países Bajos con un 91%. Mientras que países como Estados Unidos o Reino Unido, con una protección a la dependencia de carácter asistencial y con una cultura política que tiene como piedra angular la iniciativa privada, reflejan un gasto público en dependencia muy inferior, del 57% y 65% respectivamente. En este análisis destaca la escasa participación que presenta el gasto público en dependencia en relación con el gasto total en España, situándose la misma en el nivel más bajo, apenas un 26% del gasto total. La evidencia empírica refleja que en la distribución del gasto total.

**GRÁFICO 7. GASTO EN DEPENDENCIA, PÚBLICO Y PRIVADO (% PIB) AÑO 2000**

Fuente: Ver tabla 11.

**GRÁFICO 8. GASTO PÚBLICO Y PRIVADO (% GASTO TOTAL) AÑO 2000**

Fuente: Ver tabla 11.

La evidencia empírica refleja que en la distribución del gasto total, atendiendo a si cubre atención a domicilio o en centros residenciales, esta última categoría de gasto es la que absorbe la mayor parte del mismo (tabla 12), fundamentalmente, porque este tipo de prestaciones presentan unos costes más elevados tanto en términos de personal como de medios técnicos y porque las personas atendidas en estos centros tienen, en general, un mayor nivel de dependencia (asociado también con un mayor coste). Este es precisamente uno de los elementos que ha dado lugar a que la tendencia sea a estabilizar y, en la medida de lo posible, a reducir el número de personas que reciben cuidados a nivel institucional y favorecer la atención en domicilio, en todos los sistemas y, en especial, en los de carácter universal. Además, el mantenimiento del dependiente en su propio

domicilio implica atender mejor sus deseos, puesto que aquél siempre manifiesta su preferencia por esta opción, si su nivel de dependencia se lo permite<sup>48</sup>.

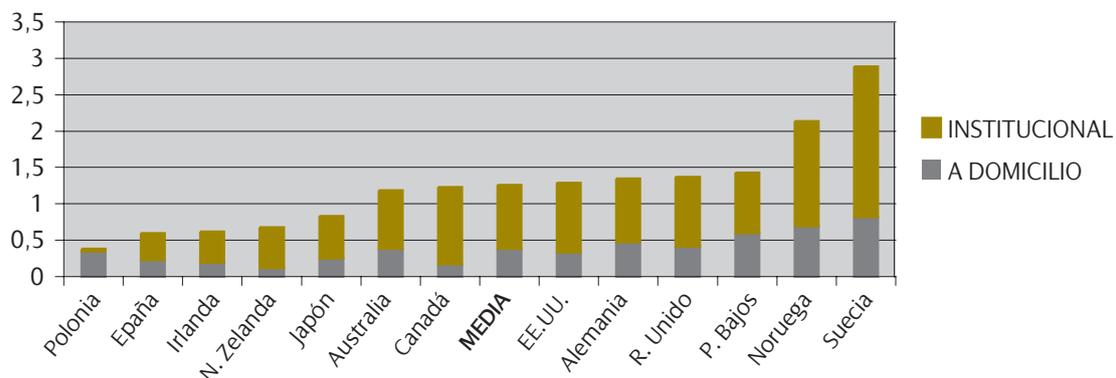
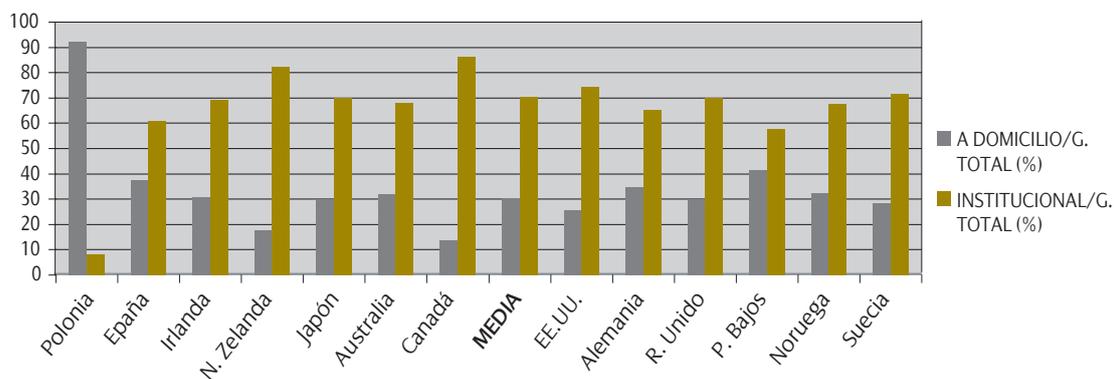
**TABLA 12. GASTO TOTAL EN DEPENDENCIA, A DOMICILIO E INSTITUCIONAL (EN % PIB). AÑO 2000**

PAÍS	GASTO TOTAL	A DOMICILIO	INSTITUCIONAL	A DOMICILIO TOTAL (%)	INSTIT/G. TOTAL (%)
México	0,20	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Hungría	0,30	0,10	0,20	33,33	66,67
Corea del Sur	0,30	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Polonia	0,38	0,35	0,03	92,11	7,89
<b>España</b>	<b>0,61</b>	<b>0,23</b>	<b>0,37</b>	<b>37,70</b>	<b>60,66</b>
Irlanda	0,62	0,19	0,43	30,65	69,35
N. Zelanda	0,68	0,12	0,56	17,65	82,35
Japón	0,83	0,25	0,58	30,12	69,88
Australia	1,19	0,38	0,81	31,93	68,07
Canadá	1,23	0,17	1,06	13,82	86,18
<b>MEDIA</b>	<b>1,25</b>	<b>0,38</b>	<b>0,88</b>	<b>30,40</b>	<b>70,40</b>
EE.UU.	1,29	0,33	0,96	25,58	74,42
Alemania	1,35	0,47	0,88	34,81	65,19
R. Unido	1,37	0,41	0,96	29,93	70,07
P. Bajos	1,44	0,60	0,83	41,67	57,64
Suiza	1,54	0,20	1,34	12,99	87,01
Noruega	2,15	0,69	1,45	32,09	67,44
Suecia	2,89	0,82	2,07	28,37	71,63
Austria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Luxemburgo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Fuente: OCDE (2005), Long-term care for older people, y elaboración propia.

Así, nos encontramos con que -salvo el caso excepcional de Polonia donde este gasto apenas supone el 8% del total- el gasto de atención institucionalizada representa, como media, algo más del 70% del total, frente al 30% que supone el gasto en atención a domicilio. Existen una amplia mayoría de países que se sitúan en el entorno muy estrecho, comprendido entre el 60% y el 70% (once de los diecinueve países analizados) y únicamente tres de ellos alcanzan niveles cercanos o superiores al 80% (Nueva Zelanda, Canadá y Suiza, con un máximo en este último país del 87%), como queda reflejado en la tabla 12 y los gráficos 9 y 10.

<sup>48</sup> Los instrumentos para favorecer e incentivar la atención en el hogar se basan principalmente en apoyar al cuidador informal (periodos de respiro o descanso, formación, servicios, pagos monetarios, seguros.) y en la ampliación y mejora de la oferta domiciliaria.

**GRÁFICO 9. GASTO EN DEPENDENCIA, A DOMICILIO E INSTITUCIONAL (% PIB). AÑO 2000****GRÁFICO 10. GASTO EN DEPENDENCIA A DOMICILIO E INSTITUCIONAL (% GASTO TOTAL). AÑO 2000**

Fuente: Ver tabla 12.

Si realizamos este mismo desglose, gasto en atención a domicilio e institucionalizado, tanto en el gasto público como privado de dependencia (ver tablas 13 y 14 y gráficos 11 a 14), las conclusiones a la que llegamos son similares, presentando mínimos matices.

**TABLA 13. GASTO PÚBLICO EN DEPENDENCIA, A DOMICILIO E INSTITUCIONAL (EN % PIB). AÑO 2000**

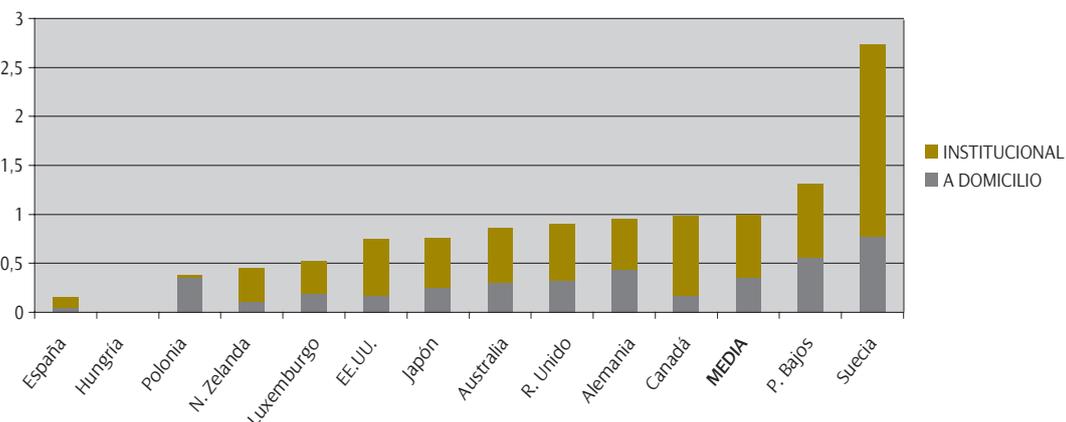
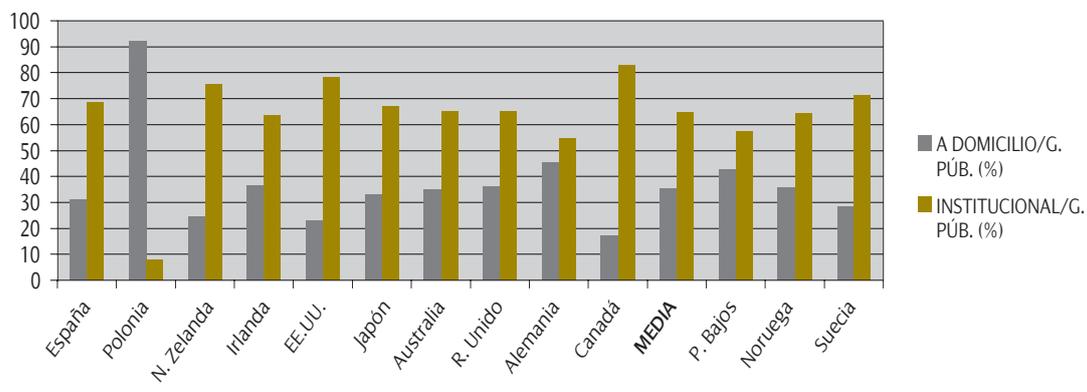
PAÍS	GASTO TOTAL	A DOMICILIO	INSTITUCIONAL	A DOMICILIO/G PÚBL. (%)	INSTIT/G. PÚBL. (%)
México	0,10	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
<b>España</b>	<b>0,16</b>	<b>0,05</b>	<b>0,11</b>	<b>31,25</b>	<b>68,75</b>
Hungría	0,20	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Corea del Sur	0,20	0,10	0,10	50,00	50,00
Polonia	0,38	0,35	0,03	92,11	7,89
N. Zelanda	0,45	0,11	0,34	24,44	75,56
Irlanda	0,52	0,19	0,33	36,54	63,46
Luxemburgo	0,52	0,15	0,37	28,85	71,15
EE.UU.	0,74	0,17	0,58	22,97	78,38
Japón	0,76	0,25	0,51	32,89	67,11
Australia	0,86	0,30	0,56	34,88	65,12
R. Unido	0,89	0,32	0,58	35,96	65,17
Alemania	0,95	0,43	0,52	45,26	54,74
Canadá	0,99	0,17	0,82	17,17	82,83
<b>MEDIA</b>	<b>0,99</b>	<b>0,35</b>	<b>0,64</b>	<b>35,35</b>	<b>64,65</b>
P. Bajos	1,31	0,56	0,75	42,75	57,25
Austria	1,32	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Noruega	1,85	0,66	1,19	35,68	64,32
Suecia	2,74	0,78	1,96	28,47	71,53
Suiza	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Fuente: OCDE (2005), Long-term care for older people, y elaboración propia.

Dentro del gasto público, de nuevo, Polonia aparece como un caso excepcional del grupo con un gasto institucionalizado que apenas alcanza el 8% del gasto público total; mientras que todos los demás países registran un gasto muy superior en la atención institucionalizada, alcanzando una media para los diecinueve países analizados superior al 64%<sup>49</sup>. El intervalo en el que se sitúa una amplia mayoría (diez países) se reduce a una estrecha franja, en torno al 60% y el 70%. Si bien, en este caso existen dos países que se posicionan claramente por debajo (Corea del Sur con el 50%, y Alemania con el 55%<sup>50</sup>) y otros dos que se encuentran claramente por encima de ese intervalo (Estados Unidos con el 78% y Canadá con el 82%).

<sup>49</sup> Si bien resulta inferior a la que nos ofrecía el gasto total.

<sup>50</sup> El sistema público de este país, como veremos en un apartado posterior, ha realizado una clara apuesta por la atención a domicilio.

**GRÁFICO 11. GASTO PÚBLICO EN DEPENDENCIA, A DOMICILIO E INSTITUCIONAL (% PIB). AÑO 2000****GRÁFICO 12. GASTO PÚBLICO EN DEPENDENCIA, A DOMICILIO E INSTITUCIONAL (% GASTO PÚBLICO TOTAL). AÑO 2000**

Fuente: Ver tabla 13.

**TABLA 14. GASTO PRIVADO EN DEPENDENCIA, A DOMICILIO E INSTITUCIONAL (EN % PIB). AÑO 2000**

PAÍS	GASTO PRIVADO	A DOMICILIO	INSTITUCIONAL	A DOMICILIO/G PRIVADO (%)	INSTIT/G. PRIV. (%)
Polonia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Japón	0,07	0,00	0,07	0,00	100,00
Hungría	0,10	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	0,10	0,00	0,10	0,00	100,00
México	0,10	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
P. Bajos	0,13	0,05	0,08	38,46	61,54
Suecia	0,14	0,04	0,10	28,57	71,43
N. Zelanda	0,23	0,01	0,22	4,35	95,65
Canadá	0,24	0,00	0,24	0,00	100,00
<b>MEDIA</b>	<b>0,24</b>	<b>0,06</b>	<b>0,19</b>	<b>25,00</b>	<b>79,17</b>
Noruega	0,29	0,03	0,26	10,34	89,66
Australia	0,33	0,08	0,25	24,24	75,76
Alemania	0,40	0,04	0,36	10,00	90,00
<b>España</b>	<b>0,44</b>	<b>0,18</b>	<b>0,26</b>	<b>40,91</b>	<b>59,09</b>
R. Unido	0,48	0,09	0,38	18,75	79,17
EE.UU.	0,54	0,16	0,39	29,63	72,22
Austria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Corea del Sur	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Luxemburgo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suiza	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

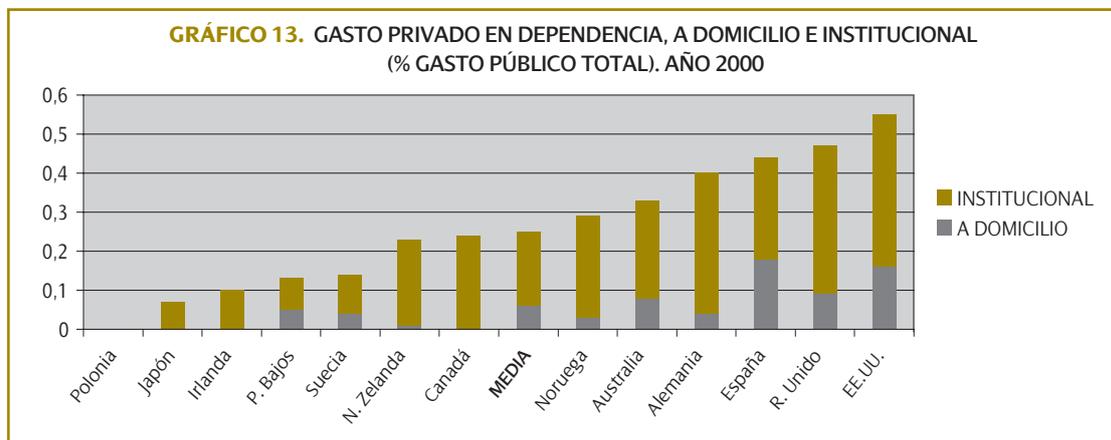
Fuente: OCDE (2005), Long-term care for older people, y elaboración propia.

Un análisis paralelo en el gasto privado en dependencia refleja una participación aún superior del gasto en atención institucionalizada dentro del total de gasto privado, alcanzando una media que en este caso se amplía al 79%. De forma que puede afirmarse que prácticamente la mayor parte del gasto privado se destina a pagar residencias<sup>51</sup>.

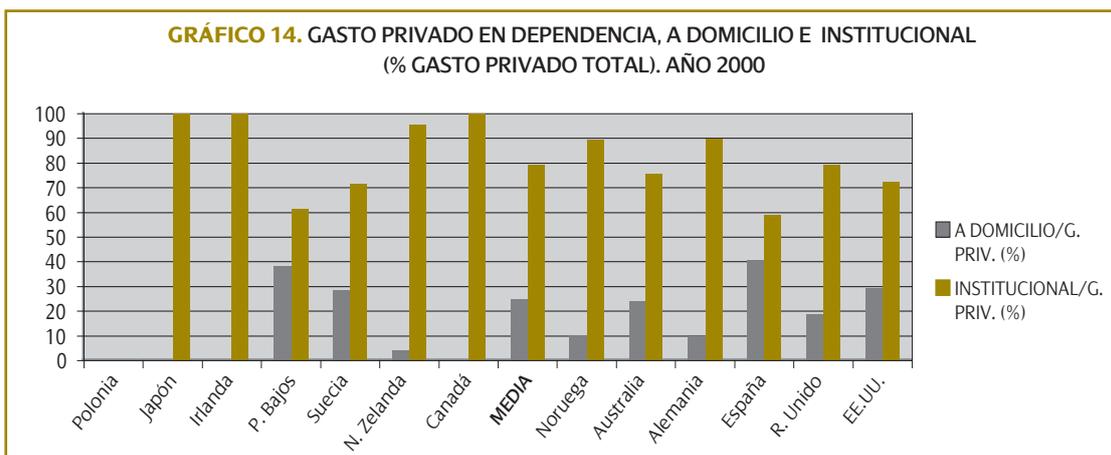
En torno a ese valor medio se sitúa un escaso número de países (concretamente cuatro) que registran una participación del gasto en instituciones entre el 70% y el 80%. Mientras que un número significativo de países (seis) alcanzan un valor muy superior. Así, en Japón, Irlanda y Canadá ese porcentaje se sitúa en el 100%, en Nueva Zelanda en el 95% y, finalmente, en Alemania alcanza el 90%. España se caracteriza por registrar el nivel más bajo de participación del gasto institucional dentro del gasto privado con un valor del 59%, 20 puntos por debajo de la media y casi la mitad del registrado por los países con un nivel más elevado<sup>52</sup>.

<sup>51</sup> Hecho que puede constituir una importante carga para los presupuestos familiares.

<sup>52</sup> Además de ser uno de los países en los que el peso del gasto privado, respecto al total, es de los más elevados.



Fuente: Ver tabla 14.



Fuente: Ver tabla 14.

Una vez analizados los agregados relacionados con el gasto, pasamos a examinar el porcentaje de personas mayores de 65 años que son atendidos, ya sea en domicilio o en instituciones. Este tramo de población se configura como el principal receptor de prestaciones de dependencia en todos los países.

En la tabla 15 se observa que no existe un porcentaje común de personas atendidas, sino que se presentan importantes variaciones entre países. Aunque sí se detecta que el volumen de personas atendidas en domicilio duplica, como media, las atendidas en instituciones (8,6% frente al 4,5%) y que el porcentaje total de personas mayores atendidas tiende a situarse en niveles comprendidos dentro de un intervalo del 7% al 14%<sup>53</sup>. Unos valores medios que se sitúan, sin embargo, muy por debajo de los alcanzados en países como Suecia, Austria, Noruega o Reino Unido que alcanzan el 20% e incluso lo superan.

<sup>53</sup> Este dato agregado debe tomarse con cautela, ya que puede haber personas atendidas que se hayan registrado tanto en atención a domicilio como institucional, y figuren, por tanto, duplicadas.

**TABLA 15.** PORCENTAJE DE PERSONAS CON 65 AÑOS Y MÁS QUE RECIBEN ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. AÑO 2000 (\*)

PAÍS	A DOMICILIO	INSTITUCIONAL
Corea del Sur	0,2	0,2
EE.UU.	2,8	4,3
Hungría	4,5	n.d.
Luxemburgo	4,8	4,0
Irlanda	5,0	4,6
N. Zelanda	5,2	5,9
Suiza	5,4	7,0
Japón	5,5	3,2
Alemania	7,1	3,9
<b>MEDIA</b>	<b>8,6</b>	<b>4,5</b>
Suecia	9,1	7,9
P. Bajos	12,3	2,4
Australia	14,7	5,3
Austria	14,8	3,6
Noruega	18,0	6,0
R. Unido	20,3	5,1
Canadá	n.d.	3,7
<b>España</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>

(\*) Salvo para Canadá (1998), Estados Unidos (1999), Alemania y Luxemburgo (2003)  
Fuente: OCDE (2005), Long-term care for older people, tomado de Hurber (2005).

Una vez realizado el análisis de los distintos niveles de gasto y de las personas mayores atendidas, procedemos a contrastar si existe o no correlación entre el gasto en dependencia y el envejecimiento de su población en los distintos países, dado que la población mayor, como hemos señalado, suele ser el principal destinatario de dichos gastos en todos ellos. Dentro de este colectivo, distinguiremos dos grupos: el primero y más amplio, la población de 65 años y más, y, el segundo, el de la población con 80 años y más (los más viejos dentro del colectivo de mayores).

**TABLA 16. GASTO TOTAL EN DEPENDENCIA (%PIB) Y POBLACIÓN DE MÁS DE 65 AÑOS Y MÁS DE 80 AÑOS (% POBLACIÓN TOTAL). AÑO 2000**

PAÍS	GASTO TOTAL	65 Y MAS AÑOS	80 Y MAS AÑOS
México	0,20	4,6	0,6
Hungría	0,30	15,1	2,6
Corea del Sur	0,30	7,2	1,0
Polonia	0,38	12,2	2,0
<b>España</b>	<b>0,61</b>	<b>16,9</b>	<b>3,80</b>
Irlanda	0,62	11,2	2,6
N. Zelanda	0,68	11,7	2,8
Japón	0,83	17,4	3,8
Australia	1,19	12,4	2,9
Canadá	1,23	12,5	3,0
<b>MEDIA</b>	<b>1,25</b>	<b>13,5</b>	<b>3,1</b>
EE.UU.	1,29	12,4	3,3
Alemania	1,35	16,4	4,0
R. Unido	1,37	15,9	4,0
P. Bajos	1,44	13,6	3,2
Suiza	1,54	15,3	4,0
Noruega	2,15	15,2	4,3
Suecia	2,89	17,3	5,0
Austria	n.d.	15,5	3,5
Luxemburgo	n.d.	14,2	3,0

Fuente: OCDE (2005), Long-term care for older people, y elaboración propia.

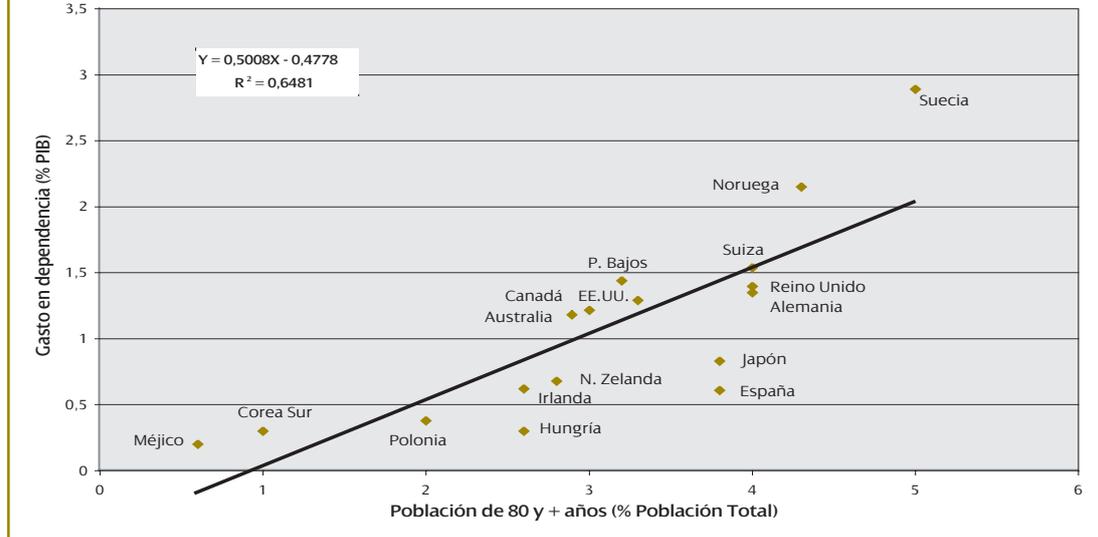
El análisis de la correlación entre el gasto en dependencia y la población de 65 años y más ofrece un nivel de significatividad muy reducido. Tanto si contemplamos todos los países recogidos en el estudio de la OCDE como si lo restringimos a aquellos que alcanzan un nivel de gasto superior al 0,35%. De hecho, la regresión lineal en el primer caso<sup>54</sup> ofrece un R<sup>2</sup> igual a 0,31, mientras que en aquellos países en que el nivel de gasto es mayor la regresión lineal<sup>55</sup> ofrece un resultado aún más pobre, con un R<sup>2</sup> que apenas alcanza un 0,20.

Los resultados, en términos de significatividad de la correlación, mejoran cuando se relaciona el gasto en dependencia y la población de 80 años y más. Así, como puede verse en el gráfico 15, el R<sup>2</sup> alcanza un valor de 0,65 si contemplamos todos los países recogidos en el estudio de la OCDE y, de nuevo, se reduce si lo restringimos a aquellos países que alcanzan un nivel de gasto en dependencia superior al 0,35%, esta vez hasta el 0,62 (gráfico 16).

<sup>54</sup> Expresada como  $Y = 0,1128X - 0,428$ .

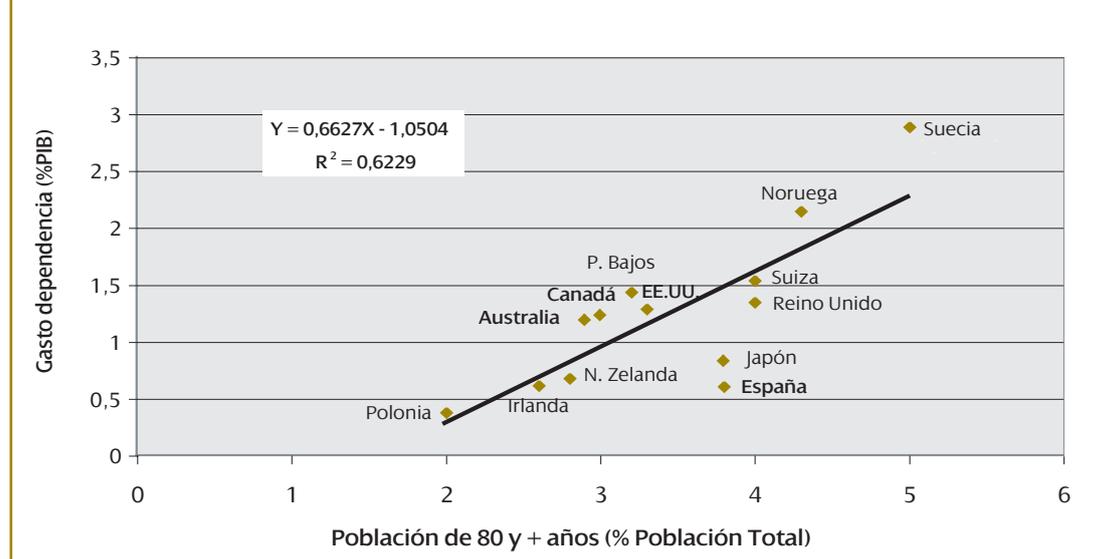
<sup>55</sup> Expresada como  $Y = 0,134X - 0,6263$ .

**GRÁFICO 15. CORRELACIÓN ENTRE EL GASTO EN DEPENDENCIA Y LA POBLACIÓN DE 80 Y + AÑOS. AÑO 2000**



Fuente: Ver tabla 16.

**GRÁFICO 16. CORRELACIÓN ENTRE EL GASTO EN DEPENDENCIA Y LA POBLACIÓN DE 80 Y + AÑOS. PAÍSES SELECCIONADOS. AÑO 2000**



Fuente: Ver tabla 16.

Este simple análisis refleja claramente que, aunque el nivel de envejecimiento de la población (especialmente la de 80 y más años) es un factor relevante del nivel de gasto en dependencia, existen otros determinantes cuyo peso es, si cabe, más significativo.

De hecho, los datos muestran que países con un nivel de envejecimiento muy similar de su población presentan niveles de gasto en dependencia muy diferentes. Como claros ejemplos de esta situación podemos mencionar el caso de Polonia frente a Australia, Estados Unidos y Canadá, los cuatro con un porcentaje de población mayor de 65 años que supera ligeramente el 12% y que, sin embargo, presentan importantes diferencias en su nivel de gasto en dependencia: en Polonia no alcanza el 0,40% y en los otros tres países lo triplican, situándose en torno al 1,20%. También se puede destacar el contraste de Suecia, Alemania, Japón y España, los cuatro países que presentan una población más envejecida (todos ellos superan el 16%), con unos niveles de gasto muy diferentes que ascienden, respectivamente, al 2,9%, 1,3%, 0,8% y 0,6%.

La comparación también puede realizarse en sentido inverso, es decir, países con un nivel de gasto muy similar, que presentan un envejecimiento de la población muy distinto. Este sería el caso de Hungría y Corea del Sur, con un nivel de gasto total en dependencia idéntico (el 0,3%) y un envejecimiento de la población en Hungría que duplica el de Corea del Sur (15% frente al 7%). También se pueden citar países como Irlanda y España con un nivel de gasto total en dependencia prácticamente idéntico y situado en torno al 0,6%, pero un porcentaje de población de 65 años y más muy superior en España, el 17% frente al 11% de Irlanda.

Sin duda, la fuente de las divergencias reseñadas en los párrafos anteriores no puede ser otra más que las importantes diferencias que existen en el diseño de los programas de protección a la dependencia de estos países: con una cobertura universal o asistencial, una mayor o menor generosidad en cantidad y calidad de las prestaciones, una utilización y peso específico distinto del cuidado formal e informal, de la atención a domicilio e institucionalizada y una participación diferente de la financiación pública y privada. La combinación de todos estos factores es la que determina la evolución previsible del gasto en dependencia de un país, además de la puramente mecánica del cambio en su población. De forma que, a mayor amplitud y generosidad del sistema protector, mayor será la cuantía del gasto (Noruega y Suecia constituyen un buen ejemplo de esa realidad).

Para finalizar este epígrafe, procedemos al análisis de la evolución que ha experimentado el nivel de gasto en dependencia en cuatro países<sup>56</sup>, todos ellos caracterizados por haber adoptado un sistema de protección universal, no sometido a prueba de recursos. En todos ellos se observa cómo el principal impulso de crecimiento del gasto en dependencia se produce durante los primeros años del establecimiento de dichos programas.

**TABLA 17. EVOLUCIÓN GASTO EN DEPENDENCIA DEL SISTEMA PÚBLICO (EN MILES DE MILLONES DE EUROS)**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004 (P)
Alemania	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,35	17,47	17,69
Francia						0,53	0,67	1,86	3,21	3,60
Luxemburgo					0,15	0,23	0,30	0,31	0,29	
Japón						24,37	30,89	34,96	38,21	41,21

Fuente: Publicaciones oficiales de cada país.

<sup>56</sup>Para ello, tomaremos los datos obtenidos de la información que suministra cada país en relación con su sistema público de protección a la dependencia, en concreto, los que ofrecen Alemania, Francia, Luxemburgo y Japón.

Así, en el caso de Alemania el gasto prácticamente se triplica en los tres primeros años: entre 1995 (año de implantación del seguro obligatorio<sup>57</sup>) y 1997 pasa de 5 a 15 miles de millones de euros, a partir de esa fecha se producen crecimientos mucho más moderados.

Francia experimenta una evolución aún más intensa. Con la implantación de la APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), en el año 2002, se produce un crecimiento explosivo del gasto que casi se triplica respecto al que existía en el año anterior (2001) y que se multiplica por 1,7 un año después (2003). El resultado conjunto implica un aumento del gasto en los tres primeros años de 0,7 a 3,2 miles de millones de euros, esto es, casi se quintuplica. En este caso, y aunque el último año de referencia parece mostrar un crecimiento menor, no se tiene una serie lo suficientemente amplia como para afirmar que se dará un crecimiento más sostenible del gasto del sistema a partir de esas fechas.

Los casos de Luxemburgo y Japón también acusan un crecimiento importante en la fase inicial de implantación del sistema, si bien la ausencia de datos de gasto por este concepto antes de la introducción del nuevo sistema universal puede relativizar el impacto real. Así, Luxemburgo, con la entrada en vigor del seguro obligatorio de dependencia en 1999, ha visto duplicar su gasto por este concepto en los tres primeros años. Entre 1999 y 2001 pasa de niveles de 0,15 a 0,30 miles de millones de euros, estabilizándose a partir de ese año.

Japón ha visto crecer su gasto en dependencia a una tasa menor (1,4) en los tres primeros años de implantación del sistema universal, con niveles que ascendieron a 35 miles de millones de euros en el año 2002, frente a los 24 miles de millones de euros que representaba en 2000. Conviene reseñar que, en este país, en los años posteriores no se observa una estabilización en el crecimiento del gasto, como ocurría en Luxemburgo, puesto que se siguen registrando unas tasas de crecimiento anuales elevadas (del 8% y 9%).

La evolución de los ingresos en estos sistemas (fundamentalmente cotizaciones sociales e impuestos) no siempre ha crecido al mismo ritmo que el gasto, lo que ha dado lugar a déficits crecientes y preocupantes del sistema. Dos casos paradigmáticos de esta situación son Alemania y Francia.

Si bien el sistema alemán de dependencia no registró tensiones financieras en los primeros años de implantación<sup>58</sup>, ello se debió, en parte, a que desde la entrada en vigor del seguro (1 de enero de 1995) existía una contribución obligatoria mientras que las prestaciones se fueron realizando de forma paulatina. Concretamente, estas últimas no se ofrecieron hasta abril de 1995, en el caso de atención en domicilio, y hasta julio de 1996, en el caso de instituciones, lo que permitió crear un fondo de reserva. Sin embargo, a partir del año 1999 se registra una diferencia negativa entre ingresos y gastos que ascendió a 0,03 miles de millones de euros y que ha ido en preocupante aumento, hasta situarse en -0,82 miles de millones de euros en 2004.

También Francia ha visto cómo sus ingresos eran incapaces de cubrir sus gastos crecientes y en el segundo año de implantación de la APA (2003), el sistema registraba un déficit de 1,2 miles de millones de euros.

Ante esta situación, los países se plantean reformas del sistema que pasan tanto por la contención de los gastos como por la vía de nuevas formas de financiación. Precisamente, la necesidad de obtener recursos privados que hagan sostenible el sistema<sup>59</sup> hace que se contemple el seguro privado como un instrumento adicional de financiación.

<sup>57</sup> El sistema alemán se implantó de forma progresiva, de manera que la atención a domicilio se inició en abril de 1995 y la institucional lo hizo en julio de 1996, lo que moderó la evolución inicial del gasto.

<sup>58</sup> Registró superávit que se fueron reduciendo año tras año, pasando de una diferencia positiva de 3,4 miles de millones de euros en 1995 a apenas 0,13 miles de millones de euros en 1998.

<sup>59</sup> La aportación de los recursos (rentas/ahorros) de las familias a nivel individual para cubrir la dependencia podría ser tan elevada que agote los recursos de las clases medias.

Aunque el desarrollo de los seguros privados no ha sido muy relevante en la mayoría de los países<sup>60</sup>, tanto si la cobertura pública es asistencial (caso de EE.UU. o Reino Unido) como si es universal (Alemania, Luxemburgo o Francia), existen experiencias que permiten afirmar que, incluso con una cobertura pública universal, los seguros privados pueden realizar un papel importante y cubrir, entre otras necesidades, aquella parte del coste que no es capaz de cubrir el sistema público.

La evolución del seguro privado en Alemania pone de manifiesto esta realidad al aportarnos una evidencia empírica ilustrativa, puesto que cuenta con un seguro de dependencia obligatorio (público/privado) y, además, el mercado ha desarrollado un seguro suplementario, de carácter voluntario, para cubrir la dependencia<sup>61</sup>.

La evolución de las personas cubiertas por el seguro privado en Alemania se refleja en la siguiente tabla:

**TABLA 18. PERSONAS CUBIERTAS POR EL SEGURO PRIVADO DE DEPENDENCIA EN ALEMANIA (EN MILLONES)**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Obligatorio	7,926	8,008	8,131	8,226	8,364	8,619	8,827	8,999
Voluntario	0,405	0,412	0,543	0,570	0,605	0,656	0,690	0,750

Fuente: PKV (Asociación de Aseguradoras alemanas) y elaboración propia.

En términos absolutos, se observa cómo las personas que han contratado un seguro privado suplementario y voluntario de dependencia casi se han duplicado en el periodo analizado (1996-2003), periodo en el que el seguro obligatorio ya se había implantado de forma completa. La tasa de crecimiento media anual del seguro voluntario contratado durante dicho periodo es considerable y alcanza el 10%. Este aumento contrasta con la tasa media anual de crecimiento que registran las personas que contratan el seguro privado obligatorio, mucho menor, del 2%.

Si analizamos esa misma realidad en términos relativos, atendiendo a la población total (ver tabla 19 y gráficos 17 y 18), observamos que se repiten las mismas pautas. De forma que el porcentaje sobre la población total casi se duplica en el seguro voluntario, amentando 0,41 puntos (un aumento del 84% en el conjunto del periodo), mientras que en el caso del seguro obligatorio se incrementa en 1,2 puntos (un aumento del 13%).

**TABLA 19. PERSONAS CUBIERTAS POR EL SEGURO PRIVADO DE DEPENDENCIA EN ALEMANIA (% POBLACIÓN TOTAL)**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Obligatorio	9,69	9,76	9,91	10,03	10,18	10,48	10,71	10,90
Voluntario	0,50	0,50	0,66	0,69	0,74	0,80	0,84	0,91

Fuente: PKV (Asociación de Aseguradoras alemanas) y elaboración propia.

<sup>60</sup> Véase apartado específico por países.

<sup>61</sup> Uno de los factores que están detrás de este desarrollo viene dado por el hecho de que las prestaciones del seguro obligatorio en Alemania cubren en torno a la mitad del coste real de las prestaciones.



Fuente: Ver tabla 19.

## 1.4.2. Elementos básicos de los distintos sistemas. Lecciones de la experiencia internacional

En este epígrafe procedemos a destacar, dentro de los elementos básicos que configuran un sistema de protección a la dependencia, las principales opciones que se adoptan en los países analizados en este estudio, destacando los argumentos que avalan o descartan las distintas alternativas tanto desde una perspectiva teórica como práctica.

Los elementos que se contemplan son los siguientes: ámbito de cobertura/protección, criterios de elección/niveles de dependencia, periodo de carencia, prestaciones al dependiente, tratamiento del cuidado informal, tratamiento fiscal, financiación, copago, fondos recaudados, saldo de ingresos y gastos, prestadores de servicios y ámbito competencial.<sup>62</sup>

### 1. COBERTURA- ÁMBITO DE PROTECCIÓN

UNIVERSAL	Toda Población	Alemania, Luxemburgo, Finlandia
	> Edad determinada	Francia (60 años), Japón (40 años)
ASISTENCIAL (< Recursos)		Estados Unidos, Reino Unido

La tendencia actual, especialmente en Europa, se orienta a sistemas de protección universal, esto es, para toda la población.

La cobertura universal del riesgo de dependencia se fundamenta básicamente en los siguientes argumentos: se trata de un riesgo normal de la vida que requiere, por ello, aplicar principios de solidaridad y justicia social; la naturaleza potencialmente catastrófica de su elevado coste, con amplios segmentos de la población que pueden encontrar difícil su pago y, que, cuando carecen de recursos, pueden convertirse en una carga para los programas públicos de asistencia social, hace que sea conveniente universalizar el riesgo; permite reducir los costes de otros servicios más caros, como hospitales, que a veces se utilizan para atender inapropiadamente estas necesidades; y, finalmente, la preocupación de los amplios costes sociales derivados de dichos cuidados y el interés por aliviar la carga del cuidado informal.

La opción de cobertura asistencial plantea el apoyo público a este riesgo como un elemento reservado primordialmente a las personas más pobres y sólo se cubre a los que se sitúan por debajo de una determinada capacidad económica (rentas y/o patrimonio). La utilización, en el caso asistencial, de la prueba de medios/recursos ("means-tested") se puede plantear a través de distintos elementos (activos, rentas o ambos y considerar activos o rentas excluidas). Dentro de este cómputo un activo que suele ser objeto de controversia es la vivienda del dependiente<sup>63</sup>. Conviene resaltar en esta opción el riesgo de que la población practique una política premeditada de quedarse sin recursos para recibir el apoyo asistencial, como ha podido detectarse claramente en Estados Unidos<sup>64</sup> y también en Reino Unido.

<sup>62</sup> Teniendo como referencia el esquema de análisis empleado para describir la experiencia de los países contemplados en este estudio (Alemania, Francia, Reino Unido, Estados Unidos, Luxemburgo, Japón y Finlandia) y que se recoge en el apartado siguiente de forma individualizada.

<sup>63</sup> En este punto conviene recordar la experiencia inglesa en la que, en principio, se tiene en cuenta la vivienda dentro de los activos del dependiente; si bien se han establecido cautelas porque a veces el dependiente vende su casa para poder entrar en una residencia y, si posteriormente su estancia es temporal, luego no podía volver a la misma. Estas cautelas han consistido en establecer un periodo mínimo de tres meses entre la entrada del dependiente en la residencia y la venta de su casa o dar facilidades de préstamo a aquellos que no quieran vender su casa para pagar la residencia. En el caso de Estados Unidos para obtener ayudas no se computan dentro de los recursos del dependiente, ni la vivienda, ni los enseres domésticos de la misma; este tipo de exclusiones ha dado lugar en una práctica que consiste en que el dependiente convierte los activos que posee en activos no contabilizados a efectos de la elegibilidad.

<sup>64</sup> Las tendencias recientes en Estados Unidos intentan corregir este problema y eliminar los mecanismos que incentivan el agotamiento de rentas/activos computables para ser cubiertos por el sistema público.

Aunque la frontera entre los sistemas asistenciales y universales pueda parecer clara en un primer momento, en realidad se puede difuminar. Para ello basta tener en cuenta que el copago por parte del dependiente es elevado en algunos sistemas universales y, por ello, algunos ciudadanos tendrán dificultades para afrontar su coste o verán disminuidos sus recursos, de forma que pueden pasar a convertirse en integrantes de la cobertura asistencial (bajo prueba de recursos) y que ésta cubra aquella parte del coste que no puede atender el dependiente.

## 2. CRITERIOS DE ELECCIÓN-NIVELES DE DEPENDENCIA

NACIONALES	Alemania, Francia, Japón, Estados Unidos
INDIVIDUALIZADOS	Luxemburgo, Finlandia, Reino Unido

La utilización de criterios estándar, uniformes y objetivos, a través de escalas concretas a nivel nacional, para determinar el acceso al sistema y los distintos niveles de dependencia-prestaciones (como en el caso de Alemania, Japón o Francia), permiten alcanzar importantes niveles de equidad vertical y horizontal<sup>65</sup>. También contribuyen a estimar con más facilidad el futuro nivel de demanda y de gasto público, sirviendo a la vez como elemento de contención de costes. Sin embargo, pueden ser poco sensibles a determinadas necesidades individuales (personas en el umbral límite de necesidad <sup>66</sup>, demencia ...), como se ha puesto de manifiesto en Alemania, e inhibir, si no son suficientemente flexibles, el coste-efectividad.

Por otro lado, la utilización de criterios individualizados permite ofrecer un apoyo más ajustado a las necesidades reales del dependiente y atender mejor las necesidades de los que están en el umbral límite de asistencia, o en una situación de intensa necesidad de apoyo. Pero puede dar lugar a una menor equidad horizontal, si consideramos que tanto la entrada en el sistema como el nivel de dependencia asignado y las prestaciones recibidas varían con el municipio/región (niveles de la administración pública que en la mayor parte de los países son responsables de la valoración concreta del dependiente). Un ejemplo típico de esta situación es el caso de Reino Unido que ha venido aplicando criterios individualizados que han dado lugar a que personas con una necesidad de cuidados similar obtengan beneficios distintos.

Se observa una tendencia a optar por utilizar una combinación de ambos, aplicando una valoración individualizada que tenga en cuenta las circunstancias del individuo y sus deseos, así como las peculiaridades de su zona geográfica de residencia<sup>67</sup>, pero encauzada dentro de un marco nacional amplio y claro sobre criterios de elegibilidad, niveles de dependencia, prestaciones básicas y prioridades (como en Estados Unidos y, recientemente, en Reino Unido).

También constituye una evidencia el hecho de que, incluso en aquellos países donde se ha optado desde el principio por un sistema nacional de valoración, sean diferentes municipios (departamentos) los que dado que, en la práctica, realizan materialmente la valoración da lugar a que existan valoraciones diferentes ante un mismo nivel de dependencia (Francia o Japón).

<sup>65</sup> Por equidad horizontal se entiende los mismos recursos ante la misma necesidad y por equidad vertical distintos recursos ante distintas necesidades.

<sup>66</sup> La introducción de mecanismos adicionales que permitan asignar recursos a personas con bajos niveles de necesidad constituye un elemento positivo en este tipo de sistemas, puesto que con pequeñas cantidades monetarias adicionales se pueden obtener importantes mejoras en los resultados del sistema (manteniendo una actitud preventiva y retrasando el acceso al sistema de personas potencialmente dependientes en un futuro cercano).

<sup>67</sup> En cuanto a servicios disponibles, costes de atención, dispersión de la población...

Dentro de las buenas prácticas, destaca la utilización de equipos multidisciplinares de valoración (médicos, psicólogos, asistentes sociales...) y el aprovechamiento de la experiencia acumulada por los agentes, ya existentes, en la salud o en los servicios sociales, para la puesta en práctica del nuevo sistema. Incluyendo aquellos equipos que informan y orientan sobre las distintas alternativas de cuidado disponibles y cuál puede ser la mejor opción para el dependiente, teniendo en cuenta sus circunstancias personales.

### 3. PERIODO DE CARENCIA <sup>68</sup>

REQUERIDO	Alemania
NO REQUERIDO	Luxemburgo, Japón, Francia

De aquellos países que cubren la dependencia mediante la modalidad de seguro público, sólo Alemania establece un periodo de carencia, que se ha fijado desde el año 2000<sup>69</sup>, en cinco años de aseguramiento dentro de los últimos diez años. Mientras que países como Japón, Luxemburgo o Francia no establecen este requisito.

### 4. PRESTACIONES AL DEPENDIENTE

A DOMICILIO	Monetaria	Alemania, Luxemburgo, Reino Unido, Finlandia, Francia, Estados Unidos
	En especie	Alemania, Luxemburgo, Japón, Reino Unido, Finlandia, Estados Unidos
INSTITUCIONAL	Monetaria	Francia
	En especie	Alemania, Luxemburgo, Japón, Reino Unido, Finlandia, Estados Unidos
OTRAS AYUDAS	Alemania, Luxemburgo, Reino Unido, Finlandia, Francia, Estados Unidos; Japón	

En la mayor parte de los países la tendencia prioritaria consiste en mantener a los dependientes en su domicilio, tanto tiempo como sea posible, atendiendo así sus deseos y maximizando su independencia. La provisión de servicios a domicilio se contempla, también, como un buen mecanismo para reducir el uso de hospitales e instituciones de cuidados de larga duración<sup>70</sup>.

<sup>68</sup> Este elemento del sistema tiene sentido contemplarlo si se analiza un sistema financiado mediante un modelo de aseguramiento.

<sup>69</sup> El sistema alemán arrancó en el año 1995.

<sup>70</sup> Japón se encontraba con el problema de que los mayores que requerían cuidados por dependencia hacían un uso excesivo de los hospitales, cuyo coste es muy superior a los servicios sociales. El gobierno nipón contempló la introducción del Seguro de Cuidados de Larga Duración como un medio de reducir costes sanitarios reconduciendo estos usos, sin embargo, el impacto tras la introducción del sistema, vía ahorro, no ha sido tan elevado como se esperaba en un principio.

Todos los países ofrecen tanto servicios a domicilio como residenciales, aunque existen amplias diferencias en la variedad de servicios ofrecidos a domicilio por los diferentes países. Así, en países como Japón<sup>71</sup>, Finlandia o Luxemburgo, la cartera de servicios es amplia e incluye tanto cuidados médicos (enfermeras y rehabilitación) como no sanitarios (ayuda en el hogar, aseo, catering, estancia en centros de día, equipos, adaptaciones en el hogar...). Mientras en otros se excluyen los servicios de carácter médico-sanitario por entender que han de ser prestados con cargo al seguro de salud (Alemania y Luxemburgo). En países como Reino Unido<sup>72</sup> o Estados Unidos, los servicios son más reducidos<sup>73</sup>.

Del mismo modo, se contempla una tendencia creciente a la asignación de ayudas monetarias frente a las ayudas en especie, como un instrumento para maximizar la independencia y las posibilidades de elección del dependiente<sup>74</sup>, evitando así las posibles listas de espera. Se mantiene que constituye un mecanismo que fortalece la posición del dependiente como “*consumidor activo*”.

La posibilidad de elección entre proveedores estimula la competencia entre ellos y les fuerza a ofrecer servicios de alta calidad. También permite una puesta en práctica del plan de cuidados más flexible, adaptada a las necesidades del dependiente. Otro argumento a favor de esta modalidad de ayuda se relaciona con el hecho de que supone una compensación directa a las familias por los gastos relacionados con los miembros de su familia que son dependientes.

Entre los elementos menos positivos de este tipo de prestaciones en metálico, cabe mencionar que pueden requerir controles administrativos para garantizar que realmente se emplean en la atención las necesidades de ayuda de los dependientes, así como en asesores que orienten y aconsejen al dependiente, que en algún caso puede sentirse no capacitado sobre la elección a adoptar por falta de información, conocimiento del medio... En algunos estudios se señala que las personas mayores tienen dificultad para tomar decisiones independientes y prefieren que una autoridad administrativa o profesional diseñe sus planes de cuidados. Además, la información asimétrica (el oferente dispone de más información que el cliente) supone un obstáculo para el apoyo a través de ayudas monetarias.

Los no partidarios de las ayudas monetarias mantienen que los mismos pueden incrementar el coste del servicio, ante la ausencia de control gubernamental del uso efectivo de los fondos, y remarcan la incompatibilidad entre beneficio y calidad<sup>75</sup>.

Estos argumentos a favor y en contra de las ayudas monetarias no han sido corroborados por los estudios empíricos, puesto que mientras en unos países se opta por las ayudas en especie mayoritariamente, en otros, como en Alemania, ocurre lo contrario.

Existen países como Alemania, Luxemburgo<sup>76</sup>, Finlandia, Estados Unidos y Reino Unido que ofrecen al dependiente tanto la posibilidad de una ayuda monetaria<sup>77</sup> como en especie.

---

<sup>71</sup> En los servicios residenciales, Japón es el único país que cubre los gastos de manutención. Ello ha provocado una expansión en la demanda de estas prestaciones, puesto que resulta relativamente más barato que la estancia en domicilio.

<sup>72</sup> Los gastos de enfermería y rehabilitación son cubiertos por el Sistema Nacional de Salud (NHS), de carácter universal y financiados vía impuestos.

<sup>73</sup> En buena parte de los países los servicios de carácter hotelero (comida...) suelen estar excluidos, puesto que se considera que el individuo es responsable normalmente de estos gastos cuando vive en su propia casa. Incluso algunos sistemas no cubren las actividades instrumentales de la vida diaria.

<sup>74</sup> Entre diferentes formas de prestación (públicas, privadas no lucrativas o lucrativas) y entre distintos tipos de servicios.

<sup>75</sup> En esta línea se mantiene que existe una diferencia entre el dinero que la administración entrega para pagar los servicios y el sueldo que las entidades pagan a sus empleados, una diferencia que redundaría en un mayor beneficio de la entidad y reduce las posibilidades de recibir más horas de cuidado.

<sup>76</sup> En ambos la cuantía de la primera se sitúa en torno a la mitad de la segunda, para el mismo nivel de dependencia.

<sup>77</sup> La obligación administrativa de utilizar la ayuda en la compra de servicios y su justificación varía de unos países a otros. En Alemania y Luxemburgo, por ejemplo, no existe esa obligación.

Si bien la mayoría de ellos (Alemania, Finlandia o Luxemburgo) restringen la ayuda monetaria a los servicios domiciliarios, mientras que los cuidados residenciales sólo se prestan en especie. Otros países, como Francia, sólo ofrecen una ayuda monetaria (APA)<sup>78</sup>, aunque en la atención residencial se entrega la cuantía directamente al centro. Mientras que Japón sólo ofrece prestaciones en especie.

Adicionalmente a las prestaciones domiciliarias e institucionalizadas, el dependiente suele recibir otro tipo de ayudas adicionales, como aparatos técnicos auxiliares, ayudas para la modificación del hogar e incentivos fiscales (ver apartado específico).

##### 5. TRATAMIENTO DEL CUIDADO INFORMAL

INCENTIVADO	Alemania, Finlandia, Reino Unido, Francia, Luxemburgo, Estados Unidos
Pagos monetarios y prest. específica	Alemania, Finlandia, Reino Unido, Estados Unidos
Sólo prestación específica	Francia, Luxemburgo
NO INCENTIVADO	Japón

El tratamiento que recibe el cuidado informal en los distintos sistemas de dependencia es muy importante, puesto que en todos los países constituye la forma predominante a través de la que se prestan cuidados a los dependientes. Además, los cambios económico-sociales, actuales y futuros, plantean una seria duda sobre su disponibilidad en el futuro. Simultáneamente, se trata de un cuidado no profesionalizado al que no se atribuye ningún coste económico, cuando en realidad implica un “coste sumergido” (tanto en forma de carga para los cuidadores como para el conjunto de la sociedad<sup>79</sup>).

El enfoque adoptado está muy relacionado con la responsabilidad que tiene la familia dentro de cada sociedad, de atender y cuidar a sus ancianos, incluso desde una perspectiva legal. Así, en países como Reino Unido ha existido una obligación legal de atenderles (que ha sido suprimida), en Estados Unidos la responsabilidad de cuidarles recae en primer lugar y prioritariamente en la familia y sólo en segundo término y como último resorte, cuando no existen recursos, se contempla al sector público como responsable. En Alemania no existe dicha obligación familiar. En otros países como Japón, se contempla como una responsabilidad social y del Estado.

A escala internacional el tratamiento del cuidado informal puede sintetizarse en dos niveles diferentes: la de aquellos sistemas que lo incentivan, con mayor o menor intensidad, frente a los que no lo hacen. El incentivo más amplio se establece mediante el pago monetario al cuidador informal<sup>80</sup> y otro tipo de prestaciones (pensión, seguro de accidentes de trabajo, periodos de respiro, cursos de formación...), como es el caso de Alemania, Finlandia o Reino Unido; el más restringido es el de aquéllos que

<sup>78</sup> Sujeta a importantes controles de utilización. Esa justificación es muy estricta e incluso, su incumplimiento en los términos fijados puede dar lugar a la supresión de la ayuda.

<sup>79</sup> La estimación de este coste, realizada en Estados Unidos, asciende a 76,5 miles de millones de dólares (62 miles de millones de euros) en 2004 e implica elevar el coste por cuidados de dependencia a mayores de 134,9 miles de millones de dólares (166 miles de millones de euros) a 211,4 miles de millones de dólares (171,5 miles de millones de euros), representando el 36% del coste total.

<sup>80</sup> Este pago monetario al cuidador informal se puede arbitrar permitiendo al dependiente que retribuya con las ayudas monetarias que recibe a sus cuidadores informales (fundamentalmente familiares), sería el caso de Alemania, Luxemburgo, Estados Unidos o Reino Unido, o realizando un pago directo al mismo, como en Reino Unido o Finlandia.

les ofrecen un apoyo más limitado (pensión, formación, periodos de respiro, ventajas fiscales...) como Francia, Luxemburgo o Estados Unidos; y, finalmente, existen países que no incentivan el cuidado informal, como Japón <sup>81</sup>.

Esta variedad de formas de aproximarse al apoyo del cuidado informal responde a visiones distintas sobre la oportunidad de estimular el cuidado informal frente al de sustituirlo por el cuidado formal y profesionalizado. Así, los partidarios de realizar asignaciones monetarias a los cuidadores informales intentan que éstos (fundamentalmente mujeres) reduzcan sus horas de trabajo para ayudar a cuidar de sus dependientes y señalan que estas ayudas permiten reconocer y recompensar la contribución que realizan las familias cuidadoras, evitan el cuidado de escasa calidad ofrecido por extraños, aumentan la capacidad de elección de los dependientes y permiten ahorros (bajo el supuesto de que las ayudas monetarias a familiares se establecen por debajo del coste de los servicios) <sup>82</sup>.

Frente a estos argumentos, los que no son partidarios de este tipo de ayudas<sup>83</sup> subrayan que suponen una prolongación de los patrones opresivos de cuidados, (en concreto el de las mujeres cuidadoras (esposa/hija/nuera), alejándolas de animarse a participar en el mercado laboral), favorecen un cuidado poco profesional y de baja calidad (el de la familia), no se fomenta la demanda de servicios y, por lo tanto, el aumento de proveedores y, finalmente, puede implicar mayores costes porque la demanda de servicios puede ser menor que la de pagos monetarios.

En la línea de favorecer el cuidado formal pueden situarse también aquellas medidas que, o bien sólo permiten utilizar las ayudas monetarias a dependientes para contratar a un cuidador profesional (no para la familia como cuidadora) -como es el caso de algunos municipios en Reino Unido-, o bien limitan los incentivos fiscales concedidos a la ayuda sólo si se emplea a un trabajador -como en Francia-.

Mientras que fueron estos últimos argumentos los que prevalecieron al introducir en el año 2000 el sistema de cuidados de larga duración en Japón, hay países, como Finlandia, con varias décadas de implantación del sistema, en los que la evolución ha sido la opuesta. Partiendo de un modelo en el que se favorecía el cuidado formal y profesionalizado, la tendencia actual se orienta a favorecer el cuidado informal. En la misma línea, otros países, como Reino Unido, van ampliando progresivamente las ventajas al cuidado informal y su remuneración.

## 6. TRATAMIENTO FISCAL

AL DEPENDIENTE	No sujetas las prestaciones recibidas del sistema	Todos los países
	Otros incentivos	Francia, Estados Unidos y Finlandia
A OTROS AGENTES	Francia, Estados Unidos	

<sup>81</sup> Aunque recientemente han introducido una pequeña ayuda para familias sin recursos y no cubiertas por el sistema público.

<sup>82</sup> Estas políticas de incentivo al cuidado informal plantean la cuestión de la problemática reintegración del cuidador informal al mercado laboral, puesto que en su mayoría son mujeres de 50 años o más, por lo que cuando cese la actividad de cuidado difícilmente volverán al trabajo, caso de haberlo abandonado.

<sup>83</sup> Fundamentalmente aportados por organizaciones feministas.

El tratamiento fiscal que establece cada país se puede clasificar atendiendo a dos parámetros básicos. En primer lugar, los incentivos fiscales que recibe el dependiente, si se limitan a no someter a gravamen las prestaciones/beneficios que obtiene del sistema o si introducen otros incentivos adicionales<sup>84</sup>; y, en segundo lugar, los incentivos fiscales que reciben otros colectivos (cuidadores informales, empresas del sector ...).

En cuanto al tratamiento fiscal de los beneficios obtenidos a través del sistema de protección a la dependencia, éste se ha concretado en declarar no sujetas a impuestos dichas prestaciones en todos los países analizados.

Otro tipo de incentivos fiscales al dependiente consisten, por ejemplo, en permitir deducir en el impuesto sobre la renta la remuneración/costes que se paga (con recursos propios) por trabajos de ayuda al dependiente (Francia, Estados Unidos y Finlandia son buenos ejemplos de esos incentivos); en la exoneración del pago de la cuota patronal a la Seguridad Social por contratación directa por el dependiente de personal profesional que le atienda en su domicilio (Francia); o, el tratamiento fiscal favorable a la contratación de seguros privados de dependencia (Estados Unidos).

Los incentivos a otros colectivos distintos al dependiente son más limitados<sup>85</sup>. Se puede mencionar el ejemplo de Francia que exonera del pago de la cuota patronal a la Seguridad Social a aquellas asociaciones u organismos acreditados que contraten de forma indefinida a sus asalariados dedicados a la atención a domicilio. En el caso de Estados Unidos se ofrecen exenciones fiscales en el impuesto sobre la renta por los gastos de cuidado a familiares dependientes.

Este tipo de incentivos fiscales implica un mayor gasto público, en forma de menores ingresos para el erario público respecto de los que se obtendrían vía recaudación impositiva sin esas ventajas y, habitualmente, se utilizan por los responsables políticos para “dirigir el sistema” en aquella dirección que estiman más adecuada (incentivo de la contratación profesional, de los seguros privados, etc.).

## 7. FINANCIACIÓN<sup>86</sup>

<b>PÚBLICA</b>		Todos los países
IMPOSITIVA (Estatal, regional o local)		Francia, Estados Unidos, Reino Unido, Luxemburgo, Finlandia, Japón.
SEGURIDAD SOCIAL (Cotizaciones Sociales/Primas)		Alemania, Francia, Luxemburgo, Japón.
OTROS (Canon específico, 1 día adicional de trabajo,...)		Alemania, Francia, Luxemburgo.
<b>PRIVADA</b>		Todos los países
AHORROS PRIVADOS		Todos los países
SEGURO PRIVADO	Voluntario	Alemania, Francia, Estados Unidos, Reino Unido, Japón.
	Obligatorio	Alemania

<sup>84</sup> Deducciones fiscales (en el impuesto sobre la renta) por gastos para atender la necesidad de ayuda no cubiertos por el sistema, exoneración del pago de la cuota de la Seguridad Social por contratación de cuidadores o deducciones fiscales por contratación de seguros privados de cobertura de la dependencia.

<sup>85</sup> Las ayudas monetarias que percibe el cuidador informal siempre están sujetas a impuestos.

<sup>86</sup> Los países se asignan a cada categoría atendiendo a la fuente de ingresos principal.

Los recursos a través de los que se articula la financiación del sistema constituyen una pieza clave del mismo, puesto que *una buena intención, sin financiación suficiente y sostenida, no conduce a nada y una actitud responsable exige adoptar decisiones realistas basadas en un presupuesto garantizado.*

Precisamente, la sostenibilidad financiera de los distintos sistemas analizados constituye una de las preocupaciones básicas de los responsables políticos y es fuente de controversia y debate de cara a su reforma. Prácticamente, todos los países que han establecido un sistema universal de atención a la dependencia<sup>87</sup> se enfrentan a la necesidad de resolver el problema de cómo atender unos costes crecientes con unos ingresos que no han seguido el mismo ritmo de aumento. De hecho, la estabilidad financiera del sistema, o no se ha producido, o en algunos casos se alcanza con dificultad. Situación en la que destacan países como Francia o Alemania que han visto crecer el déficit del sistema de forma intensa en los últimos años; si bien, casi la totalidad de los países analizados (Japón, Finlandia, Estados Unidos...) contemplan distintas alternativas para allegar recursos al sistema<sup>88</sup> (ver el apartado específico de este mismo epígrafe).

Existen múltiples vías de financiación de la dependencia que, en síntesis, podemos agrupar distinguiendo entre los recursos de carácter público y los recursos de carácter privado. Aunque resulta importante subrayar, desde el principio, que ambos no son excluyentes y, de hecho, la experiencia internacional nos indica que existe una clara tendencia a la combinación de los mismos con mayor peso de unos u otros, en función del modelo elegido. Pero siempre de forma compartida, puesto que los elevados costes del sistema no pueden ser asumidos en exclusiva con recursos públicos o privados. La preocupación por la sostenibilidad del sistema ha de contemplarse tanto desde la perspectiva de los recursos públicos como privados (la aportación de recursos privados en ausencia de un sistema protector puede ser tan elevado que llegue a agotar los recursos de familias con rentas medias).

Buena parte de los países analizados optan, fundamentalmente, por una financiación pública del sistema de cuidados de larga duración<sup>89</sup>. Dentro de esta opción las principales fuentes son la impositiva y/o las cotizaciones sociales (Alemania, Finlandia, Japón, Francia y Luxemburgo); si bien también se adoptan otros ingresos públicos como una tasa sobre el consumo de electricidad (Luxemburgo) o un día adicional de trabajo<sup>90</sup> (ligado normalmente a las cotizaciones sociales). En ningún país se ha optado por un sistema de capitalización<sup>91</sup>, sino que se ha elegido del sistema de reparto cuando la opción predominante ha sido el seguro social (caso de Alemania o Japón), aunque algunas reformas propuestas recientemente en Alemania apuntan a introducir paulatinamente el sistema de capitalización.

La opción entre financiación impositiva o cotizaciones sociales (ambas implican una colectivización y socialización del riesgo) ha de tener en cuenta la mayor o menor progresividad de ambas formas de financiación, sus efectos redistributivos entre distintos grupos de renta, edad y género, así como la sostenibilidad del sistema.

Dentro de la financiación vía impuestos ha de tenerse en cuenta si dichos impuestos serán estatales, regionales o locales, dado que la combinación de impuestos directos e indirectos en los distintos niveles de gobierno es muy diferente. También se tienen que considerar los límites inferiores y superiores de tributación en la base imponible de cada impuesto. Ambos elementos

<sup>87</sup> Y también los que mantienen una cobertura asistencial (Reino Unido y Estados Unidos).

<sup>88</sup> A la vez que diseñan mecanismos para contener los gastos.

<sup>89</sup> Estos esquemas permiten una colectivización en el aseguramiento del riesgo y objetivos redistributivos entre personas con distinto nivel de renta y de riesgo, así como entre distintas generaciones.

<sup>90</sup> Este sistema vigente en Alemania, intentó introducirse en Francia mediante el denominado "Día de la Solidaridad" con un resultado muy negativo para el gobierno, ante la huelga planteada por la mayoría de trabajadores en esa jornada.

<sup>91</sup> Distintos estudios han llegado a la conclusión de que éste sistema requeriría que una generación pagara dos veces por los cuidados de dependencia, lo que implicaría un claro conflicto intergeneracional (Barr 1993).

son determinantes para la progresividad/proporcionalidad/regresividad del sistema de financiación y su papel redistributivo. Además, resulta relevante determinar la posibilidad del carácter finalista o no de la recaudación impositiva, así como el impacto que los impuestos indirectos tienen sobre el nivel de precios.

La progresividad de la financiación a través de cotizaciones sociales varía, fundamentalmente, en función de cómo lo hace el tipo de cotización a medida que aumenta la base de cotización. De forma que, si existe un límite mínimo/máximo de cotización tiende a ser menos progresivo.

Este tipo de ingreso está fuertemente vinculado al nivel de actividad económica y, en concreto, a la creación de empleo; de forma que si se produce un ciclo económico con baja creación de empleo o destrucción del mismo, los ingresos del sistema se resentirán de forma inmediata (como ha ocurrido en Alemania). Del mismo modo, estas primas (normalmente pagadas de forma compartida entre empleados y empleadores) implican un aumento directo de los costes salariales.

Dentro de los sistemas que optan por financiarse básicamente con cargo a contribuciones sociales, merece la pena destacar que ninguno de ellos hace recaer toda la carga sobre la población trabajadora y los empresarios<sup>92</sup>, sino que se intenta que todos los grupos de población aporten ingresos al sistema para hacerlo sostenible. Así, la población mayor, incluidos los pensionistas, contribuyen con el pago de la prima correspondiente<sup>93</sup> y también realizan el correspondiente copago, como se verá en el próximo apartado.

El análisis de las cotizaciones sociales/impuestos, como fuente de financiación, no puede sustraerse al debate que se viene produciendo en las últimas décadas<sup>94</sup> en torno a la reforma del sistema público de pensiones y su financiación mediante cotizaciones sociales, puesto que el mismo puede arrojar luz sobre la oportunidad de financiar la dependencia con este tipo de recursos<sup>95</sup>. Estas reformas implican, entre otros aspectos, la aplicación de forma más estricta de tres principios entroncados con el principio del beneficio (afectación, equivalencia financiera o proporcionalidad y corresponsabilidad financiera<sup>96</sup>) para asegurar la sostenibilidad financiera del sistema<sup>97</sup>. La aplicación del principio de afectación requiere que las cotizaciones sociales se destinen de forma finalista a la financiación de las pensiones contributivas y que aquellas prestaciones que no están vinculadas con el factor trabajo (pensiones no contributivas) se financien con cargo al sistema impositivo general (separación y clarificación de fuentes de financiación). El cumplimiento del principio de proporcionalidad implica fijar la cuantía de la pensión teniendo en cuenta todo el periodo contributivo del trabajador y de forma proporcional al número de años cotizados. Y, finalmente, el principio de corresponsabilidad financiera requiere que las cotizaciones de empleado y empleador se distribuyan de manera que quien más se beneficia del gasto sea quien más aporte a su financiación<sup>98</sup>.

<sup>92</sup> A la vez que se utilizan otras fuentes de ingresos, además de las primas.

<sup>93</sup> Incluso países, como Alemania, en los que, en un principio, la mitad de la aportación de los jubilados la financiaba el ente público de pensiones o se subvencionaba, han optado por una reforma en virtud de la cual este colectivo paga íntegramente la cuota.

<sup>94</sup> En todos los países y, en concreto, en España.

<sup>95</sup> Sin perder de vista el hecho de que la sanidad se configura como un derecho constitucional de los ciudadanos, de carácter universal y financiada mediante de impuestos.

<sup>96</sup> El "principio de afectación" implica destinar con carácter finalista una determinada recaudación a un gasto público concreto. El "principio de equivalencia financiera o proporcionalidad" supone la existencia de una correlación entre el valor actualizado del flujo de cotizaciones efectuadas desde la fecha de alta en el sistema hasta la fecha de salida, con el flujo actualizado de la pensión recibida desde la jubilación hasta el fallecimiento (solución actuarial). El "principio de corresponsabilidad financiera" exige a quienes obtienen la utilidad de un gasto o de una prestación pública a que soporten la carga financiera del mismo.

<sup>97</sup> Carpio M., Domingo, E., Fernández, M. y Cano, D. (1997).

<sup>98</sup> Aspectos que cuestionan la posibilidad de adoptar la cotización social como método básico de financiación del sistema de dependencia.

Junto a los recursos públicos, la financiación de los cuidados de larga duración también se nutre de ingresos privados, básicos para su sostenibilidad. Entre ellos cabe mencionar los siguientes:

- Ahorros privados (rentas y activos mobiliarios e inmobiliarios, incluyendo la vivienda del dependiente). Esta fuente de financiación implica una redistribución de recursos a lo largo del ciclo vital del individuo, sin ninguna colectivización del riesgo.

Ninguno de los países analizados contempla esta alternativa como la base fundamental de la financiación de su sistema de dependencia, puesto que parte de la población dependiente no tiene recursos para financiar sus necesidades de dependencia al carecer de ahorros o haberlos gastado, y atendiendo a razones de equidad -iguales recursos para las mismas necesidades- y redistributivas -entre los que tienen más recursos y menos necesidades y aquellos con más necesidades y menos recursos, entre géneros (las mujeres tienen más riesgo de ser dependientes y necesitan más ahorro) y entre generaciones- se considera injusto.

Si bien, en este punto conviene resaltar que todos los países establecen un recurso vía copago del dependiente (lo analizaremos a continuación) y, aunque en algunos países como Estados Unidos, el pago de la dependencia en su conjunto financiado con ahorros privados se sitúa en el 25% como media, para algunas categorías de servicios llega a alcanzar el 46% (residencias) y hasta el 63% (servicio de ayuda a domicilio)<sup>99</sup>. Mientras en otros, como Francia, el pago del dependiente puede situarse en el 90% del coste por encima de un nivel dado de recursos.

Esta fuente de ingresos puede constituir un importante complemento a la financiación de los servicios de dependencia, si se produce una adecuada conversión líquida de activos inmobiliarios, de forma que se instrumenten las medidas oportunas para favorecer el desarrollo de este instrumento en los mercados financieros y de seguros.

- Seguro privado. Se trata de un sistema que permite colectivizar el riesgo y redistribuir recursos hacia aquellos que requieren más cuidados por su nivel de dependencia, de los que no requieren dichos cuidados o lo hacen con menor intensidad. Como ya se ha señalado en otros apartados del estudio, esta vía de financiación se encuentra con importantes fallos del mercado<sup>100</sup> que dificultan el desarrollo de la misma. Por ello, sin los adecuados incentivos públicos este tipo de seguro no se desarrollaría y sería de difícil acceso económicamente (primas muy elevadas).

El apoyo público a los seguros privados de dependencia puede solventar algunos de estos problemas, especialmente el de la accesibilidad. Este apoyo puede instrumentarse a través de distintos medios como la concienciación a nivel social de la necesidad de cubrir ese riesgo, ante la imposibilidad de que el sector público se haga cargo en exclusiva de los mismos, la ayuda pública en el pago de primas o los incentivos fiscales a la contratación de estos seguros.

En la mayor parte de los países analizados se ha desarrollado un mercado de seguro privado de dependencia, con mayor o menor amplitud, y existe una clara tendencia al desarrollo y fomento del mismo y, prácticamente, en todos ellos su contratación es voluntaria (Estados Unidos, Reino Unido, Francia, Japón...). La excepción la constituye Alemania, donde dicha contratación es obligatoria, dado que el seguro de dependencia "sigue" al seguro de salud en ese país y aquellos individuos que optaron por un seguro privado de salud<sup>101</sup> han de contratar obligatoriamente el de dependencia; aunque también se ha desarrollado un seguro voluntario de dependencia.

<sup>99</sup> UNESPA, El seguro de dependencia en los mercados desarrollados (2005).

<sup>100</sup> Selección adversa, riesgo moral, información asimétrica, miopía ante el riesgo, incertidumbre sobre evolución de parámetros básicos (tasa de dependencia, coste de los servicios...).

<sup>101</sup> Los que superan un nivel de renta (en torno a 36.000 €/año).

La contratación obligatoria de un seguro privado limita algunos fallos del mercado, como la selección adversa y problemas de información, a la vez que mejora significativamente la accesibilidad, pero su aplicación en realidades económico-sociales sin esa tradición puede resultar compleja.

Un ejemplo destacado de los incentivos fiscales a la contratación de seguros de dependencia lo ofrece Estados Unidos, país donde la autoridad fomenta la suscripción de pólizas de dependencia mediante un tratamiento fiscal favorable sólo en los productos que cumplen una serie de requisitos y que reciben la denominación de *cualificados (Tax Qualified Products)*. También Reino Unido y Francia ofrecen ventajas fiscales, que se concretan en la exención fiscal de los importes monetarios recibidos del seguro.

Precisamente en Estados Unidos, las tendencias actuales se orientan a mejorar el funcionamiento del mercado privado de estos seguros, por lo que se ha procedido a estandarizar las pólizas, de modo que éstas sean más atractivas y fácilmente comparables por los ciudadanos, y a favorecer la contratación de grandes colectivos o a contemplarlos como suplemento de la cobertura pública.

Sin duda en ese último aspecto, complementario al sistema público, el seguro privado podría jugar un importante rol, tanto para contribuir al copago que debe realizar el dependiente (incluso en los sistemas universales)<sup>102</sup>, al tratarse de un riesgo más fácil de calcular y de cubrir que el de la dependencia en general, como para prestar servicios adicionales no atendidos por el sistema público e, incluso, para atender la dependencia en una primera etapa y que posteriormente se hiciera cargo el sistema público.

## 8. COPAGO

SERVICIOS SOMETIDOS A COPAGO	A domicilio	Alemania, Reino Unido, Finlandia, Francia, Estados Unidos; Japón
	Residencial	Alemania, Reino Unido, Finlandia, Francia, Estados Unidos; Japón
RECURSOS A CONTABILIZAR	Activos	
	Rentas	Alemania, Finlandia, Francia, Japón
	Ambos	Reino Unido y Estados Unidos
CUANTÍA DE CONTRIBUCIÓN	Toda la renta	Estados Unidos
	% Coste	Japón, Finlandia, Reino Unido
	Cuantía fija por servicio	Finlandia
	Coste servicio-cuantía de ayuda	Alemania, Francia

El establecimiento de una aportación en el pago de los servicios por parte de los dependientes constituye uno de los aspectos política y económicamente más controvertidos en la formulación del modelo de protección de la dependencia.

<sup>102</sup> Especialmente altos en el tratamiento residencial.

El establecimiento del copago cumple dos funciones clave en el sistema: por un lado, facilita el control de la demanda y del gasto y, por otro, constituye una fuente de ingresos adicional para el sistema de carácter privado<sup>103</sup>.

Los parámetros a formular son básicamente tres: servicios sometidos al copago, recursos a contabilizar para el mismo y procedimiento/cuantía para establecer dicha contribución.

Tanto los servicios a domicilio como los institucionalizados están sometidos a copago del usuario prácticamente en todos los sistemas analizados.

Los recursos del usuario que se tienen en cuenta para establecer el copago pueden referirse a su riqueza en términos globales, medida por la renta y los activos (Reino Unido y Estados Unidos) o por uno de ellos (Finlandia, Japón y Francia). De forma que quien se sitúe por debajo de un determinado nivel no debe pagar o su copago se reduce; mientras los que se sitúan por encima de un determinado nivel realizan una contribución significativa. En este cómputo existen dos aspectos controvertidos: el tratamiento de la vivienda del dependiente (como hemos mencionado anteriormente)<sup>104</sup> y la unidad que se toma de referencia para contabilizar recursos (el dependiente o el dependiente y su familia).

El procedimiento para establecer la cuantía de la contribución presenta las siguientes modalidades<sup>105</sup>:

- Contribución con la mayoría de su renta, como ocurre con determinados servicios en Estados Unidos (como hemos visto anteriormente).
- Contribución en una proporción fija sobre el total de costes que implica el plan de cuidados del dependiente, como en Japón. En algunos municipios se establecen límites máximos al apoyo por debajo de un nivel de renta.
- Contribución en una cuantía fija por cada servicio, como en los servicios a domicilio de Finlandia. Se introducen límites máximos al año.
- Establecer una cuantía fija de ayuda al dependiente, en función del nivel de dependencia y del tipo de servicio prestado, de forma que sea el dependiente el que abone la diferencia entre dicha ayuda y el coste real del servicio, como es el caso de Alemania. O bien, como en Francia, se fija una cuantía máxima de ayuda (que se entiende que cubre el total de costes) que se reduce en función de los recursos del dependiente.

<sup>103</sup> La contención de la demanda/gasto será tanto mayor cuanto mayor sea la elasticidad precio de la demanda de dichos servicios; mientras que el aumento de ingresos será mayor cuanto menor sea la elasticidad precio de la demanda. El establecimiento del copago y su cuantía en un país concreto debe realizarse teniendo en cuenta dichas elasticidades.

La elasticidad de demanda/precio puede definirse en términos simples como la relación que expresa qué variaciones que se producen en las cantidades demandadas ante variaciones en los precios, y se expresa mediante la siguiente expresión  $E_{x,p} = \Delta x / \Delta p \cdot p/x$ .

<sup>104</sup> Recordemos que en Reino Unido se ha venido computando, aunque por los problemas que a veces plantea su venta para pagar servicios se han introducido algunas modificaciones.

<sup>105</sup> Existen países, como Reino Unido, que utilizan una mezcla de todos los criterios. Así, puede pagarse todo o nada (en función de los recursos), una proporción del coste considerando los servicios prestados, o tener en cuenta sólo el coste o sólo los servicios prestados.

## 9. FONDOS RECAUDADOS

CREACION FONDO ESPECÍFICO	Francia, Alemania
SIN FONDO ESPECÍFICO	Japón, Reino Unido, Luxemburgo, Estados Unidos, Finlandia

La constitución de un fondo específico para atender la dependencia con los fondos recaudados se ha desarrollado en países como Alemania o Francia. Mientras otros países no diferencian/distinguen los ingresos destinados a cubrir esta necesidad del resto de ingresos públicos.

La creación de este tipo de Fondos Específicos presenta varias ventajas: facilita la justificación política de introducir un nuevo sistema protector (recursos específicos para garantizar un riesgo específico sin competir directamente con la financiación de otros servicios<sup>106</sup>), permite el desarrollo de estas prestaciones frente a otras como la sanitaria a la vez que reduce la presión que supone el envejecimiento de la población sobre los presupuestos sanitarios, facilita el control, la eficacia y la eficiencia del sistema y, finalmente, refuerza la idea de necesidad de sostenibilidad económica del mismo.

Entre sus puntos débiles puede citarse la posibilidad de que se produzcan conflictos en torno a los límites de cada sistema, aumentan al mismo tiempo que los problemas de coordinación, así como el intento de desviar costes hacia “el otro sistema”. Finalmente, si la evolución del ciclo económico afecta negativamente a los ingresos específicos del sistema se pondrá de manifiesto la necesidad de cubrir los gastos del mismo con el trasvase de otros ingresos públicos o mediante préstamos. Este ha sido el caso de Francia sobre cuyo sistema de protección (APA) se puede decir, en palabras de los responsables de la Secretaría de Estado para personas mayores, que “*puede morir de éxito*”, con un déficit de 1.200 millones de euros a los tres años de su instauración, lo que ha originado la necesidad de un préstamo específico, el aumento de recursos allegados de los Departamentos y una modificación del sistema de financiación (“Día de la Solidaridad”).

## 10. SALDO DE INGRESOS Y GASTOS

La evolución experimentada por la diferencia entre los ingresos y los gastos derivados del sistema<sup>107</sup>, tanto en los de carácter universal como en los asistenciales, puede sintetizarse en una preocupación generalizada por la sostenibilidad del sistema y su viabilidad futura. Este reto ha dado lugar al diseño de estrategias y reformas que se han dirigido simultáneamente a aumentar los ingresos y a contener, limitar o reducir los gastos.

Una parte central de las reformas ha tenido como objetivo básico el control y reducción del gasto, que, especialmente en los primeros años de instauración del sistema, tiende a dispararse<sup>108</sup> y cuya evolución futura ante el explosivo envejecimiento de la población y el aumento de los costes se prevé continúe en ascenso.

Este preocupante aumento del gasto se ha evidenciado incluso en países como Alemania, que habían introducido dentro del propio sistema mecanismos de contención del mismo. Entre estos mecanismos del sistema alemán se pueden mencionar los

<sup>106</sup> Aunque, evidentemente, la recurrente limitación y escasez de recursos unida a la necesidad de priorizar no se puede soslayar.

<sup>107</sup> Sólo en algunos países como Alemania, Luxemburgo o Japón ha podido obtenerse una serie completa de ingresos y gastos. En el resto, se ha tenido información limitada y referida fundamentalmente a los gastos, dado que los ingresos se integran dentro del conjunto de los ingresos públicos.

<sup>108</sup> Ver apartado anterior y cuadro específico de cada país.

siguientes: 1) la falta de actualización de la cuantía de los beneficios y de la contribución, fijados por Ley Federal, que no han sido corregidos desde la introducción del sistema en 1995, ni por la inflación ni por el aumento de costes salariales, con la consiguiente pérdida de poder adquisitivo<sup>109</sup>; 2) se incentiva el cuidado a domicilio e informal (normalmente menos oneroso); 3) los beneficios monetarios (incentivadores del cuidado informal) suponen la mitad de los obtenidos si opta por la prestación en especie; y 4) se utilizan criterios nacionales para determinar el acceso al sistema, los niveles de dependencia y las prestaciones asignadas (lo que permite controlar mejor el gasto).

También el sistema francés contempla importantes vías de contención del gasto, que se han ido acrecentando a medida que éste se desbordaba. Estas medidas se centran en el control efectivo del uso de la ayuda (APA), fundamentalmente de carácter administrativo. Entre ellas se pueden destacar: la obligación de comunicar en un mes los gastos en los que se ha empleado la ayuda y conservar todos los justificantes de gasto (tanto los de la APA como los de su participación propia financiera) y el envío directo de la ayuda a las entidades colaboradoras en la prestación del servicio (aún sin autorización del dependiente).

Dentro de las tendencias recientes de contención del gasto se pueden mencionar las siguientes, sin ánimo de ser exhaustivos:

- Limitar y dirigir los servicios del sistema a aquellos dependientes que presentan mayores necesidades de atención (niveles de dependencia más elevada), dejando fuera la cobertura de la dependencia moderada. Esta propuesta se plantea en Japón, Alemania y Finlandia, por ejemplo.
- Establecer nuevos límites a los criterios de elegibilidad en los sistemas asistenciales, caso planteado en Estados Unidos.
- Priorización de la atención a domicilio y de los pagos directos, frente al ingreso en centros residenciales. Para ello el cuidado a domicilio y/o informal debe estar bien organizado y resuelto.
- Políticas de prevención.
- Aumento de la contribución del dependiente a la financiación de los costes, mediante reformas del sistema de copago. Este procedimiento permite contener los gastos del sistema público y aumentar la financiación privada del sistema.
- Modificar al alza la participación máxima del dependiente en sus gastos y/o en ampliar los intervalos de recursos (tanto en la parte inferior como superior del intervalo) a partir de los cuales se considera el copago del dependiente (caso de Francia).
- Orientar el copago en línea con el coste de los servicios y sustituir el pago fijo por visita (Finlandia) por un pago similar al alemán (el dependiente paga el coste no cubierto por la ayuda pública, que es fija).
- Aumento de la eficiencia y calidad del sistema público mejorando, entre otros aspectos, la coordinación, habitualmente compleja, entre el sistema sanitario y el social.

Entre las reformas encaminadas a aumentar los ingresos del sistema se encuentran las siguientes:

- Aumento de la contribución al sistema. Un ejemplo reciente de este tipo de medida es la aportación suplementaria del 0,25% que deben realizar las personas que no tienen hijos, desde enero de 2005, en el sistema alemán<sup>110</sup>. En Japón se contempla aumentar la prima y/o ampliar el intervalo de edad de contratación obligatoria del seguro<sup>111</sup>.

<sup>109</sup> Y el evidente desplazamiento del pago, derivado del mayor coste de los servicios, a los recursos privados del dependiente.

<sup>110</sup> Con ello su contribución individual pasa a ser del 1,15%, frente al 0,85% del resto.

<sup>111</sup> De los 40 años actuales a los 20 años.

- Introducción de nuevas fuentes de ingresos (Día de la Solidaridad en Francia<sup>112</sup>)
- Fomento del aseguramiento privado (EEUU) y la introducción progresiva de primas de riesgo (propuesta planteada en Alemania).

#### 11. PRESTADORES DE SERVICIOS (PRODUCCIÓN)

MERCADO COMPETITIVO	Entidades privadas (lucrativas o no)
	Entidades públicas
NO MERCADO-AUTORIDAD PÚBLICA	

En todos los países analizados se prestan servicios a través de un mercado competitivo con proveedores tanto públicos como privados (lucrativos o no lucrativos). El peso que representa en ese mercado cada colectivo varía desde una participación pública mayoritaria en aquellos países con tradición de prestación pública -casi en exclusiva- que, sin embargo, han ido evolucionando hacia una prestación privada creciente (Finlandia), hasta aquellos en los que la prestación es fundamentalmente a través de un mercado competitivo con proveedores privados (EE.UU.).

Este proceso de orientación a un mercado competitivo con proveedores privados y públicos se fundamenta en consideraciones de eficiencia económica y en el reconocimiento del derecho de los usuarios a elegir el proveedor y el servicio que desea recibir.

La introducción del mercado pretende mejorar la calidad de los servicios, aumentar la flexibilidad y la innovación, al mismo tiempo que permite una rápida y amplia expansión de los servicios sin incrementar el papel del sector público (empleados y recursos), no sometiéndose a las rigideces y limitaciones presupuestarias del sector público y superando los procedimientos burocráticos.

La experiencia en distintos países, sin embargo, ha puesto de manifiesto que frente a estas indudables ventajas también se presentan algunos riesgos. El primero es el desarrollo de una dependencia mutua entre los proveedores y la administración, de forma que la administración al estar obligada por ley a ofrecer los servicios a los dependientes se sitúa en una posición relativamente débil respecto de los proveedores; mientras que éstos dependen de aquella para obtener una buena parte de sus ingresos. Precisamente, esta dependencia financiera puede dar lugar a que las empresas adopten comportamientos formales y burocráticos que se adapten a las políticas de los responsables públicos (regulaciones) a fin de asegurar los ingresos, en lugar de desarrollar estrategias de innovación y desarrollo, tanto mediante nuevas estructuras organizativas como en la prestación y en los planes de cuidado. Finalmente, los proveedores pueden verse sometidos a los vaivenes políticos, que generan inestabilidad al someterse continuamente a cambios en las políticas públicas.

Este sistema de “*contratación externa*”, en la que la administración es responsable de la provisión de los servicios pero la producción la realizan tanto entidades públicas como empresas privadas, exige que la administración pública establezca requisitos

<sup>112</sup> También se plantean en ese país otras alternativas como aumentar la contribución de las rentas del capital, situada actualmente en el 0,3%, establecer una contribución específica de los trabajadores autónomos o aumentar el IVA o la CSG.

y criterios claros y evaluables en relación con la calidad de los servicios prestados y, muy especialmente, con los niveles de educación, experiencia y formación de los profesionales que se encargan del cuidado de los dependientes.

## 12. ÁMBITO COMPETENCIAL

ESTATAL		Alemania, Francia, Reino Unido, Estados Unidos, Luxemburgo, Finlandia, Japón
TERRITORIAL	Regional/Autonómico	Alemania, Francia
	Local	Reino Unido, Finlandia, Japón

La organización territorial y política de cada Estado y su tradición en sistemas descentralizados, en el reparto de competencias entre los distintos niveles de gobierno, etc., determina el papel que desarrolla cada nivel de la administración pública dentro del sistema de dependencia.

No obstante, el análisis de los países considerados en el estudio permite extraer una serie de puntos en común que se sintetizan en las siguientes líneas:

- El gobierno central suele jugar un papel clave en la configuración de un sistema sostenible, tanto desde el punto de vista político como económico.
- Es fundamental que el sector público lidere la introducción del riesgo de dependencia como un riesgo normal de la vida que hay que atender, compartiendo riesgos (entre generaciones, entre los distintos grupos de población con diferentes niveles de renta, a lo largo del ciclo vital...) y estableciendo un sistema de financiación que lo haga sostenible.
- También ha de jugar un importante papel en aras a conseguir un consenso político que requiere el establecimiento de estos sistemas y que implica conciliar las posturas de los distintos agentes implicados: gobiernos regionales y locales, empresarios, sindicatos, usuarios...Tarea no siempre fácil.
- El gobierno central suele ser el responsable de establecer el marco legal básico del sistema de protección a la dependencia a nivel nacional, mientras los niveles regionales/locales se encargan de la gestión del sistema (reconocimiento de la dependencia y su nivel, gestión de prestaciones...), con un margen de libertad variable por países para incrementar y gastar recursos (amplio en países como Reino Unido, medio en Japón y muy restringido en Francia o Alemania).
- La financiación del sistema recae tanto en ingresos de la Administración Central (cotizaciones sociales e impuestos generales) como en ingresos regionales/locales.

### 1.4.3. Experiencias internacionales de referencia. Análisis específico por países

En este apartado se analiza la realidad existente, en términos de protección a la dependencia, en varios países que pueden servir como referencia, en la medida en que adoptan sistemas de protección distintos y, a la vez, constituyen realidades con unos sistemas económicos, sociales y políticos suficientemente coherentes con el caso español.

Se ha optado por una selección que tenga en cuenta la presencia de los principales modelos que se han desarrollado, la consideración de realidades con una amplia y contrastada experiencia, sin desechar aquellos sistemas que son de reciente y novedosa implantación, y la existencia de zonas geográficas diferentes.

Así, se recogen tres modelos básicos: el **modelo liberal** (por ejemplo, Reino Unido y Estados Unidos) caracterizado por una protección de naturaleza asistencial, con prueba de recursos y con financiación principalmente impositiva, en el que la responsabilidad de los cuidados a la dependencia descansa de forma importante en el ámbito privado; el **modelo continental de seguridad social** (por ejemplo, Alemania, Luxemburgo y Japón) caracterizado por una protección de naturaleza universal, ubicada en el ámbito de la Seguridad Social y financiada fundamentalmente con contribuciones sociales; y, finalmente, el **modelo nórdico** (por ejemplo, Finlandia) donde la protección a la dependencia, de carácter universal, no se configura dentro del sistema de la Seguridad Social, sino que su protección se ha derivado de la extensión de su sistema de Estado de bienestar.

Este estudio analiza en detalle el sistema de protección a la dependencia, tanto en el ámbito público como privado, de los siguientes países:

- Alemania
- Francia
- Reino Unido
- Estados Unidos
- Luxemburgo
- Japón
- Finlandia



## ALEMANIA: El seguro de Cuidados de Larga Duración (LTCI)<sup>1</sup>

**TABLA 1 RASGOS BÁSICOS DEL SEGURO DE CUIDADOS DE LARGA DURACION ALEMÁN**

<b>AÑO INTRODUCCIÓN</b>	1995 (1994 a 1996 <sup>2</sup> )
<b>OBJETIVO</b>	<b>Apoyo limitado</b> para hacer frente a los costes y cargas que supone el cuidado de una persona dependiente <sup>3</sup> .
<b>ÁMBITO-DE APLICACIÓN</b>	<b>Seguro Profesional Obligatorio:</b> tanto para todos los afiliados al seguro público obligatorio de enfermedad (normalmente empleados) como para los contratantes voluntarios de un seguro de enfermedad privado <sup>4</sup> . "El seguro de dependencia sigue al seguro de enfermedad": A partir del 1 de enero de 1995, la regla es que aquella persona que tiene un seguro de enfermedad obligatorio también está en el seguro social de cuidados de larga duración y aquellas personas que tienen un seguro de enfermedad privado tienen que contratar un seguro privado de cuidados de larga duración.
<b>COBERTURA</b>	<b>Universal:</b> Derecho subjetivo, independiente de la situación económica. <sup>5</sup>
<b>PROCEDIMIENTO PARA DECLARAR DEPENDENCIA</b>	Declarado mediante <b>resolución por las Cajas de Asistencia a Personas Dependientes</b> (con efectos jurídicamente vinculantes), en virtud del dictamen de los servicios médicos de las Cajas de Enfermedad (MDK) <sup>6</sup> .
<b>NIVELES DE DEPENDENCIA</b>	<u>Umbral mínimo:</u> 1,5 horas de atención diarias, durante al menos 6 meses <sup>7</sup> . <b>Nivel I</b> (Relevante): +1,5 y -3 h./día <sup>8</sup> . <b>Nivel II:</b> (Severa): +3 y-5 h./día <sup>9</sup> . <b>Nivel III</b> (Muy severa): +5 h./día <sup>10</sup> , con Extraordinariamente severos <sup>11</sup> .
<b>PRESTACIONES</b>	<u>Periodo de carencia:</u> 5 años de aseguramiento, dentro de los últimos 10 años (introducido el 1de enero de 2000). <b>PÚBLICO O SOCIAL</b> <i>a) Para el dependiente</i> • <b>Asistencia domiciliaria</b> <sup>12</sup> (En especie/Monetaria <sup>13</sup> , o mixta). • <b>Internamiento (parcial o completo)</b> (En especie). Valor máximo tasado mensualmente (€/mes), actualización sólo por ley u ordenanza <sup>14</sup> .

	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Extr.Sev.
<b>Domiciliaria</b>				
En especie	384	921	1.432	1.918
Monetaria	205	410	665	
<b>Int. Parcial</b>	384	921	1.432	
<b>Int. Completo</b>	1.023	1.279	1.432	1.688

**TABLA 1 RASGOS BÁSICOS DEL SEGURO DE CUIDADOS DE LARGA DURACION ALEMÁN**

<p><b>PRESTACIONES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Otras ayudas:</b> Ayuda para pagar la asistencia durante las vacaciones del cuidador (hasta 1.432 €/mes), prestaciones adicionales para personas impedidas con necesidad considerable<sup>16</sup> (hasta 460 €/año), aparatos auxiliares<sup>16</sup>, ayudas para modificación del hogar (hasta 2.557 € por medida)</li> <li>b) <i>Para el cuidado informal</i><sup>17</sup>: Seguro de pensiones<sup>18</sup>; y por accidentes de trabajo prestaciones de fomento de empleo; 4 semanas de vacaciones; y cursos gratuitos de formación.</li> </ul> <p><b>PRIVADO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el seguro privado no hay prestaciones en especie (recursos materiales o humanos), sino <b>sólo prestaciones monetarias</b> que suponen el reembolso de los costes por el mismo importe</li> </ul>
<p><b>TRATAMIENTO FISCAL</b></p>	<p>Las prestaciones que percibe el dependiente no están sujetas a impuestos.</p>
<p><b>FINANCIACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Contribuciones sociales</b><sup>19 20</sup></li> </ul> <p><b>PÚBLICO O SOCIAL</b><sup>21</sup> (Sistema de reparto)<sup>22</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1,7%<sup>23</sup> del salario bruto<sup>24</sup>, 50% por trabajador y 50% empresario (0,85%). Los jubilados pagan íntegramente la cuota del 1,7% desde el 1 de abril de 2004<sup>25</sup>.</li> <li>Desde el 1 de enero de 2005, las personas que no tienen hijos pagan una contribución suplementaria de 0,25%, su contribución individual se fija, por tanto, en el 1,15% frente la 0,85% del resto<sup>26</sup>.</li> <li>- 1 día de trabajo adicional (que antes era festivo)<sup>27</sup>, para compensar a los empresarios de su contribución.</li> </ul> <p><b>PRIVADO</b> (Sistema de capitalización)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las primas del seguro privado se calculan por la edad del asegurado, quedando establecida por ley una prima máxima que no puede superar la cotización máxima del seguro público<sup>28</sup>. Los empleados que optan por estos seguros privados, reciben de su empleador la mitad de dichos importes en forma de subsidio o ayuda.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago: No existe formalmente<sup>29</sup>.</li> </ul>
<p><b>COMPETENCIA</b></p>	<p><b>Gobierno Federal y Regional</b> (Länder) en la regulación.  <b>Regional</b> (Länder) en la provisión/gestión.  Adicionalmente, los Länder y las Cajas de Asistencia a personas dependientes son responsables de garantizar una infraestructura suficiente de asistencia a personas dependientes. (Los costes de inversión en residencias se financian por los Länder, vía impuestos, o por los dependientes internados en residencias).</p>
<p><b>GESTIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la dependencia: <b>Sistema sanitario.</b></li> <li>• Prestaciones monetarias/en especie: <b>Seguridad Social/Administración Territorial.</b></li> <li>• Relaciones contractuales a tres niveles<sup>30</sup>.</li> <li>• Entidades prestadoras de servicios: <b>privadas</b> con y sin ánimo de lucro (acreditadas oficialmente).</li> </ul>
<p><b>COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA</b></p>	<p><b>Compleja</b>, con un mayor peso del sistema sanitario.</p>

**TABLA 1 RASGOS BÁSICOS DEL SEGURO DE CUIDADOS DE LARGA DURACION ALEMÁN**

SALDO NETO (INGRESOS-GASTOS) <sup>31</sup>	(En miles de millones de euros) Sólo del seguro público										
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
ING.	8,41	12,04	15,94	16,00	16,32	16,55	16,81	16,98	16,86	16,87	
GAST.	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36	17,56	17,69	
<b>SALDO</b>	<b>3,44</b>	<b>1,18</b>	<b>0,80</b>	<b>0,13</b>	<b>-0,03</b>	<b>-0,13</b>	<b>-0,06</b>	<b>-0,38</b>	<b>-0,69</b>	<b>-0,82</b>	
SALD/GAS.	69%	11%	5%	1%	-0%	-1%	-0%	-2%	-4%	-5%	

PERSONAS ATENDIDAS	(En millones y % población total)										
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
PÚB.	1,07	1,55	1,66	1,74	1,83	1,82	1,84	1,89	1,89	1,9	
PRIV.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,107	0,114	0,117	n.d.	
<b>TOT</b>	<b>1,07</b>	<b>1,55</b>	<b>1,66</b>	<b>1,74</b>	<b>1,83</b>	<b>1,82</b>	<b>1,9</b>	<b>2,0</b>	<b>2,0</b>	<b>1,9</b>	
s/POB	1,3%	1,89%	2,02%	2,12%	2,23%	2,21%	2,31%	2,43%	2,42%	2,3%	

En 2004, de los 1,9 millones de personas atendidas (sólo sistema público): 1,30 millones lo son en asistencia domiciliaria y 0,63 millones en centros residenciales.

TENDENCIAS <sup>32</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reforma Herzog:</b> pase a un sistema de primas de riesgo con actualización de prestaciones al 1,5% y conservación del sistema de reparto transitoriamente hasta el 2030.</li> <li>• <b>Reforma Rürup:</b> financiación del sistema mediante cuotas con primas de riesgo, para generar una financiación intergeneracional por parte de los pensionistas hacia las generaciones posteriores.</li> <li>• <b>Reforma Raffelhüschen:</b> prima de riesgo por debajo de los 60 años, con solidaridad intergeneracional en sentido inverso a la anterior (los jóvenes financian las prestaciones actuales y las suyas futuras).</li> <li>• <b>Reforma del consejo de Peritos:</b> prima de riesgo para todo nacido después de 1951 y seguro social para el resto.</li> <li>• <b>Aseguradores privados alemanes:</b> sistema de seguro social más financiación mediante prima de riesgo, por medio de un aumento de la prestación del 2% anual. Los adultos pagarían, además del actual 1,7%, 8,5 €/mes lineales (cantidad que se aumenta 1€/mes al año). Se sustituiría el sistema de reparto por el de prima de riesgo progresivamente.</li> <li>• <b>Otras medidas concretas:</b> Eliminar el nivel I de asistencia; revalorización de las prestaciones; igualación de los diferentes niveles de prestaciones, para moderar los gastos residenciales; fusionar los sistemas de salud y dependencia.</li> </ul>

<sup>1</sup> La denominación alemana del seguro de dependencia es *Pflegeversicherung* y las siglas de su acepción inglesa habitual son LTCI (“Long-Term Care Insurance”).

<sup>2</sup> Mediante la Ley para el aseguramiento de la situación de dependencia, 26 de mayo de 1994; Prestaciones de asistencia domiciliaria, abril de 1995, y Prestaciones de asistencia con internamiento, 1 de julio de 1996.

<sup>3</sup> El principio básico de este quinto pilar del sistema de Seguridad Social alemán reside en su carácter de ayuda limitada, de forma que se contempla como un mecanismo de seguridad básico que ayuda a sufragar los costes derivados de la dependencia, en concreto los costes de asistencia. Así, no se ayuda a pagar los costes de alojamiento y comida de los dependientes, cuando están internados, sino que los sufragan ellos mismos en su totalidad. Del mismo modo, la financiación de los costes de las inversiones necesarias para prestar estos servicios (ambulatorios, residencias, etc.) es responsabilidad de los Länder y si éstos no pueden afrontar completamente estos costes, las personas dependientes han de pagar una factura separada de los mismos.

Uno de los objetivos básicos de la implantación del seguro era, precisamente, reducir la carga que la atención a la dependencia suponía para la Asistencia Social. No obstante, si por las circunstancias personales del dependiente, aquél no tiene suficiente para un cuidado adecuado con las ayudas limitadas, la Asistencia Social suplementará las ayudas (tanto para el cuidado domiciliario como de internamiento, incluyendo incluso en este último caso los costes de alojamiento, comida e inversión derivados de la persona dependiente).

<sup>4</sup> El seguro de dependencia funciona como el sistema de salud alemán. El ciudadano tiene una Caja de Enfermedad y cotiza en ella para pagar su asistencia. A partir de un determinado nivel de ingresos (en torno a 36.000 € al año), puede optar entre la Caja de Enfermedad integrada en la Seguridad Social (sistema público) o contratar su asistencia mediante un seguro privado. Esta última opción es definitiva (para siempre), especialmente si se opta por el seguro privado.

<sup>5</sup> El número de personas aseguradas asciende al 98-99% de la población (en torno a 80 millones).

Sólo quedaría fuera un porcentaje mínimo de la población total (en torno al 1-2%), aquellos que no tienen seguro de enfermedad: las personas sin recursos (aunque por ley, como beneficiarios de la Asistencia Social, deberían estar obligatoriamente afiliados en el seguro de enfermedad, en la práctica algunos no lo están) y las personas que por su excepcional situación patrimonial no consideran necesario un seguro privado de protección contra la enfermedad.

<sup>6</sup> Los servicios médicos realizan el examen y comunican a las Cajas de Asistencia a Personas Dependientes el resultado del mismo, expresando las recomendaciones sobre las medidas para la rehabilitación, el tipo e intensidad de las prestaciones de asistencia, así como un plan de asistencia personal. Aunque el resultado del dictamen no es formalmente vinculante para las Cajas, se configura normalmente como el fundamento básico de la resolución.

<sup>7</sup> La Asistencia Social se encarga tanto de las prestaciones inferiores a 6 meses como de aquellas en las que la necesidad de cuidado es menor a 1,5 horas e, incluso, si necesitan cuidados para actividades distintas a las cubiertas por el seguro

<sup>8</sup> De ellas, deben dedicarse al menos 45 minutos, 1/2 del umbral mínimo de este nivel, a la “asistencia de necesidades básicas” (higiene corporal, alimentación y movilidad). El resto se dedican a la necesidad de “atención a las tareas domésticas”.

<sup>9</sup> De ellas, deben dedicarse al menos 2 horas, 2/3 del umbral mínimo de este nivel, a la “asistencia de necesidades básicas” (higiene corporal, alimentación y movilidad). El resto se dedican a la necesidad de “atención a las tareas domésticas”.

<sup>10</sup> De ellas, deben dedicarse al menos 4 horas, 4/5 del umbral mínimo de este nivel, a la “asistencia de necesidades básicas” (higiene corporal, alimentación y movilidad). El resto a la necesidad de “atención a las tareas domésticas”.

<sup>11</sup> Aquellos que requieren atención en sus necesidades básicas por la noche o asistencia de varios cuidadores a la vez o más de 7 horas de asistencia al día, dos de ellas por la noche.

<sup>12</sup> Mediante la Ley para Incrementar los Servicios de Cuidado Domiciliario (Act Supplementig Domiciliary Care Services, 2002) se intentó mejorar los servicios ofrecidos por el seguro de dependencia para fortalecer y favorecer la atención en su hogar a las personas que requieren un cuidado considerable.



<sup>13</sup> La utilización de la ayuda monetaria no está regulada y la persona que la utiliza no necesita probar dónde y cómo la ha gastado, sólo se comprueba que la provisión del cuidado se ha realizado. El dependiente puede utilizar la ayuda monetaria para pagar al cuidador informal.

Cada 3 ó 6 meses se comprueba que el dependiente recibe los cuidados necesarios, si no es así, las autoridades prestan el servicio en especie y retiran la ayuda monetaria.

<sup>14</sup> De hecho, no se han actualizado desde su creación (1995), ni siquiera por la inflación, con la consiguiente pérdida de poder adquisitivo.

<sup>15</sup> Por ejemplo, los enfermos de Alzheimer.

<sup>16</sup> Cubre el 90% del coste, con un límite máximo de copago por aparato de 25 €.

<sup>17</sup> Se considera cuidador informal aquella persona, no profesional, que cuida a una persona impedida, durante al menos 14 horas semanales, y que, por esta razón, no puede trabajar en absoluto o no puede trabajar más de 30 horas semanales.

<sup>18</sup> La cuantía de las cotizaciones para el seguro de pensiones depende del grado de impedimento de la persona a la que se cuida y, por lo tanto, del tiempo que el cuidador tiene que dedicar a su asistencia. La cotización se fija en 125 € mes para el nivel I de dependencia, 251€/mes para el nivel II y 376 €/mes para el nivel III.

<sup>19</sup> En el seguro público, los hijos menores y el cónyuge del asegurado están englobados en el seguro familiar, sin necesidad de ninguna cotización, si no tienen unos ingresos totales mensuales superiores al "ingreso mínimo contable" (345 € al mes en 2004).

Mientras que en el seguro privado sólo los hijos quedan asegurados sin tener que pagar las cotizaciones, mientras que los cónyuges, si sólo trabaja uno de ellos y/o el otro no obtiene rentas por encima del mínimo contable, realizan una cotización conjunta reducida que no puede superar el 150% de la cotización máxima del seguro público.

<sup>20</sup> La financiación los seguros de enfermedad y dependencia están separados puesto que el seguro público de LTCI se fundó como una rama separada de la Seguridad Social. Sin embargo, Los fondos del seguro de dependencia son administrados por las Cajas de Enfermedad. Este hecho provoca algunas disfunciones que son objeto de crítica. Estas disfunciones se concretan en que las Cajas tienen incentivos para compartir/trasladar gastos de salud a los de dependencia. Esto es fruto, fundamentalmente, de que, todas las prestaciones del LTCI están topadas y financiadas comúnmente para todos los fondos, mientras que los beneficios derivados del seguro de enfermedad son ilimitados y deben financiarse por fondos competitivos entre si.

La financiación común de los fondos de dependencia consiste en que existe un sistema de compensación financiera entre Cajas (territorios, por ejemplo), de forma que aquellas que tienen que realizar un esfuerzo asistencial intenso reciben fondos de aquellas que prestan menos servicio o pagan menos prestaciones.

En el sistema privado, la administración de los fondos corresponde a las aseguradoras privadas y también existe compensación entre entidades, pero esta no es posible con el sistema público.

<sup>21</sup> Aunque el cobro de las cotizaciones se inició desde el principio de su vigencia (1 de enero de 1995) el pago de las prestaciones no se inició hasta cuatro meses después para la atención a domicilio (abril 1995) y hasta un año y medio más tarde (julio 1996) para la atención residencial con el fin de dotarse de un fondo de reserva para afrontar con mayores garantías las prestaciones correspondientes.

El fondo de reserva contaba con 4,98 miles de millones de € a finales de 1998, pero los sucesivos y crecientes déficits que se han generado en el sistema desde 1999 lo han ido reduciendo hasta situarlo a finales de 2004 con un saldo de 2,87 miles de millones de euros (poco más de la mitad).

<sup>22</sup> La comparación financiera entre el seguro obligatorio público y el privado resulta difícil y limitada, puesto que el sistema público adopta un sistema de reparto (pay-as-you-go), mientras que el privado adopta un sistema de capitalización y está obligado a crear un fondo de reserva al que realiza una dotación anual.

<sup>23</sup> La contribución del Seguro de Dependencia fue del 1% en una primera etapa, entre el 1 de enero de 1995 y el 1 de julio 1996.

<sup>24</sup> El límite máximo de cotización en 2005 fue de 3.525 € al mes (el mismo que en el seguro de enfermedad). Por tanto, la contribución máxima mensual asciende a 59,92 €.

<sup>25</sup> Antes el 50% lo pagaba el ente público de pensiones o se subvencionaba.

<sup>26</sup> Se exonera de este aumento a las personas nacidas antes de 1 de enero de 1940 y a los menores de 23 años.

*Esta medida, que crea una diferencia entre las personas aseguradas "con" y "sin hijos" dentro del seguro, se establece en virtud de una sentencia del Tribunal Constitucional Federal que considera que las contribuciones al seguro obligatorio de dependencia deben ser "amistosas" con la familia, en línea con la Constitución, y, por ello, es necesario diferenciar la contribución en función del número de hijos de la familia (dado que aportan futuros contribuyentes al sistema).*

<sup>27</sup> Excepto el Ländher de Sajonia.

<sup>28</sup> Como la prima de riesgo se fija con la intervención del poder público (no se puede, por ejemplo, discriminar por sexo), la competencia entre fondos se da fundamentalmente vía costes de la entidad.

<sup>29</sup> Aunque no es establece de forma explícita en el sistema, las ayudas no suelen cubrir el coste total del servicio y el hecho de que su cuantía se haya mantenido constantes desde la implantación del seguro en 1995, sin actualizarlo ni con el Índice de Precios la Consumo, ha ido aumentando la diferencia entre el coste real y la ayuda recibida.

<sup>30</sup> Relaciones entre:

- Cajas de Asistencia a personas dependientes y asegurados
- Cajas de Asistencia a personas dependientes y las entidades prestadores de servicios
- Entidades prestadoras de servicios y asegurados

<sup>31</sup> Excluido el seguro privado obligatorio de cuidados de larga duración.

<sup>32</sup> Existe un importante debate en el país, fruto del cual las propuestas de reforma del sistema son muy amplias.



## FRANCIA: Un modelo en transición, de la Prestación Específica de Dependencia (PSD) a la Prestación Personalizada de Autonomía (APA) y sus reformas posteriores

TABLA 2 RASGOS BÁSICOS DE LA APA FRANCESA

<b>AÑO DE INTRODUCCIÓN</b>	1997 PSD <sup>1</sup> . 2002 APA <sup>2</sup> .										
<b>OBJETIVO</b>	<b>Ayuda afectada<sup>3</sup> y limitada</b> para hacer frente a los costes y cargas que supone el cuidado de una persona que ha perdido su autonomía <sup>4</sup> .										
<b>ÁMBITO-DE APLICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Personas de 60 años o más</b> (edad de salida del mercado laboral)<sup>5</sup>.</li> <li>• <b>Presentar un cierto grado de pérdida de autonomía</b> (Niveles 1 a 4 de la escala AGGIR<sup>6</sup>)</li> <li>• <b>Con residencia estable y regular en Francia.</b></li> </ul>										
<b>COBERTURA</b>	<b>Universal:</b> Derecho subjetivo, independiente de la situación económica <sup>7</sup> .										
<b>PROCEDIMIENTO PARA DECLARAR DEPENDENCIA<sup>8</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La evaluación de la pérdida de autonomía se realiza por un equipo médico-social</b> que clasifica a la persona dependiente en una de las categorías establecidas en el sistema nacional AGGIR, con procedimientos diferenciados en función de que el dependiente viva en su domicilio o en una institución<sup>9</sup>.</li> <li>• <b>La decisión de concesión de la APA<sup>10</sup></b> es tomada por el <b>presidente del Consejo General<sup>11</sup></b> a propuesta de una Comisión de Expertos<sup>12</sup>.</li> </ul>										
<b>NIVELES DE DEPENDENCIA</b>	Cuatro de los seis grupos iso-recursos <sup>13</sup> del sistema AGGIR: <b>GIR 1</b> (Muy alta), <b>GIR 2</b> (Alta), <b>GIR 3</b> (Media-alta), <b>GIR 4</b> (Moderada)										
<b>PRESTACIONES</b>	<p><u>Periodo de carencia:</u> No existe.</p> <p><i>a) Para el dependiente</i></p> <p><b>Ayudas monetarias</b> en función del grado de dependencia y el nivel de recursos del dependiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>APA a domicilio:</b> Para cada GIR existe una cuantía máxima del plan de ayuda, fijado mediante un baremo nacional.</li> </ul> <p style="text-align: center;">Valor máximo del plan de ayuda (€/mes) a 1 de enero de 2005, actualización mínima anual por IPC</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th><b>GIR 1</b></th> <th><b>GIR 2</b></th> <th><b>GIR 3</b></th> <th><b>GIR 4</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Domiciliaria</b></td> <td>1.148,09</td> <td>984,08</td> <td>738,06</td> <td>492,04</td> </tr> </tbody> </table>		<b>GIR 1</b>	<b>GIR 2</b>	<b>GIR 3</b>	<b>GIR 4</b>	<b>Domiciliaria</b>	1.148,09	984,08	738,06	492,04
	<b>GIR 1</b>	<b>GIR 2</b>	<b>GIR 3</b>	<b>GIR 4</b>							
<b>Domiciliaria</b>	1.148,09	984,08	738,06	492,04							

**TABLA 2 RASGOS BÁSICOS DE LA APA FRANCESA**

<p><b>PRESTACIONES</b></p>	<p>La APA recibida por el dependiente será el resultado de restar, a esa cuantía máxima, la cantidad de que debe hacerse cargo el dependiente en virtud de sus ingresos (“ticket moderador”). La aportación del beneficiario oscila entre una aportación nula para ingresos inferiores a 646,4 €/mes y una aportación del 90% para ingresos superiores a 2.575,9 €/mes<sup>14</sup>.</p> <p>El dependiente recibe la APA directamente cada mes<sup>15</sup> y tiene la obligación de declarar los servicios/ayudas/personal que utiliza para mejorar su autonomía y que financia la APA<sup>16</sup>.</p> <p>La APA a domicilio cuenta con incentivos fiscales<sup>17</sup> y no puede utilizarse para remunerar a familiares, deben ser profesionales dados de alta en la Seguridad Social.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>APA en residencias:</b> La APA ayuda a pagar la denominada “tarifa de dependencia”. El complejo sistema de cálculo del APA se realiza en base a la combinación de tres elementos: el nivel de dependencia del beneficiario (GIR), las tarifas de dependencia de la residencia para cada GIR<sup>18</sup> y los recursos del beneficiario (“ticket moderador”). Así, el GIR de cada persona determina la tarifa de dependencia que se le aplica y la APA será el resultado de restar a esa cuantía la aportación que debe realizar el beneficiario en función de sus recursos<sup>19</sup>.</li> </ul> <p>El pago de la prestación es abonado directamente al centro residencial (previa autorización del beneficiario)<sup>20</sup>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Otras ayudas:</b> Además de la APA existe el Suplemento por Ayuda Permanente de una Tercera Persona (MPT-Majoration pour Tierce Personne), para percibirla se deben tener menos de 65 años en el momento de examen para el reconocimiento de dicha ayuda, que como máximo asciende a 964,78 €/mes.</li> </ul> <p>b) <i>Para el cuidador:</i> formación y asesoramiento.</p>
<p><b>TRATAMIENTO FISCAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La ayuda que percibe el dependiente no está sujeta a impuestos.</li> <li>• Además la APA a domicilio cuenta con los siguientes incentivos fiscales: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exoneración social: Si el beneficiario emplea y paga directamente a una o varias personas que le atienden en su domicilio, se le exonera del pago de la parte patronal de la cotización a la Seguridad Social. También las asociaciones, centros comunales de acción social y los organismos acreditados gozan de esa exoneración para sus asalariados con contrato indefinido.</li> <li>- Deducción fiscal: Una deducción del IRPP igual al 50% de las remuneraciones pagadas y no cubiertas por la APA dentro del plan de ayuda, con un límite de 12.000 € (a 1 de enero de 2005). Esta deducción puede aplicarse, a diferencia de la anterior, tanto si el beneficiario contrata directamente al trabajador /res como si recurre a una asociación u organismo acreditado que le factura la prestación.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>FINANCIACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Impositiva y contributiva</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los <u>Departamentos</u> (regiones) a través de sus presupuestos; verdaderos financiadores de la APA.</li> <li>- <u>Caja Nacional de Solidaridad para la Autonomía</u> (CNSA)<sup>21</sup>. Esta Caja se nutre de dos grandes fuentes de ingresos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los ingresos del anterior FFAPA<sup>22</sup>, al que sustituye, integrados por la suma de la participación de todos los regímenes obligatorios del seguro de vejez, los medios que anteriormente dedicaba a estos fines el seguro de enfermedad, y de un 0,1% del producto de la Contribución Social Generalizada (CSG).</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

**TABLA 2 RASGOS BÁSICOS DE LA APA FRANCESA**

<b>FINANCIACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un nuevo ingreso<sup>23</sup> obtenido en contrapartida de la instauración de un día de trabajo adicional que antes era festivo, denominado “Día de la Solidaridad” (16 de mayo, lunes de Pentecostés, si no existe acuerdo entre las partes), en forma de una contribución patronal igual al 0,3% de los salarios, abonada por los empleadores (públicos y privados), y de una contribución equivalente fijada en un 0,3% de las rentas del patrimonio y capital. Su puesta en práctica fue objeto de contestación y rechazo por los sindicatos y, por ello, el gobierno creó un Comité de Seguimiento de la Jornada de Solidaridad<sup>24</sup>. Siguiendo las propuestas del Comité, el primer ministro ha renovado su compromiso con el principio del “Día de la Solidaridad” y ha afirmado su deseo de que se aplique con la flexibilidad que permite la ley<sup>25</sup>.</li> <li>• <b>Copago:</b> No formalmente explícito, pero sí en la práctica, en la medida en que la cuantía de la APA se reduce en función de los recursos, para el mismo nivel de necesidad, y que dicha ayuda, tanto en la ayuda a domicilio como residencial, apenas cubre una parte minoritaria del coste real.</li> </ul>																																													
<b>COMPETENCIA</b>	<b>Gobierno Nacional</b> en la regulación. <b>Regional</b> (Departamentos) en la provisión/gestión.																																													
<b>GESTIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la dependencia: <b>sistema sanitario.</b></li> <li>• Gestión de prestaciones: <b>Departamento.</b></li> <li>• Entidades prestadoras de servicios: <b>públicas y privadas acreditadas.</b></li> </ul>																																													
<b>COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA</b>	Coordinación de <b>bajo nivel</b> <sup>26</sup>																																													
<b>SALDO NETO (INGRESOS-GASTOS)</b>	(En miles de millones de euros) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>1997</th> <th>1998</th> <th>1999</th> <th>2000</th> <th>2001</th> <th>2002</th> <th>2003</th> <th>2004 (p)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ING..</td> <td>n.d.</td> <td>n.d.</td> <td>n.d.</td> <td>n.d.</td> <td>n.d.</td> <td>n.d.</td> <td>n.d.</td> <td>n.d.</td> </tr> <tr> <td>GAST.</td> <td>n.d.</td> <td>n.d.</td> <td>n.d.</td> <td>0,534</td> <td>0,665</td> <td>1,856</td> <td>3,209</td> <td>3,600</td> </tr> <tr> <td><b>SALD.</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><b>-1,2</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SALD/GAS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>37%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004 (p)	ING..	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	GAST.	n.d.	n.d.	n.d.	0,534	0,665	1,856	3,209	3,600	<b>SALD.</b>							<b>-1,2</b>		SALD/GAS							37%	
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004 (p)																																						
ING..	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.																																						
GAST.	n.d.	n.d.	n.d.	0,534	0,665	1,856	3,209	3,600																																						
<b>SALD.</b>							<b>-1,2</b>																																							
SALD/GAS							37%																																							
<b>PERSONAS ATENDIDAS</b>	(En millones y % población total) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>1997</th> <th>1998</th> <th>1999</th> <th>2000</th> <th>2001</th> <th>2002</th> <th>2003</th> <th>2004</th> <th>2005 (1)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PÚB.</td> <td>0,023</td> <td>0,086</td> <td>0,107</td> <td>0,125</td> <td>0,147</td> <td>0,642</td> <td>0,800</td> <td>0,865</td> <td>0,873</td> </tr> <tr> <td>s/POB</td> <td>0,04%</td> <td>0,14%</td> <td>0,18%</td> <td>0,21%</td> <td>0,25%</td> <td>1,08%</td> <td>1,34%</td> <td>1,44%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(1) A 31 de marzo de 2005, de los 0,873 millones de beneficiarios de la APA, el 59% (0,515 millones) viven en su domicilio y el 41% (0,358 millones) en instituciones.</p>		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 (1)	PÚB.	0,023	0,086	0,107	0,125	0,147	0,642	0,800	0,865	0,873	s/POB	0,04%	0,14%	0,18%	0,21%	0,25%	1,08%	1,34%	1,44%																
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 (1)																																					
PÚB.	0,023	0,086	0,107	0,125	0,147	0,642	0,800	0,865	0,873																																					
s/POB	0,04%	0,14%	0,18%	0,21%	0,25%	1,08%	1,34%	1,44%																																						

TABLA 2 RASGOS BÁSICOS DE LA APA FRANCESA

TENDENCIAS	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Garantía de igualdad de trato en todo el territorio francés</b>, mediante un organismo Nacional (la Caja).</li> <li>• <b>Priorización de la permanencia en el domicilio</b> (profesionalización del sector mediante planes especiales de formación, reconocimiento profesional de los cuidadores).</li> <li>• <b>Introducción del cheque-empleo-servicio universal</b>: como nueva forma de pago, simplificado y solvente, para los servicios a la persona realizados por un asalariado a un particular, que le emplea, con o sin la intervención de un organismo.</li> <li>• <b>Crecimiento del seguro privado de dependencia no obligatorio</b> (1 millón. de asegurados en 1999, más de 1,7 millones en 2003).</li> </ul>

<sup>1</sup> En Francia, a título experimental, se estableció en 1994 por 12 Departamentos también una Prestación Experimental de Dependencia (PED- Prestation Expérimentale Dépendance).

<sup>2</sup> La PSD (Prestation Spécifique Dépendance) mediante la Ley nº 1997-60 de 24 de enero de 1997 y la APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), que sustituye a la PSD, mediante la Ley nº 2001-647 de 20 de julio, objeto de posteriores reformas en 2003, en su mayor parte medidas de urgencia para recortar el gasto de ayuda a domicilio, y en 2004 (Ley nº 2004-626 de 30 de junio de 2004).

<sup>3</sup> La ayuda recibida (APA) es una ayuda afectada al pago de gastos previamente identificados, así debe ser utilizada para remunerar a las personas, pagar servicios o ayudas técnicas que faciliten la autonomía del dependiente. De hecho, se pide al dependiente justificación de los gastos en dichos fines.

<sup>4</sup> El objetivo básico de la APA es reforzar la ayuda a las personas mayores en situación de dependencia que ofrecía la PSD (de carácter asistencial, al limitarse a personas sin prácticamente recursos). En esencia, la APA suprime esta condición de carencia de recursos, si bien para su cálculo se tiene en cuenta el montante de ingresos del solicitante, amplía los niveles de dependencia cubiertos por la PSD, añade a los niveles de dependencia muy elevados o elevados (GIR 1 a 3), la dependencia moderada (GR 4). También elimina la posibilidad de recuperar la ayuda de la APA a través de sucesiones y donaciones, como permitía la PSD.

<sup>5</sup> Paralelamente se ha aprobado una regulación similar para discapacitados menores de dicha edad. De hecho, la última Ley de reforma de la APA (2004) también se refiere a las personas discapacitadas.

<sup>6</sup> La escala AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso- Ressources) es la utilizada para evaluar los diferentes grados de pérdida de autonomía de los solicitantes de esta ayuda. Dicha escala clasifica las personas dependientes en 6 niveles a partir de las actividades de la vida diaria que pueden efectuar o no por sí mismos. De ellos, sólo los cuatro primeros grupos generan derecho a la APA, mientras que los grupos 5 y 6 pueden beneficiarse de servicios de ayuda a domicilio.

La clasificación se realiza sobre la base de 10 variables relacionadas con la pérdida de autonomía física y psíquica (actividades básicas de la vida diaria) y 7 variables de carácter descriptivo que se corresponden con las actividades instrumentales de la vida diaria. Cada grupo responde de forma genérica a las siguientes características:

*GIR 1: Personas postradas en la cama (o en un sillón) que han perdido su autonomía mental, corporal, locomotriz y social, y que requieren cuidados continuos.*

*GIR 2: Agrupa tanto a personas postradas en la cama (o en un sillón) sin que sus funciones mentales estén totalmente deterioradas y que necesitan ayuda para la mayor parte de las actividades de la vida diaria, como las que conservan su movilidad pero tiene deterioradas sus funciones mentales.*

*GIR 3: Personas con movilidad parcial, sin deterioro de su autonomía mental, pero que necesitan diariamente y durante varias veces al día ayuda para mantener su autonomía corporal.*

*GIR 4: Agrupa tanto a personas que por sí solas no pueden levantarse, acostarse o sentarse (actividades de transferencia) pero que una vez levantados pueden desplazarse por el interior de la vivienda y necesitan ayuda para el aseo personal y para vestirse; como personas que no tienen problemas locomotrices pero que requieren ayuda para comer y vestirse.*

*GIR 5: Personas autónomas en los desplazamientos en el interior de su domicilio que se alimentan y visten solos, pueden necesitar ayuda puntual para el aseo personal, prepara comidas y realizar las tareas domésticas.*

*GIR 6: Personas que no han perdido su autonomía para las actividades de la vida diaria.*

<sup>7</sup> Este carácter universal ha de matizarse señalando que, además de limitarse únicamente a las personas mayores, se tiene en cuenta la condición de recursos para fijar la cuantía de ayuda recibida en concepto de APA (puesto que del total de gastos el beneficiario pagará una cuantía distinta (que puede llegar al 90%) en función de su renta

<sup>8</sup> Dos procedimientos simultáneos: evaluación del grado de dependencia e instrucción administrativa.

<sup>9</sup> a) Si el solicitante de la ayuda reside en su propio domicilio o asimilado (casa familiar, vivienda tutelada o residencias de menos de 25 plazas) la evaluación es realizada en ese mismo domicilio por un equipo médico-social que se desplaza allí. Si el solicitante se encuentra entre los niveles 1 a 4 del AGGIR, el equipo médico-social le propone un plan de ayuda individualizada que comprende todos los servicios (y, por tanto, los gastos) necesarios para mantenerle en su domicilio en buenas condiciones, indicándole también la cantidad con la que debe contribuir (a partir de los datos que ha remitido la Departamento en su solicitud). Dicho plan debe ser aprobado por el dependiente (o su representante legal) para recibir la ayuda.

Los gastos que genera una situación de dependencia y que se incluyen en el plan de ayuda pueden ser tanto intervenciones en el domicilio (horas de Servicio de Ayuda a Domicilio o de acompañamiento diurno o nocturno, gastos de estancia temporal en residencia, servicio de comidas a domicilio, teleasistencia, trabajos de adaptación de la vivienda, lavandería, transporte y pequeñas reparaciones) como ayudas técnicas (silla de ruedas, bastones o muletas, andador, cama articulada, grúas,...). Para la prestación de estos servicios el beneficiario puede optar por contratar a un trabajador, convirtiéndose así en empleador o por entidades especializadas, recurrir al servicio propuesto por su centro de servicios sociales, una asociación acreditada, una empresa de trabajadores familiares,...

b) Si reside en una institución (residencia de más de 25 plazas u hospital de larga estancia) la evaluación corre a cargo del médico coordinador de la misma que le clasifica en uno de los niveles AGGIR y con ello determina la tarifa que le corresponde en dicha institución y, por tanto, la APA que le corresponde, en función de sus recursos (a partir de los datos que ha remitido la Departamento en su solicitud tras deducir su participación). Esta evolución es validada por un médico del Departamento.

<sup>10</sup> Pese a que el sistema de valoración es el mismo a nivel nacional, el hecho de que cada Departamento realice la valoración, genera en la práctica que la valoración de la misma dependencia varíe en función de quién la realice.

<sup>11</sup> Del Departamento al que se ha enviado la solicitud de ayuda, con todos los datos del demandante y que simultáneamente calculan la cuantía de la prestación en función de los recursos del demandante.

<sup>12</sup> Comisión a la que se le ha comunicado el plan de ayuda individualizado y que está compuesta por siete miembros en los que están representados el departamento, organismos de la Seguridad Social e instituciones público sociales y médico sociales. Esta Comisión, a partir del informe elaborado por el equipo médicos-social, propone al Presidente del Consejo General de la APA y la participación financiera que debe asumir el beneficiario.

<sup>13</sup> Un grupo iso-recursos comprende a las personas que necesitan una misma movilización de recursos para hacer frente a su dependencia.

<sup>14</sup> A partir del 1 de abril de 2003, la participación económica del beneficiario en los gastos del plan de ayuda variará entre un 0%, si sus ingresos mensuales son inferiores a 0,67 veces la Ayuda por Tercera Persona (MTP-Majoration pour Tierce Personne) y 90%, si sus ingresos mensuales superan 2,67 veces la MTP. A 1 de enero de 2005 la MPT mensual es de 964,78 €/mes.

El porcentaje de participación del beneficiario en sus gastos se ha visto aumentada a partir de la modificación de abril de 2003 (sólo para los nuevos entrantes o revisados) por dos vías: la participación máxima ha subido del 80% al 90% actual, además se ha ampliado

la horquilla de recursos que se tienen en cuenta para contribuir, puesto que antes era nula para un nivel de ingresos por debajo de 1,02 veces la MTP (frente al 0,67 actual) y alcanzaba el máximo de aportación para los que tuvieran unos ingresos mensuales superiores a 3,40 veces la MTP (frente al 2,67 actual).

Estos cambios, aplicados a la MTP 2004, supusieron ampliar la horquilla de 964,7 €/mes (no contribuye) – 3.215,9 €/mes (contribución máxima) a 633,7 €/mes (no contribuye) – 2525,4 €/mes (contribución máxima).

Ello ha podido suponer un ahorro de 80 millones de euros en 2003 y 270 millones de euros en 2004, según estimación del Gobierno.

<sup>15</sup> También el Consejo General puede enviar directamente la APA a los servicios de ayuda a domicilio acreditados por la Administración.

<sup>16</sup> En este ámbito se han reforzado notablemente los sistemas de control efectivo de la ayuda, a partir de la reforma de 2003, en tres aspectos básicos que pretenden tanto prevenir la malversación como obtener ahorros:

- La obligación inicial del beneficiario de la APA de comunicar, en el plazo de un mes a partir de la concesión de la ayuda, los salarios, servicios, etc., en los que ha empleado la APA y conservar los justificantes de los seis últimos meses de gasto correspondiente a la cuantía de la APA y a su participación financiera, se refuerza autorizando al presidente del Consejo General a pedir el beneficiario la remisión, en el plazo máximo de un mes, de todos los justificantes de los gastos correspondientes a la cuantía de la APA percibida y también de su participación financiera. Adicionalmente, si no se presenta dicha documentación, se puede sancionar con la suspensión de la prestación.

- La APA, en principio, se envía directamente al beneficiario o directamente a los servicios de ayuda acreditados que le prestan el servicio, solo si el beneficiario estaba de acuerdo. Este último requisito se ha suprimido, de forma que el Consejo General puede decidir el envío directo de la APA a las entidades colaboradoras, sin que lo haya decidido el beneficiario.

- Se refuerza la comprobación de las declaraciones de los beneficiarios, puesto que para realizar dicha verificación los servicios encargados de la concesión y control de la APA pueden pedir todas las informaciones necesarias a las Administraciones Públicas, especialmente a las fiscales, a los organismos territoriales y a los organismos de la Seguridad Social y de jubilación complementaria, que han de comunicárselo. En definitiva, colaboración de toda la Administración Pública.

<sup>17</sup> Ver el apartado relativo al tratamiento fiscal.

<sup>18</sup> Estas tarifas están ligadas a la reforma nacional (2001) de la tarificación de alojamientos para personas mayores dependientes (EHPAD, Établissements Hébergeant des Personnes Âgées Dependantes) En ella se distingue dentro de las tarifas residenciales tres conceptos:

- "Tarifa de alojamiento", sufragada por el residente, sólo si no tiene recursos económicos suficientes lo financiarán los Servicios Sociales del Departamento.

- "Tarifa de cuidados sanitarios", financiada por el seguro médico.

- "Tarifa de dependencia", sufragada por la persona mayor dependiente (ayudado en su caso por la APA).

<sup>19</sup> Esta participación también se fija en función de la renta del dependiente y la MTP y será como mínimo igual a la tarifa de dependencia que aplica la institución a los niveles de dependencia GIR 5 y 6.

<sup>20</sup> También existe la denominada "dotación global", en virtud de la cual la APA no se envía a cada persona dependiente sino al establecimiento (por el Consejo General y el Estado) bajo la forma de una dotación presupuestaria global por dependencia, en función del nivel medio de dependencia del establecimiento. Esta dotación mensual (1/12 de la dotación anual) no incluye la aportación financiera que deben abonar los beneficiarios.

<sup>21</sup> Creada por la ley nº 2004-626 de 30 de junio de 2004 y la ley sobre discapacitados de 11 de febrero de 2005. Atenderá la dependencia de forma global, para personas mayores y para discapacitados. Esta Caja sustituye al antiguo Fondo de Financiación de la APA (FFAPA).



*El Consejo de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) está compuesto por 48 miembros que representan a todos los agentes involucrados en el sistema: asociaciones de personas con discapacidad, asociaciones de las personas mayores, Asamblea Nacional y Senado, Consejos Generales, organizaciones sindicales nacionales, patronales, ministerios implicados, así como expertos y representantes de instituciones de estos sectores.*

*La Caja está bajo el control del Parlamento y del Tribunal de cuentas. El primer ministro la define como "una caja de protección social y no como un simple fondo de financiación". Sus funciones son básicamente tres: financiar la pérdida de autonomía de las personas mayores y discapacitados, supervisar la igualdad de trato en todo el territorio y para todas las personas y, finalmente, tareas de información, experiencia,...*

<sup>22</sup> Fondos de Financiación de la APA (FFAPA).

<sup>23</sup> Esta nueva fuente de ingresos (estimados en 2.000 millones de euros en 2005, 1.200 para personas mayores y 800 millones para discapacitado) se diseñó, por el Gobierno, ante la incapacidad del sistema anterior para atender los gastos crecientes de la APA (va a "morir de éxito"). De hecho, uno de los primeros objetivos de la CNSA es destinar 400 millones de euros cada año para financiar la APA; y ya ha anticipado esa misma suma en 2004 para salvaguardar la APA.

*Los problemas para financiar la APA se hicieron patentes en 2003, año en el que se tomaron varias medidas urgentes de ahorro (mencionadas anteriormente) y en el que, además, se modificó la aportación que realizaba el FFAPA a los Departamentos para contribuir a financiar la APA en tres aspectos: aumentando el ingreso a cuenta que les envía mensualmente del 80% al 90%, el FFAPA suscribió un préstamo excepcional de 400M€ a 10 años y una ayuda específica, a los Departamentos con especiales dificultades, fijada en el 15% del préstamo (60M€).*

<sup>24</sup> Ante la frontal oposición de los sindicatos a la medida y la negativa de los franceses a trabajar el 16 de mayo de 2005 (Lunes de Pentecostés), el gobierno creó un Comité de Seguimiento de la Jornada de Solidaridad. Se ha estimado que ese día contribuyeron con su trabajo el 79% de los trabajadores (puesto que aunque sólo trabajaron el 56% de los asalariados, no todos los restantes puede considerarse que hicieron huelga, puesto que había sectores que habían acordado trabajar en otra fecha).

*El Comité, compuesto por 122 miembros (parlamentarios, altos funcionarios y expertos), ha procedido, a través del informe y por mandato del primer ministro, a una apreciación serena y objetiva sobre la aplicación práctica del Día de la Solidaridad.*

*Dicho Comité remitió un informe al primer ministro en julio de 2005. Las principales conclusiones del Informe pueden sintetizarse en las siguientes:*

- a) Mantener el principio de la Jornada de Solidaridad, puesto que permite obtener 2.000 millones de € para el CNSA y además, a través de ese dispositivo, se crean 30.000 puestos de trabajo.*
- b) No limitar la jornada a una mera contabilidad financiera, en la que los trabajadores asalariados generan los recursos necesarios, sino dar valor, favorecer y coordinar múltiples acciones de solidaridad "cercanas" que se celebren en ese día y realizar una acción pedagógica.*
- c) Aplicar el espíritu de la ley de 30 de junio con flexibilidad, eficacia y más aceptación (diálogo social). Recuperar el respaldo popular a la iniciativa, con un 75% de aceptación total, según una encuesta de 2003.*
- d) Al igual que la CNSA se nutre de múltiples fuentes, debe repartirse mejor el esfuerzo del día de la solidaridad y a la vez buscar fuentes alternativas de financiación.*

*Las recomendaciones del Comité se orientan a reformar el sistema de forma que sea más flexible (no es lógico pensar que todos los franceses deben trabajar el mismo día festivo, si tenemos en cuenta la diversidad de sectores económicos y territorios), entendible (el hecho de que la Jornada haya perseguido simultáneamente 3 objetivos como financiar la dependencia, hacerlo sin incrementar los impuestos -creando una riqueza suplementaria- y servir como medio de afirmación de la solidaridad, ha provocado que no se alcance más que el primero por falta de acuerdo y pedagogía) y justo (el sistema se ha contemplado como injusto, insolidario e ineficaz porque se piensa que sólo han contribuido los asalariados, hay sectores perjudicados, como el turístico, y los autónomos no contribuyen).*

Sus propuestas para el 2006 se orientan a volver al espíritu de la ley de 30 de junio, corrigiendo los problemas de aplicación que se han producido:

- Dar más libertad y dejar a empresas y administraciones que organicen el trabajo con una jornada de solidaridad. Mantener, de momento, el Lunes de Pentecostés como fecha de referencia, en ausencia de acuerdo entre las partes. Favorecer y estimular el acuerdo entre empresarios y sindicatos, por ejemplo, dividiendo la jornada en horas de trabajo. Establecer también un plan consensuado en los distintos ámbitos de la Administración Pública (con especial atención a la Educación).

- Ante el previsible aumento de la necesidad de gasto por dependencia y la imposibilidad de incrementar indefinidamente el tiempo de trabajo por solidaridad, se propone reflexionar sobre fuentes alternativas de financiación. Entre ellas se propone aumentar la contribución de las rentas del capital (respecto al 0,3% actual), establecer una contribución de los trabajadores autónomos, no mediante aumento del tiempo de trabajo, sino como una tasa sobre una base a determinar por la autoridad competente, aumentar la CSG o el IVA (aunque se menciona el inconveniente de disminución del poder de compra y aumento de los precios).

<sup>25</sup> En consecuencia, corresponderá, tanto a los empleadores privados como públicos (de acuerdo con sus trabajadores), determinar las condiciones en que se realizarán las 7 horas de trabajo suplementarias a favor de la autonomía personal, unas horas que podrán repartirse a lo largo del año. Por ello, el primer ministro ha pedido la Ministerio de Empleo, Cohesión Social y Vivienda, y al Ministerio o de la Función Pública que preparen los textos reglamentarios que permitan que tanto empresarios privados como Administración organizarse libremente en 2006.

<sup>26</sup> La coordinación entre los distintos agentes implicados (instituciones locales y departamentales, prestadores de servicios...) es realizada por el Centro Local de Información y Coordinación (CLIC). Estos centros, promovidos y gestionados por municipios, asociaciones, hospitales, Consejos General, etc., se han venido financiando fundamentalmente con cargo a los Presupuestos Generales del Estado junto a una participación de los Departamentos, pero a partir de 2005 la cofinanciación del Estado ha sido asumida por los Departamentos, que percibirán a cambio una compensación financiera (19,08 millones de euros anuales), tienen un campo de intervención infradepartamental y constituyen dispositivos de acogida, consejo, orientación y abordaje de situaciones complejas que se presentan entre las personas mayores. Son uno de los pilares básicos para mantener a las personas mayores en sus domicilios.

<sup>27</sup> A partir de 2002, sigue incluyendo a beneficiarios de la antigua PSD, puesto que la sustitución por la APA está siendo gradual, respetando los deseos de los beneficiarios.



## REINO UNIDO: Un sistema asistencial, centrado en la población con menores recursos

TABLA 2 RASGOS BÁSICOS DEL SISTEMA EN REINO UNIDO<sup>1</sup>

<b>AÑO INTRODUCCIÓN</b>	1990 <sup>2</sup> .
<b>OBJETIVO</b>	Establecer un nuevo marco para los servicios sociales mediante la separación de las funciones de provisión del servicio (pública) y su compra (al sector privado/público).
<b>ÁMBITO-DE APLICACIÓN</b>	Personas que requieren cuidados de larga duración (Long-Term Care), con residencia en Reino Unido.
<b>COBERTURA</b>	<b>Asistencial</b> (Personas de bajos recursos <sup>3</sup> , el resto mediante aportación <sup>4</sup> ).
<b>PROCEDIMIENTO PARA DECLARAR DEPENDENCIA</b>	<p>Valoración del <b>Departamento de Servicios Sociales de la Autoridad Local (Council)</b> que coordina los cuidados necesarios<sup>5</sup>. Una persona de los servicios sociales visita al dependiente y señala sus necesidades, así como las distintas alternativas disponibles.</p> <p>El proceso implica, por tanto, una valoración de las necesidades de cuidado y una coordinación del paquete de cuidados para atender dichas necesidades. Habitualmente un director (manager) de cuidados, que tiene un presupuesto para comprar servicios, se encarga de coordinar tanto la valoración como la organización de los cuidados. Los criterios de elegibilidad, valoraciones y presupuestos se determinan localmente y varían entre las distintas autoridades locales<sup>6</sup>. De hecho, existen diferentes niveles de cuidados dependiendo de la oferta disponible en cada municipio y los costes de dicho cuidado en esa área.</p> <p>Una vez que se ha llevado a cabo la valoración y el plan de cuidado por la autoridad local, ésta informa al dependiente de la cantidad que debe pagar, atendiendo a su capacidad económica.</p>
<b>NIVELES DE DEPENDENCIA</b>	<p>Existen cuatro niveles. Establecidos, recientemente, de modo orientativo por el Gobierno Central a los Councils<sup>7</sup>:</p> <p><b>Bajo</b><sup>8</sup>  <b>Moderado</b><sup>9</sup>  <b>Sustancial</b><sup>10</sup>  <b>Crítico</b><sup>11</sup></p>
<b>PRESTACIONES</b>	<p><u>Periodo de carencia</u>: Cada prestación tiene un periodo de carencia distinto y se establece fundamentalmente en las prestaciones monetarias<sup>12</sup>.</p> <p><i>a) Para el dependiente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>En domicilio</b> (En especie/Monetaria)</li> </ul> <p>Las autoridades locales ofrecen el paquete de servicios, en especie o en forma de “pago directo” (Direct Payment)<sup>13</sup>, del plan de cuidado que el dependiente necesita, en virtud de la valoración realizada<sup>14</sup>.</p> <p>Existen diferencias en la forma en que cada Council administra los pagos directos, cada municipio tiene reglas diferentes sobre cómo gastar el pago directo en dinero y se ha detectado una cierta resistencia de éstos a utilizar este procedimiento frente a la atención en especie.</p>

TABLA 2 RASGOS BÁSICOS DEL SISTEMA EN REINO UNIDO <sup>1</sup>

## PRESTACIONES

Así, en algunos casos este dinero no puede utilizarse para pagar a las personas que viven con el dependiente, pero sí para contratar a alguien o pagar cualquier otro tipo de cuidados en el domicilio. A veces sólo puede utilizarse para comprar aquellos servicios establecidos por el municipio en el plan de cuidado.

Cada Council ha venido adoptando criterios y formas distintas de cargar los gastos sobre el dependiente, algunos no cargan nada al usuario, otros tienen en cuenta tanto el nivel de ingresos como el nivel de servicios provisto, otros sólo los ingresos del dependiente o sólo el nivel de servicio provisto. Por ello, el Gobierno intenta desde 2000 (a partir del informe de la Royal Commission) unificar criterios.

- **En residencias<sup>15</sup>:**

Las personas con unos recursos por debajo de 12.500 libras (18.464 €) no pagan nada, entre 12.500 y 20.500 libras (18.464 €-28.952 €) pagan una proporción del coste, y por encima de 20.500 libras (30.281 €) pagan la totalidad de los costes de cuidados en residencias<sup>16</sup>. Excepto los cuidados de enfermería ("nursing care"), que corren siempre por cuenta del Estado (NHS). La cuantía de la contribución del NHS depende del nivel de cuidado requerido:

Nivel de Cuidado requerido	Bajo	Medio	Alto
Inglaterra	40£ (59 €)	80£ (118 €)	129£ (191 €)

(Ayuda semanal vigente en 2005)

- **Otras ayudas:** Aparatos auxiliares, adaptación de la vivienda.

*Attendance Allowance:* Se trata de una ayuda monetaria a personas de 65 años y más que necesitan ayuda para su cuidado personal o para moverse durante, al menos, 6 meses. Se puede emplear con ellas a familiares.

Importe (semanal):                      Mínimo 40,55£ (60 €)                      Máximo 60,60£ (90 €)

Esta ayuda se puede obtener junto con la Renta de Apoyo (Income Support) o de forma separada. Las reglas para obtener dichos beneficios consisten en que la parte dedicada a cuidado personal no se puede pagar cuando la autoridad local se encarga de pagar el coste de la estancia en una residencia o en una casa de reposo. Se trata de una ayuda social libre de impuestos. Se puede pagar en adición a otros beneficios como la Pensión de Jubilación.

*b) Para el cuidador:*

*Carer's Allowance:* Se trata de una ayuda monetaria para personas con baja renta<sup>17</sup> que cuidan durante 35 horas o más, por semana, de alguien que recibe, a su vez, la Attendance Allowance. Se reciben 45,7£ (67,5 €) a la semana y el dependiente puede añadir más si lo desea. Este importe puede utilizarse para pagar a familiares y está sometido a impuestos.

La Carers (Equal Opportunities) Act 2004, que ha empezado a aplicarse en 2005 asegurará que los cuidadores tienen las mismas oportunidades que los que no realizan esa actividad (por ejemplo, las autoridades locales deben considerar los intereses de los cuidadores en el exterior (trabajo, estudios o tiempo libre), promover el trabajo conjunto de los municipios y del servicio de salud para asegurar que el apoyo al cuidador se hace de manera coherente,...).

Tanto los cuidadores contratados como los informales tienen derecho a un tiempo de respiro (en virtud del Employment Relations Act, los primeros, y por acuerdo con las autoridades locales, los segundos). Precisamente, la concesión a los cuidadores (Carers Grant<sup>18</sup>), fue introducida



TABLA 2 RASGOS BÁSICOS DEL SISTEMA EN REINO UNIDO <sup>1</sup>

PERSONAS ATENDIDAS <sup>23</sup>	(En millones y % población total)							
	1997	1998	1999 (1)	2000	2001	2002	2003	2004
PÚB.			0,658	1,238	1,125	1,190	1,215	1,254
PRIV.								
<b>TOT</b>			0,658	1,238	1,125	1,190	1,215	1,254
s/POB				2,08%	1,88%	2,01%	2,05%	2,10%

(1) Solo referido al periodo de enero a marzo de 1999.

**TENDENCIAS**

- **Preocupación por la financiación de los cuidados de larga duración<sup>24</sup>**
- **Control de la Administración Central<sup>25</sup>** (igualdad de trato<sup>26</sup>, creación de estándares nacionales<sup>27</sup>, planificación, calidad en servicios)<sup>28</sup>
- **Preocupación por la coordinación socio-sanitaria**
- **Priorización de la permanencia en el domicilio y los pagos directos**
- **Seguro privado de dependencia no obligatorio**, en niveles bajos (en torno a 35.000 personas). El mercado está todavía escasamente desarrollado y se caracteriza por una oferta de tipo ahorro con una selección médica cuidadosa.

<sup>1</sup> Se analiza la cobertura del riesgo de dependencia para personas mayores, aunque también existen ayudas específicas y similares para otros colectivos (como discapacitados con la Disability Living Allowance, Constant Attendance Allowance o la Exceptionally Severe Disablement Allowance).

<sup>2</sup> Community Care Act (Ley del Servicio Nacional de Salud y Cuidados Comunitarios), si bien en Reino Unido existe un amplio debate en torno a la provisión y financiación de los Cuidados de Larga Duración (LTC, Long-Term Care).

De hecho, se encargó un Informe elaborado por la Royal Commission (1999) sobre el cuidado de larga duración (Long Term Care) en el que se recogieron varias recomendaciones. Aunque el Gobierno ha adoptado buena parte de las 24 propuestas, no se adoptó la primera de ellas, en la que la Comisión planteaba un seguro público de los "cuidados personales" de larga duración, financiado vía impuestos generales. Estos "cuidados personales" incluían los de enfermería ("nursing care") y los cuidados sociales para ayudar a bañarse, etc; mientras que quedaban excluidos los de alojamiento y manutención.

El Gobierno aceptó financiar vía impuestos los gastos de enfermería "nursing care" (tanto en hospitales como residencias de cualquier tipo y en el domicilio), pero no el resto de gastos personales. Así, en su respuesta a las recomendaciones de la Royal Comisión (2000), el Gobierno señaló que no creía que ese tipo de cobertura (universal y libre) fuera la mejor forma de asignar los recursos disponibles y supondría un coste sustancial (tanto en el presente como en el futuro) difícilmente sostenible.

Conviene destacar que el Gobierno Central es responsable del conjunto de la política sanitaria y de los servicios sociales y, por tanto, dicha política puede diferir en las cuatro naciones que constituyen el Reino Unido (Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte).

De hecho, en Escocia, siguiendo la primera recomendación de la Royal Commission, se ha introducido, desde el 1 de julio de 2002, un sistema de cuidados personales a las personas mayores de 65 años, universal y financiado por el Estado (incluyendo tanto los gastos de enfermería como el resto, sólo quedan fuera los de "hotel"). En concreto, el Estado se hace cargo de todos los gastos deri-

vados de los cuidados de aquellas personas que se valore que lo necesitan, si permanecen en sus domicilios, y si se encuentran en residencias recibirán entre 145 y 210 libras, a la semana, en función de sus necesidades.

La implantación de este sistema en Escocia implica un tratamiento desigual para las personas mayores dependientes en Reino Unido, en función de dónde residan.

<sup>3</sup> Dichos recursos están integrados por sus rentas, ahorros, inversiones y propiedades inmobiliarias. Para tener derecho a la prestación debe situarse por debajo de las 22.000 £ (32.496 €) (tipo de cambio 1 € = 0,677 £). Este límite se actualiza cada año con la inflación.

<sup>4</sup> Excepto para los costes de enfermería que son con cargo al NHS (desde 2001) y en Escocia donde, como se ha señalado anteriormente, se ha establecido una cobertura pública universal y se financian con cargo al Estado tanto los costes de enfermería como los cuidados personales.

La ausencia de un criterio nacional único para determinar en qué casos el cuidado de enfermería ("nursing care") y cuidado continuo ("continuing care") corresponde ser atendido completamente por el NHS o no (independientemente de dónde se ubique, en un hospital, en su vivienda, en una residencia,...), provoca problemas de inconsistencia e inequidad, puesto que una persona con el mismo nivel de necesidad, en función de dónde resida, puede recibir el servicio gratuitamente del NHS o tener que pagar por él en su práctica totalidad.

<sup>5</sup> Los dependientes también pueden optar por solicitar directamente proveedores de ayuda a domicilio o residencias independientes.

<sup>6</sup> Para asegurar que las autoridades locales no discriminan injustamente aplicando criterios distintos, el Gobierno elaboró una Guía sobre el Acceso Justo a los Servicios de Cuidado (Fair Access to Care Services, FACS). Aunque no se plantea una unificación total, sí ofrece a los Councils un marco para determinar la elegibilidad para el cuidado social de los adultos en 4 niveles: crítica, sustancial, moderada o baja. También establece los aspectos que, como mínimo, debe contener el plan de cuidado, así como el procedimiento de revisión de las circunstancias de los usuarios de servicios (la primera dentro de los 3 meses siguientes a la provisión de ayudas y las siguientes al menos con una frecuencia anual).

<sup>7</sup> Establecidos en la Fair Access To Care Services (aplicable desde abril de 2003), se trata de una guía que ofrece a los Councils un marco para establecer criterios homogéneos de elección y revisiones periódicas en los cuidados sociales para adultos. No establece que los Councils tengan que tomar las mismas decisiones de elección ni de provisión de servicios (dado que los recursos de que dispone cada Council son muy distintos). La evaluación de la dependencia se centra en cuatro aspectos básicos (autonomía y libertad para adoptar decisiones, salud y seguridad, capacidad para realizar el cuidado personal y otras rutinas de la vida diaria, e implicación en la vida familiar y de la comunidad, incluyendo tiempo libre, hobbies, aprendizaje...).

<sup>8</sup> Se determina cuando, entre otros aspectos, existe incapacidad para hacerse cargo de una o dos actividades domésticas y del cuidado personal; y/o, no se pueden sostener uno o dos relaciones sociales; y/o no se pueden acometer uno o dos roles y responsabilidades familiares y sociales.

<sup>9</sup> Se determina cuando, entre otros aspectos, existe incapacidad para hacerse cargo de varias actividades domésticas y del cuidado personal; y/o, no se pueden sostener varias relaciones sociales; y/o no se pueden acometer varios roles y responsabilidades familiares y sociales.

<sup>10</sup> Se determina cuando, entre otros aspectos, existe sólo parcialmente capacidad de elección y control sobre el entorno inmediato; y/o, incapacidad para hacerse cargo de la mayor parte de las actividades domésticas y del cuidado personal; y/o, no se pueden sostener la mayor parte de las relaciones sociales; y/o no se pueden acometer la mayor parte de los roles y responsabilidades familiares y sociales.

<sup>11</sup> Se determina en función, entre otros aspectos de que se tenga escasa o nula capacidad para elegir y controlar aspectos vitales del entorno inmediato; y/o, incapacidad para encargarse de su cuidado personal o de las actividades domésticas diarias; y/o no se pueden mantener relaciones sociales; y/o, no se pueden adoptar responsabilidades familiares o sociales.

<sup>12</sup> Fundamentalmente se establecen periodos mínimos en los que se presenta la dependencia para poder disfrutar de la ayuda económica (6 meses en la Ayuda de Asistencia, Attendance Allowance). En la Ayuda para Cuidador (Carer's Allowance), no existe ningún periodo de carencia para el cuidador, pero sí se establece que el dependiente debe ser receptor de alguna ayuda específica.

<sup>13</sup> Desde abril de 2003, se ofrece esta posibilidad a todas las personas que reciben servicios sociales.

<sup>14</sup> Como receptor de pagos directos hay que cumplir con importantes cuestiones administrativas, incluyendo el empleo de personal, impuestos y contabilidad. Para ayudar a los destinatarios de dichos pagos directos en el cumplimiento de estos objetivos, algunos municipios han autorizado agencias independientes para ofrecer servicios de apoyo a los usuarios de pagos directos.

<sup>15</sup> Existen tres tipos de entidades de cuidado institucional en Reino Unido: residencias (residential care homes), clínicas de reposo (nursing homes) y hospitales de larga estancia. Algunas residencias son gestionadas por las autoridades locales, pero la mayoría de ellas, junto con las clínicas de reposo corresponden al sector privado (con o sin ánimo de lucro). Mientras las residencias sólo ofrecen cuidado personal, las clínicas de reposo también ofrecen cuidados de enfermería.

<sup>16</sup> Cuantías vigentes en 2005.

<sup>17</sup> No pueden ganar más de 82£ (121 €) por semana (descontados una serie de gastos).

<sup>18</sup> Su dotación actual es de 185 millones de £ anuales (273,3 millones de euros).

<sup>19</sup> No se tiene en cuenta para ello ni la renta ni los activos de la esposa o los hijos, aunque a la esposa se la puede solicitar su contribución. En este punto conviene resaltar que aunque, en principio se tiene en cuenta, dentro de los activos del dependiente, la vivienda del mismo, se han establecido cautelas por el hecho de que a veces el dependiente vendía su casa para poder entrar en una residencia y si posteriormente su estancia era temporal, luego no podía volver a la misma. Estas cautelas han consistido en establecer un periodo de 3 meses entre la entrada del dependiente en la residencia y la venta de su casa o dar facilidades de préstamo a aquellos que no quieran vender su casa para pagar la residencia.

<sup>20</sup> Las tarifas se negocian entre los proveedores y las autoridades locales. Para los cuidados no residenciales cada entidad local puede fijar su propia política de precios (aunque el Departamento de Salud introdujo en 2003 unas líneas de referencia).

El sistema de precios para los servicios en residencias (residencias "residential care homes" y clínicas de reposo "nursing homes") se determina por el gobierno central.

Dado que las autoridades locales negocian directamente con los proveedores las tarifas que pagarán por los residentes que tienen ayuda pública y estos entes locales suelen tener un considerable poder de mercado en dicha negociación, suelen establecer tarifas bastante bajas. Por ello la oferta de dichos servicios tiende a disminuir y además los residentes que pagan esas tarifas con cargo a sus propios recursos (privados), suelen pagar tarifas más altas (con lo que están financiando de forma indirecta a los residentes con financiación pública).

<sup>21</sup> Entre otras medidas, establece un nuevo nivel de servicios de Cuidado Intermedio (en casa o en el lugar que se designe) para proveer servicios sanitarios y sociales (NHS y autoridades locales) y evitar así hospitalizaciones innecesarias o estancias en residencias de larga duración. También se está introduciendo en 2004 un "proceso de valoración único" multidisciplinar para las personas mayores en los servicios sanitarios y sociales.

Otra política reciente en esta dirección (2003) ha consistido en convertir 4 Asociaciones de Cuidados Primarios (de las más de 300 que existen) en Asociaciones de Cuidados (Care Trust) encargadas simultáneamente de los cuidados sociales y sanitarios, las Entidades Locales delegan responsabilidades en estos cuerpos independientes.

<sup>22</sup> No se dispone de información agregada, desglosada y disponible de ingresos y gastos del long-term care, dado que se ofrece de forma conjunta la financiación de sanidad y servicios sociales de larga duración. De hecho, la Royal Commission solicitó que se ofreciera información desagregada y el Gobierno señaló que cualquier división entre gastos sanitarios y de cuidados de larga duración (sociales) sería arbitraria. De hecho, la tendencia es ofrecerlos de forma conjunta y con presupuestos unificados.

Como aproximación, se ofrecen los gastos en servicios sociales personales realizados por las entidades locales para el colectivo personas de 65 y más años (Inglaterra).



- <sup>23</sup> Datos referidos a Inglaterra, para las personas de 65 y más años que reciben servicios sociales de las entidades locales.
- <sup>24</sup> Buena prueba de ello es la respuesta del Gobierno al Informe del Health Selected Committee en julio de 2005, donde señalaba que no es partidario de un sistema de cuidados de larga duración (universal y sin prueba de recursos), puesto que supondría un gasto anual de 1,5 billones de libras (2,2 billones de euros) al año (sin incluir alojamiento y comida), que ascenderían a 3 billones de libras en 2010 a precios actuales). Un coste que sería financieramente insostenible. Así se reafirma en su posición ante el informe de la Royal Commission (2000) y señala que considera que ese no es el mejor uso para sumas tan significativas, sino que prefiere utilizarlo para mejorar la oferta y la calidad en la prestación de servicios.
- También refleja esta preocupación el estudio sobre los requerimientos futuros del cuidado social que se ha encargado a Sir Derek Wanles, bajo la denominación "King Fund study on the funding of social care for older people in England", y que está previsto publicar en la primavera de 2006.
- <sup>25</sup> El National Service Framework For Older People, aprobado en 2001, constituyó un paso fundamental para establecer estándares nacionales para una mejor, más justa e integrada salud y servicios sociales a los mayores.
- <sup>26</sup> Establecer un criterio nacional y único en la elegibilidad para la atención por el NHS de los cuidados de enfermería (ver nota 4).
- <sup>27</sup> El Departamento de Salud establece los Estándares Mínimos Nacionales (National Minimum Standard) que deben cumplir todos los proveedores de servicios: servicios de domicilio, residencias, etc.
- <sup>28</sup> La Comisión para la Inspección de los Cuidados Sociales (Commission for Social Care Inspection, CSCI), operativa en abril de 2004 y creada mediante la Health and Social Care Act 2003, regula e integra el sistema de inspección de los cuidados sociales con el objetivo controlar y mejorar la calidad y el cumplimiento de las autoridades de servicios sociales. Esta comisión sustituye e integra, entre otros organismos, a la Comisión Nacional de Estándares de Cuidado (National Care Standard Commission (creada en 2002), que regulaba y controlaba la calidad de los LTC en Inglaterra.

## ESTADOS UNIDOS: Las diversas formas de protección de la dependencia

TABLA 4 LOS ASPECTOS BÁSICOS DEL MODELO EN ESTADOS UNIDOS <sup>1</sup>

<b>AÑO INTRODUCCIÓN</b>	1935-1990 <sup>2</sup> (seguro público) <sup>3</sup> y 1975 (seguro privado).
<b>OBJETIVO</b>	Ayuda a personas dependientes con bajos recursos.
<b>ÁMBITO-DE APLICACIÓN</b>	Personas que requieren cuidados de larga duración (Long Term Care), con residencia en EE.UU.
<b>COBERTURA</b>	<b>Asistencial</b> , personas con bajos recursos <sup>4</sup> .
<b>PROCEDIMIENTO PARA DECLARAR DEPENDENCIA</b>	Valoración por <b>un equipo sanitario</b> que determina el nivel de dependencia y el sistema de servicios a prestar.
<b>NIVELES DE DEPENDENCIA</b>	Los distintos niveles de dependencia se fijan en virtud de los <b>índices utilizados para distinguir los grados de minusvalía</b> <sup>5</sup> .
<b>PRESTACIONES</b>	<p><b>Periodo de carencia:</b> No existe, al tratarse de un sistema asistencial.</p> <p><i>a) Para el dependiente<sup>6</sup>:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Monetarias</b> SSI<sup>7</sup> (Supplemental Security Income). Pensión que sólo se concede en casos de necesidad<sup>8</sup>. Esta pensión incluye tanto a los discapacitados menores de 18 años como a las personas mayores de 65 años, independientemente de su estado de salud<sup>9</sup>. En 2005 el importe máximo asciende a 579 \$/mes (714 \$/mes), para un individuo, y a 869 \$/mes (1.071 €/mes), para una pareja.</li> <li>• <b>En especie (A domicilio e institucional)</b><sup>10</sup> - <i>Medicaid</i><sup>11</sup>. Constituye el mayor recurso público para el pago de los LTC, tanto en el caso de los servicios ofrecidos a domicilio como los residenciales<sup>12</sup>. Se trata de un programa que protege a las personas con una riqueza mínima y que, por tanto, aplica la prueba de recursos ("means-tested"). Los beneficios se restringen a los que no superan un nivel de renta y activos, establecidos por los Estados bajo unas líneas guía del gobierno Federal. Estos dos criterios de legibilidad financiera (renta y activos) se establecen de forma separada y deben reunirse ambos para ser beneficiario. En el caso de los criterios de renta, existe variabilidad entre los Estados, aunque la mayoría optan por determinar elegible al solicitante si lo es en el SSI<sup>13</sup>. En el caso de los activos, también suele optarse por el mismo criterio que el SSI<sup>14</sup>. Los gastos de Medicaid se financian a partes iguales por el Gobierno Federal y los gobiernos de cada Estado. Cada Estado administra el programa dentro de su territorio y fija los criterios de participación con flexibilidad, dentro de unos mínimos establecidos por el Gobierno Federal que tiene la responsabilidad de vigilar esos programas. Desde finales de los 80, la mayoría de los Estados han ampliado la cobertura mediante programas que facilitan el cuidado de discapacitados en sus comunidades en lugar de en instituciones, utilizando como criterio de acceso a estos servicios padecer algunas de las ADLs, sobre todo las de ir al baño, movilidad y capacidad para comer.</li> </ul>

**TABLA 4 LOS ASPECTOS BÁSICOS DEL MODELO EN ESTADOS UNIDOS <sup>1</sup>**
**PRESTACIONES**

- *Medicare*<sup>15</sup>. Se trata de un sistema que cubre estancias cortas, agudas y episódicas más que LTC. En concreto, sólo financia, una parte de los servicios de enfermería residenciales y a domicilio de los LTC. Para que se produzca el reembolso de dichos gastos, el servicio debe ser prestado por un profesional con licencia para ejercer (enfermería o rehabilitación), y estar precedido, en algunos casos, de una hospitalización reciente.

Este sistema público se compone de dos seguros complementarios (parte A<sup>16</sup> y parte B<sup>17</sup>). Dado que en ambos tramos (A y B) existen unos costes significativos asociados con co-pagos, hay una serie de opciones dentro de Medicare (Medicare + Choice Plan) que permiten, mediante un pago mensual más elevado, reducciones significativas en los co-pagos. También existen seguros privados (Medigap) que ofrecen beneficios similares.

Ninguno de ellos cubre la ayuda en casa para el desarrollo de las Actividades de la Vida Diaria (ADL) ni estancias de larga duración en residencias de tercera edad<sup>18</sup>.

- *Otros Programas Públicos:*

- Consumer-directed care programmes. Se trata de programas que se vienen aplicando en algunos Estados desde hace más de 20 años y se ha extendido a prácticamente la totalidad de ellos. Su filosofía consiste en que los consumidores informados tomen decisiones sobre los servicios que reciben. Estos programas son muy variados y, generalmente, siguen modelos que oscilan entre el pago directo o el apoyo más o menos amplio o de intermediarios<sup>19</sup>. Suelen financiarse con cargo al Medicaid o a los Social Services Block Grants<sup>20</sup>.

Dentro de este ámbito se sitúa, Cash and Counseling. Este reciente programa piloto, aplicado en tres Estados<sup>21</sup>, permite a los beneficiarios de Medicaid, noresidenciales, elegir entre recibir el importe monetario y utilizar los recursos en comprar los servicios por sí mismos o remitirse a los proveedores de Medicaid<sup>22</sup>. Además, se aconseja a los usuarios sobre cómo administrar la ayuda monetaria, contratación, gestión de nómina, impuestos,... Este sistema pretende ofrecer a los beneficiarios más oportunidades tanto en la gama de servicios como en sus fuentes de provisión, e incentivar la búsqueda de precios más bajos<sup>23</sup>. La evaluación del programa refleja un mayor nivel de satisfacción de los dependientes<sup>24</sup>, sin embargo, también se observa que se produce una tendencia a sustituir cuidado informal (no remunerado) por cuidado remunerado<sup>25</sup>, (con el consiguiente aumento de costes). Así mismo, favorece la entrada de nuevos usuarios que, al encontrar el nuevo sistema más flexible, lo solicitan, y no lo habrían hecho con el sistema tradicional.

- HCBS (Home and Community-Based Service Programs). Se trata de un programa, establecido desde 1981, en el que se da a los Estados la opción de establecer este programa para atender a las personas en sus domicilio (servicios comunitarios) en lugar de en una institución. Su evaluación refleja que se produce una importante reducción de costes (el coste de atención en Medicaid mediante HCBS es de 3.135 \$, mientras en instituciones se sitúa en 20.220 \$), si bien debe matizarse señalando que existen costes compartidos que no se computan y que el número de personas atendidas bajo este sistema es superior al que se produce sin él.

En esta línea se encuentra el PACE (Program of All-Inclusive Care for Elderly) Programa de Cuidados Totales para Mayores<sup>26</sup>. El propósito de PACE, introducido por el Gobierno Federal en 1997, es evitar que un grupo de población, sin grandes recursos financieros y candidato a

TABLA 4 LOS ASPECTOS BÁSICOS DEL MODELO EN ESTADOS UNIDOS <sup>1</sup>

<p><b>PRESTACIONES</b></p>	<p>ingresar en residencias sanitarias, lo haga, desplegando equipos multidisciplinares de cuidadores coordinados a través de un centro de atención diaria para los mayores. Estos equipos pueden prestar todos los cuidados que necesiten sus clientes, sin las limitaciones de Medicaid o Medicare, y sin justificar sus decisiones médicas frente a los administradores de ambos. El Gobierno Federal y el Estatal pagan una cantidad fija mensual por cada paciente en nombre de Medicare y Medicaid, y los proveedores se comprometen a satisfacer todas las necesidades médicas de los pacientes (incluso un eventual ingreso en residencia sanitaria). En la actualidad hay proveedores aprobados para el programa PACE en varios Estados. Para que el Gobierno Federal certifique un programa, el Estado tiene que solicitar su participación en PACE y contar con la colaboración de centros de salud capaces de ofrecer estos servicios integrales<sup>27</sup></p> <p>- <u>OAA (The Olders American Act)</u><sup>28</sup>. Se trata fondos entregados por el Gobierno Federal a los Estados para promover la salud e independencia de las personas mayores de 60 años (sobre todos los más necesitados económicamente). Estos programas son de ayuda en los quehaceres de casa, centros de cuidados asistidos, entrega de comida a domicilio y comidas en centros de mayores. Muchos Estados utilizan estos fondos del OAA con fondos propios para financiar sus Agencias de Área para Mayores (Area Agencies on Aging), encargadas de coordinar todos los programas públicos de cuidados de larga duración.</p> <p><i>b) Para el cuidador:</i></p> <p>Entre los variados servicios que ofrecen los Estados par ayudar a los cuidadores, se puede citar como ejemplo el de cuidados de descanso (respite care) que pretende facilitar el cuidado de familiares a través de ayudas temporales en casa, cuidados diarios fuera de casa, asesoramiento y formación<sup>29</sup>.</p> <p>El Gobierno Federal y los Estados han creado programas de exenciones fiscales (ver apartado siguiente) y de servicios para apoyar a los familiares que cuidan a personas en situaciones de dependencia.</p> <p>Así, la Ley Federal para Bajas Médicas y Familiares (Familiar and Medical Leave Act) requiere que las empresas con 50 o más empleados permitan a los trabajadores coger una baja para cuestiones médicas o de cuidados de familiares de hasta 12 meses, sin salario, durante cualquier periodo de 12 meses<sup>30</sup>.</p>
<p><b>TRATAMIENTO FISCAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las prestaciones que percibe el dependiente no están sujetas a impuestos y, además, los gastos en dependencia (cuidado en el hogar, residencias, equipos auxiliares, alteraciones del hogar,..) que debe pagar con su dinero el dependiente (“out of pocket”) son deducibles en el impuesto sobre la renta.</li> <li>• El Gobierno Federal ofrece exenciones fiscales de hasta 720\$/año por los gastos en servicios personales o asistenciales para el cuidado de un familiar, que se elevan hasta 1.440\$/año para el cuidado de dos o más personas. La mayor parte de los Estados que cuentan con un impuesto sobre la renta ofrecen exenciones similares, aunque sólo se pueden utilizar para el cuidado de niños (no de mayores) y tienen unos límites mucho más bajos.</li> <li>• Tratamiento fiscal favorable a la contratación de LTCl privados (Long-term Care Insurance) (ver apartado específico).</li> </ul>

**TABLA 4 LOS ASPECTOS BÁSICOS DEL MODELO EN ESTADOS UNIDOS <sup>1</sup>**

<b>FINANCIACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Impositiva</b> (federales y estatales).</li> <li>• <b>Copago:</b> La contribución del dependiente está en función de sus recursos económicos y suele ser elevada (en torno al 40%), llegando a poner en riesgo sus ahorros y activos<sup>31</sup>.</li> </ul>
<b>COMPETENCIA</b>	<b>Federal y Estatal.</b>
<b>GESTIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la dependencia: <b>Estatal.</b></li> <li>• Gestión de prestaciones: <b>Estatal.</b></li> <li>• Entidades prestadoras de servicios: <b>Empresas privadas</b> (con y sin ánimo de lucro), <b>ONGs</b> y <b>residualmente las entidades locales.</b></li> </ul>
<b>COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA</b>	Compleja.
<b>SEGURO PRIVADO</b>	<p><b>Seguro privado (Long-Term Health Care Insurance, LTHI)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las limitaciones del seguro sanitario público (Medicare y Medicaid) y las prestaciones económicas públicas, favorecieron la aparición de seguros privados para cubrir estas lagunas. Si bien, su tasa de penetración ha sido limitada (menos del 10% de la población, en 2001).</li> <li>• La protección de los LTH, aunque varía según los servicios contratados, generalmente cubre todos los gastos asociados con los cuidados de personas en situación de dependencia en sus hogares, en centros de cuidados asistidos y en residencias institucionales.</li> <li>• El mercado norteamericano se ha ido desarrollando fundamentalmente con soluciones indemnizatorias de reembolso de los gastos. Las prestaciones otorgadas permiten rembolsar los cuidados y servicios según el tipo de garantía, a domicilio o en una institución, dentro de un límite diario o mensual. Se pueden ampliar las garantías en lo que se refiere a los gastos incurridos por los familiares, el acondicionamiento de la casa o, incluso, la asistencia sanitaria en algunos establecimientos.</li> <li>• Los productos, en su mayoría de previsión, proponen un amplio abanico de opciones (duración de la indemnización, duración de la franquicia, cobertura contra la inflación,...) y suelen apoyarse en una selección médica cuidada.</li> <li>• Se trata de productos que pueden adquirirse a nivel individual en el mercado de seguros o pueden ser facilitados por un empresario privado o público. De hecho, los contratos colectivos de adhesión facultativa constituyen un importante elemento de desarrollo potencial para el seguro de dependencia en el mercado norteamericano (un ejemplo es el programa que se ha propuesto a los empleados del Gobierno Federal y sus familias, el US Postal Service, miembros de las Fuerzas Armadas y algunos Estados a sus funcionarios).</li> <li>• La complejidad y las limitaciones de algunas pólizas hacen que el producto se considere opaco por los consumidores. Así, ninguna ofrece protección contra las situaciones de dependencia que comienzan antes de que la persona tenga 55 años o incluso más (según la póliza), algunas pólizas no protegen adecuadamente contra una tasa de inflación en el sector sanitario que</li> </ul>

TABLA 4 LOS ASPECTOS BÁSICOS DEL MODELO EN ESTADOS UNIDOS <sup>1</sup>

## SEGURO PRIVADO

puede superar ampliamente la de la economía en su conjunto o no cubren todos los servicios necesarios.

- El Gobierno Federal intentó fomentar la contratación de estos seguros y ayudar a los consumidores en su elección del mismo mediante el Acta de Movilidad y Responsabilidad en Seguros de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act*). En dicho Acta, la autoridad fomenta la suscripción de pólizas de dependencia mediante un tratamiento fiscal favorable sólo en los productos que cumplen una serie de requisitos y que reciben la denominación de “cualificados” (Tax Qualified Products).

En general, una póliza LTH será cualificada si respeta las decisiones de tratamiento o no de profesionales médicos independientes<sup>32</sup> y además cubre todos los servicios requeridos por una persona que cumple con uno de los siguientes requisitos:

- a) durante un periodo de al menos 90 días<sup>33</sup> no puede realizar al menos dos actividades de la vida diaria
- b) requiere vigilancia sustancial para evitar amenazas a su seguridad o salud debido a una incapacidad mental severa

Conviene destacar que, tanto las pólizas cualificadas como las no cualificadas, pueden limitar el porcentaje de gastos cubiertos según la clase de tratamiento y/o el número de años de cuidados cubierto.

**Otros seguros privados:**

*Disability Insurance.* Cubre el riesgo de que el trabajador no pueda trabajar sea cual sea la causa de la baja. Pueden ser de corto plazo (ofrecen ingresos al asegurado que varían entre 13 semanas y 5 años) y, de largo plazo (ofrecen ingresos hasta la edad de jubilación). Aunque la ley no obliga a los empresarios a ofrecer pólizas de larga duración, se estima que la mitad de las empresas (medianas y grandes) ofrecen a sus empleados estos seguros con cobertura para al menos 5 años.

Las pólizas de este tipo de seguros varían mucho en sus beneficios (si no se puede trabajar en la profesión habitual o sólo si no se puede trabajar en nada, protegidas contra la inflación o no, pagar entre un 70% o un 80% de los ingresos habituales...).

*Credit Disability Insurance.* Garantiza el pago de deudas contraídas previamente por hipotecas en caso de discapacidad.

*Pólizas de automóvil.* Ofrecen la opción de contratar protección de ingresos en caso de discapacidad, sólo si se deriva de accidente de coche o moto.



**TABLA 4 LOS ASPECTOS BÁSICOS DEL MODELO EN ESTADOS UNIDOS <sup>1</sup>**

SALDO NETO (INGRESOS-GASTOS) <sup>34</sup>	(en miles de millones de dólares y euros)							
	1997	1998	1999	2000 <sup>35</sup>	2001	2002	2003	2004
ING..				123 (152)				135 (166)
GAST.				123 (152)				135 (166)
<b>SALD.</b>								
s/PIB								

TENDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Privatización</b>, cultura política que tiene como piedra angular la iniciativa individual y la desconfianza en la acción estatal. Soluciones que insisten en el esfuerzo tanto privado como público para cuidar a esta población.</li> <li>• <b>Preocupación por enfrentar la financiación de los costes de LTC</b> ante el envejecimiento de la población y propósito de eliminar los incentivos que afectan negativamente la contratación de seguros privados.</li> <li>• <b>Reducción del crecimiento del gasto público</b> (Medicaid y Medicare):             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer nuevos límites en los criterios de elegibilidad de Medicaid y eliminar los mecanismos que incentivan el agotamiento de rentas/activos para ser cubierto por el sistema público<sup>36</sup>.</li> <li>- Limitar los servicios de Medicare<sup>37</sup>.</li> <li>- Reducción del coste, aumento de la eficiencia y de la calidad en el sistema público<sup>38</sup>.</li> </ul> </li> <li>• <b>Políticas de coordinación entre Medicaid y Medicare</b></li> <li>• <b>Mejorar el funcionamiento del mercado privado de LTCI:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estandarización de las pólizas<sup>39</sup>.</li> <li>- Permitir un suplemento del Medicaid con seguros privados<sup>40</sup>.</li> <li>- Favorecer la contratación de seguros en grandes colectivos<sup>41</sup>.</li> </ul> </li> </ul>

*De ahí que la delimitación y descripción de las respuestas a las situaciones de dependencia en los Estados Unidos se caracteriza por su complejidad, variedad y escasa coordinación.*

<sup>4</sup> *Un aspecto controvertido de sistema se produce por el hecho de que los programas públicos, especialmente el Medicaid, no sólo cubren a personas con renta muy baja, sino que los criterios de elegibilidad también permiten que las personas con una renta media-incluso ancianos con una pensión comfortable- puedan ser cubiertos por el sistema agotando o gastando su renta y sus activos.*

<sup>5</sup> *La evaluación de la discapacidad se realiza con base en la "Listing of Impairments" de la Administración de la Seguridad Social (SSA, Social Security Administration), por los equipos de inspectores y médicos de los Servicios de Determinación de Discapacidad (Disability Determination Services) que evalúan las discapacidades que presenta el solicitante.*

*Los índices utilizados para distinguir los grados de minusvalía en EE.UU. son, tanto las Actividades de la Vida Diaria como las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.*

<sup>6</sup> *Hay que destacar que no todas las personas que consiguen estas ayudas se encuentran en situación de dependencia, por la razón señalada en la nota 3.*

<sup>7</sup> *Sistema creado en 1972 sustituyendo a varios programas para cuidar a los más necesitados que no tenían recursos. El SSI se financia con impuestos. Sus fuentes son los Fondos Generales del Tesoro de EE.UU., ingresos de impuestos personales, impuestos de corporaciones y otros impuestos. No se financia con cargo a las contribuciones de la Seguridad Social.*

<sup>8</sup> *Esta necesidad se establece tanto en virtud de unos ingresos (salariales o de otras fuentes) como de unos activos limitados. Así, para percibir la ayuda se debe cumplir con los dos límites establecidos (renta y activos). Además, a mayor nivel de ingresos menor será la cuantía del SSI. Tanto por el lado de los ingresos como de los activos, no se computan determinadas partidas. Así, en el caso de las rentas no se integran algunas ayudas recibidas, becas,...; mientras en los activos nos se computa ni el hogar, ni los enseres del mismo, el automóvil si es necesario por trabajo o incapacidad,....*

*El límite de ingresos para una pareja que los obtenga sólo a través del salario se sitúa en 1.823 \$ (2.248 €) al mes, mientras que si procede de otras fuentes baja a 889 \$ (1.096 €) al mes; esos mismos límites para un individuo se sitúan en 1.243 \$ (1.533 €) al mes y 599 \$ (739 €) al mes, respectivamente. Los activos máximos para recibir el SSI son 2.000 \$ (2.466 €) para individuos y 3.000 \$ (3.699 €) para parejas (datos referidos a 2005 y tipo de cambio 1 € = 1,233 \$)*

<sup>9</sup> *El beneficio máximo, actualizado anualmente por el IPC salarial, se establece por el Gobierno Federal, aunque hay que tener en cuenta que algunos Estados también ofrecen suplementos que varían sustancialmente entre los distintos estados y también por el tipo de discapacidad.*

<sup>10</sup> *Fundamentalmente, dentro de seguros médicos.*

<sup>11</sup> *Ofrece cobertura sanitaria y social para los más necesitados, aquellos que están en situación de pobreza objetiva, o bien la han alcanzado, por ejemplo, mediante el previo gasto de sus activos para hacer frente a los gastos de dependencia o sanitarios.*

<sup>12</sup> *Incluye, a diferencia de Medicare, los ingresos de larga duración en residencias. De hecho, paga casi la mitad de todos los gastos en residencias institucionales (sanitarias) en los EE.UU.*

<sup>13</sup> *Si se trata de una pareja y uno de ellos está institucionalizado, no se contabiliza la renta del cónyuge no institucionalizado y se le deja una renta mínima de subsistencia mínima -con un mínimo en torno a 500 \$/mes (616 €/mes) y un máximo en torno a 2.500\$/mes (3.082 € mes)-.*

<sup>14</sup> *Si se trata de una pareja y uno de los dos está institucionalizado el que continúa residiendo en la vivienda familiar puede quedarse con la mitad de los activos -con un máximo que se sitúa en torno a 95.000 \$ (117.135 €) y un mínimo de 20.000 \$ (24.660 €)-.*

<sup>15</sup> *Seguro médico del Gobierno Federal, creado en 1965, que cubre a todos los mayores de 65 años y sus cónyuges, cualquiera que sea su estado de salud. También cubre a los discapacitados y enfermos crónicos.*

<sup>16</sup> *Cubre las visitas hospitalarias, algunos cuidados relacionados con la recuperación de una enfermedad o herida y cuidados globales en la última etapa de enfermedades terminales. Es gratis para los que han cotizado al menos 10 años y los que han cotizado menos*



tiempo tienen que abonar una cuota mensual (entre 206 y 375 \$ al mes en 2005). Además, se establecen co-pagos por día de estancia en hospitales, residencias y aparatos médicos para cuidados en casa; salvo para los que consiguen Medicaid (indigentes, con ingresos cerca del umbral de pobreza) que están exentos tanto del pago de mensualidades como de los co-pagos.

<sup>17</sup> Cubre las visitas clínicas, algunos cuidados a domicilio y algunos servicios de rehabilitación no incluidos en la parte B. Todos deben abonar una paga mensual que se sitúa en 78,20 \$ en 2005. Además el asegurado debe abonar los primeros 110\$ de gasto de cada año y el 20% de los restantes gastos.

<sup>18</sup> Desde 1988, el Medicare Catastrophic Coverage Act permite proteger los activos de las parejas con recursos modestos que requieren un ingreso de larga duración en una residencia, puesto que se excluye de la cantidad mensual que hay que pagar a la residencia, los ingresos que el miembro no enfermo de la pareja necesita para mantener un nivel de vida aceptable.

Medicare no cubre los cuidados en el hogar para personas en situaciones de dependencia de larga duración, solo paga los cuidados en casa para cuidados intensivos y no crónicos.

<sup>19</sup> Siguen uno de los tres modelos siguientes: pago directo (el dependiente es el empleador y tiene completas responsabilidades, laborales, fiscales...); intermediario fiscal (una agencia seleccionada asume las tareas fiscales y de pago mientras el dependiente mantiene la selección y gestión con el empleado) y un intermediario de apoyo (una agencia pública ofrece unos servicios de apoyo amplios como selección del empleado, formación, etc.).

En la mayoría de los programas se permite contratar a familiares, pero no a la esposa. El importe varía ampliamente entre los distintos Estados y oscila.

<sup>20</sup> Se trata de fondos que el Gobierno Federal entrega a los Estados, desde 1981, para apoyar sus iniciativas vinculadas a servicios sociales para niños y sus familias, muchas de ellas vinculadas al apoyo de personas dependientes (mantenimiento de la casa, transporte, entrega a domicilio de comidas...).

<sup>21</sup> Se trata de un programa experimental de 3 años, aplicado en Arkansas, New Jersey y Florida, financiado por la Fundación Robert Wood Jonson y el Departamento de Salud y Servicios Sociales Federal.

<sup>22</sup> Los pagos mensuales se establecen distinguiendo entre nivel bajo (400 \$), medio (723 \$) y alto (1.400 \$).

<sup>23</sup> Para conseguir una mayor cantidad de cuidado con su dinero.

<sup>24</sup> Tanto en términos de calidad de cuidado, como de mayor número de necesidades cubiertas.

<sup>25</sup> Se permite emplear a los familiares con esos ingresos.

<sup>26</sup> Programa que se remonta a un experimento, financiado por el Gobierno Federal, en cuidados íntegros a mayores de 54 años dentro de un grupo de población china en San Francisco a mediados de los 80.

<sup>27</sup> Estos centros pueden ser públicos o privados (sin ánimo de lucro) y tienen que reunir una serie de requisitos (representación de la comunidad en sus órganos de gobernación, un centro propio de cuidados diarios a mayores, capacidad mostrada de gestión financiera prudente y una declaración formal de derechos de los participantes).

<sup>28</sup> Desde el año 1965.

<sup>29</sup> Los Estados han introducido modificaciones en sus regulaciones de Medicaid para financiar el "respite care". En Pensilvania, por ejemplo, los servicios se pagan con base en una escala flexible según la capacidad financiera para aquellos cuyos ingresos superan los límites establecidos en el Medicaid.

<sup>30</sup> Algunos Estados han reducido el tamaño empresarial requerido y han ampliado tanto el periodo de baja permitido como el concepto de "familiar".

<sup>31</sup> Como ejemplo ilustrativo, se puede señalar que, en el año 2000, sólo el 7% de los ancianos tenían un exceso de renta anual de 50.000 \$ (61.650 €), mientras el coste de una residencia era de 70.000 \$ al año (86.310 €), como media.

<sup>32</sup> Las pólizas no cualificadas suelen dejar a la discrecionalidad de la propia aseguradora la decisión de aprobar o no un tratamiento.

<sup>33</sup> Las pólizas no cualificadas a veces eliminan el periodo de 90 días.

<sup>34</sup> Datos limitados a la información que ofrece en sus informes CBO (Congressional Budget Office), se refieren a los gastos derivados de la población mayor.

<sup>35</sup> Los gastos/financiación de los ejercicios 2000 y 2004 se distribuyeron del siguiente modo:

	2000 En miles mills. \$	% s/total	2004 En miles mills. \$	% s/total
Ahorros privados ("out of pocket")(1)	42,8	34,8%	44,0	32,6%
Medicaid	43,3	35,2%	47,3	35,1%
Medicare	29,4	23,9%	33,6	24,9%
Seguros privados(1)	5,0	4,1%	5,6	4,1%
Otros	2,5	2,0%	4,4	3,3%
<b>TOTAL</b>	<b>123,0</b>	<b>100%</b>	<b>134,9</b>	<b>100%</b>

(1) Los gastos de los seguros privados están infravalorados porque éstos solo suelen recoger los pagos directos a los proveedores que realizan las compañías, y no los reembolsos a los asegurados. En la misma cuantía estarían sobrevalorados los pagos con ahorros privados ("out of pocket", no financiados con ningún sistema protector).

La suma de ambos conceptos implica que los recursos privados financian un 39% y un 37% del gasto total, con una ligera tendencia a descender; mientras la financiación pública (Medicare y Medicaid) registra un ligero ascenso del 59% al 60%.

Si tuviéramos en cuenta el valor estimado del los cuidados informales (no remunerados), el gasto total ascendería de forma amplia.

	2000	2004
Valor Cuidado informal (estimado)	45-94	76,5
<b>TOTAL+ Cuidado informal</b>	<b>168-217</b>	<b>211,4</b>

Teniendo en cuenta este nuevo parámetro, lo que podemos calificar como recursos personales o privados (ahorros privados, seguros privados y cuidado informal) estaría financiando el 60% del total del gasto en 2004.

<sup>36</sup> Entre las medidas se plantea, evitar la conversión de activos del dependiente en activos no contabilizados a efectos de elegibilidad (por ejemplo, realizar mejoras en la vivienda o adquirir una más cara), evitar la transferencia ilegal de activos (aunque actualmente son ilegales y se penalizan las transferencias de activos de los dependientes a una tercera persona dentro de los 36 meses anteriores a la solicitud, se siguen realizando porque el dependiente, a pesar de la penalización, obtiene ventajas con estas operaciones) y evitar la transferencia de activos del cónyuge institucionalizado al que reside en el hogar, para que éste posteriormente se acoja a su derecho a rechazar su apoyo al dependiente (que pasa a ser atendido por Medicaid).

También se plantea eliminar la posibilidad, que existe en algunos Estados, de que las personas con rentas moderadas agoten sus recursos y activos mediante la opción de la "necesidad médica", pasando de este modo a ser elegibles en Medicaid.

<sup>37</sup> En la medida en que la cobertura de Medicare a domicilio es más generosa y no requiere hospitalización previa, se plantea reducirla.

<sup>38</sup> La reducción en los costes en Medicare se está planteando mediante la adopción de un nuevo sistema de reembolso, el pago prospectivo ("prospective payments system") frente al anterior pago basado en coste ("cost-based reimbursement"). El nuevo sistema

*reembolsa el coste medio de todos los proveedores y no el coste de uno específico, además se realiza un pago único atendiendo a una unidad específica de servicio (por ejemplo, 60 días en las visitas a domicilio). Este tipo de medidas favorece la eficiencia de los proveedores, aunque no parece suficiente para contener el coste.*

<sup>39</sup> *El propósito es hacerlas más atractivas para los consumidores, su estandarización favorece una comparación sencilla de las distintas ofertas y con ello la competencia y la potencial disminución de primas.*

<sup>40</sup> *Permitir que los ciudadanos complementen la cobertura de Medicaid con una póliza privada. Actualmente los criterios de elección de Medicaid no suelen permitirlo, puesto que para ser elegible el individuo debe agotar todos sus recursos, incluidos los derivados de un seguro privado que cubra ese riesgo.*

*Esta medida permitiría obtener ventajas de la financiación pública y la privada. Un programa piloto que opera en 4 Estados se orienta en esta línea de acción ("The Long-Term Care Partnership Program").*

<sup>41</sup> *El Gobierno Federal ha establecido un programa el Federal Long Term Care Insurance Program para ofrecer este tipo de seguro a sus empleados y sus familias (incluyendo empleados Federales y Postales). Este seguro contratado, con una entidad privada, permite a casi 20 millones de personas optar por su contratación de una forma sencilla.*

## LUXEMBURGO: Un seguro de dependencia dentro de la Seguridad Social

TABLA 5 RASGOS BÁSICOS DEL MODELO CONTINENTAL DE LUXEMBURGO

<b>AÑO INTRODUCCIÓN</b>	1999 <sup>1</sup> .																																			
<b>OBJETIVO</b>	Compensar de las cargas financieras que se derivan de la ayuda de una tercera persona para realizar actividades esenciales de la vida diaria.																																			
<b>ÁMBITO-DE APLICACIÓN</b>	<b>Seguro obligatorio:</b> Todas las personas que están aseguradas, de forma obligatoria o voluntaria, mediante un seguro de enfermedad, han de asegurarse frente al riesgo de dependencia <sup>2</sup> . Como en el caso alemán, "el seguro de dependencia sigue al de enfermedad".																																			
<b>COBERTURA</b>	<b>Universal</b> <sup>3</sup> , en función del nivel de dependencia, sin tener en cuenta ni recursos económicos ni edad.																																			
<b>PROCEDIMIENTO PARA DECLARAR DEPENDENCIA</b>	Valoración de la dependencia por un equipo multidisciplinar <sup>4</sup> : Las decisiones relativas a la atribución de las prestaciones se adoptan por las <b>Cajas de Enfermedad</b> (como organismo gestor), a partir de la propuesta motivada de la Comisión de Evaluación y Orientación (CEO) <sup>5</sup> , mediante la emisión de un informe, para cada caso concreto, que recoge tanto el nivel de dependencia como el tipo de asistencia y cuidados que requiere la persona dependiente <sup>6</sup> .																																			
<b>NIVELES DE DEPENDENCIA</b>	<u>Umbral mínimo:</u> 3,5 horas de atención semanales, durante al menos 6 meses o ser irreversible Evaluación individualizada de las necesidades, para garantizar prestaciones conforme a las necesidades constatadas de cada individuo, basado en el número de horas de cuidado requeridas, sin el establecimiento de un sistema discreto de niveles <sup>7</sup> .																																			
<b>PRESTACIONES</b>	<p><u>Periodo de carencia:</u> No existe.</p> <p>a) <i>Para el dependiente</i><sup>8</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Asistencia domiciliaria</b> (En especie/monetaria/mixta)<sup>9</sup>.</li> </ul> <p>Valor máximo tasado (horas/semana), anualmente se fija un valor en €/hora<sup>10</sup>.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">AEV<sup>11</sup></th> <th rowspan="2">TD<sup>12</sup></th> <th colspan="2">AA/V<sup>13</sup></th> </tr> <tr> <th>A domicilio</th> <th>Centros día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>En especie</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Horas/semana</td> <td>24,5</td> <td>2,5 ó 4<sup>14</sup></td> <td>12</td> <td>12 ó 48</td> </tr> <tr> <td>€/hora (2005)</td> <td>49,98</td> <td>19,99</td> <td>49,98</td> <td>49,98</td> </tr> <tr> <td><b>Monetaria</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>€/hora (2005)</td> <td>24,99</td> <td>9,99</td> <td>24,99</td> <td>24,99</td> </tr> </tbody> </table>					AEV <sup>11</sup>	TD <sup>12</sup>	AA/V <sup>13</sup>		A domicilio	Centros día	<b>En especie</b>					Horas/semana	24,5	2,5 ó 4 <sup>14</sup>	12	12 ó 48	€/hora (2005)	49,98	19,99	49,98	49,98	<b>Monetaria</b>					€/hora (2005)	24,99	9,99	24,99	24,99
	AEV <sup>11</sup>	TD <sup>12</sup>	AA/V <sup>13</sup>																																	
			A domicilio	Centros día																																
<b>En especie</b>																																				
Horas/semana	24,5	2,5 ó 4 <sup>14</sup>	12	12 ó 48																																
€/hora (2005)	49,98	19,99	49,98	49,98																																
<b>Monetaria</b>																																				
€/hora (2005)	24,99	9,99	24,99	24,99																																

**TABLA 5 RASGOS BÁSICOS DEL MODELO CONTINENTAL DE LUXEMBURGO**

<b>PRESTACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>En residencias</b> (En especie)<sup>15</sup> Valor máximo tasado (horas/semana), anualmente se fija un valor en €/hora<sup>16</sup></li> </ul> <table border="1" data-bbox="437 502 1410 626"> <thead> <tr> <th></th> <th>AEV</th> <th>TD</th> <th>AA/V</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Horas/semana</td> <td>24,5 ó 31,5<sup>17</sup></td> <td>2,5 ó 4<sup>18</sup></td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>€/hora (2005)</td> <td>37,80</td> <td>15,12</td> <td>37,80</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Otras ayudas:</b> Ayuda para pagar la asistencia durante las vacaciones del cuidador (para ello se duplica la prestación percibida), productos necesarios para ayudas y apoyo (en 2005, hasta 47,34 €/mes), aparatos auxiliares y ayudas para modificación del hogar.</li> </ul> <p>b) Para el cuidador informal<sup>19</sup>: Seguro de pensiones<sup>20</sup> y 3 semanas de vacaciones.</p>		AEV	TD	AA/V	Horas/semana	24,5 ó 31,5 <sup>17</sup>	2,5 ó 4 <sup>18</sup>	12	€/hora (2005)	37,80	15,12	37,80																							
	AEV	TD	AA/V																																	
Horas/semana	24,5 ó 31,5 <sup>17</sup>	2,5 ó 4 <sup>18</sup>	12																																	
€/hora (2005)	37,80	15,12	37,80																																	
<b>TRATAMIENTO FISCAL</b>	Las prestaciones que percibe el dependiente no están sujetas a impuestos.																																			
<b>FINANCIACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Impositiva y contributiva</b><sup>21</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Contribución seguro de dependencia:</b>1%<sup>22</sup> sobre los ingresos de la población (incluye rentas del trabajo, del capital y del patrimonio de los hogares).</li> <li>- <b>Impositiva:</b> El 45% de los gastos totales del seguro de dependencia se financian con cargo al presupuesto del Estado<sup>23</sup>.</li> <li>- <b>Contribución especial (tasa) sobre la electricidad</b><sup>24</sup>.</li> </ul> </li> <li>• <b>Copago:</b> No existe.</li> </ul>																																			
<b>COMPETENCIA</b>	<b>Estatal</b>																																			
<b>GESTIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la dependencia: <b>Equipo multidisciplinar.</b></li> <li>• Gestión de prestaciones: <b>Cajas de Seguro de Enfermedad</b><sup>25</sup>.</li> <li>• Entidades prestadoras de servicios<sup>26</sup>. <b>Empresas privadas</b> (con y sin ánimo de lucro), ONG's.</li> </ul>																																			
<b>COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA</b>	<b>Elevada</b> coordinación socio-sanitaria.																																			
<b>SALDO NETO (INGRESOS-GASTOS)</b> <sup>27</sup>	(En miles de millones de euros) <table border="1" data-bbox="437 1445 1410 1638"> <thead> <tr> <th></th> <th>1999</th> <th>2000</th> <th>2001</th> <th>2002</th> <th>2003</th> <th>2004</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ING.</td> <td>0,163</td> <td>0,258</td> <td>0,320</td> <td>0,325</td> <td>0,308</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GAST.</td> <td>0,154</td> <td>0,231</td> <td>0,303</td> <td>0,306</td> <td>0,292</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>SALD.</b></td> <td><b>0,009</b></td> <td><b>0,027</b></td> <td><b>0,017</b></td> <td><b>0,029</b><sup>28</sup></td> <td><b>0,016</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SALDO/GASTO</td> <td>5,8%</td> <td>11,68%</td> <td>5,61%</td> <td>9,48%</td> <td>5,48%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		1999	2000	2001	2002	2003	2004	ING.	0,163	0,258	0,320	0,325	0,308		GAST.	0,154	0,231	0,303	0,306	0,292		<b>SALD.</b>	<b>0,009</b>	<b>0,027</b>	<b>0,017</b>	<b>0,029</b> <sup>28</sup>	<b>0,016</b>		SALDO/GASTO	5,8%	11,68%	5,61%	9,48%	5,48%	
	1999	2000	2001	2002	2003	2004																														
ING.	0,163	0,258	0,320	0,325	0,308																															
GAST.	0,154	0,231	0,303	0,306	0,292																															
<b>SALD.</b>	<b>0,009</b>	<b>0,027</b>	<b>0,017</b>	<b>0,029</b> <sup>28</sup>	<b>0,016</b>																															
SALDO/GASTO	5,8%	11,68%	5,61%	9,48%	5,48%																															

TABLA 5 RASGOS BÁSICOS DEL MODELO CONTINENTAL DE LUXEMBURGO

PERSONAS ATENDIDAS	(en miles y % población total)					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
PÚB.	n.d.	2,678	4,444	6,217	6,703	7,134
PRIV.						
<b>TOT</b>	<b>n.d.</b>	<b>2,678</b>	<b>4,444</b>	<b>6,217</b>	<b>6,703</b>	<b>7,134</b>
s/POB	n.d.	0,62%	1,01%	1,40%	1,50%	1,58%

TENDENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prioridad a la estancia en domicilio y a la prestación de servicios</b>, para evitar el fomento de cuidadoras informales y que por esta tarea la mujer no se incorpore al mercado laboral.</li> <li>• <b>El seguro voluntario de dependencia privado</b> no juega un papel importante<sup>29</sup>.</li> </ul>

<sup>1</sup> Ley de 19 de junio de 1998, fuertemente inspirada en el modelo alemán. Se configura como un nuevo riesgo dentro de la Seguridad Social (como el de enfermedad, accidente de trabajo, invalidez y vejez).

Su entrada en vigor se produce de forma completa el 1 de enero de 1999 (tanto a nivel de contribuciones como de prestaciones).

<sup>2</sup> El seguro cubre tanto al asegurado como a los miembros de su familia.

<sup>3</sup> La población protegida es prácticamente el 100%, la misma que en el seguro de enfermedad.

<sup>4</sup> Médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeros y asistentes sociales.

<sup>5</sup> Conocida por CEO ("Cellule d'Evaluation et Orientation), sus siglas en francés, es una institución independiente del seguro de dependencia, creada por la ley y compuesta de un equipo multidisciplinar.

<sup>6</sup> Esta evaluación del nivel de dependencia se realiza en el domicilio del solicitante y se lleva a cabo mediante el sistema canadiense de clasificación por tipos de cuidados y servicio, denominado «CTMSP '85 et '87». A partir de dicha evaluación la Comisión establece un crédito de horas semanales y comunica su "propuesta de plan de asistencia" a la persona dependiente. El dependiente, puede expresar, dentro de ese plan de asistencia, sus preferencias por el tipo de cuidado que eligen (servicios, ayuda monetaria...).

<sup>7</sup> En principio, en Luxemburgo se quería introducir un sistema como el alemán, con tres grados de dependencia (grado 1, necesidad de carácter leve –entre 3,5 y 7 horas a la semana-, grado 2, necesidad intensa –entre 7 y 14 horas a la semana-, y el grado 3, necesidad extrema- más de 14 horas a la semana-), pero las críticas de prestadores de servicios y sindicatos de trabajadores hicieron al Gobierno abandonar ese mecanismo.

<sup>8</sup> En los principios rectores del seguro de dependencia luxemburgués prevalece el mantenimiento del dependiente en su domicilio, sobre la posibilidad de su internamiento en un establecimiento residencial, y la prioridad de las prestaciones en especie, sobre las prestaciones monetarias.

<sup>9</sup> La ayuda monetaria supone la mitad de la prestación en especie y debe utilizarse para cubrir los servicios de asistencia previstos en el plan (sólo los de Actividades Esenciales de la Vida Diaria y Tareas Domésticas, puesto que los de Apoyo y Vigilancia, deben prestarse siempre por profesionales). Si la dependencia implica menos de 7 horas semanales se puede optar por una prestación monetaria total, si implica entre 7 y 14 horas, sólo la mitad de la prestación puede ser monetaria y si supera las 14 horas semanales no se puede optar por ella. Los importes monetarios no están sometidos a cargas sociales ni fiscales.

Dicha ayuda se puede utilizar para remunerar el cuidado informal.

<sup>10</sup> El valor acordado para atención a domicilio por cada hora de prestación se actualiza cada año.

- <sup>11</sup> *Actividades Esenciales de la Vida Diaria (higiene corporal, nutrición y desplazamiento).*
- <sup>12</sup> *Tareas Domésticas. Conviene destacar que el seguro luxemburgués sólo interviene cuando la persona necesita ayuda para actividades esenciales de la vida diaria, pudiendo necesitar en estos casos, además, ayuda para tareas domésticas. No se consideran, por lo tanto, personas dependientes, las que sólo necesiten ayuda para realizar las tareas domésticas.*
- <sup>13</sup> *Ayudas de Apoyo/Vigilancia (específicas para dependencia de orden psíquico). También se contemplan, a domicilio, ayudas de consejo prestadas por especialistas (enfermeras, psicólogos...) de forma temporal y por un periodo determinado.*
- <sup>14</sup> *Se contempla una ayuda adicional de 1,5 horas para tareas domésticas en casos excepcionales (incontinencia, transpiración abundante que requiere continua desinfección...), que gozarán en total de 4 horas como máximo.*
- <sup>15</sup> *Son prácticamente las mismas que en la ayuda a domicilio, con ligeros matices.*
- <sup>16</sup> *El valor acordado para la atención en centros residenciales por cada hora de prestación se actualiza cada año.*
- <sup>17</sup> *En casos de excepcional gravedad.*
- <sup>18</sup> *Se contempla una ayuda adicional de 1,5 horas como en la atención domiciliaria.*
- <sup>19</sup> *Se considera cuidador informal aquella persona que cuida a una persona dependiente.*
- <sup>20</sup> *Durante el periodo que presten asistencia a la persona dependiente, se asimila el cuidado al dependiente a una actividad profesional y las cotizaciones sociales corren a cargo del seguro de dependencia.*
- <sup>21</sup> *Para hacer frente a las oscilaciones del sistema, se ha creado un fondo de reserva que no puede ser inferior al 10%, ni superior al 20% de los gastos corrientes anuales.*
- <sup>22</sup> *Porcentaje fijado por ley, que puede actualizarse cada año cuando se discute la Ley de Presupuestos del Estado, aunque desde la creación, en 1999, no se ha modificado.*
- <sup>23</sup> *Además, el Estado se ha comprometido a asumir los gastos de inversión en instituciones residenciales, si se produjera escasez de plazas.*
- <sup>24</sup> *Se aplica a la financiación del seguro de dependencia la tasa que se imputa a todos los clientes finales, incluida la autoproducción, que alcancen un consumo anual superior a 1 millón de kWh, a cargo del sector de la energía eléctrica*  
*Esta tasa (taxe) se estableció, mediante la Ley de 24 julio de 2000 de organización del mercado de la electricidad, sobre el consumo de energía eléctrica por parte de los clientes finales, incluida la autoproducción. Dicha tasa (taxe) varía según el tipo de consumidor final (en función del nivel de consumo existen 3 categorías: consumo anual inferior a 1 millón de kWh, entre 1 millón y cien millones de kWh y más de 100 millones de kWh). Se expresa en céntimos de euros por kWh consumido y la ley de presupuestos de cada año determina su cuantía. En 2005 asciende a 0,236 céntimos por kWh para el primer grupo, 0,166 céntimos para el segundo y 0,025 para el tercero. Por lo tanto, solo la tasa del primer grupo (pequeños consumidores) no se afecta al seguro de dependencia.*  
*Dicha ley modificó la contribución establecida anteriormente en el seguro de dependencia y que se fijaba como una contribución especial consistente en un canon sobre el sector de la energía eléctrica, en el que el aumento del 3,5% se afectaba en dos tercios a financiar el seguro de dependencia.*
- <sup>25</sup> *Gestionadas por los interlocutores sociales (patronal y sindicatos), aunque a diferencia del seguro de enfermedad, los interlocutores sociales no tienen el control financiero del riesgo de dependencia, y la cuantía de las prestaciones y cotizaciones se fija por ley.*
- <sup>26</sup> *Para garantizar la asistencia coordinada y de calidad a las personas dependientes, se establecen acuerdos entre los gestores del seguro de dependencia y los prestadores de servicios. Dichos conciertos "de asistencia y ayuda" fijan las reglas de funcionamiento.*
- <sup>27</sup> *Ambos de carácter corriente y añadiendo a los gastos corrientes la dotación anual para el fondo de reserva.*
- <sup>28</sup> *En ese ejercicio se practicó una reducción al fondo de reserva de 10,0 millones de euros, por lo que el saldo entre ingresos y gastos se vio aumentado en esa cuantía.*
- <sup>29</sup> *Los que contratan este tipo de seguro opcional sólo tienen acceso a los beneficios después de un año de carencia.*

## JAPÓN: El nuevo seguro social de dependencia

TABLA 6. EL MODELO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN JAPONÉS

<b>AÑO INTRODUCCIÓN</b>	2000 <sup>1</sup> .
<b>OBJETIVO</b>	Establecer un sistema basado en el principio de solidaridad colectiva entre los ciudadanos para proveer de los servicios necesarios a las personas maduras dependientes y permitirles llevar una vida con un cierto grado de independencia <sup>2</sup> .
<b>ÁMBITO-DE APLICACIÓN</b>	<b>Seguro obligatorio<sup>3</sup></b> : Los gobiernos municipales <sup>4</sup> aseguran a todos los residentes en el municipio con 40 años o más <sup>5</sup> .
<b>COBERTURA</b>	<b>Universal para las personas de 40 años o más<sup>6</sup></b> , en función del nivel de dependencia, sin tener en cuenta recursos económicos. De hecho, los beneficiarios se dividen en dos categorías <sup>7</sup> : I. Los de 65 años o más <sup>8</sup> . II. Los comprendidos entre 40 y 64 años <sup>9</sup> . Para poder recibir las prestaciones del LTCI hay que tener la Certificación Oficial de la necesidad de cuidados.
<b>PROCEDIMIENTO PARA DECLARAR DEPENDENCIA</b>	Certificación del nivel de dependencia por un equipo multidisciplinar: Un <b>Comité Independiente<sup>10</sup></b> de expertos establece el nivel de necesidad de cuidados de larga duración y lo certifica. Este certificado sólo es válido para el periodo especificado, normalmente 6 meses, y debe renovarse periódicamente <sup>11</sup> . Una vez emitido ese certificado (que indica el nivel de dependencia), los municipios establecen el plan de cuidados para el dependiente <sup>12</sup> .
<b>NIVELES DE DEPENDENCIA</b>	<u>Umbral mínimo</u> : 25 minutos de atención diaria. Los dependientes se clasifican en <b>6 categorías diferentes</b> , en función de la severidad con la que necesitan cuidados: • "Necesidad de apoyo - Umbral límite de asistencia" (mínimo, 25 minutos diarios de ayuda) <sup>13</sup> . • Necesidad de cuidados de larga duración, con niveles comprendidos entre 1 y 5 <sup>14</sup> (máximo, más de 110 minutos de ayuda diaria). La provisión máxima de servicios se determina atendiendo cada una de esas categorías.
<b>PRESTACIONES</b>	<u>Periodo de carencia</u> : No existe. <i>a) Para el dependiente<sup>15</sup></i> • <b>A domicilio<sup>16</sup></b> (en especie). • <b>Institucional<sup>17</sup></b> (en especie).



**TABLA 6. EL MODELO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN JAPONÉS**

PRESTACIONES	Valor máximo de las prestaciones, en función del nivel de dependencia (en yenes y euros) <sup>18</sup>		
		Asistencia domiciliaria (ppto. al mes <sup>19</sup> )	Cuidado Institucional (coste por día)
	<b>Umbral límite/Necesidad de apoyo</b>	61.500 (461)	No incluido
	Nivel 1	165.800 (1.206)	8.800 (64)
	Nivel 2	194.800 (1.417)	9.300 (68)
	Nivel 3	267.500 (1.946)	9.800 (71)
	Nivel 4	306.000 (2.226)	10.300 (75)
	Nivel 5	358.300 (2.606)	10.800 (79)
	<p>• <b>Otras ayudas:</b> Dentro del presupuesto mensual de asistencia domiciliaria se incluyen tanto las ayudas de respiro (de 7 a 42 días cada 6 meses), como compra/alquiler de equipos y remodelación de la vivienda.</p> <p><i>b) Para el cuidador:</i> En principio no se establecieron ayudas para el cuidador informal, puesto que las tesis que se impusieron en el diseño del sistema estaban en contra del pago a la familia o cualquier otro cuidador informal (principalmente feministas)<sup>20</sup>.</p> <p>Recientemente, se ha introducido una Ayuda a Familias que cuidan de sus mayores (“Allowance for Families Caring for Elderly”) que cumplan tres condiciones: familias con baja renta, con importantes necesidades de cuidado (niveles 4 y 5) y que no reciben apoyo del seguro público. Las autoridades locales que lo deseen pueden establecer este tipo de ayuda que se financia por los municipios con ayuda del Gobierno Central. La ayuda asciende a 8.333 yenes/mensuales (62,43 €/mensuales).</p> <p>Esta prestación tiene escasa importancia dentro del sistema.</p>		
TRATAMIENTO FISCAL	Las prestaciones que percibe el dependiente no están sujetas a impuestos.		
FINANCIACIÓN	<p>• <b>Contribuciones e impuestos:</b></p> <p>- Primas<sup>21</sup> : El pago de primas del asegurado se establece distinguiendo entre los dos tipos de beneficiarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficiarios I (≥ 65 años)<sup>22</sup> : la prima se deduce directamente, por parte del municipio, del pago de su pensión (el 80% son pensionistas). Si no son pensionistas (20%) lo recauda directamente el municipio. Este colectivo financia el 17% (del 50% que se financia por primas), un porcentaje que se basa en el ratio de población de este grupo de edad dentro de la población total.</li> <li>• Beneficiarios II (≥ 40 años y ≤ 64 años, la mayoría trabajadores)<sup>23</sup> : la prima se paga añadiéndola a la prima que pagan en su seguro de enfermedad. Las compañías aseguradoras (tanto públicas, Seguro Nacional de Salud, como privadas) actúan como intermediarios, puesto que la recaudación realizada a nivel nacional<sup>24</sup> se redistribuye a los municipios. Este grupo de beneficiarios aporta el 33% (del 50% que se financia por primas) un porcentaje que se basa en el ratio de población de este grupo de edad dentro de la población total.</li> </ul>		

TABLA 6. EL MODELO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN JAPONÉS

<b>FINANCIACIÓN</b>	<p>- Impuestos<sup>25</sup> : Estatales<sup>26</sup> , de la prefectura/distrito y municipales<sup>27</sup>.</p> <p>• <b>Copago</b>: 10% del coste total del plan de cuidados<sup>28</sup>, aunque algunos municipios lo reducen atendiendo a la baja renta de los usuarios. Estas reducciones consisten en establecer límites en el copago (como 15.000 yenes al mes para los pensionistas frente a los 37.200 yenes al mes para los que no son calificados como de renta baja).</p> <p>También se contempla la creación de un <b>Fondo Financiero de Estabilización</b> (financiado a partes iguales por el gobierno, las prefecturas y las primas obtenidas de la categoría de beneficiarios I) para cubrir los déficits que puedan derivarse de un aumento de los gastos (por gasto en prestaciones superiores a los previstos) y/o una disminución en el ingreso por primas. Este fondo cubre los posibles déficits mediante subsidios o préstamos.</p>					
<b>COMPETENCIA</b>	<p>• <b>Estatal y regional</b> en la regulación.</p> <p>• <b>Municipal</b> en la gestión/provisión.</p> <p>Adicionalmente, los municipios, como aseguradores, son responsables de desarrollar una infraestructura suficiente de asistencia a personas dependientes.</p>					
<b>GESTIÓN</b>	<p>• Evaluación de la dependencia: <b>Equipo multidisciplinar</b>.</p> <p>• Gestión de prestaciones: <b>Municipios</b>.</p> <p>• Entidades prestadoras de servicios<sup>29</sup> : <b>Empresas públicas y privadas</b> (con y sin ánimo de lucro), ONG's<sup>30</sup>.</p>					
<b>COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA</b>	<p><b>Aceptable</b>. Uno de los objetivos del seguro ha sido integrar el cuidado médico y social para casos crónicos. Del mismo modo, varios servicios sanitarios (rehabilitación, enfermería, ...) se incluyen en el servicio de cuidado a domicilio. Si bien, no ha progresado como se esperaba.</p>					
<b>SALDO NETO (INGRESOS-GASTOS)<sup>31</sup></b>	(En miles de millones de yenes y euros)					
	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	
INGRESOS	3.800,0 (28,5)	4.656,6 (34,9)	5.048,0 (37,8)			
GASTOS <sup>32</sup>	3.600,3 (27,0)	4.493,9 (33,7)	4.923,0 (36,9)			
<b>SALD.</b>	<b>199,7 (1,5)</b>	<b>162,7 (1,2)</b>	<b>125,0 (0,9)</b>			
SALDO/GASTO	5,55%	3,62%	2,54%			
<b>PERSONAS ATENDIDAS<sup>33</sup></b>	(En millones y % población total)					
	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
PÚB.	n.d.	2,2	2,7	3,3	3,7	4,0 <sup>34</sup>
PRIV.						
<b>TOT</b>	<b>n.d.</b>	<b>2,2</b>	<b>2,7</b>	<b>3,3</b>	<b>3,7</b>	<b>4,0<sup>35</sup></b>
s/POB		1,73%	2,12%	2,59%	2,90%	3,13%

**TABLA 6. EL MODELO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN JAPONÉS**

<b>TENDENCIAS<sup>36</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Contención de costes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminar de los beneficios del seguro, en los cuidados a domicilio, la ayuda en las tareas del hogar para aquellos que sólo tienen una necesidad pequeña o moderada de cuidados.</li> <li>- Promoción de la permanencia en el hogar y los cuidados comunitarios para prevenir la institucionalización.</li> </ul> </li> <li>• <b>Aumento de los ingresos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mediante el aumento de las primas.</li> <li>- Mediante la ampliación de la edad de contratación del seguro, de los 40 a los 20 años.</li> </ul> </li> <li>• <b>Énfasis en los servicios de prevención.</b></li> <li>• <b>Introducción de las prestaciones en dinero.</b></li> <li>• <b>Delimitar la apropiada demarcación y coordinación entre el cuidado de larga duración y el cuidado sanitario.</b></li> <li>• <b>Elaborar estándares de calidad.</b></li> <li>• En algunas regiones existe escasez de oferta (“con seguro, pero sin servicio”), el gobierno ha diseñado un plan para <b>aumentar los servicios públicos y favorecer los privados.</b></li> </ul>
--------------------------------	---

<sup>1</sup> Entra en vigor en abril de 2000, aunque el Seguro de Cuidados de Larga Duración (Long-Term Care Insurance, LTCI, “kaigo hoken”) fue aprobado por la Cámara japonesa mediante una Ley en diciembre de 1997.

El inicio del sistema fue gradual, en octubre de 2000 estaba completamente implementado (en abril del 2000 prestaciones y en octubre e 2000 las contribuciones).

Se trata de un sistema que por ley (art. 2) debe revisarse una vez transcurridos 5 años desde su implantación, por lo que en el año actual, 2005, se está realizando dicha revisión. Un Consejo Especial, designado por el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar se encarga de coordinar las discusiones sobre cómo mejorar el LTCI. A finales de 2005, un grupo consultivo del ministerio, apoyado en las elaboraciones del Consejo, elaborará unas recomendaciones formales a partir de las cuales el ministerio elaborará la legislación a enviar a la Cámara Legislativa para la reforma del sistema. Dicha reforma entrará en vigor en la primavera de 2006.

<sup>2</sup> El gobierno japonés introdujo el modelo bajo el eslogan “del cuidado de la familia, al cuidado de la sociedad” y “promoviendo la socialización del cuidado para los frágiles mayores”. Se justificó por el aumento de la población mayor, la disminución de los patrones de cuidado tradicional y el cambio de valores. Aunque también se buscaba aliviar la carga financiera que ejercía el cuidado de las personas mayores sobre el seguro sanitario por sus largas estancias hospitalarias (si bien el déficit en el seguro sanitario no ha disminuido tanto como se esperaba tras la introducción del LTCI).

<sup>3</sup> Se configura como el quinto pilar de la Seguridad Social (añadido a los ya existentes de salud, desempleo, invalidez y pensiones).

<sup>4</sup> Existen tres categorías de gobiernos municipales en función del tamaño de la población (cities, towns y villages).

<sup>5</sup> Los municipios, como aseguradores, serán los que gestionen los fondos recaudados.

<sup>6</sup> La población protegida se sitúa en torno al 50%. Esta limitación en la edad refleja que la ley se desarrolló para la dependencia derivada de la edad.

Los extranjeros registrados que permanecen en Japón durante un año o más deben asegurarse en el LTCI, independientemente de su nacionalidad.

<sup>7</sup> Esta distinción en dos categorías se debe fundamentalmente a la diferente contribución que realizará cada grupo, como se analiza más adelante, y a su diferente cobertura.

- <sup>8</sup> El seguro cubre cualquier tipo de dependencia en la que incurra este colectivo. En 2002 estaban asegurados 23,93 millones de personas.
- <sup>9</sup> El seguro sólo cubre aquella dependencia que se deriva de enfermedades relacionadas con la edad (apoplejía, enfermedad de Parkinson, Alzheimer prematuro). En 2002 estaban asegurados 42,65 millones de personas. Los servicios sociales cubren las situaciones de dependencia de este grupo, que no se están relacionadas con la edad.
- <sup>10</sup> Este Comité es independiente del municipio, como asegurador.
- <sup>11</sup> El proceso se inicia mediante la solicitud al gobierno municipal, por parte del anciano, su familia o un asistente social, de la Certificación Oficial de la necesidad de cuidados por dependencia. Para una valoración "in situ" (domicilio/residencia) del solicitante, el municipio envía a una enfermera o trabajador social que realiza una valoración utilizando un formulario uniforme a nivel nacional compuesto por 85 ítems (73 relacionados con su estado físico y mental y 12 con aspectos médicos) descriptores en su mayoría de las AVDs y también de las AIVDs. El asesor municipal también comenta cualquier aspecto puntual que considere relevante. Su valoración es procesada por un ordenador (mediante un modelo estadístico desarrollado a partir de un estudio de cuidadores profesionales con una serie temporal amplia) que ofrece una valoración preliminar sobre el nivel de dependencia (no dependiente, con necesidad de apoyo o con necesidad de cuidados en el nivel 1, 2, 3, 4 ó 5) y los cuidados necesarios. Un Comité de expertos independiente, compuesto por 5 profesionales de la sanidad y los servicios sociales, el denominado Comité de Certificación de Necesidad de Cuidados, decide si la valoración preliminar debe ser modificada atendiendo a la información adicional aportada por la opinión del médico que atiende al dependiente y la del asesor municipal. En el 70%-80% de los casos se mantiene la valoración preliminar y cuando se modifica suele hacerse elevando el nivel de dependencia. Esta valoración es definitiva, aunque puede recurrirse ante un Comité de nivel superior, y el nivel asignado determina los servicios cubiertos por el LTCL.
- <sup>12</sup> Una vez que se ha determinado el nivel de dependencia, el "care manager" (administrador de cuidados) establece el plan de cuidados en función de las necesidades del dependiente, de acuerdo con éste, así como la cuantía a pagar en concepto de copago. Finalmente, el "care manager" contacta con los proveedores para que presten el servicio al dependiente. El sistema japonés (siguiendo el modelo de Reino Unido) incorpora así un nuevo grupo de profesionales los "care manager" (administrador de cuidados) encargados por los municipios de coordinar el plan de cuidados de los dependientes. Se trata de profesionales licenciados, con al menos 5 años de experiencia (enfermeras, trabajadores sociales, médicos, terapeutas,...), que se acreditan como "care managers" tras unos días de entrenamiento. La mayoría de ellos se convierten en asalariados a tiempo completo de los municipios.
- <sup>13</sup> Se trata de personas que pueden necesitar cuidados de larga duración en el futuro, pero actualmente sólo necesitan un apoyo diario, como rehabilitación, pero no cuidado médico, o requieren asistencia parcial en las Actividades de la Vida Diaria, como las tareas domésticas. El tiempo estimado de atención por día se sitúa entre 25 y 30 minutos.
- <sup>14</sup> Nivel 1: Inestabilidad en las actividades motoras básicas y requiere asistencia parcial en las Actividades de la Vida Diaria como comer, bañarse, excretar y vestirse. Ayuda diaria  $\geq 30$  y  $< 50$  minutos.  
 Nivel 2: Incapaz de realizar muchas de las actividades motoras básicas, como permanecer de pie y pasear, y requiere asistencia parcial o total para realizar las Actividades de la Vida Diaria como comer, bañarse, excretar y vestirse. Ayuda diaria  $\geq 50$  y  $< 70$  minutos.  
 Nivel 3: Incapaz de realizar las actividades motoras básicas por sí mismo y requiere asistencia para realizar todas las Actividades de la Vida Diaria. Ayuda diaria  $\geq 70$  y  $< 90$  minutos.  
 Nivel 4: Demencia severa que requiere asistencia completa para realizar todas las Actividades de la Vida Diaria. Ayuda diaria  $\geq 90$  y  $< 110$  minutos.  
 Nivel 5: Postrado en cama con dificultades de comunicación y requiere asistencia completa para realizar todas las Actividades de la Vida Diaria. Ayuda diaria  $\geq 110$  minutos.
- <sup>15</sup> En el seguro de dependencia japonés las prestaciones del sistema se dividen en cuidados institucionales y cuidados a domicilio, en función del cuidado requerido por el usuario. El usuario elige libremente tanto el tipo de cuidado como el proveedor del mismo



(público o privado) y el municipio se encargará de pagar al proveedor en la cuantía correspondiente. Se trata de prestaciones en especie, no en metálico. El plan de cuidados de los dependientes en el nivel mínimo sólo incluye atención a domicilio, no tienen derecho a servicios residenciales. El plan de cuidados de los dependientes que requieren cuidados de larga duración (niveles 1 a 5) incluye tanto prestaciones a domicilio como residenciales (pueden optar por una de ellas o combinarlas).

<sup>16</sup> Los beneficios a domicilio o en centros de día integran tanto cuidados médicos (enfermeras y rehabilitación) como no médicos (ayuda en el hogar, aseo, catering, estancia en centros de día, alquiler de equipos, adaptaciones en el hogar...) y ambos deben “competir” en la asignación de un paquete presupuestario único.

<sup>17</sup> Los cuidados institucionales (en residencias, sanatorios...) incluyen los gastos de alojamiento “hotel” (distintos a las comidas), lo que ha favorecido su crecimiento, puesto que resulta relativamente más barato que permanecer en casa.

<sup>18</sup> Tipo de cambio 1 € = 133,47 yenes.

<sup>19</sup> Con una ligera variación por municipios.

<sup>20</sup> En 1999, el gobierno decidió ofrecer un máximo de 100.000 yenes al año a aquellos familiares que decidieran cuidar de sus dependientes, fuera del sistema del LTCI. Esta medida fue temporal durante dos años.

<sup>21</sup> Excluyendo el copago, financian el 50% del presupuesto de los municipios destinado a estas prestaciones.

<sup>22</sup> La cuantía de estas primas, con más de 3.200 municipios administrando el sistema, varía entre municipios, en función de los servicios disponibles en el mismo y el nivel de demanda. La prima media se sitúa en 2.900 yenes/mes y oscila entre 1.500-5.000 yenes/mes. Además en cada municipio, la prima varía en función de la renta del beneficiario (se establecen 5 niveles de renta, el colectivo con renta más baja paga el 50% de la prima estándar mientras que el colectivo con renta más alta paga el 150% de dicha prima, lo que equivale a que la prima a pagar se llega a multiplicar por tres entre el nivel de renta más bajo y el más alto). También se han adoptado medidas para moderar el coste/precio de los servicios en función del nivel de renta de la persona.

<sup>23</sup> La cuantía de estas primas se establece de forma similar al seguro de enfermedad. La prima asciende al 0,95% del salario en el Seguro Público de Salud y del 0,88% en el Seguro Privado de Salud. Esa prima se divide a partes iguales entre trabajadores y empleadores.

<sup>24</sup> Incorporada al Fondo Social del Seguro Médico.

<sup>25</sup> Excluyendo el copago, los ingresos por impuestos financian el 50% del presupuesto de los municipios destinado a estas prestaciones.

<sup>26</sup> Dentro de su aportación, el gobierno proveerá un 5% para hacer ajustes por diferencias en capacidad financiera entre los diferentes municipios. De forma que el porcentaje de ayuda que recibe cada municipio difiere. Esos ajustes pueden deberse a diferencias en la cuantía de población de 65 años y más (especialmente los de edad más avanzada), diferencias en la renta media de los mayores (para poder hacer frente al copago) y causas especiales como reducción o exención de primas en situaciones de emergencia.

<sup>27</sup> Suponen, respectivamente, el 25%, el 12,5% y el 12,5% (del 50% que se financia vía impuestos).

<sup>28</sup> Los que disfrutan de cuidado institucional deben pagar aparte del gasto en comida.

Si el dependiente desea consumir más servicios de los contemplados en el plan de cuidados, puede hacerlo, pero ha de sufragar el 100% de su coste.

<sup>29</sup> La mayor innovación que aportó este seguro de cuidados de larga duración (LTCI) fue que empresas privadas con ánimo de lucro y entidades sin ánimo de lucro pueden obtener fácilmente las licencias para prestar servicios y competir directamente con las agencias públicas o quasi-públicas que tradicionalmente actuaban en régimen de quasi monopolio.

<sup>30</sup> Las tarifas por servicios del seguro se establecen por el gobierno y se aplican a todos los proveedores.

<sup>31</sup> Calculado siguiendo poscriterios establecidos por la OIT (Organización Internacional del Trabajo) en su publicación “The Cost of Social Security 18<sup>th</sup> International Inquiry”. En virtud de estos criterios, en los gastos, por ejemplo, se imputan una serie de costes de carácter administrativo, mientras que en los ingresos se imputan ingresos de capital...

El importe de los ingresos procede fundamentalmente del Estado y otras autoridades públicas (impuestos) y, en tercer lugar, los que se derivan de las contribuciones sociales. A estas tres fuentes de ingresos, se añade otra muy importante en cuantía, la denominada "transferencias de otros esquemas", que procede de los seguros de salud, y llegan a igualar o incluso superar los ingresos procedentes del Estado o de otras autoridades públicas a nivel individual, llegando a configurarse como la principal fuente de ingresos en los últimos años. El desglose anual de ingresos es el siguiente (en miles de millones de yenes):

	2000	2001	2002
Contribuciones sociales	192,4	589,9	806,3
Participación del Estado	1.462,3	1.279,3	1.165,1
Otras autoridades públicas	1.013,7	1.232,2	1.404,4
Rentas del capital y otros ingresos	7,4	216,2	133,8
<b>SUBTOTAL</b>	<b>2.675,7</b>	<b>3.317,6</b>	<b>3.509,6</b>
Transferencias de otros esquemas	1.124,3	1.339,0	1.538,4
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>3.800,0</b>	<b>4.656,6</b>	<b>5.048,0</b>

<sup>32</sup> La serie de gastos sin aplicar la metodología OIT sería la siguiente (en miles de millones yenes y euros):

	2000	2001	2002	2003 (p)	2004 (p)
GASTOS	3.252,1 (24,37)	4.122,8 (30,89)	4.666,1 (34,96)	5.100 (38,21)	5.500 (41,21)

<sup>33</sup> Se ofrece el número de personas que han obtenido el Certificado de dependencia, el número de personas que reciben servicios a través del seguro es siempre inferior. Este grupo se situaba en 1,7 millones en 2001, 2,1 millones en 2001, 2,5 millones en 2002 y 3,0 en 2003.

<sup>34</sup> En abril

<sup>35</sup> En abril

<sup>36</sup> Dentro de la revisión prevista a los 5 años de la entrada en vigor del seguro de dependencia, con el sistema y calendario mencionados en la nota número 1.



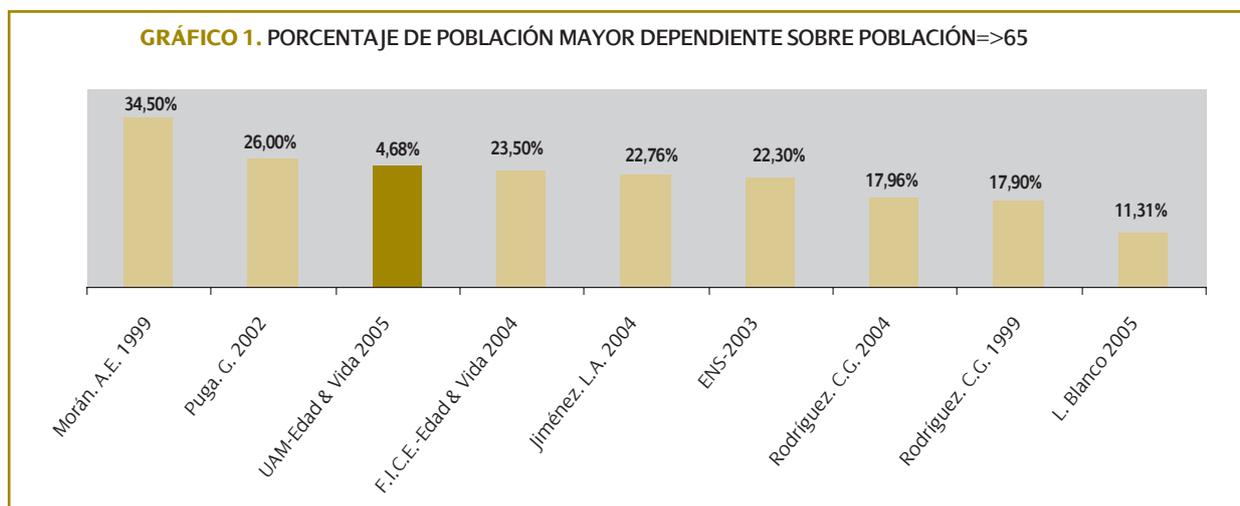


## II. Un modelo mixto de protección de la dependencia

### II.1. ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DEPENDIENTE EN ESPAÑA. ANÁLISIS TERRITORIAL. ENERO 2004

#### II.1.1. Estimaciones de la población mayor dependiente en España

Las estimaciones sobre población mayor dependiente que se han realizado recientemente llegan a resultados que oscilan entre el 34,5% de la población de 65 y más años y el 11,31%<sup>1</sup>. Estas diferencias en los resultados obtenidos se explican tanto por la encuesta utilizada como por la metodología aplicada en cada caso. En el anexo I se recoge de forma resumida las principales aportaciones de las nueve estimaciones consideradas. La comparación de las mismas nos permite destacar los siguientes aspectos:



- Las encuestas utilizadas son básicamente dos: la Encuesta Nacional de Salud de 1993 (ENS-93), 1997 (ENS-97), 2003 (ENS-2003) y la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES-99).
- En la mayoría de las estimaciones realizadas la delimitación de población mayor dependiente incluye tanto población que vive en viviendas familiares como población ingresada en centros residenciales. La primera se estima a partir de la encuesta utilizada y la segunda se estima a partir de los datos oficiales sobre oferta de plazas residenciales. Solamente dos estudios se refieren a población dependiente que vive exclusivamente en viviendas [Morán, A. (1999) y Jiménez, E. (2004)] y la Encuesta Nacional de Salud 2003.

<sup>1</sup> La estimación realizada por el Libro Blanco no considera población dependiente, a efectos de las prestaciones contempladas en el Sistema Nacional de Dependencia, la población con discapacidad moderada para alguna ABVD (grupo A) ni la población con alguna discapacidad para AIVD (grupo B). Estos grupos no obstante, tal y como dice el Libro Blanco, podrían beneficiarse del Servicio de Ayuda a Domicilio y otros servicios sociales de provisión pública (Capítulo I - página 72).

- El número de actividades de la vida diaria consideradas a efectos de estimar la población mayor dependiente es menor, en general, que el número total de actividades que contempla la encuesta utilizada. Por ejemplo, la estimación realizada por el Instituto Catalán de Envejecimiento (FICE-Edad&Vida 2004) considera 11 de las 13 AVD que contempla la EDDes-99 y el Libro Blanco (2005) considera 9 AVD.
- Finalmente, los resultados obtenidos se refieren a número de personas mayores dependientes, por grados de severidad (en general se distinguen tres niveles) a nivel nacional. Solamente dos de las estimaciones [Jiménez, A. (2004) y UAM-Premio Edad&Vida (2005)] aportan resultados a nivel autonómico y nacional.

AUTOR	Encuesta utilizada				Población =>65 dependiente considerada			Resultados obtenidos: Nº de personas=>65 dependientes		
	ENS 1993	ENS 1997	EDDES 1999	ENS 2003	Domicilio + Residenc.	Domicilio	Nivel nacional	Nivel Autonómico	Nivel nacional Grados depend.	Nivel Autonómico. Grados depen.
Morán Alaéz 1999	✓					✓	✓		✓	
Rodríguez Cabrero 1999	✓				✓		✓		✓	
Puga González 2002		✓			✓		✓		✓	
Rodríguez Cabrero 2004			✓		✓		✓		✓	
Jiménez Lara 2004			✓			✓	✓	✓	✓	✓
F. Instituto Catalán Envejecimiento Edad&Vida 2004			✓		✓		✓		✓	
Libro Blanco 2005			✓		✓		✓		✓	
Encuesta Nacional Salud 2003 (Abril 2005)				✓		✓	✓		✓	
UAM Premio Edad&Vida 2005			✓		✓		✓	✓		



## II.1.2. Datos de población y población dependiente estimada. Análisis territorial. Enero 2004

### II.1.2.1. Aspectos Metodológicos

La estimación de población dependiente que hemos realizado se refiere a personas comprendidas en el grupo de edad de 65 y más años (personas mayores) que, según la fuente de referencia, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (1999) (EDDES-99), presentan alguna discapacidad <sup>2</sup> para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). La delimitación de población dependiente incluye tanto la población que reside en domicilio como la población que se encuentra en residencias.

La estimación, referida a enero 2004, se realiza para cada comunidad autónoma a partir de la siguiente metodología:

#### 1. Población de 65 y más años dependiente en domicilio. Enero 2004

Se parte de la población de 65 y más años con alguna discapacidad para las AVD, facilitada por la EDDES-99, para cada comunidad autónoma. Se cuantifica el porcentaje que representa esta población sobre la población de 65 y más de derecho calculada a 15 de mayo de 1999<sup>3</sup>. Se aplica, para cada comunidad autónoma, dicho porcentaje a la población de 65 y más años correspondiente al Padrón Municipal a 1 de enero de 2004 (últimos datos disponibles). La cifra que obtenemos es la población de 65 y más años dependiente que reside en viviendas familiares.

#### 2. Población de 65 y más años dependiente en residencias. Enero 2004

A partir de los últimos datos oficiales sobre Servicios Sociales para Personas Mayores en España, referidos a enero 2004, se estima la población mayor dependiente que vive en residencias a través del número de plazas residenciales para dependientes (públicas, concertadas y privadas) que oferta cada comunidad autónoma. Este es el criterio general, sin embargo, algunas comunidades autónomas facilitan el número de usuarios dependientes en residencias. En este caso, se toma el dato de usuarios siempre que sea superior al de plazas residenciales para dependientes, ya que normalmente el dato de usuarios hace referencia a los correspondientes a plazas de financiación pública (pública y concertada) mientras que el número de plazas residenciales incluyen también las privadas. Además, hacemos el supuesto de que todas las plazas están ocupadas puesto que no disponemos de ratios de ocupación.

#### 3. Población de 65 y más años dependiente. Total Enero 2004

Para cada comunidad autónoma se suma la población mayor dependiente que vive en viviendas familiares, estimada a enero 2004, más la población que vive en residencias, estimada a través del número de plazas residenciales para dependientes a enero 2004.

La población de 65 y más años dependiente a nivel nacional la obtenemos a través de la suma de los resultados a nivel territorial. La estimación que obtenemos es de 1.802.204 personas de 65 y más años dependientes, que representan el 24,68% de la población comprendida en ese tramo de edad.

<sup>2</sup> La definición de discapacidad a efectos de la EDDES-99, hace referencia a toda limitación grave que afecte o se espere que vaya a afectar durante más de un año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas.

<sup>3</sup> Esta es la población que toma como referencia la EDDES-99.

Los resultados detallados para cada comunidad autónoma y total nacional se recogen en el Anexo II.

### II.1.2.2. Análisis de Resultados. Enero 2004 ( tabla 1; gráficos 2 y 3)

Según los últimos datos de población del Padrón Municipal, a enero 2004, en España 1,7 de cada 10 personas tienen 65 o más años, casi un 17% (16,90%) de la población española, que asciende a 43.197.684 personas.

Asimismo, según se desprende de la misma fuente, la población más anciana, de 80 y más años, representa el 4,21% de la población total y el 25% de la población de 65 y más años.

La población dependiente de 65 y más años, estimada según la metodología expuesta, alcanza a 1.802.204 personas, un 24,6% de la población de 65 y más años. Es decir casi la cuarta parte de la población mayor en España es dependiente en algún grado.

El análisis territorial de los **datos de población de 65 y más años**, nos permite destacar los siguientes aspectos (tabla 1 y gráfico 2):

- La comunidad autónoma con una población más envejecida es Castilla y León, donde la población de 65 y más años representa el 22,80% de la población total, frente a una media nacional del 16,90%. En el extremo opuesto se encuentra la Ciudad Autónoma de Melilla con un 10,76% de población de 65 y más años.
- Podemos diferenciar tres grupos de regiones en función de su estructura de población:
  - El primero está constituido por aquellas comunidades autónomas con una estructura de población envejecida superior a la media nacional (16,90%): Castilla y León, Asturias, Galicia, Aragón, Castilla-La Mancha y Extremadura seguidas de Cantabria, La Rioja, País Vasco y Navarra.
  - El segundo grupo está formado por aquellas comunidades autónomas con una estructura de población mayor en torno a la media nacional, Cataluña o Comunidad Valenciana, o ligeramente por debajo de ella, Andalucía, Madrid, Murcia y Baleares.
  - Finalmente, el tercer grupo lo constituyen Canarias y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, con una población de 65 y más años cuya participación en el conjunto de la población se encuentra muy por debajo de la media nacional (12,06%, 11,09% y 10,76%, respectivamente).
- Los resultados para la cohorte población de 80 y más años (tabla 1 y gráfico 1), donde la prevalencia de la dependencia es mayor, nos indican que en aquellas comunidades autónomas con una población más envejecida respecto a la media nacional (excepto en Extremadura y País Vasco) se acentúa la mayor diferencia para el tramo de 80 y más años, que representa como media nacional el 4,21% de la población total.
- Asimismo, en aquellas regiones en las que el peso de población de 65 y más años se sitúa próximo, o por debajo de la media nacional, la diferencia se reduce para el grupo de 80 y más años, excepto en Madrid que mantiene la misma diferencia e Islas Baleares donde la diferencia respecto a la media nacional es mayor para el grupo de 65 y más años que para el grupo de 80 y más años.



**TABLA 1. DATOS DE POBLACIÓN Y POBLACIÓN DEPENDIENTE DE 65 Y MÁS AÑOS**

Ámbito Territorial	Población Total	Población 65 y más	Población 80 y más	Pob=>65/ Pob.total (%)	Pob=>80/ Pob.total (%)	Pob=>65/ Dependiente (1)	Pob.Depen/ Pob=>65 (%)
	01/01/2004	01/01/2004	01/01/2004	01/01/2004	01/01/2004	01/01/2004	01/01/2004
Andalucía	7.687.518	1.134.633	252.978	14,76%	3,29%	351.597	30,99%
Aragón	1.249.584	262.036	72.471	20,97%	5,80%	49.872	19,03%
Asturias (Principado)	1.073.761	237.614	62.795	22,13%	5,85%	49.143	20,68%
Baleares (Illes)	955.045	132.440	34.233	13,87%	3,58%	27.506	20,77%
Canarias	1.915.540	230.949	48.709	12,06%	2,54%	47.500	20,57%
Cantabria	554.784	105.333	28.174	18,99%	5,08%	26.641	25,29%
Castilla-La Mancha	1.848.881	359.262	94.367	19,43%	5,10%	94.250	26,23%
Castilla y León	2.493.918	568.632	162.436	22,80%	6,51%	158.493	27,87%
Cataluña	6.813.319	1.152.493	294.118	16,92%	4,32%	305.901	26,54%
C.Valenciana	4.543.304	740.671	172.438	16,30%	3,80%	173.925	23,48%
Extremadura	1.075.286	207.075	50.871	19,26%	4,73%	56.142	27,11%
Galicia	2.750.985	586.458	157.756	21,32%	5,73%	156.244	26,64%
Madrid (Comunidad)	5.804.829	840.463	208.917	14,48%	3,60%	142.712	16,98%
Murcia (Región)	1.294.694	182.453	39.599	14,09%	3,06%	57.517	31,52%
Navarra	584.734	103.382	29.046	17,68%	4,97%	23.877	23,10%
País Vasco	2.115.279	385.871	92.259	18,24%	4,36%	68.516	17,76%
La Rioja	293.553	55.650	15.272	18,96%	5,20%	8.240	14,81%
Ceuta	74.654	8.278	1.638	11,09%	2,19%	2.161	26,11%
Melilla	68.016	7.316	1.495	10,76%	2,20%	1.839	25,14%
<b>España</b>	<b>43.197.684</b>	<b>7.301.009</b>	<b>1.819.572</b>	<b>16,90%</b>	<b>4,21%</b>	<b>1.802.204</b>	<b>24,68%</b>

Fuente: INE (2005). *Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/04.*

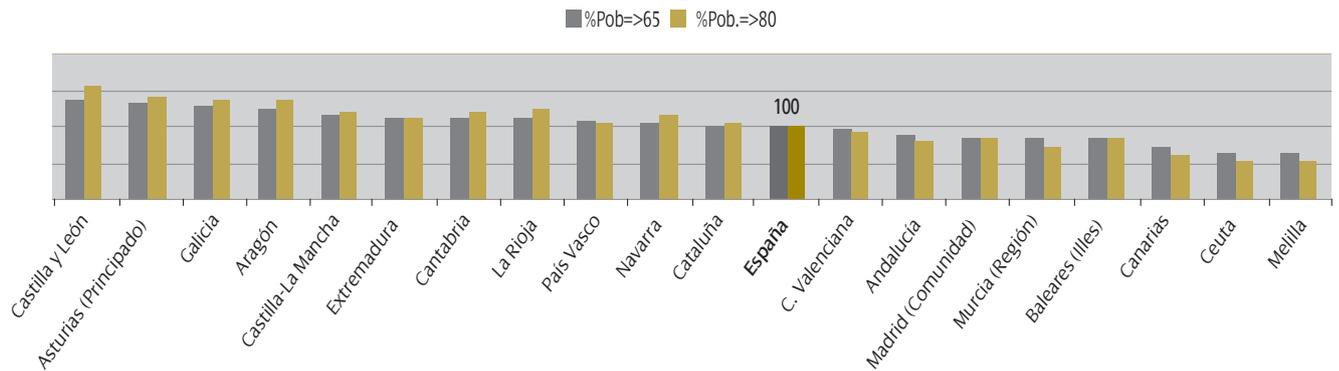
INE. [www.ine.es](http://www.ine.es). *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud (1999)*

IMSERSO (2005). *Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*

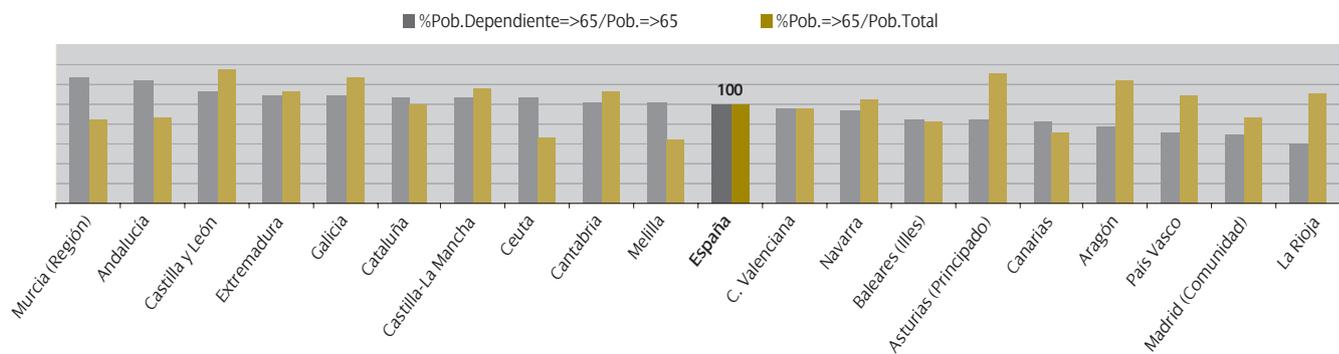
Elaboración propia.

(1) Población dependiente estimada: se calcula el porcentaje que representaba, según la EDDES-99, la población dependiente =>65 años sobre la población total=>65 años. Se aplica dicho porcentaje a la población =>65 años a enero 2004. A esta cantidad se suma el número de plazas residenciales para dependientes. En el caso de Asturias y Melilla se considera el número de usuarios dependientes ya que es mayor al número de plazas. En el caso de Ceuta se considera el número de usuarios dependientes ya que no disponemos del dato sobre número de plazas.

**GRÁFICO 2. DATOS DE POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL (%/POBLACIÓN TOTAL).  
INDICE ESPAÑA=100. ENERO 2004**



**GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN DE 65 Y MAS AÑOS Y DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE.  
INDICE ESPAÑA=100. ENERO 2004**



El análisis territorial de los **datos de población mayor dependiente estimada** y su comparación con la población de 65 y más años (tabla 1-gráfico 3), nos indica que no siempre existe una correlación clara entre población envejecida y población dependiente estimada:

- Las regiones con una mayor proporción de población mayor dependiente estimada son Murcia y Andalucía, con más del 30% de población dependiente de 65 y más años; Castilla y León, Extremadura y Galicia con un porcentaje de población dependiente de 65 y más años del 27%; y Castilla-La Mancha, Ceuta, Cantabria y Melilla con más del 25% de su población de 65 y más años dependiente.

Resulta sorprendente que comunidades autónomas que se caracterizan por una población menos envejecida respecto a la media nacional sean las que tienen mayores porcentajes de población dependiente estimada, como Murcia o Andalucía o las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla que son las menos envejecidas de todo el territorio nacional.

- Por otro lado, nos encontramos con regiones como Asturias, Aragón, Navarra o La Rioja con una población más envejecida que la media nacional, en las que, sin embargo, la proporción de población dependiente de 65 y más años estimada se sitúa por debajo de la media nacional (24,68%). En concreto La Rioja es la comunidad con menor porcentaje de población dependiente estimada (14,85%) y el Principado de Asturias, la segunda comunidad más envejecida, tiene una población mayor dependiente estimada casi diez puntos por debajo de la media nacional (14,81%).

## II.2. ESTIMACIÓN DEL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN ESPAÑA. ANÁLISIS TERRITORIAL. ENERO 2004

### II.2.1. Usuarios y cobertura de los servicios sociales para personas mayores dependientes. Análisis territorial. Enero 2004

#### II.2.1.1. Aspectos Metodológicos

Dentro de la cartera de servicios sociales para personas mayores que existe en España <sup>4</sup> hemos considerado como recursos o servicios dirigidos a personas mayores dependientes los siguientes: Servicio Público de Ayuda a Domicilio, Servicio Público de Teleasistencia (no existen datos oficiales sobre Servicios privados de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia); Centros de Día para personas mayores dependientes (se incluyen plazas públicas, concertadas y privadas); Plazas Residenciales para mayores dependientes (se incluyen plazas públicas, concertadas y privadas en función de la información disponible) y plazas en Estancias Temporales.

Quedan excluidas las plazas residenciales que no sean para dependientes y otros servicios sociales tales como Hogares y Clubes para personas mayores o Sistemas Alternativos de Alojamiento (Viviendas Tuteladas, Apartamentos o Acogimiento Familiar), bien por considerar que van dirigidos a personas mayores pero no necesariamente dependientes, o bien porque no existe uniformidad en el tratamiento normativo sobre su consideración o no como servicios dirigidos a mayores dependientes.

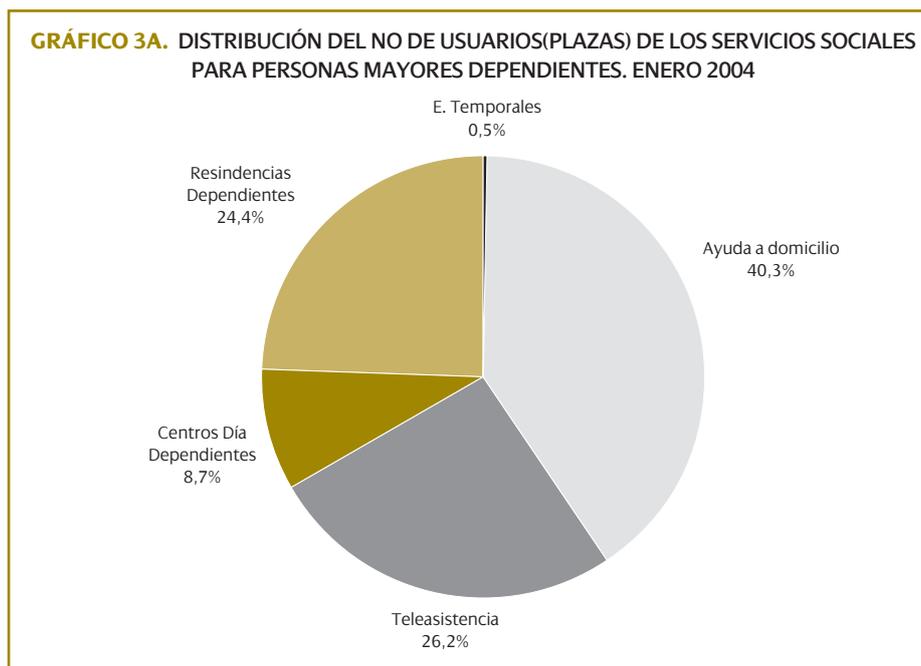
<sup>4</sup>Una descripción detallada y exhaustiva sobre los recursos sociales para personas mayores en España puede encontrarse en el Capítulo V "Recursos sociales para la atención de las personas mayores en situación de dependencia", Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. IMSERSO (2005).

El criterio aplicado a efectos de cómputo de unidades de consumo para el cálculo del índice de cobertura es el siguiente<sup>5</sup>:

- En el caso de los servicios públicos de ayuda a domicilio y teleasistencia se considera el número de usuarios.
- En el caso de centros de día y plazas residenciales para dependientes se considera el número de plazas, excepto en aquellas regiones donde el número de usuarios sea mayor al número de plazas.
- En el caso de estancias temporales se considera el número de plazas, ya que no existe información sobre número de usuarios.

### II.2.1.2. Análisis de Resultados. Enero 2004 (tablas 2 a 4 y gráficos 3 y 4)

El número total de usuarios (plazas) de 65 y más años de servicios sociales para personas dependientes asciende a 568.281<sup>6</sup> a enero 2004, de los cuales un 41% utilizan el Servicio Público de Ayuda Domicilio (SAD); el 26% son usuarios de Servicio Público de Teleasistencia, el 24% ocupan plazas residenciales para dependientes, el 9% corresponden a Centros de Día y menos del 1% ocupan plazas residenciales de Estancia Temporal.



<sup>5</sup> En el Anexo II Estimación del gasto en servicios sociales para personas mayores dependientes en España. Resultados por Comunidades Autónomas. Enero 2004, se especifican para cada comunidad o ciudad autónoma las matizaciones correspondientes al tratamiento de los datos.

<sup>6</sup> Un mismo usuario de servicios sociales comunitarios (SDA, teleasistencia) o Centro de Día puede estar contabilizado en varios servicios simultáneamente.

Esta distribución de la utilización de los servicios sociales para personas mayores dependientes, que prácticamente se mantiene en todas las regiones (tabla 2), pone de manifiesto el predominio de los servicios sociales comunitarios (SAD, teleasistencia y centros de día) sobre los servicios residenciales, puesto que en conjunto los primeros suponen el 75% de los usuarios. La causa de esta distribución se explica por la propia configuración territorial del sistema de servicios sociales<sup>7</sup> (requisitos de acceso, duración del servicio, prestaciones, copago...), así como por la preferencia del mayor a permanecer en su entorno.

**TABLA 2. NÚMERO DE USUARIOS (PLAZAS) DE SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004**

Ámbito Territorial	Nº USUARIOS			Nº PLAZAS (1)		
	Total Usuarios	Servicio público de Ayuda a Domicilio 01/01/2004	Servicio público de Teleasistencia 01/01/2004	Centros de Día Dependientes 01/01/2004	Residencias Dependientes 01/01/2004	Estancias Temporales 01/01/2004
Andalucía	82.649	39.266	20.242	15.992	6.669	480
Aragón	19.462	8.064	6.989	905	3.465	39
Asturias (Principado)	14.644	7.750	4.188	884	1.787	35
Baleares (Islas)	7.428	2.784	2.527	322	1.760	35
Canarias	10.084	6.135	1.422	524	2.003	0
Cantabria	4.325	2.025	500	372	1.424	4
Castilla-La Mancha	39.025	17.460	14.078	2.427	4.363	697
Castilla y León	55.616	17.805	14.468	2.285	20.998	60
Cataluña	113.862	44.472	9.105	10.929	49.356	0
C.Valenciana	44.047	12.363	13.837	1.868	15.792	187
Extremadura	22.537	15.415	2.789	910	3.379	44
Galicia	23.234	11.220	3.944	1.036	6.990	44
Madrid (Comunidad)	83.790	28.024	37.931	7.180	10.255	400
Murcia (Región)	7.746	3.153	2.425	755	1.413	0
Navarra	11.277	3.675	4.833	392	2.187	190
País Vasco	24.138	6.793	8.677	2.133	5.928	607
La Rioja	3.438	1.894	697	269	560	18
Ceuta	366	283	35	29	19	0
Melilla	613	231	218	25	139	0
<b>España</b>	<b>568.281</b>	<b>228.812</b>	<b>148.905</b>	<b>49.237</b>	<b>138.487</b>	<b>2.840</b>

Fuente: IMSERSO (2005) Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España; Elaboración Propia.

(1) Centros de Día: a efectos del cálculo de la tasa de cobertura se considera el número de usuarios y no el número de plazas, por ser superior el primero en las siguientes comunidades autónomas: Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Madrid y Ciudad Autónoma de Ceuta. En el caso de residencias para dependientes: se considera a efectos del cálculo de la tasa de cobertura, el número de usuarios y no el número de plazas, por ser superior el primero en la región de Asturias y en la Ciudad Autónoma de Melilla; en el caso de Ceuta se considera número de usuarios dependientes ya que no disponemos del dato sobre número de plazas.

<sup>7</sup> Un estudio exhaustivo del funcionamiento descentralizado del sistema de servicios sociales para personas mayores dependientes puede verse en Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España. Edad&Vida (2004).

En las tablas 3 y 4, se recoge la cobertura de los servicios sociales para personas mayores dependientes, medida como ratio entre número de usuarios (plazas) por cada 100 personas de 65 y más años (tabla 3) y por cada 100 personas de 80 y más años (tabla 4).

A nivel nacional los resultados obtenidos indican que casi 8 de cada 100 personas de 65 y más años y 31 de cada 100 personas de 80 y más años, son usuarios de servicios sociales dirigidos a personas dependientes

**TABLA 3. INDICE DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES.  
% SOBRE POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS. ENERO 2004**

Ámbito Territorial	Total Servicios	Servicio público de Ayuda a Domicilio	Servicio público de Teleasisten.	Centros de Día Dependientes	Residencias Depend.	Estancias Temporales	Población 65 y más
	01/01/2004	01/01/2004	01/01/2004	01/01/2004	01/01/2004	01/01/2004	01/01/2004
Andalucía	7,28	3,46	1,78	1,41	0,59	0,04	1.134.633
Aragón	7,43	3,08	2,67	0,35	1,32	0,01	262.036
Asturias (Principado)	6,16	3,26	1,76	0,37	0,75	0,01	237.614
Baleares (Illes)	5,61	2,10	1,91	0,24	1,33	0,03	132.440
Canarias	4,37	2,66	0,62	0,23	0,87	0,00	230.949
Cantabria	4,11	1,92	0,47	0,35	1,35	0,00	105.333
Castilla-La Mancha	10,86	4,86	3,92	0,68	1,21	0,19	359.262
Castilla y León	9,78	3,13	2,54	0,40	3,69	0,01	568.632
Cataluña	9,88	3,86	0,79	0,95	4,28	0,00	1.152.493
C.Valenciana	5,95	1,67	1,87	0,25	2,13	0,03	740.671
Extremadura	10,88	7,44	1,35	0,44	1,63	0,02	207.075
Galicia	3,96	1,91	0,67	0,18	1,19	0,01	586.458
Madrid (Comunidad)	9,97	3,33	4,51	0,85	1,22	0,05	840.463
Murcia (Región)	4,25	1,73	1,33	0,41	0,77	0,00	182.453
Navarra	10,91	3,55	4,67	0,38	2,12	0,18	103.382
País Vasco	6,26	1,76	2,25	0,55	1,54	0,16	385.871
La Rioja	6,18	3,40	1,25	0,48	1,01	0,03	55.650
Ceuta	4,42	3,42	0,42	0,35	0,23	0,00	8.278
Melilla	8,38	3,16	2,98	0,34	1, 90	0,00	7.316
<b>España</b>	<b>7,78</b>	<b>3,13</b>	<b>2,04</b>	<b>0,67</b>	<b>1,90</b>	<b>0,04</b>	<b>7.301.009</b>

Fuente: IMSERSO (2005). Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España.  
INE (2005). Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/04.  
Elaboración propia

**TABLA 4. INDICE DE COBERTURA DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. % SOBRE POBLACIÓN DE 80 Y MÁS AÑOS. ENERO 2004**

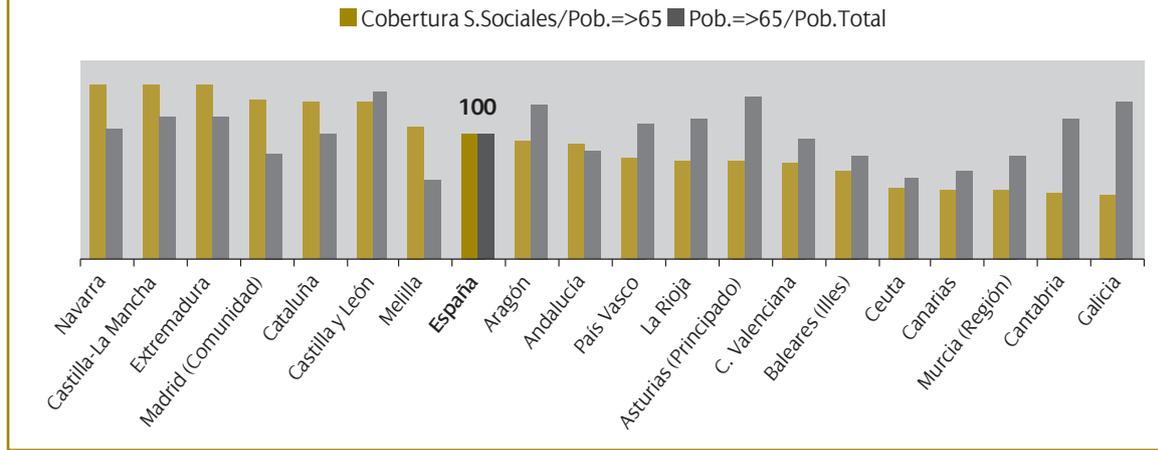
Ámbito Territorial	Total Servicios	Servicio público de Ayuda a Domicilio	Servicio público de Teleasisten.	Centros de Día Dependientes	Residencias Depend.	Estancias Temporales	Población 80 y más
	01/01/2004	01/01/2004	01/01/2004	01/01/2004	01/01/2004	01/01/2004	01/01/2004
Andalucía	32,67	15,52	8,00	6,32	2,64	0,19	252.978
Aragón	26,85	11,13	9,64	1,25	4,78	0,05	72.471
Asturias (Principado)	23,32	12,34	6,67	1,41	2,85	0,06	62.795
Baleares (Illes)	21,70	8,13	7,38	0,94	5,14	0,10	34.233
Canarias	20,70	12,60	2,92	1,08	4,11	0,00	48.709
Cantabria	15,35	7,19	1,77	1,32	5,05	0,01	28.174
Castilla-La Mancha	41,35	18,50	14,92	2,57	4,62	0,74	94.367
Castilla y León	34,24	10,96	8,91	1,41	12,93	0,04	162.436
Cataluña	38,71	15,12	3,10	3,72	16,78	0,00	294.118
C.Valenciana	25,54	7,17	8,02	1,08	9,16	0,11	172.438
Extremadura	44,30	30,30	5,48	1,79	6,64	0,09	50.871
Galicia	14,73	7,11	2,50	0,66	4,43	0,03	157.756
Madrid (Comunidad)	40,11	13,41	18,16	3,44	4,91	0,19	208.917
Murcia (Región)	19,56	7,96	6,12	1,91	3,57	0,00	39.599
Navarra	38,82	12,65	16,64	1,35	7,53	0,65	29.046
País Vasco	26,16	7,36	9,41	2,31	6,43	0,66	92.259
La Rioja	22,51	12,40	4,56	1,76	3,67	0,12	15.272
Ceuta	22,34	17,28	2,14	1,77	1,16	0,00	1.638
Melilla	41,00	15,45	14,58	1,67	9,30	0,00	1.495
<b>España</b>	<b>31,23</b>	<b>12,58</b>	<b>8,18</b>	<b>2,71</b>	<b>7,61</b>	<b>0,16</b>	<b>1.819.572</b>

Fuente: IMSERSO (2005). Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España.  
INE (2005). Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/04.  
Elaboración propia

Por tipo de servicio, 3 de cada 100 personas de 65 y más años utilizan el Servicio Público de Ayuda a Domicilio y 2 de cada 100 son usuarios del Servicio Público de Telasistencia; casi 2 de cada 100 ocupan una plaza residencial para dependiente.

El análisis comparativo entre regiones (gráfico 4) nos muestra que aquellas que tienen mayores índices de cobertura son: Navarra, Castilla-La Mancha y Extremadura, con índices superiores a 10, seguidas de Madrid, Cataluña y Castilla y León, con índices de cobertura superiores a 9, y Melilla con un índice de cobertura de 8,38.

**GRÁFICO 4. COBERTURA S.SOCIALES/POB.=>65 Y POBLACIÓN=>65. INDICE. ESPAÑA=100. ENERO 2004**



Si comparamos estos resultados con el porcentaje de población de 65 y más años, vemos que no todas las regiones con mayor cobertura (por encima de la media nacional) coinciden con aquellas más envejecidas. Este es el caso de Madrid y Melilla con una estructura de población de las menos envejecidas y que, sin embargo, alcanzan índices de cobertura relativamente altos.

Asimismo, nos encontramos con regiones con una población muy envejecida en términos comparados, como Asturias o Galicia y con índices de cobertura que distan significativamente de la media nacional.

Por último, destacar que en las tres comunidades autónomas con índices de cobertura más elevados –Navarra (10,91), Castilla-La Mancha (10,88) y Extremadura (10,86)– éste se explica por el peso de la cobertura que alcanzan los Servicios Públicos de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia, destacando especialmente la región de Extremadura que presenta en la Ayuda a Domicilio un índice de cobertura que duplica la media nacional (el 7,44 frente al 3,13).

## II.2.2. Gasto estimado en servicios sociales para personas mayores dependientes. Análisis territorial. Enero 2004

### II.2.2.1. Aspectos Metodológicos

El gasto estimado para cada comunidad autónoma o ciudad autónoma por tipo de servicio es el resultado de multiplicar el número de unidades de consumo de un determinado servicio por el precio unitario de dicho servicio:

$$\text{GASTO DEL SERVICIO "A"} = \text{N}^{\circ} \text{ UNIDADES DE CONSUMO DE "A"} \times \text{PRECIO UNITARIO DE "A"}$$

- Como unidades de consumo, con carácter general y de acuerdo con la información disponible, se consideran:
  - El número de usuarios para los Servicios Públicos de Ayuda a Domicilio y de Teleasistencia.
  - El número de plazas (públicas, concertadas y privadas) para Centros de Día para personas mayores dependientes, Residencias (sólo se consideran las plazas para dependientes) y Estancias Temporales.
- El precio anual unitario de cada servicio (tabla 5) es el resultado de multiplicar el precio mensual de cada servicio por doce meses, excepto en el caso de Estancias Temporales que realizamos la hipótesis de que se utiliza como media durante un solo mes al año, correspondiente al mes de vacaciones del ciudadano, por lo que el precio anual coincide en este caso con el precio mensual.
- El gasto estimado a nivel nacional es la suma del gasto estimado para cada comunidad autónoma (tabla 6).
- El gasto estimado por usuario de 65 y más años (tabla 8) es el resultado de dividir el gasto total estimado por el número de usuarios o plazas, según corresponda, para cada comunidad autónoma o ciudad autónoma.
- El gasto estimado por persona dependiente estimada de 65 y más años (tabla 8) es el resultado de dividir el gasto total estimado por el número de personas dependientes de 65 y más años para cada comunidad autónoma o ciudad autónoma.

Las fuentes de información utilizadas son:

- IMSERSO (2005) *Informe 2004. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas.*
- IMSERSO (2005) *Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España.*
- INE (2005). *Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/04*

#### II.2.2.2. Análisis de Resultados. Enero 2004 (tablas 5 a 9 y gráficos 5 a 8)

##### a) Precios (tabla 5)

El precio Público del Servicio de Ayuda a Domicilio se sitúa como media nacional en torno a 2.000 euros /año. Las regiones con precios más altos, el doble, para este servicio son: Melilla (4.599 €/año) y País Vasco (4.503 €/año), mientras que Andalucía (1.058 €/año) y Aragón ( 960 €/año) tienen los precios más bajos.

Respecto al Servicio Público de Teleasistencia, el precio medio anual se sitúa en 253 euros, muy por debajo del precio público del Servicio de Ayuda a Domicilio. Este tipo de servicio, que se encuentra prácticamente universalizado en la mayoría de las comunidades autónomas entre la población que lo solicita, es económico en cuanto al coste de mantenimiento y altamente efectivo en los estados de dependencia leve o de soledad.

Las comunidades autónomas con precios más elevados son Andalucía y La Rioja y, por el contrario, las que presentan precios más bajos son Navarra y País Vasco.

**TABLA 5. PRECIO DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. (EUROS/AÑO). ENERO 2004**

Ámbito Territorial	Servicio público de Ayuda a Domicilio €/Año Enero 2004	Servicio público de Teleasistencia (1) €/Año Enero 2004	Centros de Día Dependientes (2) €/Año Enero 2004	Residencias Dependientes (3) €/Año Enero 2004	Estancias Temporales €/Año Enero 2004
Andalucía	1.058,88 €	397,44 €	3.879,721 €	4.464,92 €	1.205,41 €
Aragón	960,00 €	180,00 €	7.737,96 €	14.019,96 €	1.168,33 €
Asturias (Principado)	1.628,64 €	274,08 €	4.637,28 €	10.291,00 €	857,58 €
Baleares (Islas)	1.290,24 €	353,40 €	5.870,00 €	13.596,00 €	1.133,00 €
Canarias	1.920,00 €	216,00 €	11.135,16 €	27.708,48 €	
Cantabria	1.803,36 €	253,64 €	7.032,50 €	14.494,15 €	1.207,85 €
Castilla-La Mancha	2.020,20 €	258,36 €	4.847,50 €	14.151,00 €	1.179,25 €
Castilla y León	2.448,72 €	228,00 €	6.300,00 €	12.340,65 €	1.028,39 €
Cataluña	1.750,56 €	206,40 €	5.359,41 €	14.246,24 €	
C.Valenciana	1.304,89 €	327,00 €	5.946,72 €	13.399,20 €	1.116,60 €
Extremadura	1.467,84 €	241,56 €	6.479,76 €	10.986,48 €	915,54 €
Galicia	2.644,80 €	266,76 €	5.194,65 €	12.600,00 €	1.050,00 €
Madrid (Comunidad)	2.238,35 €	214,56 €	8.562,80 €	16.633,05 €	1.386,09 €
Murcia (Región)	1.691,16 €	353,40 €	6.479,76 €	16.633,05 €	
Navarra	2.144,45€	72,12 €	4.304,52 €	12.913,92 €	1.076,16 €
País Vasco	4.503,00 €	87,72 €	11.807,88 €	19.174,56 €	1.597,88 €
La Rioja	1.472,64 €	429,96 €	7.459,00 €	15.648,00 €	1.304,00 €
Ceuta	2.423,52 €	167,64 €	7.488,12 €	8.760,00 €	
Melilla	4.599,55 €	279,12 €	2.592,00 €	34.675,00 €	
<b>España</b>	<b>2.072,15 €</b>	<b>253,01 €</b>	<b>6.479,72 €</b>	<b>15.617,67 €</b>	<b>1.159,01 €</b>

Fuente: IMSERSO (2005) Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España.  
Elaboración propia

(1) Cantabria: no existe información sobre precio y se toma como referencia el precio medio nacional (253,64 €).

(2) Extremadura y Murcia: no existe información sobre precio y se toma como referencia el precio medio nacional (6.479,7 €).

(3) Baleares y Cataluña: se toma como precio de referencia el precio/plaza pública residencial ya que no existe información sobre precio plaza residencial para dependiente.



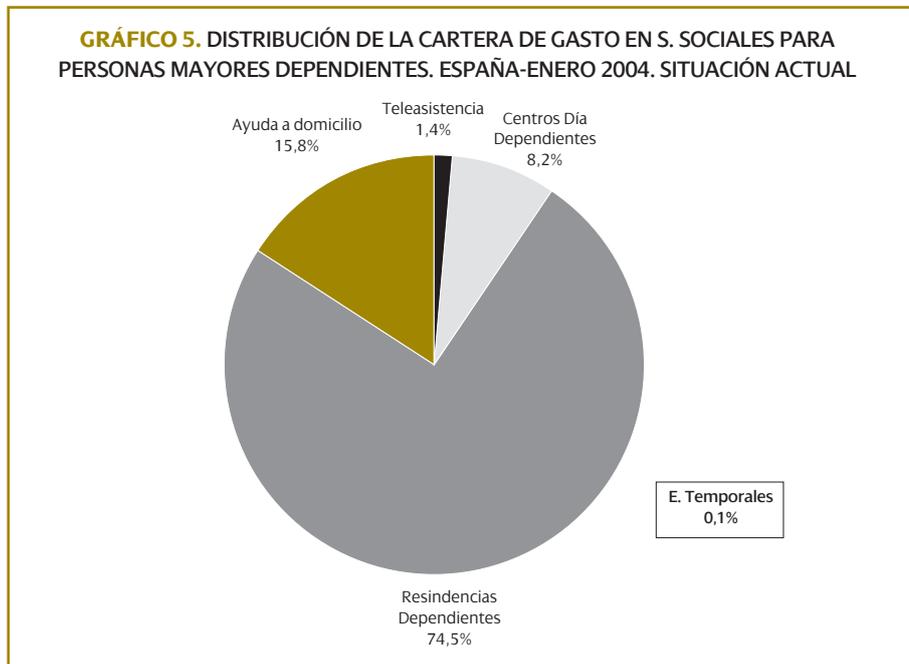
El precio de una plaza para dependiente en un Centro de Día oscila en torno a 6.400 euros anuales, casi cuatro veces más que el precio del Servicio Público de Ayuda a Domicilio, si bien su cobertura en tiempo es mucho más amplia. Canarias y País Vasco destacan por superar significativamente la media nacional, con un precio anual en torno a los 11.000 euros. Por el contrario, Melilla y Andalucía tienen el precio más bajo: 2.592 y 3.579 euros anuales respectivamente.

El precio medio de una plaza Residencial para dependientes es de 15.600 euros anuales, existiendo oscilaciones muy importantes de unas regiones a otras. De nuevo Melilla y Canarias destacan por tener unos precios muy por encima de la media nacional: 34.675 y 27.708 euros anuales respectivamente, y Ceuta (8.760 euros anuales) por situarse muy por debajo del precio medio nacional.

Finalmente, el precio de una plaza residencial en concepto de Estancia Temporal es poco representativa ya que cinco regiones no disponen de información al respecto (Canarias, Cataluña, Murcia, Ceuta y Melilla), bien porque no disponen de este servicio, bien porque está incluido dentro de otro servicio.

b) Gasto estimado (tabla 6 y gráfico 5)

El gasto en servicios sociales para personas mayores dependientes a enero 2004 se estima en 2.646,8 millones de euros. Su distribución por tipo de servicio (gráfico 5) nos indica que casi un 75% (1.971,3 millones de euros) corresponde a gasto en plazas residenciales para personas dependientes; el 24% se destina al Servicio Público de Ayuda a Domicilio y a plazas en Centros de Día para personas dependientes (417,2 millones de euros y 217,4 millones de euros, respectivamente) y el 1,4% restante a gasto en Servicio Público de Teleasistencia y plazas de Estancia Temporal.



**TABLA 6. GASTO EN SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE SERVICIO (MILES DE EUROS/AÑO). ENERO 2004**

Ámbito Territorial	Gasto Total S. Sociales Miles €/año 2004	Servicio público de Ayuda a Domicilio Miles €/año 2004	Servicio público de Teleasistencia Miles €/año 2004	Centros de Día Dependientes Miles €/año 2004	Residencias Dependientes Miles €/año 2004	Estancias Temporales Miles €/año 2004
Andalucía	161.104,55 €	41.577,98 €	8.044,98 €	14.436,44 €	96.466,55 €	578,60 €
Aragón	64.627,04 €	7.741,44 €	1.258,02 €	7.002,85 €	48.579,16 €	45,56 €
Asturias (Principado)	35.764,35 €	12.621,96 €	1.147,85 €	4.099,36 €	17.865,17 €	30,02 €
Baleares (Islas)	30.343,82 €	3.592,03 €	893,04 €	1.890,14 €	23.928,96 €	39,66 €
Canarias	73.309,91 €	11.779,20 €	307,15 €	5.723,47 €	55.500,09 €	
Cantabria	27.039,17 €	3.651,79 €	126,78 €	2.616,09 €	20.639,67 €	4,83 €
Castilla-La Mancha	105.588,16 €	35.272,69 €	3.637,19 €	4.115,53 €	61.740,81 €	821,94 €
Castilla y León	318.550,24 €	43.599,46 €	3.298,70 €	12.461,40 €	259.128,97 €	61,70 €
Cataluña	841.440,55 €	77.850,90 €	1.879,27 €	58.572,99 €	703.137,38 €	
C.Valenciana	243.574,52 €	16.132,38 €	4.524,70 €	11.108,47 €	211.600,17 €	208,80 €
Extremadura	66.360,65 €	22.626,75 €	673,71 €	5.896,58 €	37.123,32 €	40,28 €
Galicia	124.228,62 €	29.674,66 €	1.052,10 €	5.381,66 €	88.074,00 €	46,20 €
Madrid (Comunidad)	292.016,35 €	62.727,63 €	8.138,48 €	50.023,88 €	170.571,9 €	554,44 €
Murcia (Región)	34.583,94 €	5.332,23 €	857,00 €	4.892,22 €	23.502,50 €	
Navarra	38.363,99 €	7.880,85 €	48,56 €	1.687,37 €	28.242,74 €	204,47 €
País Vasco	171.172,94 €	30.588,88 €	761,15 €	25.186,21 €	113.666,79 €	969,91 €
La Rioja	13.881,69 €	2.789,18 €	299,68 €	2.006,47 €	8.762,88 €	23,47 €
Ceuta	1.045,37 €	685,86 €	5,87 €	187,20 €	166,44 €	
Melilla	3.823,44 €	1.062,50 €	60,85 €	64,80 €	2.635,30 €	
<b>España</b>	<b>2.646.819,29 €</b>	<b>417.188,37 €</b>	<b>37.315,07 €</b>	<b>217.353,14 €</b>	<b>1.971.332,8 €</b>	<b>3.629,88 €</b>

Fuente: IMSERSO (2005) Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España.  
Elaboración propia



**TABLA 7.** DISTRIBUCIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004

DISTRIBUCIÓN DE LA CARTERA DE GASTO EN SERVICIOS SOCIALES PARA MAYORES DEPENDIENTES		DISTRIBUCIÓN DE LA CARTERA DE USUARIOS DE SERVICIOS SOCIALES PARA MAYORES DEPENDIENTES	
Residencias	74,5%	Servicio Público de Ayuda a Domicilio	40,3%
Servicio Público de Ayuda a Domicilio	15,8%	Servicio Público de Teleasistencia	26,2%
Centros de Día para Dependientes	8,2%	Residencias	24,4%
Servicio Público de Teleasistencia	1,4%	Centros de Día para Dependientes	8,7%
Estancias Temporales	0,1%	Estancias Temporales	0,5%

Fuente: Elaboración propia a partir de las tablas 2 y 6.

Si comparamos la distribución de la cartera de gasto estimado en servicios con la distribución de la cartera de usuarios, podemos decir que existe una mayor utilización de los servicios públicos de ayuda a domicilio y teleasistencia frente al servicio residencial, si bien la mayor parte del gasto estimado (74,5%) la absorbe este último recurso debido a que su precio unitario es mucho mayor que el de los servicios de ayuda a domicilio y de teleasistencia, por tratarse de un recurso residencial.

#### c) Comparación Territorial

Para llevar a cabo el análisis comparativo del gasto estimado entre regiones hemos elaborado tres indicadores, que permiten una comparación más rigurosa que la que se deriva de comparar la cifra absoluta de gasto estimado. Consideramos el gasto estimado en relación a las siguientes variables: usuarios de 65 y más años, población mayor dependiente estimada y Producto Interior Bruto (PIB).

**TABLA 8. GASTO EN SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004**

Ámbito Territorial	Gasto Total S. Sociales Miles €/año 2004	Total Número (1) Usuarios (Plazas) 01/01/2004	Gastos S. Sociales Usuarios =>65 €/año 2004	Gastos S. Sociales Usuarios =>65 Índice España =100	Total Número Depend. =>65 01/01/2004	Gastos S. Sociales Depend. =>65 €/año 2004	Gastos S. Sociales Depend. =>65 Índice España =100
Andalucía	161.104,55 €	70.378	2.289,13 €	48	351.597	458,21€	31
Aragón	64.627,04 €	19.462	3.320,68 €	69	49.872	1.295,87 €	88
Asturias (Principado)	35.764,35 €	14.593	2.450,79 €	51	49.143	727,75 €	50
Baleares (Islas)	30.343,82 €	7.428	4.085,06 €	85	27.506	1.103,16 €	75
Canarias	73.309,91 €	10.074	7.277,14 €	152	47.500	1.543,37 €	105
Cantabria	27.039,17 €	4.325	6.251,83 €	131	26.641	1.014,96 €	69
Castilla-La Mancha	105.588,16 €	37.447	2.819,67 €	59	94.250	1.120,29 €	76
Castilla y León	318.550,24 €	55.309	5.759,46 €	120	158.493	2.009,87 €	137
Cataluña	841.440,55 €	113.862	7.390,00 €	154	305.901	2.750,70 €	187
C.Valenciana	243.574,52 €	44.047	5.529,88 €	115	173.925	1.400,46€	95
Extremadura	66.360,65 €	22.537	2.944,52 €	61	56.142	1.182,02 €	80
Galicia	124.228,62 €	23.234	5.346,85 €	112	156.244	795,10 €	54
Madrid (Comunidad)	292.016,35 €	82.452	3.541,65 €	74	142.712	2.046,19 €	139
Murcia (Región)	34.583,94 €	7.746	4.464,75 €	93	57.517	601,28 €	41
Navarra	38.363,99 €	11.277	3.401,97 €	71	23.877	1.606,76 €	109
País Vasco	171.172,94 €	24.138	7.091,43 €	148	68.516	2.498,28 €	170
La Rioja	13.881,69 €	3.438	4.037,72 €	84	8.240	1.684,73 €	115
Ceuta	1.045,37 €	362	2.887,75 €	60	2.161	483,66 €	33
Melilla	3.823,44 €	550	6.951,72 €	145	1.839	2.078,82 €	142
<b>España</b>	<b>2.646.819,29 €</b>	<b>552.659</b>	<b>4.789,24 €</b>	<b>100</b>	<b>1.802.204</b>	<b>1.468,66 €</b>	<b>100</b>

Fuente: IMSERSO (2005) Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España.

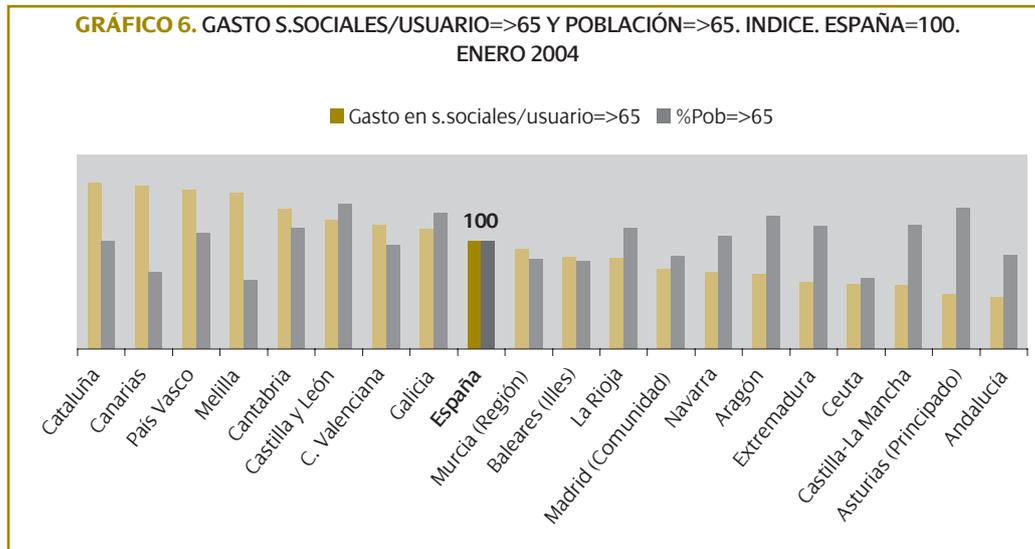
INE. [www.ine.es](http://www.ine.es). Encuesta de Discapacidades, deficiencias y Estados de Salud (1999).

INE (2005). Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/04.

Elaboración propia.

(1) Se considera, a efectos del cálculo del gasto por usuario=>65 años, el número de usuarios para los servicios públicos de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia, y para los servicios de Centros de Día, Residencias asistidas y Estancias temporales el número de plazas. En el caso de Ceuta se considera el número de usuarios dependientes en residencias y no el número de plazas ya que no disponemos de este último dato.

- Población de 65 y más años y gasto estimado en servicios sociales para mayores dependientes (tabla 8 y gráfico 6).

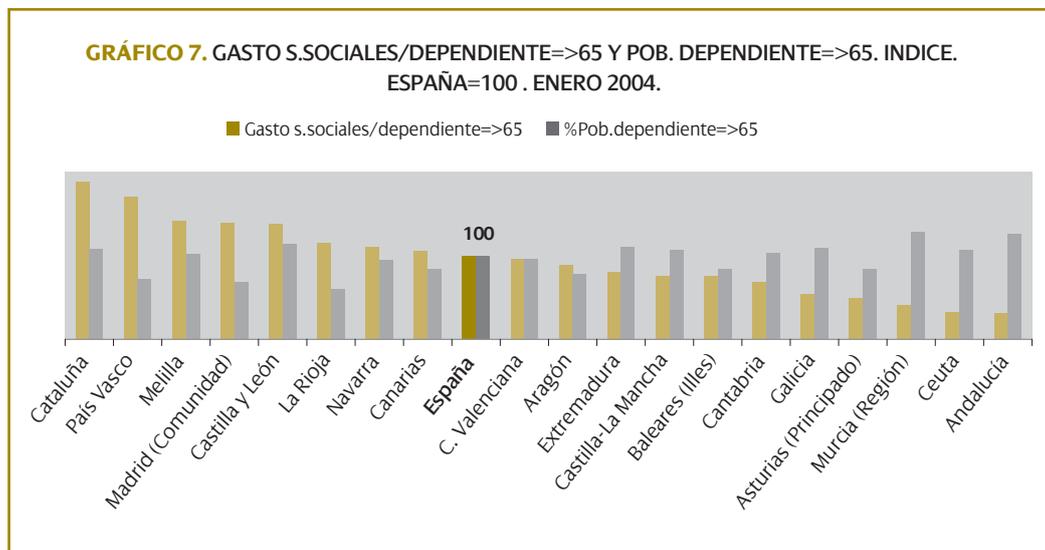


El gasto en servicios sociales por usuario de 65 y más años se sitúa en 4.789 euros anuales como media nacional (tabla 8). Las comunidades autónomas que tienen un mayor gasto por usuario de 65 y más años (por encima de 7.000 euros anuales) son Cataluña, Canarias, País Vasco y la Ciudad Autónoma de Melilla; Cantabria y Castilla y León presentan un gasto anual por usuario de 65 y más años de 6.000 euros y, a mayor distancia, se encuentran Comunidad Valenciana y Galicia con un gasto anual en torno a 5.500 euros por usuario de 65 y más años.

Si observamos la estructura de población de 65 y más años de estas regiones (gráfico 6) podemos comprobar que, excepto Castilla y León, Galicia y País Vasco, el resto no tienen un porcentaje de población envejecida inferior a la media nacional, especialmente en Canarias y Melilla donde el elevado gasto por usuario se explica por tratarse de territorios con los precios más altos en algunos servicios, como el Servicio Público de Ayuda a Domicilio y las plazas residenciales en Melilla. También el País Vasco destaca por sus elevados precios en algunos servicios como Ayuda a Domicilio o Centros de Día.

Entre las regiones que presentan un gasto por usuario de 65 y más años en servicios sociales por debajo de la media nacional (gráfico 6), se encuentran algunas cuya población es de las más envejecidas como es el caso de Asturias con un gasto anual por usuario de 2.500 euros, de Castilla-La Mancha (2.800 euros) o de Extremadura y Aragón con un gasto anual en torno a 3.000 euros por usuario de 65 y más años.

- Población mayor dependiente estimada y gasto estimado en servicios sociales para mayores dependientes (tabla 8 y gráfico 7).



Si consideramos el número total de personas dependientes de 65 y más años estimadas (1.802.204), sin variar el importe de gasto estimado, el gasto anual por persona mayor dependiente se reduce a 1.468 euros frente a los 4.789 euros que obteníamos al considerar exclusivamente los usuarios (plazas) existentes a enero de 2004.

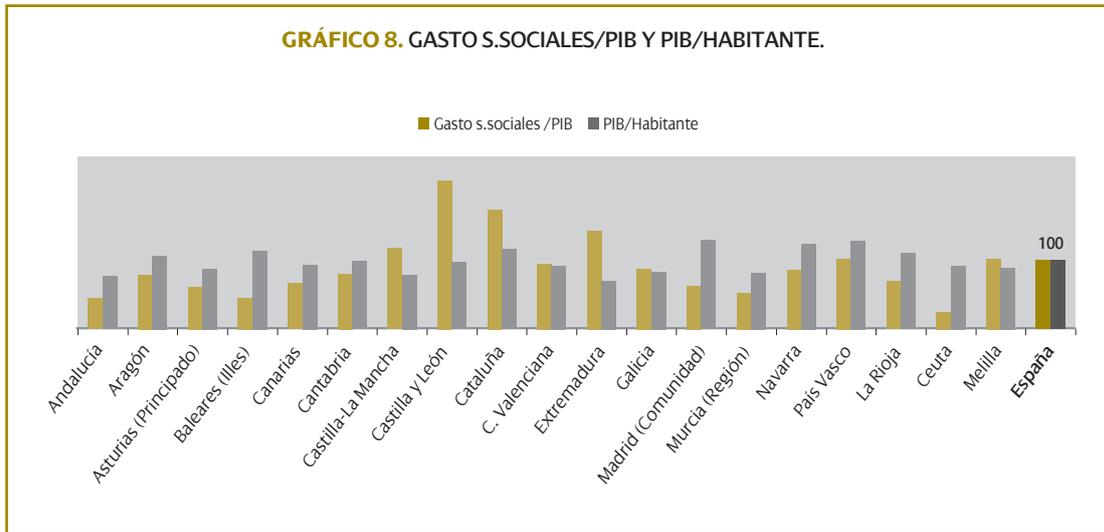
Este dato constituye un primer indicador del incremento del gasto que será necesario para abordar la universalización de la protección de las personas mayores en situación de dependencia, puesto que la cobertura que se puede obtener con 1.468 euros al año (cerca de 122 euros mensuales) es insignificante.

La mayoría de las comunidades autónomas con mayor gasto por persona dependiente (gráfico 7) -País Vasco, Madrid, La Rioja y Canarias- coinciden con aquellas en las que el porcentaje de población mayor dependiente estimada se sitúa por debajo de la media nacional (24,68%). Cataluña, Melilla y Castilla y León constituyen la excepción, ya que, aunque el gasto anual por persona mayor dependiente se encuentra por encima de la media nacional, también lo está el porcentaje de población dependiente estimada (24,68%).

Existen otras regiones, como Andalucía, Murcia, Asturias y Galicia, con un porcentaje de población mayor dependiente estimada que supera ampliamente la media nacional y en las que, sin embargo, el gasto anual por persona dependiente resultante es muy bajo.

De nuevo destaca el caso de la Región de Murcia, una de las menos envejecidas y con una población mayor dependiente estimada de las más altas del ámbito nacional y con un nivel de gasto por persona mayor dependiente de los más bajos.

- Esfuerzo estimado en servicios sociales para mayores dependientes (tabla 9 y gráfico 8).



El gasto estimado en servicios sociales para personas mayores dependientes representa como media nacional el 0,36% del Producto Interior Bruto (PIB) a enero 2004 (tabla 9). La comunidad autónoma que realiza un mayor esfuerzo es Castilla y León con una participación del 0,77%, participación que dobla a la media nacional. También destacan, aunque a mayor distancia, Cataluña (0,62%), Extremadura (0,51%) y Castilla-La Mancha (0,42%).

Todas estas comunidades tienen una estructura de población envejecida por encima de la media nacional (16,90%), excepto Cataluña, que se sitúa en el mismo nivel que la media nacional. Asimismo todas ellas superan el porcentaje medio de población mayor dependiente estimada (24,68%).

Las regiones con un menor peso de los servicios sociales para mayores dependientes en el PIB son Ceuta (0,09%), Andalucía y Baleares (0,16%), y Murcia (0,19%). En ellas el porcentaje de población mayor se encuentra por debajo de la media nacional (gráfico 1), es decir, tienen una población muy envejecida y, sin embargo, presentan un porcentaje de población mayor dependiente estimada de los más altos (gráfico 2), caso concreto de Murcia y Andalucía.

**TABLA 9. GASTO EN SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN RELACIÓN CON EL PIB. ENERO 2004**

Ámbito Territorial	Gasto Total S. Sociales Miles €/año 2004	PIB pm Miles €/año 2003 (A)	PIB pm por habitante Euros/año	Gasto Total S. Sociales PIB (%)	Gasto Total S. Sociales PIB Índice España=100
Andalucía	161.104,55 €	101.987.848,00 €	13.266,68 €	0,16%	44
Aragón	64.627,04 €	22.946.671,00 €	18.363,45 €	0,28%	79
Asturias (Principado)	35.764,35 €	16.205.553,00 €	15.092,33 €	0,22%	62
Baleares (Islas)	30.343,82 €	18.740.588,00 €	19.622,73 €	0,16%	46
Canarias	73.309,91 €	31.035.307,00 €	16.201,86 €	0,24%	66
Cantabria	27.039,17 €	9.448.911,00 €	17.031,69 €	0,29%	81
Castilla-La Mancha	105.588,16 €	25.259.333,00 €	13.661,96 €	0,42%	118
Castilla y León	318.550,24 €	41.629.408,00 €	16.692,37 €	0,77%	215
Cataluña	841.440,55 €	136.481.921,00 €	20.031,64 €	0,62%	173
C.Valenciana	243.574,52 €	72.319.484,00 €	15.917,82 €	0,34%	95
Extremadura	66.360,65 €	13.011.191,00 €	12.100,21 €	0,51%	144
Galicia	124.228,62 €	39.683.156,00 €	14.425,07 €	0,31%	88
Madrid (Comunidad)	292.016,35 €	129.554.365,00 €	22.318,38 €	0,23%	63
Murcia (Región)	34.583,94 €	18.335.564,00 €	14.162,08 €	0,19%	53
Navarra	38.363,99 €	12.555.323,00 €	21.471,85 €	0,31%	86
País Vasco	171.172,94 €	46.927.121,00 €	22.184,84 €	0,36%	103
La Rioja	13.881,69 €	5.596.843,00 €	19.065,87 €	0,25%	70
Ceuta	1.045,37 €	1.188.263,00 €	15.916,94 €	0,09%	25
Melilla	3.823,44 €	1.051.596,00 €	15.461,01 €	0,36%	102
Extra-Regio		795.554,00 €			
<b>España</b>	<b>2.646.819,29 €</b>	<b>744.754.000,00 €</b>	<b>17.240,60 €</b>	<b>0,36%</b>	<b>100</b>

Fuente: IMSERSO (2005). Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. INE (2005). Cuentas Económicas. Contabilidad Regional de España. Base 1995. Elaboración propia.

La variable riqueza, medida a través del PIB por habitante, se sitúa como media nacional en 17.240 euros anuales (tabla 9). Las comunidades autónomas más ricas son Madrid, País Vasco y Navarra, seguidas de Cataluña, Baleares, La Rioja y Aragón. Ninguna comunidad, excepto Cataluña, se encuentra entre las regiones que realizan un mayor esfuerzo (gasto/PIB). En todas ellas, la participación del gasto estimado en servicios sociales para mayores dependientes en el PIB se encuentra por debajo de la media nacional (0,36%), o al mismo nivel como ocurre en el País Vasco.

Del conjunto de regiones más ricas, todas, excepto Madrid y Baleares, tienen una estructura de población envejecida que supera la media nacional (gráfico 1), o que se sitúa al mismo nivel como en el caso de Cataluña. Si atendemos al gasto por usuario de 65 y más años (gráfico 6), en todas ellas éste se encuentra por debajo de la media nacional (4.789 euros anuales), excepto en Cataluña y País Vasco.

## II.2.3. Del sistema asistencial al sistema universal. Incremento necesario del gasto en servicios sociales para personas mayores dependientes. Análisis territorial. Enero 2004

### II.2.3.1. Aspectos Metodológicos

El cálculo del gasto necesario asociado a la universalización de los servicios sociales para personas mayores dependientes parte de las siguientes premisas:

1. Se toma como población protegible la estimación que hemos realizado de población mayor dependiente que, recordemos, incluye *toda* la población de 65 y más años, que reside en viviendas familiares, con alguna discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria de la EDDES-99, extrapolada a enero 2004, más la población mayor dependiente en residencias, estimada a través del número de plazas (para dependientes) residenciales ofertadas a enero 2004.
2. Se parte de la cifra de gasto total en servicios sociales para mayores dependientes estimada a enero 2004, según la metodología explicada anteriormente.
3. Se considera que la única modificación del actual sistema de servicios sociales dirigidos a personas mayores dependientes es la ampliación de la cobertura a toda la población mayor dependiente estimada. Es decir, no se contempla ninguna modificación legislativa, ni de contenido y cuantía de las prestaciones, ni en la financiación, ni tampoco se cuantifica el mayor gasto que se pueda derivar de la necesaria profesionalización del sector.
4. Se considera el mismo factor de crecimiento necesario para toda la población mayor dependiente estimada, sin distinguir entre los niveles de dependencia que este colectivo pueda presentar<sup>8</sup>. Ello obedece a que los estudios consultados aportan resultados a nivel nacional pero no territorial y, por otra parte, la delimitación de población dependiente no coincide íntegramente con la estimada en la EDDES aunque se utilice como base.

Bajo estas premisas, se parte del índice de cobertura actual (enero 2004) de los servicios sociales para mayores dependientes sobre la población mayor dependiente estimada. Se calcula el factor de crecimiento necesario para cubrir el 100% de la población mayor dependiente estimada. Este factor de crecimiento nos indica el número de veces que debe aumentar el gasto total en servicios sociales para dar cobertura a toda la población mayor dependiente estimada a enero 2004. Y se multiplica el gasto total actual por el factor de crecimiento que corresponde a cada ámbito territorial, obteniendo el gasto en servicios sociales para mayores dependientes necesario para cubrir a toda la población mayor dependiente estimada (tabla 10).

---

<sup>8</sup>Las distintas aportaciones sobre distribución de cartera de servicios sociales, por niveles de dependencia, para personas mayores dependientes son tratadas en un epígrafe posterior.

**TABLA 10. INCREMENTO NECESARIO DEL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. BAJO EL SUPUESTO DE SISTEMA UNIVERSAL ENERO 2004**

Ámbito Territorial	Gasto Total S. Sociales Miles €/año 2004	Población=>65 Dependiente (1) 01/01/2004	Cobertura (2) Pob. Depend.=>65 (%)	Factor de Crecimien.	Incremento Necesario Índice España=100	Gasto Total S. Sociales Cobertura=100% Miles €/año	Incremento Gasto S. Sociales Miles €/año
Andalucía	161.104,55	351.597	23,51	4,25	134	685.355,49 €	524.250,94 €
Aragón	64.627,04	49.872	39,02	2,56	81	165.607,46 €	100.980,42 €
Asturias (Principado)	35.764,35	49.143	29,80	3,36	106	120.020,77 €	84.256,42 €
Baleares (Islas)	30.343,82	27.506	27,00	3,70	117	112.365,03 €	82.021,21 €
Canarias	73.309,91	47.500	21,23	4,71	149	345.321,03 €	272.011,12 €
Cantabria	27.039,17	26.641	16,23	6,16	194	166.553,26 €	139.514,10 €
Castilla-La Mancha	105.588,16	94.250	41,41	2,42	76	255.008,88 €	149.420,72 €
Castilla y León	318.550,24	158.493	35,09	2,85	90	907.797,25 €	589.247,01 €
Cataluña	841.440,55	305.901	37,22	2,69	85	2.260.608,95 €	1.419.168,40 €
C. Valenciana	243.574,52	173.925	25,33	3,95	125	961.785,41 €	718.210,88 €
Extremadura	66.360,65	56.142	40,14	2,49	79	165.310,38 €	98.949,74 €
Galicia	124.228,62	156.244	14,87	6,72	212	835.410,26 €	711.181,64 €
Madrid (Comunidad)	292.016,35	142.712	58,71	1,70	54	497.365,18 €	205.348,83 €
Murcia (Región)	34.583,94	57.517	13,47	7,43	234	256.800,26 €	222.216,32 €
Navarra	38.363,99	23.877	47,23	2,12	67	81.227,23 €	42.863,24 €
País Vasco	171.172,94	68.516	35,23	2,84	90	485.878,38 €	314.705,44 €
La Rioja	13.881,69	8.240	41,72	2,40	76	33.269,61 €	19.387,93 €
Ceuta	1.045,37	2.161	16,93	5,91	186	6.173,22 €	5.127,86 €
Melilla	3.823,44	1.839	33,33	3,00	95	11.471,82 €	7.648,38 €
<b>España</b>	<b>2.646.819,29</b>	<b>1.802.204</b>	<b>31,53</b>	<b>3,17</b>	<b>100</b>	<b>8.393.923,68 €</b>	<b>5.747.104,40 €</b>

Fuente: IMSERSO (2005) Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. INE (2005). Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/04. INE. www.ine.es. Encuesta de Discapacidades, deficiencias y Estados de Salud(1999).Elaboración propia.

(1) La población dependiente, a enero 2004, es el resultado de aplicar el porcentaje de población dependiente=>65 años/población=>65 años, según la EDDES-99, a la población=>65 años a enero 2004 (según datos oficiales INE). A este número, que nos indica la población=>65 años dependiente en domicilios le sumamos el número de plazas residenciales para personas mayores dependientes a enero 2004.

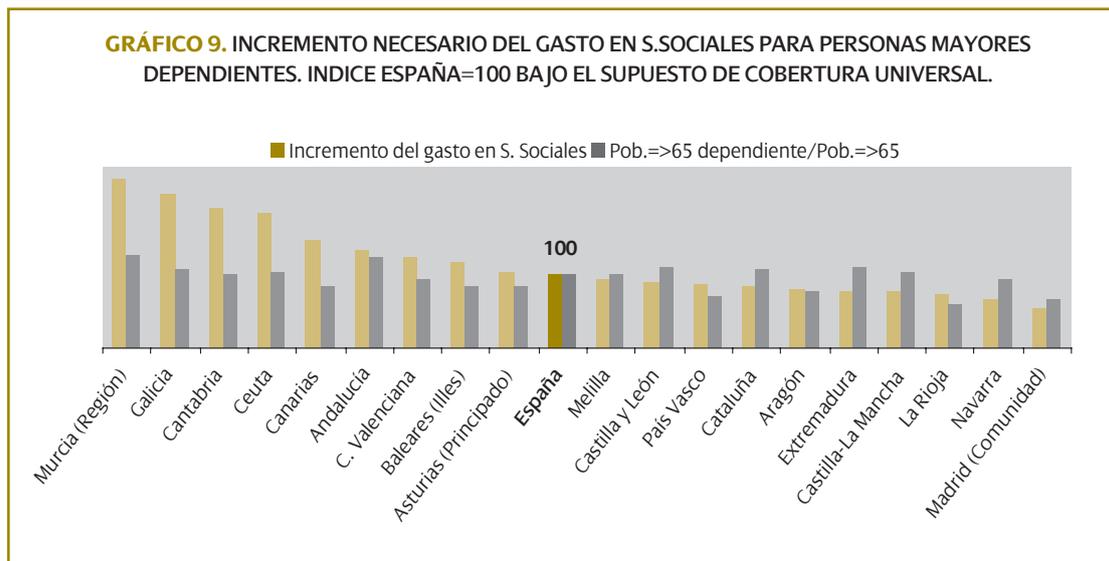
(2) A efectos del cálculo de la cobertura, se considera con carácter general el número de usuarios en el caso de servicio público de ayuda a domicilio y Teleasistencia y número de plazas para centros de día, residencias para dependientes y estancias temporales. Excepto en los siguientes casos: en Centros de Día a efectos del cálculo de la tasa de cobertura, se considera el número de usuarios y no el número de plazas, por ser superior el primero en las comunidades autónomas de Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León y Madrid y en la Ciudad Autónoma de Ceuta; en residencias para dependientes se considera a efectos del cálculo de la tasa de cobertura, el número de usuarios y no el número de plazas por ser superior el primero en la comunidad autónoma del Principado de Asturias y en la Ciudad Autónoma de Melilla.

**II.2.3.2. Análisis de Resultados. Enero 2004 (tablas 10 y 11 y gráfico 9)**

El gasto total en servicios sociales para personas mayores dependientes se ha estimado en 2.646,8 millones de euros a enero 2004. Con el actual sistema asistencial de servicios sociales para mayores dependientes, 31,5 de cada 100 personas dependientes de 65 y más años quedarían cubiertas, quedando excluidas el 68,5% de la población mayor dependiente estimada.

El supuesto de universalizar el acceso al sistema a toda persona de 65 y más años en situación de dependencia implicaría un aumento en más de tres veces el importe de gasto actual en servicios sociales para mayores dependientes, situándose en 8.393,9 millones de euros a enero 2004. Es decir, el incremento de gasto derivado de la universalización de los servicios sociales a personas mayores dependientes sería de 5.747,1 millones de euros, lo que supondría un incremento en el PIB de 0,77 puntos, al pasar de representar el 0,36% bajo el sistema asistencial a suponer más del 1% como media nacional.

El análisis territorial (gráfico 9) nos indica que las regiones con un mayor factor de crecimiento necesario son aquellas que parten de los niveles más bajos de gasto actual estimado y cuyo porcentaje de población mayor dependiente es alto respecto de la media nacional. Este es el caso de Murcia, Galicia, Cantabria y Ceuta, cuyo gasto se multiplica por 6 veces o más (7, 43 en el caso de Murcia).



La comunidad autónoma con menor factor de crecimiento necesario (1,7) es Madrid ya que la cobertura actual alcanza a más de la mitad de la población mayor dependiente estimada (58,7%), frente a una cobertura media del 31,5% a nivel nacional.

En cuanto al incremento de la participación del gasto en el PIB (tabla 11), Galicia, Cantabria, Castilla y León y Murcia, son las regiones en las que se producirá un mayor aumento en la participación, en todas ellas por encima de un punto porcentual frente al incremento medio de 0,77 puntos a nivel nacional. Galicia, donde la participación del gasto en el PIB aumentará en 1,79 puntos, es la comunidad autónoma que deberá realizar un mayor esfuerzo puesto que el PIB por habitante es de los más bajos de España (tabla 9).

**TABLA 11. GASTO EN SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES BAJO EL SUPUESTO DE SISTEMA UNIVERSAL. PARTICIPACIÓN EN EL PIB**

Ámbito Territorial	Gasto Total S. Sociales Miles €/año 2004	Gasto S. Sociales PIB (%)	Gasto S. Sociales Cobertura=100% Miles €/año 2004	Gasto S. Sociales PIB (%)	Gasto S. Sociales/ PIB (puntos porcentuales)
Andalucía	161.104,55 €	0,16%	685.355,49 €	0,67%	0,51
Aragón	64.627,04 €	0,28%	165.607,46 €	0,72%	0,44
Asturias (Principado)	35.764,35 €	0,22%	120.020,77 €	0,74%	0,52
Baleares (Illes)	30.343,82 €	0,16%	112.365,03 €	0,60%	0,44
Canarias	73.309,91€	0,24%	345.321,03 €	1,11%	0,88
Cantabria	27.039,17 €	0,29%	166.553,26 €	1,76%	1,48
Castilla-La Mancha	105.588,16 €	0,42%	255.008,88 €	1,01%	0,59
Castilla y León	318.550,24 €	0,77%	907.797,25 €	2,18%	1,42
Cataluña	841.440,55 €	0,62%	2.260.608,95 €	1,66%	1,04
C.Valenciana	243.574,52 €	0,34%	961.785,41€	1,33%	0,99
Extremadura	66.360,65 €	0,51%	165.310,38 €	1,27%	0,76
Galicia	124.228,62 €	0,31%	835.410,26 €	2,11%	1,79
Madrid (Comunidad)	292.016,35 €	0,23%	497.365,18 €	0,38%	0,16
Murcia (Región)	34.583,94 €	0,19%	256.800,26 €	1,40%	1,21
Navarra	38.363,99 €	0,31%	81.227,23 €	0,65%	0,34
País Vasco	171.172,94 €	0,36%	485.878,38 €	1,04%	0,67
La Rioja	13.881,69 €	0,25%	33.269,61 €	0,59%	0,35
Ceuta	1.045,37 €	0,09%	6.173,22 €	0,52%	0,43
Melilla	3.823,44 €	0,36%	11.471,82 €	1,09%	0,73
<b>España</b>	<b>2.646.819,29 €</b>	<b>0,36%</b>	<b>8.393.923,68 €</b>	<b>1,13%</b>	<b>0,77</b>

Fuente: IMSERSO (2005). Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España; INE (2005) Cuentas Económicas. Contabilidad Regional de España. Base 1995. Elaboración propia.



## II.2.4. Estimaciones del gasto en servicios sociales para personas mayores dependientes bajo el supuesto de cobertura universal. Distribución por niveles de dependencia

En este epígrafe vamos a analizar tres propuestas sobre la distribución del gasto estimado en servicios sociales para la población de 65 años y más, por niveles de dependencia bajo el supuesto de cobertura universal<sup>9</sup> (ver anexo III).

En la siguiente tabla se resumen los principales resultados de dichos estudios, así como la aportación de un reciente estudio de Caixa Catalunya y la estimación realizada en esta investigación:

**TABLA 12. ESTIMACIONES DEL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES POR NIVELES DE DEPENDENCIA<sup>10</sup>. COBERTURA UNIVERSAL**

Autor	POBLACIÓN=>65 DEPENDIENTE POR NIVELES DE DEPENDENCIA				GASTO ESTIMADO EN S.SOCIALES PARA MAYORES DEPENDIENTES POR NIVELES DE DEPENDENCIA.				
	N1	N2	N3	Total	N1	N2	N3	Total	%/PIB
Braña, FJ(2004)	48,4%	31,1%	20,6%	1.827.809 100%	24,2%	35,8%	40,0%	Año 1998 <b>9.427,5 Mill €</b> 100%	1,79%
Eulen (2005)	41,7%	40,0%	18,3%	2.512.153 100%	10,3%	53,3%	36,4%	Año 2002 <b>13.085,5 Mill €</b> 100%	1,89%
Libro Blanco. (2005)	44,9%	35,3%	19,8%	826.551 100%	9,3%	45,1%	45,6%	Año 2005 <b>5.289,1 Mill €</b> 100%	0,68% 1,62%
Caixa Catalunya (2005)								2050-2001 <sup>12</sup>	
UAM-Premio Edad&Vida (2005)								Año 2005 <b>8.393,9 Mill €</b>	1,13%

<sup>9</sup> Se entiende por cobertura universal el acceso de toda la población mayor dependiente estimada a los servicios sociales para mayores dependientes.

<sup>10</sup> N1: nivel más bajo de dependencia: Braña (D. leve), Eulen (D. leve) y Libro Blanco (D. moderada); N2: nivel medio de dependencia: Braña (D. grave), Eulen (D. moderada) y Libro Blanco (D. severa); N3: nivel más bajo de dependencia: Braña (D. severa), Eulen (D. grave) y Libro Blanco (Gran dependencia).

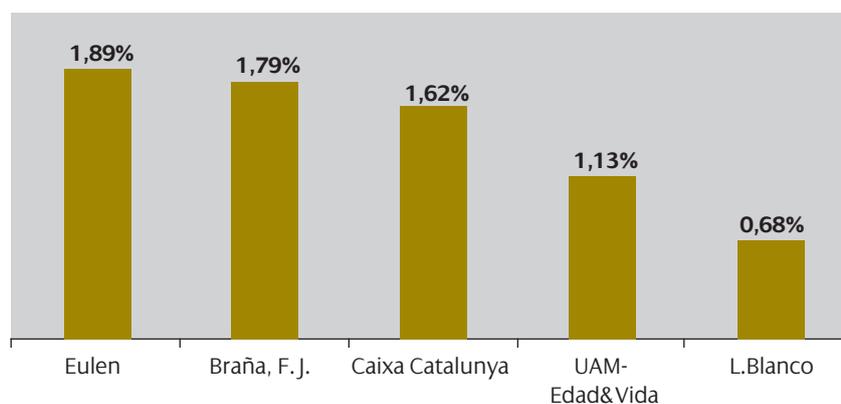
<sup>11</sup> La estimación del Libro Blanco no considera como población dependiente, a efectos de su acceso a las prestaciones del sistema nacional de dependencia, a la población con discapacidad moderada para ABVD o alguna discapacidad para AIVD.

<sup>12</sup> El estudio realizado por Caixa Catalunya (2005) no considera la universalización del sistema y aporta una estimación de la participación del gasto en dependencia en el PIB con proyección al año 2050.

La estimación realizada por Caixa Catalunya ofrece los resultados para el período 2001-2050 en términos del PIB. Parte de una estimación de la participación del gasto en dependencia en el PIB del 0,65% para el año 2001, y bajo las hipótesis de crecimiento del PIB a largo plazo establecidas por la Comisión Europea estima un aumento de la participación del gasto en dependencia en el PIB del 149% entre el 2001 y el año 2050. Como la propia publicación subraya estas hipótesis de crecimiento del PIB incluyen un aumento de la participación laboral femenina, necesaria para compensar la disminución prevista en el número de personas en edad de trabajar, pero no tienen en cuenta la aportación monetaria que representa el colectivo de mujeres cuidadoras informales. La incorporación de estas mujeres al mercado de trabajo exigirá el aumento en la oferta de servicios profesionales de atención a personas dependientes. Como concluye el estudio, la sustitución de cuidadores informales por profesionales aumentará tanto el nivel de gasto aparente como el PIB. El efecto de estos cambios en la sostenibilidad económica dependerá de que el efecto neto sea positivo, para lo que debe procurarse que los servicios ofrecidos sean eficientes, es decir, permitan que las personas dependientes estén dignamente atendidas y que sus familiares puedan trabajar.

Respecto de la estimación realizada en esta investigación, UAM-Edad&Vida, ya se ha tratado en profundidad tanto su metodología como los resultados. Destacar aquí que: la estimación considera que se amplía la cobertura a toda la población dependiente estimada, a partir de la EDD-99, no se diferencia por niveles de dependencia por los motivos expuestos en la metodología y se aporta la estimación a nivel territorial con datos referidos a enero 2004.

**GRÁFICO 10A. ESTIMACIONES DEL GASTO EN DEPENDENCIA COMO PORCENTAJE DEL PIB**



Como podemos observar en la tabla 12 las estimaciones realizadas difieren de forma importante: la propuesta de Eulen estima que la propuesta de ampliación de cobertura, de los servicios sociales para mayores dependientes, supondrá un gasto en torno a 13.000 millones de euros, frente a los 5.289 millones de euros estimados en el Libro Blanco; las propuestas de Braña y UAM-Edad&Vida se sitúan entre estos dos extremos con estimaciones parecidas de 9.428 millones de euros y 8.394 millones de euros, respectivamente.

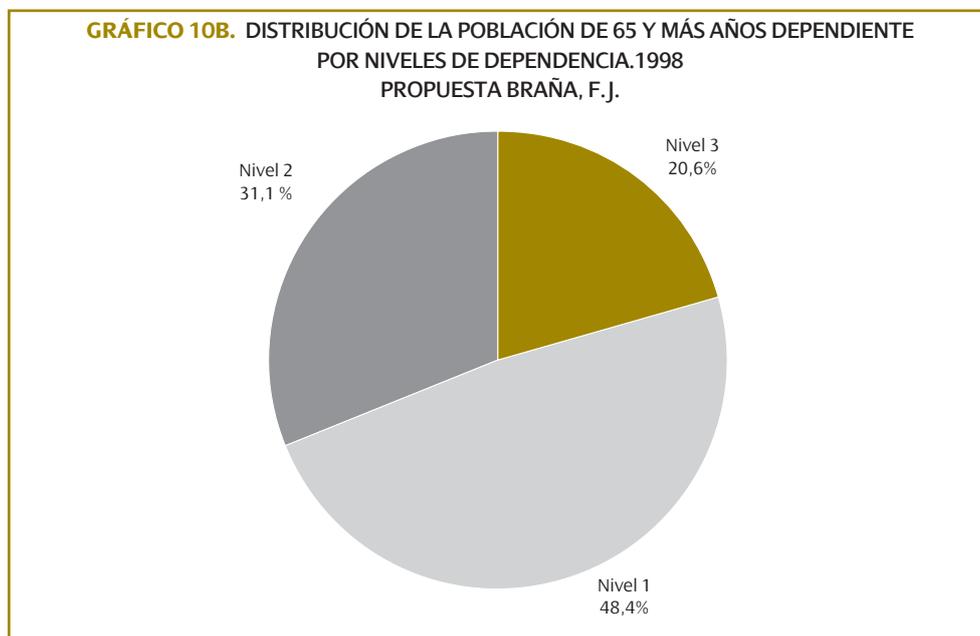
Estas diferencias se explican principalmente por el número de personas de 65 y más años que se considere en cada nivel de dependencia, es decir, de la delimitación conceptual de los niveles de dependencia (número de actividades limitantes, frecuen-

cia de la limitación, tiempo de ayuda necesario...) y del precio unitario que se tome como referencia de los servicios asignados. Como puede comprobarse en los resultado, recogidos en el anexo III, el gasto por persona dependiente del nivel más alto (N3) es mucho mayor (entre 4 y 11 veces más) que el gasto por persona dependiente del nivel más bajo (N1).

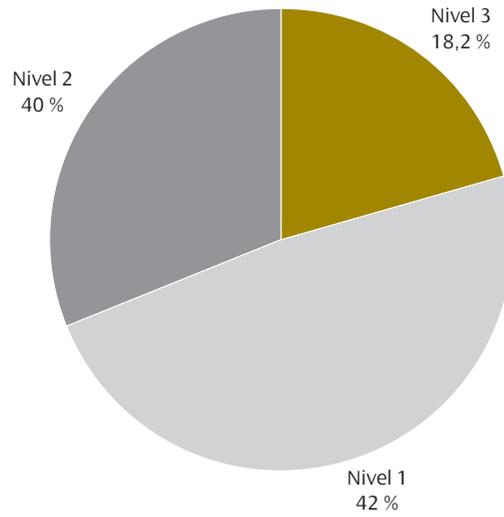
La distribución de la población mayor dependiente por niveles de dependencia (tabla 12 y gráficos 10.B. a 12) presenta menores diferencias en las propuestas consideradas: entre el 45% y 48% de la población mayor dependiente padece dependencia de nivel bajo; entre el 31%-40% sufre dependencia media y en torno al 20% de la población dependiente de 65 y más años tiene un alto nivel de dependencia para realizar las AVD.

En cuanto a la distribución del gasto en dependencia por niveles dependencia (tabla 12 y gráficos 13 a 15), las tres propuestas coinciden en que el nivel más bajo de dependencia (N1) es el que menos gasto representa (24,2%, 10,3% y 9,4% del gasto total), porque a pesar de ser el nivel con mayor número de personas dependientes, el tipo de servicios asignados (servicios comunitarios: ayuda a domicilio, teleasistencia e incluso centro de día) son, sin embargo, menos costosos no sólo por su precio unitario sino también por la cobertura temporal que se asigna.

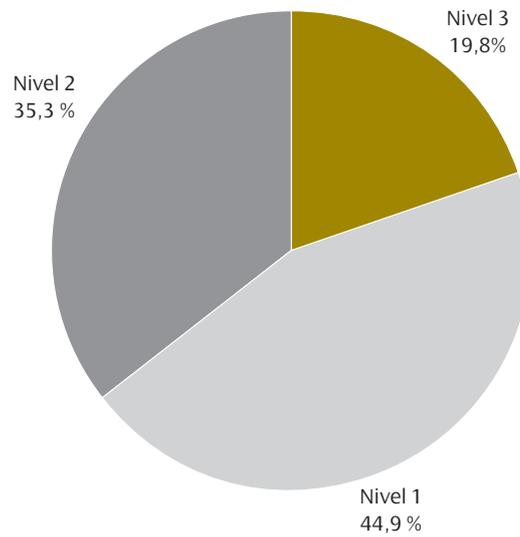
En el nivel de dependencia medio (N2) existen mayores diferencias en cuanto a la proporción de gasto que representa (35,8%, 53,3% y 45%), pero en cualquier caso se sitúa muy por encima del gasto correspondiente al nivel más bajo (N1). En los niveles medios de dependencia la cartera de servicios asignada combina recursos comunitarios (ayuda a domicilio, teleasistencia y centros de día) con el recurso residencial, que es el de mayor precio unitario. El nivel de dependencia más alto (N3), aunque requiere una mayor utilización del recurso residencial presenta un gasto que no difiere tanto del nivel 2 (40%, 36,4% y 45,6%), ya que el porcentaje de población dependiente de 65 y más años que se encuentra en este nivel es menor que en los niveles 1 y 2. Es decir, son pocas las personas de 65 y más años que padecen el más alto grado de dependencia.

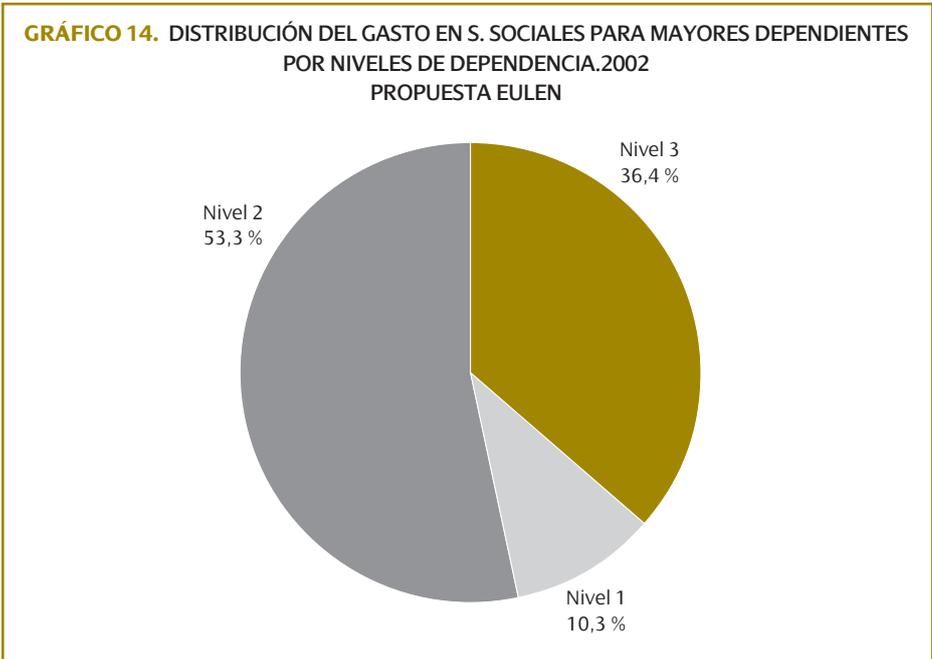
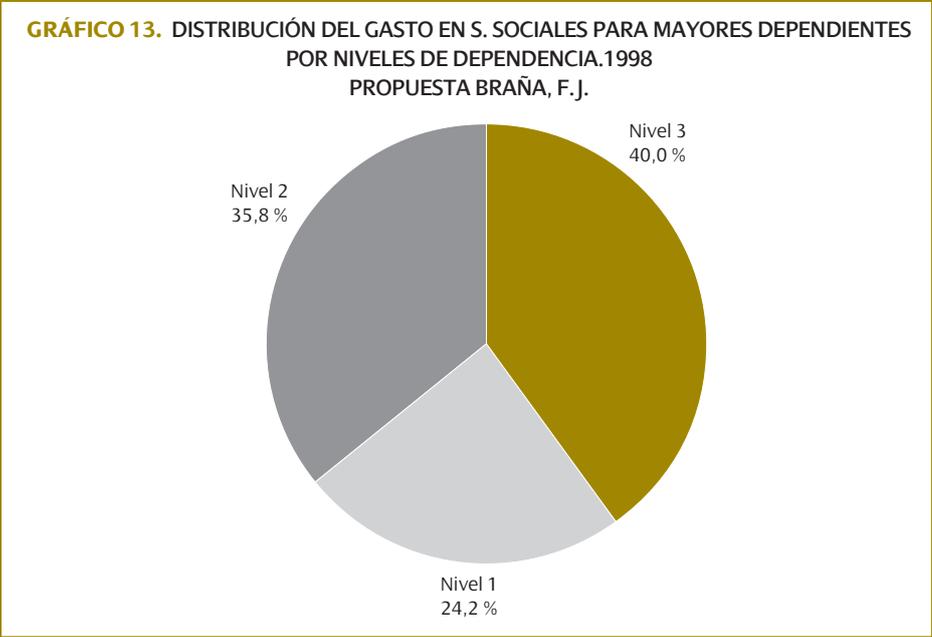


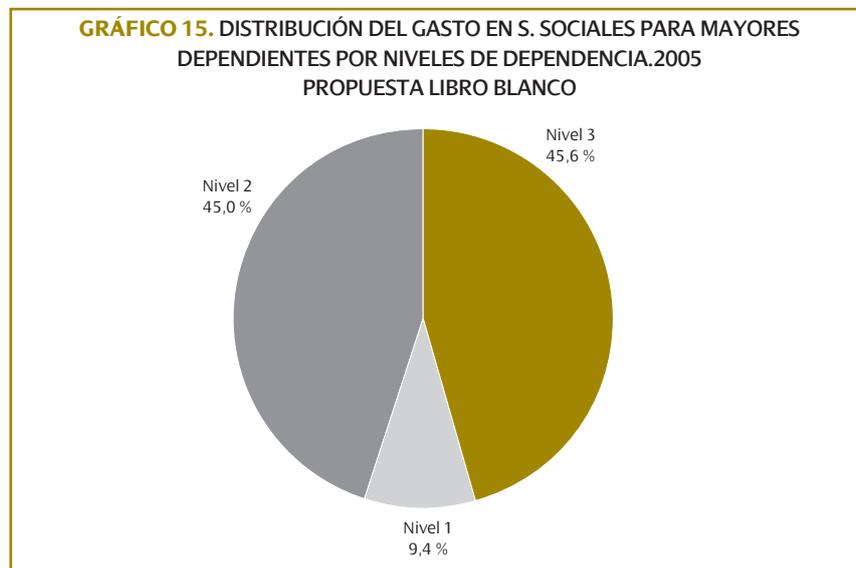
**GRÁFICO 11.** DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS DEPENDIENTE  
POR NIVELES DE DEPENDENCIA.2002  
PROPUESTA EULEN



**GRÁFICO 12.** DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS DEPENDIENTE  
POR NIVELES DE DEPENDENCIA.2005  
PROPUESTA LIBRO BLANCO







### II.2.5. Distribución de la cartera de gasto de servicios sociales para personas mayores dependientes por niveles de dependencia

En el anexo III y en los gráficos 16 a 23 se recogen los resultados de varios estudios relativos a la distribución de la cartera de gasto en servicios sociales para personas mayores dependientes, en función del nivel de dependencia.

La distribución de la cartera de gasto propuesta en el Libro Blanco<sup>13</sup> bajo el supuesto de cobertura universal (gráfico 17.A) implica una mayor utilización del recurso residencial, respecto de la situación actual<sup>14</sup> (gráfico 16), a costa de una menor utilización del servicio de ayuda a domicilio. Concretamente, el 79% del gasto corresponde a plazas residenciales frente al 74,5% de la cartera actual.

Este resultado se explica porque la población que el Libro Blanco define como susceptible de protección a través del Sistema Nacional de Dependencia se limita a la población con discapacidad severa o total para determinadas ABVD y, precisamente, para estos niveles de dependencia es más adecuado el recurso residencial que los servicios sociales comunitarios.

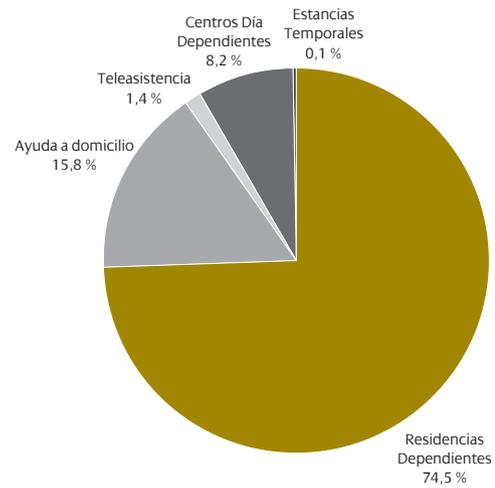
El aumento de la participación del gasto en Teleasistencia se explica porque hemos considerado la hipótesis maximalista de que toda la población dependiente estimada en el Libro Blanco utiliza este servicio.

Si comparamos la propuesta del Libro Blanco con la propuesta realizada por Eulen (gráfico 17.B.), vemos diferencias significativas en la distribución de la cartera de gasto en residencias y ayuda a domicilio, siendo muy parecida la asignación de gasto en centros de día y teleasistencia.

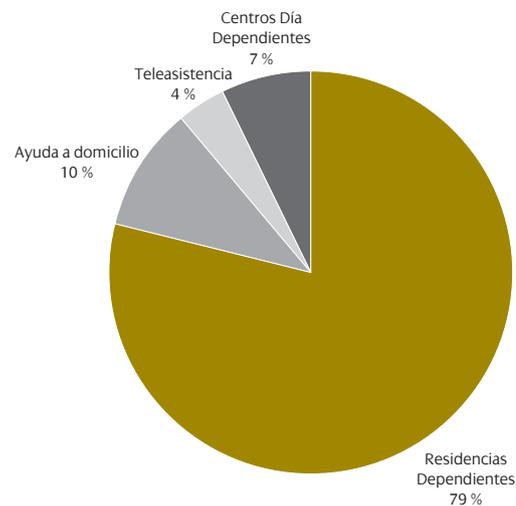
<sup>13</sup> Los precios unitarios de cada servicio utilizados en el Libro Blanco coinciden prácticamente con los precios unitarios de referencia que hemos utilizado para estimar el gasto actual. En ambos casos la referencia temporal es enero 2004.

<sup>14</sup> La distribución representada en el gráfico 16 se obtiene de la estimación del gasto en servicios sociales para mayores dependientes (tabla 6 de este capítulo).

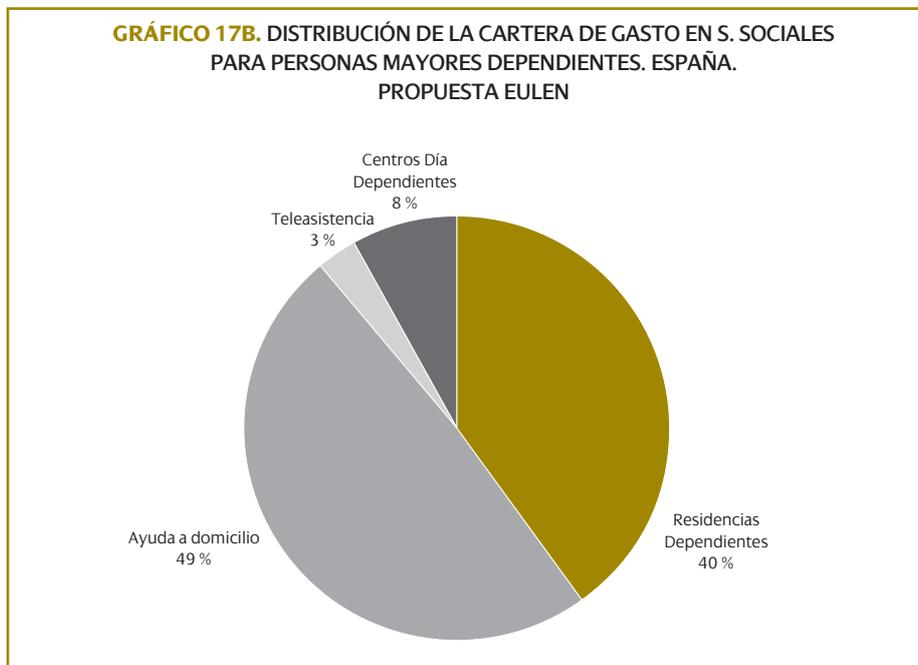
**GRÁFICO 16. DISTRIBUCIÓN DE LA CARTERA DE GASTO EN S. SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ESPAÑA - ENERO 2004**  
SITUACIÓN ACTUAL



**GRÁFICO 17A. DISTRIBUCIÓN DE LA CARTERA DE GASTO EN S. SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ESPAÑA-ENERO 2005**  
PROPUESTA LIBRO BLANCO DEPENDENCIA



**GRÁFICO 17B. DISTRIBUCIÓN DE LA CARTERA DE GASTO EN S. SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ESPAÑA. PROPUESTA EULEN**

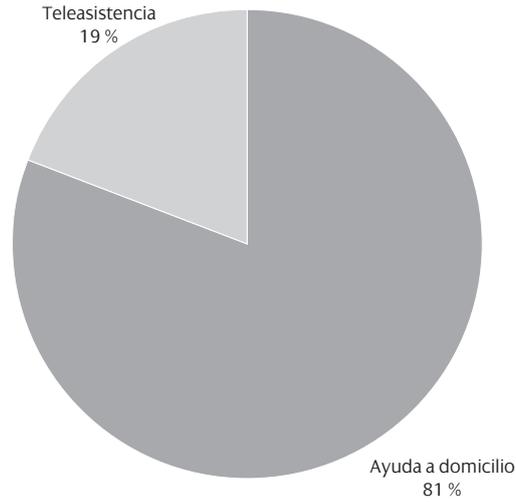


La propuesta de Eulen sobre la distribución de la cartera de gasto de cobertura universal representa la apuesta por la ayuda a domicilio como recurso social de atención a las personas mayores dependientes. La propuesta del Libro Blanco representa la apuesta por la cobertura universal de los estados más graves de dependencia a través del recurso residencial como servicio social *preferente*.

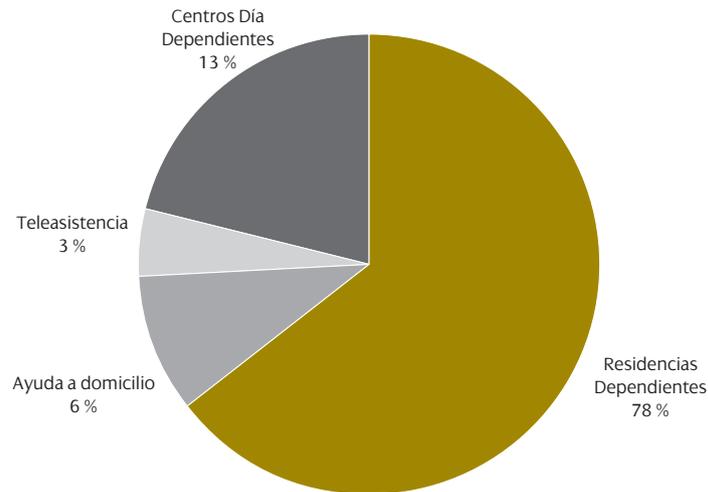
Las principales diferencias entre la propuesta del Libro Blanco y la propuesta de Eulen sobre la distribución de la cartera de gasto por niveles de dependencia (gráficos 18 a 23) son las siguientes:

- En el nivel de dependencia moderada/leve (nivel 1) la importancia de la ayuda a domicilio es mayor en la propuesta del Libro Blanco, en la que no se contempla el centro de día para dependiente como recurso accesible para este nivel. Ninguna de las dos propuestas considera el recurso residencial en este nivel de dependencia.
- En el nivel de dependencia severa/moderada (nivel 2) el recurso residencial es prioritario en la propuesta del Libro Blanco, mientras que en la de Eulen se propone como recursos principales la ayuda a domicilio y las residencias. El centro de día tiene prácticamente el mismo peso en ambas propuestas.
- En el nivel máximo de dependencia gran dependencia/dependencia grave (nivel 3) las diferencias se acentúan: en la propuesta del Libro Blanco la atención domiciliaria es prácticamente inaccesible, mientras que en la propuesta de Eulen el gasto asignado a ayuda a domicilio es casi la mitad del gasto total (49%). La propuesta del Libro Blanco se decanta por la asistencia residencial (96% del gasto total) para la cobertura de personas con niveles muy altos de dependencia.

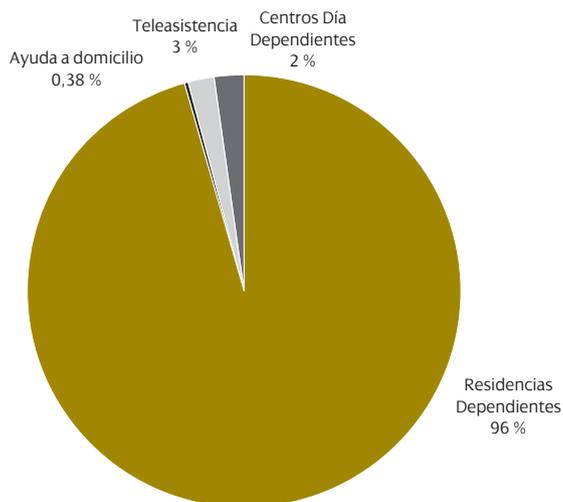
**GRÁFICO 18.** DISTRIBUCIÓN DE LA CARTERA DE GASTO EN S. SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ESPAÑA- ENERO 2005.  
LIBRO BLANCO DEPENDENCIA-DEPENDENCIA MODERADA



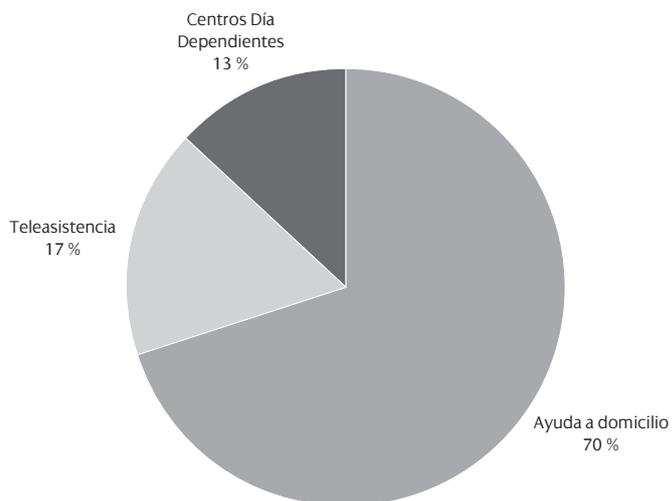
**GRÁFICO 19.** DISTRIBUCIÓN DE LA CARTERA DE GASTO EN S. SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ESPAÑA-ENERO 2005.  
LIBRO BLANCO DEPENDENCIA-DEPENDENCIA SEVERA



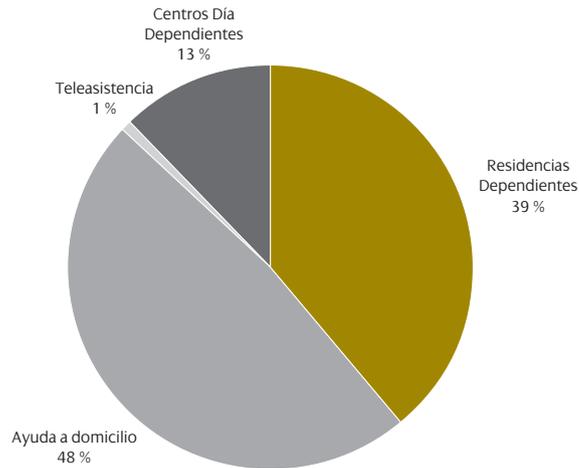
**GRÁFICO 20.** DISTRIBUCIÓN DE LA CARTERA DE GASTO EN S. SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ESPAÑA-ENERO 2005.  
LIBRO BLANCO DEPENDENCIA- GRAN DEPENDENCIA



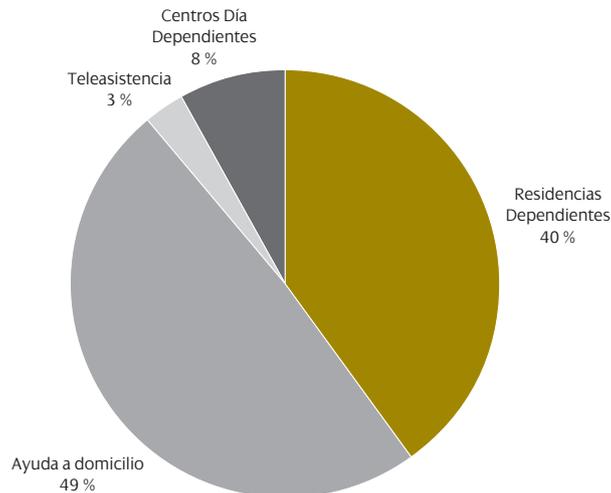
**GRÁFICO 21.** DISTRIBUCIÓN DE LA CARTERA DE GASTO EN S. SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ESPAÑA.  
EULEN-DEPENDENCIA LEVE



**GRÁFICO 22.** DISTRIBUCIÓN DE LA CARTERA DE GASTO EN S. SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ESPAÑA. EULEN-DEPENDENCIA MODERADA



**GRÁFICO 23.** DISTRIBUCIÓN DE LA CARTERA DE GASTO EN S. SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ESPAÑA. EULEN-DEPENDENCIA GRAVE



El estudio de Caixa Catalunya (*Envejecimiento y Dependencia. Situación actual y retos de futuro-ver anexo III*) considera la siguiente combinación de servicios según grado de severidad: para un nivel moderado de dependencia propone que el cuidado se preste íntegramente por servicio público o privado de ayuda a domicilio o ayuda informal con una intensidad horaria de 3 horas/día o en caso de no ser necesario con servicio de teleasistencia.

Para el nivel de dependencia grave propone una combinación atención en centro de día y ayuda domiciliaria (pública, privada o informal) de 1 hora/día o ingreso en centro residencial.

Finalmente para un nivel de dependencia total propone ingreso en centro residencial o combinación de atención en centro de día con una atención domiciliaria informal de 3 horas/día. En el caso de que sólo existiese ayuda informal, la intensidad de ésta sería, según el estudio, de 3 horas/día para una severidad moderada; 8 horas/día para severidad grave y 14 horas/día para dependencia total.

Una vez definidas las combinaciones de servicios según severidad y teniendo en cuenta los precios públicos de los mismos, se establecen tres escenarios que contemplan distintas distribuciones de cartera de servicios según grado de severidad. La alternativa 1 se basa en distribución de servicios menos costosa que se traduce en atención en centro de día para el nivel moderado; atención combinada en centro de día con ayuda domiciliaria de 1 hora/día para el nivel grave y atención en centro residencial para severidad total.

La alternativa 2, se basa en la distribución más adecuada, aunque más costosa que la anterior, de servicios y se concreta en atención domiciliaria de 3 horas/día para el nivel moderado y para el nivel grave y total se considera la misma distribución que bajo la alternativa 1.

La alternativa 3 supone que toda la atención es informal (no remunerada). Como ya hemos comentado supondría una ayuda de 3 horas/día para el nivel moderado, 8 horas/día para el nivel grave y 14 horas/día para un nivel de dependencia total.

Si comparamos estos resultados sobre distribución de la cartera de servicios con las propuestas de los estudios antes comentados (Libro Blanco y Eulen), los tres coinciden en asignar la ayuda domiciliaria como recurso principal y más adecuado para un nivel moderado (leve) de dependencia. Respecto al nivel de dependencia grave (severo/moderado) la combinación de atención en centro de día y ayuda domiciliaria se presenta en los tres estudios. El ingreso en centro residencial también se propone para este nivel. Finalmente para estados de dependencia total (gran dependencia/dependencia grave) tanto el Libro Blanco como el estudio de Caixa Catalunya coinciden en que el ingreso en residencia es el recurso más adecuado y menos costoso, sin embargo la propuesta de Eulen concibe la ayuda domiciliaria como un recurso de peso para este nivel.

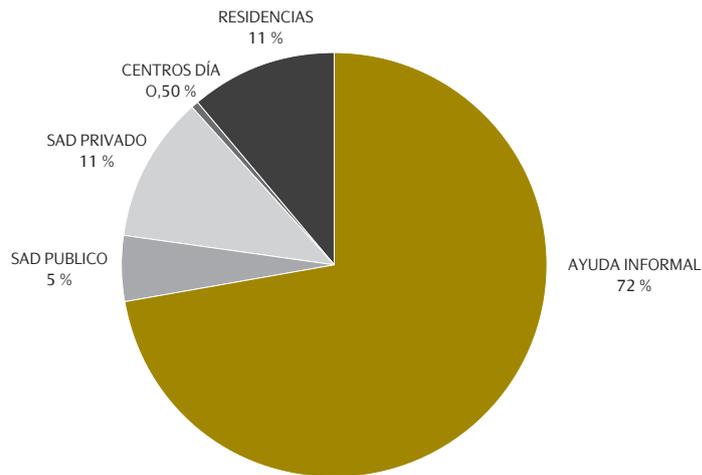
Los otros dos estudios considerados (*European study of long-term care expenditure y Health and social care in the Community*) -ver anexo III- se refieren a la distribución de la cartera de usuarios de servicios sociales para mayores dependientes.

Los resultados de estos trabajos (gráficos 24 y 25) ponen de manifiesto el predominio del cuidado informal en la atención de los mayores dependientes. Entre los servicios sociales considerados destaca la ayuda domiciliaria sobre los demás.

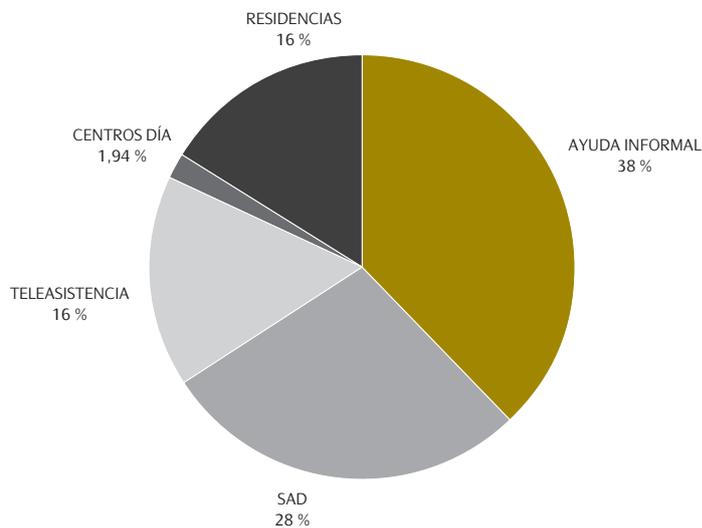
El estudio *European study of long-term care expenditure* aporta el interesante dato sobre tasa de utilización del Servicio de Ayuda a Domicilio privado que coincide con la del servicio residencial (11%). Al diferenciar por niveles de dependencia (ver Anexo III) existe una mayor utilización del Servicio de Ayuda a Domicilio privado para el nivel de dependencia moderada, mientras que para el nivel de dependencia severa la tasa de utilización del servicio residencial es mayor.



**GRÁFICO 24.** DISTRIBUCIÓN DE LA CARTERA DE S.SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ESPAÑA. LONG-TERM CARE PROJECTION MODEL-TODOS GRADOS DEPENDENCIA



**GRÁFICO 25.** DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE USUARIOS POR TIPO DE S.SOCIAL PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ESPAÑA. HEALTH AND SOCIAL CARE IN THE COMMUNITY-ESPAÑA



## II.3. UN MODELO DE PROTECCIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

### II.3.1. Objetivos

La protección social de la dependencia persigue dos objetivos básicos: aseguramiento y redistribución, y su sostenibilidad financiera dependerá del modelo de prestaciones adoptado, de la forma de financiar las mismas y de los factores que condicionan la evolución de los gastos y de los ingresos. El Comité de Política Económica de la Unión Europea señalaba, ya en el año 2001, los desafíos presupuestarios que se derivan del envejecimiento de la población para la Unión Europea, cuyos países verán como media duplicar el gasto en servicios a mayores dependientes en los próximos cincuenta años.

En nuestro país se ha presentado recientemente el Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (23 de diciembre de 2005), con el objetivo de regular la dependencia a nivel estatal. Tal y como se establece en la exposición de motivos se trata de configurar un Sistema Nacional de Dependencia que garantice, a nivel estatal, un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia, fundamentándose en los principios de universalidad, equidad e igualdad. Plantea un contenido común a todas las Comunidades Autónomas en función del número de personas dependientes residentes, cuya financiación será asumida por la Administración General del Estado.

Asimismo distingue tres bloques de servicios y/o prestaciones: los que se dirigen a la promoción de la autonomía personal (servicios de prevención y teleasistencia); servicios de atención y cuidado (Ayuda a Domicilio, Centros de Día y Noche y Centros Residenciales) y, en tercer lugar, contempla con carácter extraordinario, la prestación específica para cuidados en domicilio por personas del entorno familiar.

La financiación del Sistema se nutrirá de tres fuentes: Administración General del Estado, en la parte del contenido mínimo garantizado; aportación de las Comunidades Autónomas, en una cuantía al menos igual que la que realice el estado y aportación del usuario en función del tipo y coste del servicio y de su capacidad económica. En la Memoria que acompaña el Anteproyecto del Ley se cuantifica el coste de implantación del Sistema en 9.355,4 millones de euros. Los recursos adicionales necesarios se estiman en 7.578,6 millones de euros, de los cuales el 58% (4.425,8 millones de euros) será aportación del Estado y Comunidades Autónomas y el 42% restante (3.152,7 millones de euros) corresponde a aportación del usuario. El sistema se implantará gradualmente a lo largo del período 2007-2015.

El actual sistema de cobertura presenta fuertes carencias en términos de equidad y eficiencia. Respecto de la equidad, el acceso a la prestación no va unido a la capacidad de pago global del dependiente (sólo se consideran los ingresos declarados a efectos del IRPF), ni a la intensidad de la necesidad (grado de dependencia), ni al entorno socioeconómico (familiar y residencial). Y presenta problemas de eficiencia porque no existe adecuación entre la cantidad y la calidad de los servicios cubiertos y prestados; más del 80% de la ayuda a domicilio está realizada por cuidadores informales (familiares no profesionalizados<sup>15</sup>) y la oferta de servicios es reducida. Como se señala en el Libro Blanco *"la oferta pública no se corresponde ni con el grado de desarrollo económico y social de nuestro país ni con las necesidades actuales de cuidados personales"* (Capítulo VIII: 5).

Además es insuficiente tal y como se desprende de su baja tasa de penetración: sólo siete de cada cien personas que precisan ayuda personal o cuidados de larga duración reciben ayuda personal pública o recursos sociales. Las encuestas realizadas también inciden en la limitación de recursos existentes tanto en la cobertura de los riesgos como en la gestión y financiación de los mismos –véase el apartado I.2. de este estudio-. Aspectos que se agudizarán en los próximos años dado el aumento de

<sup>15</sup> Los familiares se ocupan de sus mayores por diversas razones: motivos de conciencia moral, patrón de conducta aprehendida de sus abuelos que reproducen con los padres; la insuficiencia de las pensiones del mayor dependiente que no alcanza para pagar al cuidador formal; o los bajos o nulos salarios de los(as) cuidadores(as) informales que hace que sea más rentable dejar de trabajar que pagar a un cuidador.



la tasa de actividad femenina que se está produciendo y que continuará por la incorporación de la mujer al mundo laboral y el acceso a puestos de trabajo más cualificados y mejor remunerados. Esto originará la disminución del número de cuidadoras informales (hijas, nueras y nietas) y el aumento de la demanda de servicios de ayuda a domicilio y los residenciales.

Por otra parte, la realidad muestra una enorme disparidad entre comunidades autónomas a consecuencia del proceso descentralizador de competencias y el desarrollo diferenciado en cada ámbito geográfico, con diferencias territoriales importantes en contenido, cobertura y financiación, esto es, en cuanto a los riesgos cubiertos, los requisitos de acceso y el coste sufragado por los beneficiarios de cada prestación. Al margen de detectarse duplicidades y disfunciones organizativas entre las administraciones regionales –que fijan los requisitos necesarios para su utilización- y las administraciones locales –encargadas de la gestión de los recursos públicos-.

Estos desequilibrios se agudizarán en el futuro puesto que hay regiones que por su estructura demográfica son contribuyentes netos de dependientes (Castilla-León y Asturias por ejemplo) y otras que presentan una relación más ventajosa (Andalucía y Canarias). Sería necesario, por tanto, articular un Fondo Nacional de Dependencia que evite las tensiones financieras que se puedan generar en determinadas comunidades autónomas, derivadas de la estructura de su población y de los cambios migratorios, y que pueden repercutir en el acceso, la calidad y la cantidad de las prestaciones establecidas.

Desde nuestro punto de vista, el sistema de protección social de la dependencia se concibe como un modelo de cobertura universal, articulado como un derecho subjetivo de los ciudadanos. Por cobertura universal ha de entenderse el acceso de toda la población mayor dependiente a los servicios sociales establecidos para este colectivo, esto es, se trata de un modelo de acceso universal y uniforme en sus prestaciones básicas (generalización objetiva y subjetiva), respetando las competencias de cada comunidad autónoma para complementar la asistencia básica garantizada. Se configura, por tanto, como un modelo de mínimos, pero no implica un sistema asistencial uniforme en intensidad ni en calidad de los servicios en todo el territorio nacional.

Dentro de este planteamiento, el objetivo básico debe de ser establecer una Ley de bases con una definición única y homogénea de dependencia que determine, entre otros aspectos, la delimitación de los niveles de dependencia, los requisitos de acceso, el catálogo básico de prestaciones y las fuentes de financiación; que incentive la presencia de proveedores y gestores que aseguren la calidad de los servicios prestados; que garantice la solvencia del sistema nacional de dependencia; y que regule el reparto de competencias entre las distintas administraciones públicas implicadas. Es decir, crear un marco normativo integrado, claro y transparente a nivel nacional.

### II.3.2. Marco general del modelo mixto de protección de la dependencia

La propuesta del modelo de protección de la dependencia que se realiza se desarrolla a partir de la consideración de los siguientes aspectos: los elementos básicos a tener en cuenta en todo proceso económico (definición del bien o servicio, agentes que intervienen y las funciones económicas que desempeñan); los principios rectores que deben observarse; la valoración de los modelos propuestos en diversos estudios realizados para el caso español, así como la experiencia internacional que se ha abordado en capítulos anteriores; y la realidad social y económica de nuestro país.

La definición del bien o servicio, en el caso que nos ocupa el modelo de protección de la dependencia, se refiere a un conjunto de prestaciones que pueden ser o bien en especie -servicios sociales de ayuda a domicilio e institucional, programas de formación dirigidos al ciudadano, ayudas técnicas...-, o bien tratarse de prestaciones monetarias -efectivo, cheque-servicio, subvenciones para adaptación de la vivienda, deducciones fiscales...-.

De esta definición se concluye que los servicios sanitarios asociados a la persona dependiente quedan excluidos del ámbito de la protección de la dependencia que estamos planteando, puesto que la sanidad pública en España es una prestación universal financiada con cargo a los Presupuestos Generales del Estado; lo que no significa que no sea necesaria la coordinación sociosanitaria, sino todo lo contrario. Por una parte, constituye un factor esencial del modelo por cuanto existen situaciones frontera en materia de dependencia que pueden implicar duplicidades de coste si no existe la necesaria coordinación. Por otra, la forma en que está organizado el sistema sanitario condiciona el diseño del modelo de atención a personas dependientes a implantar.

Los **agentes que intervienen** en el proceso de producción-distribución-consumo del bien o del servicio son en el caso de la dependencia los siguientes:

- La administración central (Estado) y las administraciones territoriales (comunidades autónomas y corporaciones Locales).
- Los profesionales del sector: psicólogos, auxiliares geriátricos, trabajadores sociales, entidades gestoras de servicios sociales...
- Los cuidadores informales: familiares, amigos y/o vecinos, que no obtienen retribución por su labor de cuidado al dependiente. Así como personal no profesional contratado generalmente como empleado de hogar.
- Los usuarios o beneficiarios de las prestaciones de dependencia, que son las personas dependientes.

Asimismo, hay que considerar las **funciones económicas** que se ven afectadas en el proceso, pudiendo distinguir entre las siguientes:

- Regulación: establecimiento de un marco normativo específico.
- Provisión: garantizar el acceso y la calidad de las prestaciones básicas en todo el territorio nacional.
- Producción: existencia de la oferta de un conjunto de servicios de atención al dependiente, que puede tener su origen en el ámbito del sector público (empresas públicas) o en el sector privado (entidades privadas con carácter mercantil o instituciones privadas sin fin de lucro).
- Financiación de las prestaciones por dependencia: al margen de que la producción la realice el sector público o el sector privado, el sistema de financiación dependerá de cómo se defina la cobertura (universal, asistencial, contributiva-profesional o de mercado). Existen, en consecuencia, varios instrumentos de financiación: impuestos (financiación pública-universal o asistencial según el modelo de cobertura), cotizaciones de la Seguridad Social ( financiación pública-contributiva), aportaciones del usuario/beneficiario (financiación-privada), o una combinación de instrumentos públicos y privados (financiación mixta)
- Consumo de las prestaciones que integren el modelo de protección de la dependencia: esta función es llevada a cabo por los usuarios o beneficiarios de dichas prestaciones (dependientes y cuidadores informales).

Las funciones económicas que realiza cada agente que interviene en este proceso de producción-distribución quedan reflejadas en la tabla 13.

---

<sup>16</sup>Según el estudio realizado por Braña, F.J. (2004:11) el coste sanitario representa un 29,2% del coste total de dependencia en mayores de 65 años.



**TABLA 13. AGENTES Y FUNCIONES ECONÓMICAS VINCULADOS A LA DEPENDENCIA**

FUNCIONES	AGENTES			
	Estado	Profesionales	Cuidadores Informales	Personas Dependientes
• Regulación	✓	---	---	---
• Producción	✓	✓	✓	---
• Financiación	✓	---	---	✓
• Consumo	---	---	✓	✓

El **marco legal de referencia** está constituido por los principios que deben guiar toda propuesta sobre un sistema de protección de la dependencia, los cuales se pueden agrupar en generales y específicos. Los primeros se circunscriben a cuestiones relativas a la situación de dependencia y de vejez y quedan recogidos en la Constitución Española y en la Constitución Europea –en proceso de ratificación en los Estados miembros–; mientras que los segundos (principios específicos) afectan a aspectos concretos del diseño del modelo de protección de la dependencia, sirviendo la Recomendación (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros, adoptada el 18 de septiembre de 1998, como referencia para su análisis<sup>17</sup>.

La Constitución Española de 1978 establece tres aspectos fundamentales en el diseño del sistema de protección de la dependencia<sup>18</sup>:

1. El respeto de la dignidad de la persona en el artículo 10.1.
2. El derecho a percibir asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad en el artículo 41.
3. La garantía de procurar el bienestar individual mediante un sistema de servicios sociales que atenderá a los problemas específicos de salud en el artículo 50.

<sup>17</sup> Además de dicha Recomendación citamos las siguientes adoptadas en el Consejo de Ministros, relativas a la dependencia: Recomendación No (87) 22 de Detección y atención a las personas mayores; Recomendación (90) 22 sobre Protección de la salud mental de ciertos grupos vulnerables; Recomendación (91) 2 sobre Seguridad Social de trabajadores sin estatuto profesional; Recomendación (92) 6 sobre Política coherente para personas minusválidas; y Recomendación (84) 24 sobre contribución de la seguridad social a las medidas preventivas.

<sup>18</sup> **Artículo 10.1. CE:** La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y los derechos de los demás son fundamento de orden político y de la paz social.

**Artículo 41. CE:** Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.

**Artículo 50 CE:** Los poderes garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

Por su parte, el Tratado por el que se establece una Constitución para Europa –en proceso de ratificación- dedica varios artículos a los aspectos relativos a la vejez, entre los que se menciona expresamente la situación de dependencia, y marca una serie de directrices generales a seguir en la implantación de sistemas de protección social de la dependencia <sup>19</sup>:

- a) El respeto de la dignidad humana y el reconocimiento del derecho de las personas mayores a su integración en la vida social y cultural (artículos II-61 y II-85).
- b) La garantía en el acceso a las prestaciones de Seguridad Social dirigidas a proteger la dependencia y la vejez, así como el reconocimiento del derecho a una ayuda social que garantice una existencia digna a personas sin recursos (artículos II-94.1 y II-94.3).
- c) La armonización de los sistemas sociales existentes (artículo III-209).

Directrices que ya recogía la Recomendación (98) 9 (RC-98.9), relativa a la Dependencia, que se erige en el instrumento jurídico que ha de servir de base para la definición de los aspectos concretos del modelo de protección social en los países de la Unión Europea. Entre los argumentos que fundamentan su contenido se encuentran los cuatro siguientes:

1. La configuración de la dependencia como riesgo social que requiere la intervención del ámbito público ante la presencia de diversos factores relativos al proceso de envejecimiento de la población, al aumento del número de enfermedades crónicas, a la mejora de la salud de las personas de edad sobreavanzada y a la necesidad de adaptación de la sociedad a las nuevas estructuras familiares.
2. La consideración de la cobertura de la dependencia como parte del sistema de protección social.
3. La responsabilidad de los poderes públicos en la garantía de la calidad de los cuidados.
4. La necesidad de reforzar la formación y protección social de los cuidadores informales, así como la articulación de un sistema de ayudas a cuidadores.

A partir de estos fundamentos, la RC-98.9 incorpora una serie de principios y medidas que deben desarrollar los sistemas de protección de la dependencia adoptados por los distintos países (tabla 14). En síntesis, se establece con carácter indiscutible la provisión pública, de forma que los poderes públicos serán los encargados de garantizar y vigilar el acceso a los servicios y de regular las prestaciones ofertadas y la calidad de las mismas, pero no se incorpora disposición alguna sobre la forma en que los Estados miembros deben financiar el sistema.

<sup>19</sup> **Artículo II-61 TCE:** *La dignidad humana es inviolable. Será respetada y protegida.*

**Artículo II-85 TCE** (Derechos de las personas mayores): *La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural.*

**Artículo II-94.1 TCE** (Seguridad social y ayuda social): *La Unión reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad, los accidentes laborales, la dependencia y la vejez, así como en caso de pérdida de empleo, según las modalidades establecidas por el Derecho de la Unión y las legislaciones y prácticas nacionales.*

**Artículo II-94.3:** *Con el fin de combatir la exclusión social y la pobreza, la Unión reconoce y respeta el derecho a una ayuda social y a una ayuda de vivienda para garantizar una existencia digna a todos aquellos que no dispongan de recursos suficientes, según las modalidades establecidas por el Derecho de la Unión y por las legislaciones y prácticas nacionales.*

**Artículo III-209 TCE:** *Favorecerá la armonización de los sistemas sociales, como de los procedimientos establecidos en la Constitución y de la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros.*



**TABLA 14. RECOMENDACIÓN EUROPEA (98) 9 RELATIVA A LA DEPENDENCIA**

PRINCIPIOS RECTORES
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prevenir y reducir la dependencia.</li> <li>2. Proporcionar una protección suplementaria a las personas dependientes a través de prestaciones pecuniarias, acceso a servicios, creación de servicios apropiados, servicios de ayuda a familiares y ayudas técnicas adecuadas.</li> <li>3. Priorizar las necesidades y deseos de las personas dependientes.</li> <li>4. Respetar la dignidad humana y autonomía de la persona dependiente.</li> <li>5. Garantizar la calidad de los cuidados y servicios disponibles.</li> <li>6. Garantizar el acceso equitativo a servicios de buena calidad y tecnologías más adaptadas.</li> </ol>
MEDIDAS A DESARROLLAR
<p><b>Regulación Pública</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coherente y coordinada entre los agentes que intervienen: personas dependientes, profesionales, cuidadores y organizaciones.</li> </ul>
<p><b>Sistema de prestaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concebido como un derecho subjetivo de toda persona dependiente.</li> <li>• Objetivo: compensar las cargas financieras suplementarias que ocasiona la pérdida de autonomía.</li> <li>• Las prestaciones podrán ser en especie o en metálico y podrán otorgarse de manera directa o indirecta, mediante el reembolso de los gastos realizados.</li> <li>• La cuantía de la prestación se establecerá en función del nivel de dependencia, garantizando los siguientes principios: El principio del respeto de la dignidad y autodeterminación del dependiente. Para ello la elección del servicio debe ser libre e informada, es decir debe existir información accesible, objetiva, completa y personalizada. El principio de garantía en la calidad de los cuidados. Para ello los poderes públicos han de fijar un pliego de condiciones y reglas de evaluación así como la elaboración de normas de calidad.</li> <li>• Intervención del dependiente y sus allegados y de un equipo multidisciplinar para la determinación de los recursos necesarios.</li> </ul>
<p><b>Prevención y Rehabilitación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de los principios establecidos en la Recomendación (92) 6 del Comité de Ministros relativa a rehabilitación de las personas minusválidas.</li> <li>• Desarrollo medidas encaminadas a los siguientes ámbitos: educación en la salud; prevención de accidentes; detección y diagnóstico; tratamiento eficaz de enfermedades; estimulación de las relaciones y actividades cotidianas y fomento de las relaciones sociales.</li> </ul>
<p><b>Evaluación de la dependencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivo: determinar las necesidades de la persona dependiente.</li> <li>• Instrumentación: debe ser realizada por un equipo multidisciplinar con participación de la persona dependiente y de sus allegados. Basada en la naturaleza y nivel de dependencia.</li> <li>• Reevaluación y seguimiento del estado del dependiente, fundamental para el tratamiento eficaz.</li> </ul>

### Prioridad de la atención domiciliaria

- Objetivo: desarrollo de medidas de regulación, organización e incentivación de la atención domiciliaria en tanto que es una alternativa preferida, por la persona dependiente al ingreso en centros residenciales.
- Instrumentación: desarrollo de una política de adaptación y accesibilidad de las viviendas; medidas fiscales de subvenciones y exenciones para adaptación de viviendas; oferta de formas alternativas de alojamiento comunitario (centros de día, estancias temporales, viviendas tuteladas, apartamentos...).
- Coordinación de los diferentes sistemas de atención al dependiente (hospitalario, atención a domicilio, sector social) en aras de un uso eficiente y eficaz de los recursos de atención disponibles.

### Investigación

- Objetivo: fomento desde el ámbito público, la investigación básica y aplicada.
- Instrumentación: difusión de los resultados; desarrollo de estudios epidemiológicos con metodología armonizada; fomento de proyectos piloto e intercambio de conocimientos.

### Desarrollo de una política de apoyo a cuidadores informales

- Fundamentación: reconocimiento de la ayuda a las personas dependientes como una responsabilidad de la sociedad.
- Objetivo: aplicación de los principios y medidas reconocidas en la Recomendación (91)2 del Comité de Ministros relativa a Protección asocial de los cuidadores sin estatuto profesional.
- Principios: Reconocimiento y valoración social del papel de los cuidadores; promoción de su satisfacción personal en relación al trabajo realizado; participación en la evaluación del dependiente y sus necesidades; aplicación de la corresponsabilidad en la atención al dependiente por parte de sus allegados sin discriminación en función del sexo.
- Medidas:
  - Formación teórica y práctica del cuidador y acceso a formación continua y de reciclaje con el fin de preservar la dignidad y autonomía del dependiente y optimizar las tareas del cuidador.
  - Información: sobre legislación relativa a sus derechos, ayudas, normas de calidad, códigos de buenas prácticas...
  - Empleo: favorecer el regreso o incorporación al mercado laboral; establecimiento de una baja remunerada, similar a la baja por maternidad, por cuidado del familiar dependiente y aplicación de la Recomendación (96) 5 sobre conciliación de la vida laboral y familiar.
  - Red de ayuda y servicios de respiro: diseño y constitución de redes de autoayuda, participación en foros, intercambio de experiencias y oferta, promovida desde los poderes públicos, de servicios de estancia temporal que permitan un descanso al cuidador y garantice la atención adecuada al dependiente.

## II.3.3. Propuesta del modelo mixto protector de la dependencia

### 1. Objeto

El objeto del modelo de dependencia que se propone es la **cobertura parcial** de las **mayores cargas económicas** que se derivan de la situación de **dependencia**, entendida como *necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria* (Recomendación (98)-9), que pueda presentarse **a partir de los 65 años de edad**.



## 2. Principios

El modelo de dependencia que se propone se asienta en una serie de principios que se pueden clasificar en fundamentales, sociales y económicos, tal y como se recoge en el tabla 15.

**TABLA 15. PRINCIPIOS DE UN MODELO DE DEPENDENCIA**

Principios Fundamentales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Universalidad</li> <li>2. Respeto de la dignidad</li> </ol>
Principios Sociales	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Oferta adecuada de prestaciones</li> <li>4. Libre elección</li> <li>5. Universalidad en el acceso</li> </ol>
Principios Económicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Eficiencia</li> <li>7. Equidad</li> <li>8. Neutralidad</li> <li>9. Flexibilidad</li> <li>10. Sostenibilidad financiera</li> <li>11. Corresponsabilidad financiera</li> </ol>

**Los principios fundamentales** constituyen el eje sobre el que debe desarrollarse el sistema de protección de la dependencia. En nuestra opinión, los principios de universalidad y de respeto de la dignidad de la persona dependiente constituyen los fundamentos de cualquier modelo de protección social de la dependencia.

El principio de **universalidad** se traduce en el diseño de un modelo de dependencia cuya cobertura se dirija a toda persona residente de 65 años o más, evaluada como dependiente en cualquiera de sus grados. Esta acotación del principio de universalidad se justifica por el hecho de que la dependencia en la vejez es un riesgo social en aquellos países con población envejecida y, consecuentemente, el sector público debe regular un sistema de protección obligatorio y viable.

El carácter básico del principio de **respeto de la dignidad** de la persona dependiente obedece a distintos motivos. En primer lugar, el respeto de la dignidad de la persona constituye un derecho fundamental en los sistemas democráticos, y así se recoge tanto en la Constitución Española de 1978 (artículo 10.1) como en el Tratado de Constitución para Europa (artículo II.61). En segundo lugar, la Recomendación (98) 9 relativa a la Dependencia establece como principios declarativos el respeto a la dignidad humana y a la autonomía de la persona dependiente y da prioridad a las necesidades y deseos de las personas dependientes.

La aplicación y cumplimiento de estos principios fundamentales exige, a su vez, el desarrollo de los siguientes **principios sociales**:

- Una **oferta adecuada de prestaciones**. Para ello es imprescindible una oferta suficiente y de calidad de servicios con tecnología adecuada y un sistema de evaluación y seguimiento altamente profesionalizado.
- Garantía de **libre elección**. El cumplimiento de este principio supone la participación informada tanto de la persona dependiente como de sus allegados.

- **Universalidad en el acceso de las prestaciones.** Se tiene que garantizar en todo el territorio nacional la igualdad de servicios para los mismos niveles de dependencia.

En términos económicos, el cumplimiento de los principios sociales se traduce en los siguientes **principios económicos**:

- **Eficacia y eficiencia en la asignación de los recursos.** La asignación de recursos es eficaz si la cantidad producida se utiliza de forma adecuada para el cumplimiento del objetivo que se pretende conseguir; mientras que la eficiencia requiere que esos objetivos se alcancen minimizando el coste de utilización de los recursos disponibles.

La aplicación de los principios de eficacia y eficiencia en el modelo de dependencia exige la existencia de una oferta suficiente de calidad de servicios que sea capaz de cubrir las necesidades que aparezcan (eficacia), y que éstas se atiendan al menor coste posible (eficiencia).

Para ello es imprescindible el seguimiento y reevaluación de la persona dependiente. Por ejemplo, en los niveles de dependencia leves resulta más eficiente la prestación de servicios comunitarios, como teleasistencia o servicios de ayuda a domicilio, frente al ingreso en centros residenciales de la persona dependiente. A medida que el nivel de dependencia se va agravando, las prestaciones iniciales pueden dejar de ser efectivas, haciéndose necesario el internamiento de la persona dependiente.

Sin embargo, el ingreso en centros residenciales no es una medida deseada por la mayoría de las personas mayores en nuestro país. En efecto, según el Barómetro del CIS<sup>20</sup>, los españoles prefieren claramente recibir la asistencia para paliar la dependencia en el propio domicilio, aun cuando necesiten cuidados permanentes (73% de los encuestados), y quieren ser atendidos por su cónyuge (42%) o por sus hijos (15%).

- **Equidad.** Puesto que lo se plantea es el desarrollo de un modelo universal se debe garantizar la igualdad en el acceso a las prestaciones a toda persona de 65 o más años, dependiente y con residencia en España. El modelo de cobertura de la dependencia debe garantizar la equidad intrageneracional, interterritorial e intergeneracional, de forma que ante la misma necesidad se proporcione la misma cobertura en cualquier parte del territorio en los últimos años de vida de los ciudadanos.
- **Neutralidad en la asignación.** Los mecanismos de protección social deben ser neutrales en relación con el sistema de producción elegido por los usuarios/beneficiarios: público o privado, en especie o monetario. Se reforzaría, así, la competencia entre proveedores y gestores con el consiguiente reflejo en los precios, la intensidad y la calidad de los servicios prestados.
- **Flexibilidad.** El sistema de dependencia debe ser capaz de dar una respuesta adecuada a las nuevas necesidades de protección que surjan, ya sea por la aparición de nuevos tipos de dependencia, cambios en los esquemas sociofamiliares, o por la aparición de innovaciones tecnológicas. Por su parte, el sistema de financiación debe adaptarse a los condicionantes macroeconómicos existentes en cada ejercicio.
- **Garantía de sostenibilidad financiera** del modelo. Sin equilibrio financiero el modelo no sería viable y la cobertura de la dependencia supondría un importante lastre para el resto de las políticas públicas a financiar con el presupuesto público. En efecto, debe tenerse en cuenta de manera prioritaria la competencia en la demanda de recursos públicos que se produce entre las políticas de gasto sanitario y de pensiones (véase el apartado 5 de este capítulo).

---

<sup>20</sup> Barómetro de noviembre, Centro de Investigaciones Sociológicas, Estudio nº 2.581, noviembre 2004.



- **Corresponsabilidad financiera.** De todos los principios mencionados, la viabilidad financiera del modelo es sin duda la más importante, ya que sin recursos financieros sostenibles en el tiempo no puede garantizarse protección alguna.

Para que la persona dependiente pueda ser tratada dignamente, mediante una oferta adecuada de prestaciones a las que pueda acceder y elegir de manera libre e informada, es necesario que existan recursos financieros que permitan la cobertura a medio y largo plazo del riesgo social que representa la dependencia en la vejez.

En nuestra opinión la corresponsabilidad en la financiación de las prestaciones debe ser el principio a aplicar: la participación del sector público (Estado y administraciones territoriales) es condición necesaria pero no suficiente, es imprescindible una participación privada del usuario de las prestaciones, ya sea a través de sus ahorros acumulados o mediante la contratación de un seguro privado.

### 3. Cobertura

Se propone un modelo de acceso universal para la población dependiente de 65 años y más residente en territorio español, exigiendo un período previo mínimo de residencia previo que, en ningún caso, será inferior a cinco años.

### 4. Criterios de elección y niveles de dependencia

Se aplicaría un modelo mixto que consiste en establecer unos niveles de dependencia básicos a nivel nacional, que permitan a cada comunidad autónoma establecer una valoración individual de cada caso, en función de las circunstancias personales del dependiente y de las peculiaridades geográficas de su zona de residencia.

Hasta que el sistema de dependencia no alcance su madurez, o al menos un cierto grado de desarrollo y estabilidad, convendría limitar la cobertura a aquellos niveles de dependencia que requieran una mayor intensidad de cuidados, posponiendo la cobertura de la dependencia leve y moderada<sup>21</sup>.

### 5. Prestaciones

A la hora de configurar las prestaciones del sistema es preciso analizar su tipología, los requisitos de acceso, así como la cuantía y duración de las mismas.

#### 5.1. Contenido

Se distingue entre prestaciones dirigidas al usuario -persona dependiente- y prestaciones dirigidas al ciudadano informal -la Recomendación (98) 9 contempla el desarrollo de una política de apoyo a cuidadores informales-.

Las prestaciones al dependiente serían de tres tipos: a domicilio (monetaria y/o en especie), residencial (en especie) y otras ayudas tales como subvenciones para la adecuación de la vivienda o ayudas para la adquisición de aparatos técnicos auxiliares.

Dentro de las prestaciones a domicilio monetarias se opta por el cheque asistencial con carácter finalista, es decir, una subvención individual y personalizada directa que debe destinarse a cubrir el servicio de ayuda contratado o al pago del ciudadano

<sup>21</sup> Este tipo de niveles de dependencia podría ser cubierto con arreglo a la contratación de seguros complementarios de carácter privado incentivados fiscalmente.

informal. No es aconsejable la entrega de una cantidad en metálico o efectiva puesto que, como refleja la experiencia internacional, se requieren controles administrativos cada vez más frecuentes a fin de garantizar que el dinero se destina a cubrir la atención de la persona dependiente. Además, el cheque servicio permite la libertad de elección del dependiente al mismo tiempo que fomenta la competencia.

Actualmente algunas comunidades autónomas –como por ejemplo Galicia- utilizan este sistema de cheque-servicio, si bien se encuentra limitado exclusivamente a la primera modalidad -pago de los servicios contratados-.

Los **requisitos del ciudadano informal** son: ser residente en España; tener grado de parentesco directo, colateral o por afinidad a través del cónyuge con la persona dependiente (hija, nieta, hermana, sobrina, prima, nuera...); dar el consentimiento expreso por parte de la persona dependiente, o en su caso del tutor legal, para ser atendido por el ciudadano informal y tener cobertura de accidentes laborales y de vejez.

Las **prestaciones dirigidas al ciudadano informal** deben estar orientadas al reconocimiento y valoración social de su trabajo y admiten, también, las dos modalidades anteriores -en especie o monetarias-. Las prestaciones en especie se concretarían en la oferta de cursos de formación e información, de asistencia telefónica para resolver dudas que se presenten sobre cuidados cotidianos y en un mayor desarrollo de los programas de respiro que permitan una mayor compatibilidad de la vida laboral y social del ciudadano y la atención al dependiente (servicios de estancia temporal, centros de día, descanso de fines de semana, vacaciones...).

Las prestaciones monetarias consistirían básicamente en una subvención monetaria a través del cheque-asistencial cuando el usuario opte por esta alternativa (principio de libre elección). En este caso, la cantidad que recibe el ciudadano informal debe ser menor que si se contrata un servicio profesional por dos razones: por una parte, el ciudadano informal no es un profesional cualificado y, por otra, el pago de una cantidad al ciudadano informal tiene por objeto el reconocimiento de su labor, pero ello no debe ser desincentivar la contratación de servicios profesionales, sino al contrario.

Además del pago en forma de cheque-servicio al ciudadano informal, también se plantea la posibilidad de configurar una prestación monetaria vinculada al sistema de aseguramiento social, en concepto de baja laboral temporal por cuidado a un familiar dependiente, y el reconocimiento de las cotizaciones a la seguridad social cuando la vida laboral se vea interrumpida temporalmente por tener que prestar cuidados a un familiar dependiente. Incentivos similares a los que se establecen por cuidados de los descendientes dependientes (prestaciones de maternidad).

Los responsables políticos han de tener en cuenta en qué medida estos apoyos al ciudadano informal pueden afectar a la evolución de la tasa de actividad femenina y sus consecuencias sobre el mercado laboral.

## 5.2. Tipo, cuantía y duración de las prestaciones

El tipo, cuantía y duración de las prestaciones se determinarán por un equipo interdisciplinar en el que participen profesionales cualificados (geriatras, psicólogos y trabajadores sociales) y los agentes implicados (dependiente o familiares, servicios sociales, proveedores y gestores), pudiendo solicitar asesoramiento externo o pruebas periciales contradictorias en caso de conflicto. A estos efectos se podría utilizar la experiencia acumulada por los equipos de valoración existentes a nivel territorial (local y autonómico).

La cuantía y duración de las prestaciones debe revirarse en función de los resultados de las reevaluaciones periódicas, del seguimiento del estado físico-psíquico y de las condiciones socio-económicas de vida de la persona dependiente. El período



de reevaluación será determinado para cada caso concreto por el equipo profesional de evaluación, aunque también se podrá solicitar a petición del dependiente o familiares, de los servicios sociales o de los gestores de centros residenciales cuando acontezcan circunstancias agravantes excepcionales.

## 6. Financiación

A la hora de abordar la cuestión de la financiación partimos de los tres elementos básicos que configuran cualquier sistema de financiación de riesgos: los agentes financiadores, los instrumentos de financiación y la modalidad del sistema de financiación –reparto o capitalización–.

Los posibles agentes financiadores son las administraciones públicas en sus distintos niveles de gobierno -Estado, Seguridad Social, comunidades autónomas y corporaciones locales- y los ciudadanos. Mientras que los instrumentos de financiación pública se concretan en el presupuesto (a través de los impuestos) y en las cotizaciones a la Seguridad Social, la financiación privada se materializa en contribuciones directas de los individuos a través del ahorro acumulado y/o de la contratación de seguros privados.

Lo primero que hay que señalar es que la utilización de financiación pública para cubrir las prestaciones por dependencia tiene límites: depende de las restricciones financieras presupuestarias y de la elección entre las distintas políticas públicas que se diseñan para satisfacer diferentes necesidades. La incorporación de España a la Unión Económica y Monetaria (UEM) supuso la aceptación del compromiso de equilibrio y sostenibilidad de las finanzas públicas, según el cual el déficit público no puede ser superior al 3% del PIB<sup>22</sup>.

Por otra parte, en estos momentos existen tensiones financieras en casi todas las políticas públicas relacionadas con la protección social y, en particular, en el caso de la sanidad y de las pensiones. Junto con los déficits acumulados del sistema sanitario, cuya cuantía es reclamada por las comunidades autónomas y se estima en más de 7.000 millones de euros, aparecen las tensiones que el pago de las pensiones introduce en el Sistema de Seguridad Social: las últimas proyecciones financieras elaboradas por el propio Ministerio de Trabajo sitúan la quiebra del modelo actual en el año 2015, con un déficit de 625 millones de euros, alcanzando cinco años más tarde, en 2020, un saldo negativo de 17.721 millones de euros, lo que conducirá al agotamiento del Fondo de Reserva en el año 2022. Además, la gestión de éste ha sido valorada como insuficiente por el Tribunal de Cuentas en su último informe *Fiscalización de los excedentes de la Seguridad Social y del Fondo de Reserva de la Seguridad Social*, porque se realiza una gestión pasiva que impide al Fondo aprovechar las oportunidades de inversión que puede ofrecer el mercado.

Ante este panorama cualquier intento de financiación de la protección de la dependencia que no implique aumento de recursos y se base en la reasignación y la utilización de los impuestos generales y/o de las cotizaciones sociales actuales no será realista, pero incluso la afectación parcial de alguno de ellos tampoco sería viable.

La experiencia internacional avala la utilización de múltiples fuentes de financiación de la dependencia tanto de carácter público como privado.

---

<sup>22</sup> Este criterio ha sido flexibilizado en el año 2005 ante las dificultades presupuestarias que presentaban Alemania y Francia, teniendo en cuenta el ciclo económico, la inversión realizada en I+D, las reformas introducidas en el sistema de pensiones y otros factores adversos coyunturales.

## 6.1. Financiación pública

### 6.1.1. *Financiación impositiva*

La **financiación vía incremento de los impuestos** se puede materializar de distintas formas:

- Aumentar los tipos de gravamen de determinados impuestos. Todas las reformas impositivas emprendidas por los países europeos en la última década han reducido los tipos de los impuestos personales sobre la renta y tienden a suprimir el impuesto sobre el patrimonio. Cualquier reforma que supusiese aumentar la imposición directa sobre la renta o el capital queda descartada por los efectos negativos que tiene sobre el trabajo (exceso de gravamen del segundo preceptor de rentas, alternativa renta/ocio, abandono del trabajo por las mujeres....) y sobre el capital (disminución de la tasa de ahorro privado).

Por otra parte, se podría aumentar el tipo de gravamen de algunos impuestos especiales que recaen sobre el alcohol, el tabaco o la electricidad. En todo caso, su recaudación sería complementaria e implicaría reconocer la corresponsabilidad fiscal de las comunidades autónomas en la financiación de un servicio cuya competencia está transferida.

El incremento de los recursos que supondría esta alternativa financiera, según cálculos realizados por el Ministerio de Economía y Hacienda, es el siguiente:

- 25,4 millones de euros si se eleva un 10% el tipo impositivo de los impuestos sobre alcoholes, cervezas y productos intermedios.
  - 101,8 millones de euros si el tipo incrementa 21 céntimos por cada 1.000 cigarrillos y se aumenta 0,95 puntos el tipo ad valorem del impuesto.
  - 321,4 millones de euros si se establece un recargo de dos puntos en el Impuesto sobre la Electricidad.
  - 696,6 millones de euros si existe ejercicio pleno de la capacidad normativa en el Impuesto sobre Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos y en el Impuesto sobre Determinados Medios de Transporte.
  - 918,8 millones de euros si se duplica la capacidad normativa del Impuesto sobre Ventas Minoristas de Determinados Hidrocarburos.
- Establecer recargos sobre el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas. Bajo este punto de vista las personas con mayores rentas son solidarias con el resto al sufragar con sus rentas mayores cargas derivadas de la dependencia, sin embargo, caso de existir límites a la cobertura de las prestaciones, estos contribuyentes habrán soportado dos veces mayores costes: una cuando pagan los impuestos para sostener la dependencia de otros y otra cuando al ser dependientes no reciben la totalidad de la prestación y tienen que afrontar el pago de la misma.
- Por otra parte, la existencia de un umbral fijo de ingresos para acceder a la prestación puede originar situaciones de injusticia. Así, una persona mayor con elevado grado de dependencia tiene que afrontar costes muchos más elevados (alimentación, medicamentos, cuidados intensivos....) por lo que sus ingresos, aun cuando sean altos, pueden no ser suficientes para llevar a cabo una cobertura de las necesidades adecuada en intensidad y calidad.
- Introducir un nuevo impuesto destinado a la dependencia. Dado que lo que se pretende financiar es la carga económica que supone el incremento de la dependencia en la población de 65 años o más, y puesto que el riesgo de ser dependiente nada tiene que ver con la capacidad económica de los individuos, la nueva figura impositiva tendría que ser un impuesto per cápita, esto es, de cuantía fija o igual para todos los ciudadanos.



Éste se configuraría como un impuesto estatal cuya gestión y recaudación se cedería a las comunidades autónomas, por cuanto que éstas son las que tienen las competencias en materia de prestación de servicios sociales de dependencia. Sería obligatorio para todo residente en territorio español con edad superior en torno a los 25-30 años –pues éste es el umbral de edad a partir del cuál un hijo deja de considerarse carga familiar dependiente con derecho a reducción en la declaración del IRPF- y de carácter general -no admitiría exenciones ni desgravaciones fiscales-. Caso de carecer de capacidad económica para pagarlo, el Estado concedería una subvención con cargo a Presupuestos Generales por el importe del mismo sujeta a prueba de medios.

Se estima que a la hora de comprobar la ausencia de recursos se debe valorar tanto la renta como el patrimonio, ya que ambos son indicadores de la capacidad de pago de los individuos. A este respecto, se podrían utilizar dos fuentes de información: 1) la de la Agencia Tributaria sobre retenciones a cuenta practicadas en los rendimientos del trabajo, del capital mobiliario y del capital inmobiliario y 2) la información de la Dirección General del Catastro sobre propiedad inmobiliaria rústica y urbana –actualmente disponible en la página web de dicho organismo-.

En el caso de disponer de patrimonio pero no de rentas se podrían articular mecanismos de ahorro-capitalización que permitiesen afrontar el pago del impuesto (rentas vitalicias, hipoteca inversa, ventas con usufructo, etc.). Asimismo, los cabezas de familia (personas que obtienen los mayores ingresos) podrían estar obligados a satisfacer el impuesto de las personas que dependen de él –caso del cónyuge que no trabaja, por ejemplo-.

#### 6.1.2. Financiación a través de cotizaciones sociales

La **financiación vía incremento de las cotizaciones a la Seguridad Social** no es, a nuestro juicio, un instrumento adecuado<sup>23</sup>. El peso de las cotizaciones que soportan los empresarios españoles es de los más altos de los países europeos, por lo que cualquier aumento de las mismas tendría un impacto negativo sobre el empleo y la competitividad; y cualquier incremento de las cotizaciones que corren a cargo de los trabajadores se traducirá, en mayor o menor medida, en un aumento de los costes salariales.

Existen otros argumentos que desaconsejan el incremento de las cotizaciones sociales. La utilización de este instrumento cargaría el peso de la financiación de un derecho universal únicamente sobre un segmento de la población: los trabajadores afiliados, mientras que existirían colectivos que no aportarían nada, aun cuando se benefician igualmente de las prestaciones (amas de casa, jubilados, trabajadores temporales...) <sup>24</sup>. La dependencia en la vejez va ligada al deterioro de las condiciones físico-psíquicas de los individuos, que nada tienen que ver con la existencia de una relación laboral previa.

Además, el Pacto de Toledo suscrito por todos los partidos políticos en el año 1995, aun vigente, a la hora de efectuar el análisis de los problemas estructurales de la Seguridad Social prohíbe en su Recomendación Primera la utilización de las cotizaciones sociales para cubrir políticas de gasto universal, como es el caso de la dependencia:

*“La financiación de las prestaciones no contributivas y universales (sanidad y servicios sociales entre otras) lo harán con cargo exclusivamente a los Presupuestos Generales del Estado”.*

<sup>23</sup> La Recomendación Octava del Pacto de Toledo va en dirección contraria: “se aboga por una reducción de las cotizaciones sociales como elemento dinamizador del empleo”.

<sup>24</sup> Precisamente la tendencia internacional reciente pretende evitar que la carga en la financiación de la dependencia recaiga únicamente sobre el colectivo de la población cotizante.

Lo que sí cabría plantearse es una redistribución de las cuotas entre las distintas contingencias, de forma que se crease una nueva contingencia afectada a la dependencia a costa de disminuir el peso específico de otra(s) ya existente(s) –formación profesional, horas extraordinarias, fondo de garantía salarial...-, manteniendo inalterado el tipo de cotización total. No obstante, y tal como se ha señalado anteriormente, hay que tener en cuenta que las últimas proyecciones efectuadas sobre el sistema de Seguridad Social alertan del riesgo de inviabilidad financiera del actual sistema de pensiones; en ese caso sin reformas quedaría poco margen para esta alternativa.

Determinados países, como Alemania y Francia, han implantado el denominado “*día de la solidaridad*”, que consiste en trabajar un día festivo destinando los recursos generados a la financiación de la dependencia (véase el apartado 1.4.3. de este estudio). Esta medida ha sido fuertemente contestada desde el punto de vista social.

## 6.2. Financiación privada

La **financiación vía contribuciones directas de los individuos** se puede articular a través del establecimiento de un seguro obligatorio de cuantía fija para todos los ciudadanos, puesto que su finalidad es socializar riesgos individuales. La edad de entrada en el seguro debería establecerse en torno a los 25-30 años, ya que de esta forma el período medio de aportación sería lo suficientemente largo para garantizar la equidad intrageneracional (sistema de reparto) y la intergeneracional (modelo de ciclo vital) con una prima anual razonable<sup>25</sup>. Evidentemente, si el individuo fallece sin ser dependiente no cabe rescate alguno del seguro por parte de los herederos legítimos, esto es, no recuperarán las cantidades aportadas puesto que el sistema está basado en dos principios fundamentales: solidaridad y reparto.

En este sentido puede afirmarse que la obligatoriedad refuerza la solidaridad al redistribuir riesgos individuales, de manera que aquellos casos que implican costes futuros más elevados son cubiertos parcialmente por el resto. Además, la prima debe ser única para reducir los incentivos derivados de la selección adversa y de la información asimétrica. En principio podría objetarse que el sistema de prima única es regresivo, pero nada más lejos de la realidad, porque precisamente la equidad se garantiza por dos vías: 1) el Estado subvenciona el seguro a quienes carecen de renta y patrimonio y 2) a la hora de recibir los servicios el usuario tendría que pagar parte del coste en función de su capacidad económica medida a través de la renta y del patrimonio.

Para establecer la cuantía de la contribución se tendría en cuenta el sistema actualmente vigente en las comunidades autónomas, incentivando un copago del usuario proporcional al coste del servicio con límites fijados en función de su capacidad económica.

Una vez identificados los agentes financiadores y cotejados los instrumentos financieros disponibles se pasa a describir el modelo de protección de la dependencia de personas de 65 años y más que asegura la viabilidad financiera del sistema.

La **propuesta de financiación** que se realiza en este trabajo se basa en dos premisas fundamentales: primera, la firme convicción de que es inviable una financiación basada exclusivamente en impuestos y cotizaciones sociales y, segunda, en la creencia de que la participación del usuario en la financiación es imprescindible y debe ir acompañada de alternativas de aseguramiento sostenible.

Bajo estas premisas se propone el esquema de financiación que se recoge en la tabla 16.

<sup>25</sup> Se trata de redistribuir el consumo individual a lo largo de la vida, de forma que se ahorra una parte de la renta cuando se es activo para poder financiar un consumo en la vejez. Al ser un sistema de previsión aseguradora se requiere una base amplia de asegurados que puedan adquirir los instrumentos de previsión a pólizas asequibles.

**TABLA 16. FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE DEPENDENCIA DE MAYORES**

NIVEL	FUENTE DE FINANCIACIÓN	REQUISITOS	ACCESO A LA PRESTACIÓN	COBERTURA DE LA PRESTACIÓN
<b>Asistencial</b>	Presupuestos Generales del Estado	Residente mayor de 25-30 años y carecer de recursos (renta y patrimonio)	Dependiente de 65 sin recursos y más años	Bono-cheque o prestación en especie por la totalidad
<b>Contributivo obligatorio</b>	Pagos individuales (impuesto o prima)	Residente mayor de 25-30 años (sin límite de edad)	Dependiente de 65 y más años	Bono-cheque o prestación en especie en función del nivel de dependencia más aportaciones individuales en función de la capacidad económica (copago)
<b>Contributivo voluntario</b>	Pagos individuales (prima)	Residente mayor de 25-30 años (sin límite de edad)	Dependiente de 65 y más años	Bono-cheque complementario a la cobertura obligatoria

Como puede observarse el sistema de financiación se asienta en torno a tres pilares: uno de carácter asistencial financiado con cargo al presupuesto público, que responde a la función redistributiva, y dos de carácter contributivo: obligatorio y voluntario, que responden a la función asignativa.

En síntesis, la financiación de las prestaciones por dependencia se basa en el establecimiento de un **pago individual obligatorio**, que puede articularse tanto a través de un impuesto per cápita o de una prima fija satisfecha a un seguro obligatorio, y en el copago, con aportaciones obligatorias del usuario en el momento de percibir las prestaciones de dependencia, que serán inversamente proporcionales a su capacidad económica (nivel contributivo obligatorio). El Estado concedería subvenciones por el importe del pago individual anual a aquellos residentes que carezcan de medios suficientes –renta y/o patrimonio– para afrontar el pago del mismo (nivel asistencial). Se contempla, asimismo, la posibilidad de efectuar aportaciones adicionales incentivadas fiscalmente que amplíen la cobertura básica establecida, o que vayan destinadas a cubrir la dependencia en edades inferiores a los 65 años (nivel contributivo voluntario o complementario)<sup>26</sup>.

La mecánica del sistema obedecería al siguiente esquema: a partir de los 25-30 años todo residente realizará una contribución anual con objeto de asegurar la cobertura de la dependencia sobrevenida a partir de los 65 años. El equipo multidisciplinar evaluará a la persona dependiente y elaborará el plan de cuidados requerido en función del nivel de dependencia que presenta (tipo de servicios, a domicilio, institucionales...). Desde el momento en que la persona obtenga una evaluación positiva de dependencia, se le otorgará un bono-cheque destinado a sufragar la totalidad o parte de los servicios que necesite; el dependiente beneficiario decidirá el tipo de proveedor que le va a prestar los servicios (empresa pública, empresa privada, ciudadador informal...) y le pagará directamente mediante el bono-cheque y con aportaciones adicionales complementarias propias, en caso de ser necesarias. Este copago se establecerá en función de la capacidad económica global de los perceptores y no sólo en función de las rentas declaradas fiscalmente por ellos.

<sup>26</sup> En el mismo sentido que la Recomendación Catorce del Pacto de Toledo

A efectos de evitar la transferencia de activos del dependiente hacia otras personas (familiares, cuidadores...) para evitar el copago y acceder a la cobertura asistencial, se deberían establecer mecanismos legales de cautela que impidan el agotamiento o transferencias de rentas y de patrimonios.

Los fondos recaudados de forma obligatoria, ya sea vía impuesto o mediante prima, se destinarán a constituir un fondo específico destinado exclusivamente a la cobertura de la dependencia.

Además, los ciudadanos tienen la opción de incrementar voluntariamente la cuantía de la contribución obligatoria, de manera que cuando ocurra la contingencia de dependencia sea la compañía aseguradora la que se haga cargo del copago que le corresponda. Es decir, se contempla la posibilidad de elevar la cuantía de la aportación anual para asegurar hasta el cien por cien del coste de las futuras prestaciones, con independencia de la edad en que aparezca la dependencia, al igual que sucede con determinados seguros de salud. De esta forma se introduce la competencia por el lado de la oferta de servicios: cantidad y calidad de las prestaciones que no se consideran básicas.

## 7. Prestadores de servicios

Nos inclinamos por un sistema de producción a través de un mercado competitivo. Esta opción se fundamenta en consideraciones de eficiencia económica y en el reconocimiento del derecho de los usuarios a elegir el proveedor de servicio que desea recibir.

El mercado competitivo estaría compuesto mayoritariamente de proveedores privados puesto que la cobertura actual de la producción de los principales servicios sociales para personas mayores en España -atención a domicilio, centros de día y centros residenciales- es básicamente privada.

La producción de los servicios de respiro puede ser pública o privada, si bien nos inclinamos a una producción mayoritariamente privada por las razones expuestas anteriormente.

## 8. Competencias

A fin de garantizar el funcionamiento del sistema resulta imprescindible establecer un marco legal común -Ley de bases aplicable a todo el territorio español- que garantice unos mínimos y en el que las reglas estén bien definidas para todas las partes implicadas.

El marco normativo debe establecer una definición única y homogénea de dependencia, que delimite los niveles de dependencia, los requisitos de acceso, el catálogo básico de prestaciones y las fuentes de financiación; que incentive la presencia de proveedores y gestores que aseguren la calidad de los servicios prestados; que garantice la solvencia del sistema nacional de dependencia; y que regule el reparto de competencias entre las distintas administraciones públicas implicadas.

Dentro de este contexto el Estado debe desempeñar cuatro funciones:

- **Regulación:** crear un marco legal básico adecuado que asegure tanto la eficiencia y suficiencia de los recursos necesarios para la cobertura del riesgo social de dependencia en la vejez como el cumplimiento del principio de equidad, definiendo y regulando un nivel mínimo de prestaciones a proteger por las administraciones territoriales.



- **Coordinación:** detectar carencias y duplicidades en las políticas desarrolladas por las administraciones territoriales, establecer planes nacionales de dependencia, constituir un sistema de compensación que resarza a las comunidades más envejecidas y con mayor riesgo de dependencia.
- **Asistencial:** financiar el coste de las contribuciones de los ciudadanos que carezcan de medios y de las prestaciones de los dependientes mayores que presenten insuficiencia de recursos para afrontar el copago.
- **Incentivadora:** introducir beneficios fiscales para desarrollar el nivel contributivo voluntario e implantar fórmulas mixtas de cobertura de pensiones y dependencia flexibilizando el paso de una a otra.

Las comunidades autónomas tendrían competencias reguladoras específicas aplicables en su ámbito territorial y competencias en la gestión de prestaciones, mientras que las corporaciones locales se encargarían de las competencias delegadas y de la gestión de los servicios públicos prestados por ellas.

En definitiva, el Estado debe garantizar un marco básico común mínimo que será complementado por las comunidades autónomas –nivel de gobierno que tiene asumidas estas competencias–, de acuerdo con sus posibilidades económicas y financieras –verdadera corresponsabilidad fiscal–.

Por último, para garantizar la solvencia del sistema nacional de dependencia se debe crear un órgano independiente de carácter regulador, al igual que existe en otros mercados (eléctrico, telecomunicaciones, valores...). Este ente regulador se encargaría, entre otras, de las siguientes funciones: llevar el registro de los agentes que intervienen en el sistema (residentes obligados al pago, dependientes, compañías aseguradoras y proveedores); verificar las contribuciones efectuadas; comprobar los requisitos de acceso a las subvenciones estatales y la cuantía de las mismas; expedir los bonos-cheques; otorgar certificados de calidad a proveedores; tutelar la solvencia de las compañías aseguradoras; y dirimir los conflictos entre las partes implicadas: ciudadanos-administración, dependientes-aseguradoras y dependientes-proveedores.

**TABLA 17. PROPUESTAS SOBRE MODELOS DE DEPENDENCIA PARA ESPAÑA**

MODELO DELPHI (1998)	MALDONADO MOLINA (1993)	RODRÍGUEZ CABRERO (2004)	EDAD&VIDA (2005)	LIBRO BLANCO DE- PENDENCIA (2005) Sistema Nacional de Dependencia	PROYECTO UAM-Premio Edad&Vida (2005)
<b>1. PRINCIPIOS</b>					
		Globalidad Eficacia Equidad Eficiencia	Universalidad Eficacia Equidad Eficiencia Sostenibilidad económica	Universalidad Carácter público Igualdad en el acceso Cofinanciación por parte del usuario	Universalidad Eficacia Eficiencia Neutralidad Garantía de acceso Corresponsabilidad Sostenibilidad financiera.
<b>2. OBJETO</b>					
Reconocimiento de la protección de la dependencia como un derecho subjético que compense el coste de los cuidados del dependiente.		Cobertura de un riesgo social a través de un siste- ma de seguridad social.	Ofrecer una determinada cobertura del riesgo de dependencia a todos los ciudadanos.	Garantizar, para todos los ciudadanos, la protección de la dependencia mediante un conjunto de prestaciones y servicios.	Cobertura parcial de las mayores cargas económicas derivadas de la dependencia que pueda aparecer a partir de 65 años.
<b>3. COBERTURA</b>					
Universal y dirigido a cubrir la dependencia grave o muy grave. Sin límite de edad.	Personas mayores dependientes y asimilados Sin límite de edad	Universal en grados y modalidades Sin límite de edad	Universal para gran dependencia. Mixto demás niveles Sin límite de edad.	Universal en grados. Sin límite de edad.	Universal para residentes de 65 años o más, dependientes. Período mínimo de residencia: ≥ 5años

**TABLA 17. PROPUESTAS SOBRE MODELOS DE DEPENDENCIA PARA ESPAÑA (CONTINUACIÓN)**

MODELO DELPHI (1998)	MALDONADO MOLINA (1993)	RODRÍGUEZ CABRERO (2004)	EDAD&VIDA (2005)	LIBRO BLANCO DEPENDENCIA (2005) Sistema Nacional de Dependencia	PROYECTO UAM-Premio Edad&Vida (2005)
<b>4. PRESTACIONES</b>					
<p>- Sistema de protección mixto: combinación de prestaciones en especie y en metálico, moduladas en función de la dependencia.</p> <p>- Protección para la persona cuidadora a través de medidas laborales, servicios sociales de respiro, desgravaciones fiscales y ayudas económicas.</p>	<p>- P. Económicas: Cheque-servicio Complemento de la pensión, de cuantía uniforme Prestaciones específicas de dependencia con 2 modalidades: asistencia y contributiva</p> <p>- P. Especie: servicios públicos accesible de gestión pública y privada (concertación)</p>	<p>- A la persona dependiente: en función del grado. P.en especie (servicios) y en metálico.</p> <p>- Al cuidador/a informal: Reconocimiento del tiempo excedencia por cuidado en su carrera de seguro. Oferta de servicios de respiro. Información y formación.</p>	<p>- P. Específicas: a) Adaptación del entorno; b) Ayudas técnicas; c) Stas. tecnológicos (teleasistencia, tele alarma,...) d) S. Sociales a domicilio e) S. Sanitarios a domicilio; f) Servicios discontinuos (diurnos, respiro,...) g) Cobertura sanitaria en residencias; h) S. de media y larga estancia (residencias, c.sociosanitarios)</p> <p>- P. Genéricas: Dirigidas a la prevención y fomento de hábitos de vida saludables.</p> <p>- Formación reglada</p>	<p>Alternativas: a) Prestación económica destinada al pago de servicios (reembolso o pago directo al prestador). b) Prestación de servicios. c) Sistema mixto.</p> <p>Prestaciones al cuidador informal: - P. económica, de cuantía inferior; protección de la carrera laboral y de seguro - P. en especie: programas de formación. - Elaboración de una Carta de Cuidadores/as donde se subrayen los derechos, necesidades y fines.</p>	<p>- Al dependiente: Cuantía y duración variable en función de la evaluación, reevaluaciones y condiciones socio-económicas. Servicio de ayuda a domicilio: cheque asistencial. Servicio institucional: en especie. Otras prestaciones: ayudas técnicas, subvenciones adaptación viviendas...</p> <p>- Al cuidador informal: en especie (formación; programas de respiro). Monetaria (% del cheque-asistencial; prestación por baja laboral para cuidados; consideración de cotizaciones durante la excedencia por cuidado).</p>

**TABLA 17. PROPUESTAS SOBRE MODELOS DE DEPENDENCIA PARA ESPAÑA (CONTINUACIÓN)**

MODELO DELPHI (1998)	MALDONADO MOLINA (1993)	RODRÍGUEZ CABRERO (2004)	EDAD&VIDA (2005)	LIBRO BLANCO DEPENDENCIA (2005) Sistema Nacional de Dependencia	PROYECTO UAM-Premio Edad&Vida (2005)
<b>5. FINANCIACIÓN</b>					
<p>PÚBLICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Impuestos</li> <li>-Posibilidad de cotizaciones y aportaciones específicas.</li> <li>-Integrada en la Tesorería Gral. de la Seguridad Social</li> </ul>	<p>PÚBLICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aportaciones estatales (impuestos) a la Seguridad Social</li> </ul>	<p>MIXTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impuestos generales. Cubre población activa incapacitada (no cotizante)</li> <li>-Cotizaciones: 50% a cargo del trabajador y 50% a cargo del empleador. Cubre la población trabajadora (cotizante) dependiente y la población cuidadora en excedencia por cuidados a dependencia.</li> </ul>	<p>MIXTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Impuestos. Cubre la gran dependencia.</li> <li>-Financiación privada voluntaria mediante instrumentos de previsión disponibles, con incentivos económicos (cheque-seguro) y fiscales (deducción de la primas) en caso de complementar el cheque-seguro</li> <li>Cubre estados de dependencia menor a la gran dependencia.</li> <li>- Costes de manutención: aportación privada en función del importe de la pensión.</li> </ul>	<p>Alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sistema universal o prestación de dependencia no contributiva: financiación PÚBLICA</li> <li>-impuestos</li> <li>b) Sta. contributivo (S.Social): COTIZACIONES + recursos excedentes si los hay + otras fuentes de financiación para no cotizantes.</li> <li>Además:</li> <li>c) Cofinanciación del usuario</li> <li>d) Posibilidad de afectar la recaudación de determinados ingresos (Imp. sobre alcohol, tabaco, multas de tráfico,...).</li> <li>e) Constitución del Fondo Estatal para Financiación del Sta. Nacional de Dependencia para financiar catálogo de servicios, inversiones y equipos valoración y gestión.</li> </ul>	<p>MIXTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Nivel contributivo-obligatorio: pago individual para todo residente <math>\geq 25</math>-30 años. A través de: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Impuesto per cápita de cuantía fija cuya recaudación y gestión se cede a las CC.AA o</li> <li>b) a través del pago de una prima fija-seguro obligatorio</li> <li>c) Participación del usuario, en función de su capacidad económica, en el momento de recibir las prestaciones.</li> </ul> </li> <li>-Nivel asistencial: Subvención a residentes que carezcan de recursos (renta y/o patrimonio)</li> <li>-Nivel contributivo voluntario: primas individuales con incentivo fiscal. Finalidad: complementar la cobertura o cubrir la dependencia &lt;65 años.</li> </ul>

**TABLA 17. PROPUESTAS SOBRE MODELOS DE DEPENDENCIA PARA ESPAÑA (CONTINUACIÓN)**

MODELO DELPHI (1998)	MALDONADO MOLINA (1993)	RODRÍGUEZ CABRERO (2004)	EDAD&VIDA (2005)	LIBRO BLANCO DE- PENDENCIA (2005) Sistema Nacional de Dependencia	PROYECTO UAM-Premio Edad&Vida (2005)
<b>4. GESTIÓN y COMPETENCIA</b>					
<p>Necesaria armonización entre normativa diferente de las distintas Comunidades Autónomas.</p>	<p>- Estado: marco regulador básico que garantice la igualdad en el acceso y provisión de servicios. - Gestión descentralizada, dotando de mejores recursos a las CC. LL., en especial a los municipios rurales con población dependiente.</p>	<p>Gestión mixta con participación de: Seguridad Social, Estado, CC. AA. y CC.LL. - S. Social: gestión de prestaciones monetarias; financiación de servicios y cotizaciones de trabajadores en excedencia. - Estado: marco regulador de garantía de acceso y servicios mínimos; financiación de la parte no contributiva. - CC. AA.: competencia en s. sociales y gestión de prestaciones monetarias. - CC. LL.: garantía de red básica de servicios comunitarios y determinación de necesidades.</p>	<p>- Estado: Ley de bases de carácter estatal que regule unos mínimos para todo el territorio nacional; seguimiento y control de requisitos, evaluación de recursos y sistemas de gestión. - Creación de Agencias Autonómicas que administren la compra de servicios. - Participación de la iniciativa privada en estrecha colaboración con el sector público (no con carácter subsidiario) en la provisión, sector financiero y aseguramiento.</p>	<p>- Regulación: Ley estatal básica; seguimiento, control y evaluación del sistema. - Gestión descentralizada: Comunidades y Ayuntamientos: - CC. AA.: valoración de la dependencia y reconocimiento del derecho; gestión de centros y servicios propios y concertación. - CC. LL.; gestión de servicios y creación de nuevos servicios y centros. - Financiación compartida: Estado, Comunidades y Ayuntamientos.</p>	<p>- Estado: asumiría las funciones de regulación (Ley de bases estatal); coordinación interterritorial; asistencial (subvención a residentes sin medios) e incentivadora (beneficios fiscales y fórmulas de cobertura mixta). - CC. AA.: competencia reguladora específica en su ámbito territorial; gestión de prestaciones. - CC. LL.: competencia reguladora delegada y gestión de prestaciones en su ámbito territorial. - Producción de servicios a través de un mercado competitivo, mayoritariamente proveedores privados. - Creación de un órgano regulador independiente que garantice la solvencia el sistema.</p>

## II.4. INCENTIVOS FISCALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA Y CON EL SEGURO DE DEPENDENCIA

En el modelo de financiación propuesto se establece un tercer nivel articulado a través de un seguro de dependencia privado, contributivo y voluntario, que permite a los individuos asegurar hasta el cien por cien del coste de las futuras prestaciones por dependencia, al igual que sucede con determinados seguros de salud. De esta forma se fomenta la competencia por el lado de la oferta de servicios en lo referente a la cantidad y calidad de las prestaciones por dependencia que no se consideran básicas.

Ahora bien, la introducción y consolidación en el mercado de este tipo de seguros de dependencia aconseja la concesión de incentivos fiscales a los mismos, porque es necesario estimular la contratación de pólizas por parte de la población joven no dependiente, a fin de constituir una base amplia de asegurados que permita la adquisición de estos instrumentos de previsión a primas asequibles, esto es, para operar bajo la *“ley de los grandes números”*. La experiencia muestra el hecho de que las personas no contratan este tipo de seguros hasta que no perciben próxima la posibilidad de que ocurra el riesgo, salvo que les compense por otro tipo de motivos, entre los que se encontraría disminuir el pago de impuestos. En efecto, según estimaciones realizadas, si no existiesen beneficios fiscales la edad media de los suscriptores de los seguros de dependencia no bajaría de 55 años, al igual que la previsión para la jubilación no se plantea hasta pasados los 45 años <sup>27</sup>.

Además, el incentivo fiscal es uno de los instrumentos que permite superar el denominado *“efecto fondo perdido”* que se produce cuando lo que se asegura es un riesgo incierto, esto es, que puede o no producirse. A este respecto, un tratamiento fiscal favorable al seguro de dependencia permitiría añadir un beneficio real y tangible al ahorro y a la previsión.

Por otra parte, la generalización del seguro privado de dependencia permitiría disminuir la tensión que la financiación de la dependencia de los mayores ejercerá en el futuro sobre las cuentas públicas. La canalización del ahorro mediante instrumentos de previsión permite redistribuir el consumo a lo largo del ciclo vital, de forma que parte de las rentas o del patrimonio de los individuos se destine a la cobertura de la dependencia.

La Recomendación número 14 del Pacto de Toledo potencia el establecimiento de sistemas de ahorro y protección social voluntarios, en los que los incentivos fiscales cobran especial importancia:

*“Se propone la actualización y mejora de los actuales incentivos fiscales dirigidos a la promoción de dicho sistema complementario... En su regulación ha de tenerse en cuenta también que estos mecanismos constituyen una importante fuente de ahorro a largo plazo, tanto individual como colectiva”.*

Es tarea, por tanto, del Estado garantizar la existencia de un marco fiscal adecuado con estímulos suficientes para favorecer la viabilidad a medio y largo plazo del tercer nivel, complementario al contributivo y al asistencial. En este contexto, los incentivos fiscales deberían ir dirigidos, por una parte, a fomentar la suscripción de seguros privados de dependencia y a la conversión líquida (*movilización*) de patrimonios existentes por parte de los individuos. Por otra, se debe facilitar la implantación de operadores financieros que asuman los riesgos asegurados y de gestores y prestadores de servicios de dependencia (tabla 18). Como es lógico, el tratamiento fiscal será diferente en función de la modalidad de seguro contratada, incentivando la entrada y/o la percepción de prestaciones.

<sup>27</sup>En el caso del Reino Unido hay compañías aseguradoras que suscriben seguros de dependencia para personas mayores de 85 años.

**TABLA 18. INCENTIVOS FISCALES A LA DEPENDENCIA DE MAYORES**

<b>NO DEPENDIENTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exención de las cantidades aportadas por las empresas a seguros de dependencia de sus trabajadores, sujeta a límites</li> <li>• Reducción en la base imponible del IRPF de las cantidades aportadas individualmente a seguros de dependencia, sujeta a límites</li> <li>• No efectos fiscales derivados del trasvase entre Fondos y Planes de Pensiones y Seguros de Dependencia</li> <li>• No efectos fiscales de la conversión líquida de patrimonios existentes destinados a financiar la dependencia</li> </ul>
<b>DEPENDIENTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exención de las rentas y capitales percibidos destinados a cubrir los costes derivados de la situación de dependencia</li> <li>• No presunción de rentas de las prestaciones percibidas en especie</li> <li>• No efectos fiscales de la conversión líquida de patrimonios destinados a financiar la dependencia</li> </ul>
<b>GESTORES/PRESTADORES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de tipos impositivos reducidos del IVA aplicables a la prestación de los servicios sociales dirigidos a dependientes</li> <li>• Aplicación de tipos impositivos reducidos del IVA aplicables a la construcción de centros residenciales</li> <li>• Exención o bonificación del ITPAJD que recaiga sobre edificios destinados a servicios sociales de dependencia</li> <li>• Exención o bonificación del IBI para los centros de atención a dependientes</li> <li>• Exención o bonificación del Impuesto sobre Construcciones, Instalaciones y Obras que grave hechos impositivos relacionados con la atención de personas dependientes</li> </ul>
<b>ASEGURADORAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exención del Impuesto sobre Primas de Seguros</li> </ul>

#### II.4.1. Incentivos fiscales a las aportaciones para seguros de dependencia

La dependencia, al igual que otro tipo de riesgos, admite diversas formas de aseguramiento; en concreto, el seguro de dependencia puede abordarse como un producto de riesgo –prevenir la dependencia futura-, un producto de ahorro –ahorrar para la dependencia futura-o mixto (riesgo-ahorro)<sup>28</sup>. En el caso de las dos última modalidades sólo estarían incentivadas fiscalmente las cantidades destinadas a financiar exclusivamente el riesgo de dependencia, esto es, aquellas cuyo ahorro sólo fuera posible en caso de que el asegurado incurriese en dependencia.

<sup>28</sup> En un seguro de riesgo se percibe una indemnización en caso de que ocurra la dependencia, determinándose la prima en función de la relación entre el pago comprometido y la probabilidad de que se produzca la contingencia en un período de tiempo determinado (componente actuarial). Sin embargo, en los seguros de ahorro interviene el riesgo y la rentabilidad financiera del ahorro acumulado (componente financiero-actuarial).

Respecto del tratamiento fiscal cabe hacer una diferenciación en función del tipo de promotor, de forma que el seguro puede ser colectivo o bien individual. En todo caso, se equipararía la regulación del seguro de dependencia con la legislación sobre los seguros de enfermedad y con la normativa sobre los Planes y Fondos de Pensiones.

Los **seguros colectivos** están dirigidos básicamente a empresas, las cuales los suscriben para sus trabajadores, al igual que hacen con los seguros de enfermedad y/o con los fondos de pensiones. Desde el punto de vista fiscal, las primas y aportaciones satisfechas por las entidades constituyen un gasto de personal deducible a la hora de calcular su base imponible en el Impuesto sobre Sociedades, y para el trabajador tienen la consideración de rendimientos de trabajo en especie con beneficios fiscales a la hora de calcular su base imponible en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

Se considera que los seguros de dependencia deben tener un tratamiento similar al existente tanto para los seguros de enfermedad como para otros productos de previsión futura, tales como los Fondos y Planes de Pensiones, las Mutualidades de Previsión Social y los Planes de Previsión Asegurados. La tributación del seguro de dependencia, siguiendo el esquema vigente actualmente en el IRPF para los casos anteriores, sería la siguiente:

- Exención de hasta 500 euros anuales por primas o cuotas satisfechas por la empresa a entidades aseguradoras para cubrir la dependencia del trabajador, su cónyuge y descendientes<sup>29</sup>.
- El exceso sobre la cuantía anterior constituye rendimiento del trabajo en especie con derecho a reducción en la base imponible, sujeta esta última a los límites establecidos para los sistemas de previsión social: 8.000 euros anuales, aumentando 1.250 euros por cada año de edad superior a 52 años hasta un máximo de 24.250 euros<sup>30</sup>.

Dado que estos límites existen ya para los planes de previsión social, la aplicación del nuevo incentivo fiscal al seguro de dependencia exigiría introducir reducciones adicionales, de forma que aumentara la cuantía de dichos límites<sup>31</sup>.

Los **seguros suscritos individualmente** por particulares gozarían de una reducción sobre la base idéntica a la descrita en el párrafo anterior, comprendida entre un mínimo de 8.000 euros anuales y un máximo de 24.250 euros anuales en función de la edad del aportante. Al igual que en el supuesto anterior se trataría de reducciones adicionales a las ya existentes.

A fin de incentivar la suscripción de seguros de dependencia en su modalidad de prima única se debería ampliar el período de tiempo establecido para compensar las reducciones sobre la base no efectuadas por no disponer de base suficiente o por haber superado el límite establecido a tal efecto. A título de ejemplo, citamos las ampliaciones realizadas en los últimos años del período de compensación de bases imponibles negativas en el Impuesto sobre Sociedades.

Otra cuestión que cabe plantearse es la posibilidad de incentivar fiscalmente las aportaciones efectuadas por persona distinta al partícipe, esto es, conceder un trato fiscal favorable a las cantidades aportadas por el cónyuge, descendientes y otros familiares a favor del dependiente. De esta forma se estaría reconociendo la solidaridad intergeneracional, mediante las reduccio-

<sup>29</sup> La exención no se aplicaría en el caso de que la empresa resarciese al trabajador del coste del seguro de dependencia contratado puesto que en este caso se trataría de una retribución monetaria y no en especie. Tampoco operaría respecto de los pagos adicionales que efectúe el trabajador al seguro colectivo contratado por la empresa.

<sup>30</sup> Cuando las aportaciones no hubieran podido ser objeto de reducción por insuficiencia de base imponible, el exceso será objeto de reducción en la base imponible de los cinco ejercicios impositivos siguientes.

<sup>31</sup> Si bien los responsables gubernamentales han manifestado a este respecto su intención de redistribuir los límites ya existentes para el conjunto de instrumentos de previsión social -entre los que se encuentran los Fondos y Planes de Pensiones- a favor de los seguros privados de dependencia.



nes en la base de la persona que realiza la contribución y, obviamente, mediante la exención en el Impuesto sobre Donaciones de las Transmisiones Intervivos cuya finalidad sea la cobertura de la dependencia.

Se considera favorable no penalizar fiscalmente los denominados **seguros de doble renta**, ahorro-jubilación y ahorro-dependencia, o planes mixtos pensiones-dependencia que responden a una concepción de aseguramiento global. En este sentido, el sistema tributario debería ser flexible y permitir el trasvase del ahorro acumulado en Fondos y Planes de Pensiones a la cobertura de situaciones de dependencia, siempre que el suscriptor sea la misma persona. La movilidad entre ambos tipos de previsión mejoraría la asignación de recursos y permitiría la atención de la dependencia en edades tempranas, al mismo tiempo que fomentaría las aportaciones al seguro de dependencia tras la edad de jubilación.

#### II.4.2. Tratamiento fiscal de las prestaciones recibidas por el dependiente

Cuando deviene la dependencia el partícipe percibe las prestaciones acordadas en el seguro suscrito, ya sea como cantidad en metálico o como prestación en especie. Concretamente, la prestación de dependencia se podría percibir bajo cuatro modalidades, según el tipo de contrato formalizado por el asegurado:

- **Renta vitalicia:** la entidad aseguradora pagaría una renta mensual o anual vitalicia que permitiese a la persona mayor hacer frente a las necesidades relacionadas con la situación de dependencia.
- **Capital:** el dependiente percibiría el pago de una prima única inmediata, de forma que cobrara de una sola vez la cantidad que le correspondiere por contrato para afrontar la cobertura de su dependencia.
- **Prestación de servicios en especie:** la entidad aseguradora proporcionaría al dependiente los servicios que su grado de dependencia requiriese, ya fueren domiciliarios o residenciales.
- **Reembolso de gasto:** la entidad aseguradora reintegraría al dependiente los gastos en que incurriera éste como consecuencia de su situación de dependencia.

A efectos tributarios ha de tenerse en cuenta, tal y como señala la exposición de motivos de la Ley 40/1998, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, que sólo debe gravarse la renta disponible, entendiendo como tal la renta que puede utilizar el contribuyente tras atender sus necesidades, y, por tanto, considerando los cuidados o atenciones que pueda necesitar el contribuyente, estableciendo un mínimo personal especial para aquellas personas que se encuentren afectadas por una discapacidad de grado elevado o un estado carencial que implique la ayuda de terceras personas (véase el apartado I.3. de este estudio). A tenor de estas observaciones pasamos a analizar el tratamiento fiscal que, a nuestro entender, deben tener las prestaciones percibidas de los seguros privados de dependencia.

Las rentas obtenidas por los partícipes derivadas de seguros de dependencia no constituyen un aumento de la capacidad económica del dependiente, toda vez que se destinan a satisfacer necesidades básicas personales. En consecuencia, deberían estar exentas de tributación en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, al menos en la cuantía del coste que supone la cobertura de su grado de dependencia. Por lo tanto, se estima que no debe existir un límite único a la exención, sino un baremo fijado en función del grado de dependencia del contribuyente.

Si la prestación se percibiera en forma de capital como pago único, éste también debería quedar exento, total o parcialmente, sujeto a los límites señalados anteriormente, siempre que el dinero percibido tuviese como destino exclusivo sufragar los gastos requeridos por la cobertura de la situación de dependencia en la que se encontrara el perceptor.

Caso de percibir prestaciones en especie, esto es, suministros directos de servicios al asegurado, tales como residencias, centros, cuidadores..., las mismas no tendrían implicaciones fiscales al equipararse el tratamiento de la asistencia sanitaria con el de la prestación de cuidados de dependencia. No existiría, por tanto, presunción de renta para el usuario en concordancia con el tratamiento tributario que reciben las prestaciones de enfermedad suministradas por las sociedades médicas a sus asegurados o las efectuadas por los servicios sociales.

### II.4.3. Tratamiento fiscal de los servicios e inmuebles destinados a la prestación de servicios de dependencia

En este apartado se proponen un conjunto de medidas tributarias que tienen como finalidad facilitar el acceso de los mayores dependientes a los servicios sociales y, en especial, a los centros residenciales. Dentro del ámbito de la Teoría de la Hacienda Pública, los incentivos fiscales han demostrado ser un instrumento útil para generar oferta e introducir competencia.

Por una parte, los servicios prestados a las personas mayores tienen en la actualidad un tratamiento fiscal diferente en el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) según cual sea la finalidad de los mismos. Mientras que los servicios sanitarios se encuentran exentos, los servicios sociales tributan al tipo reducido del 7%.

Se propone una disminución del tipo de IVA hasta el 4% (tipo superreducido) aplicable a la prestación de servicios sociales vinculados a la dependencia. Al ser el IVA un impuesto armonizado a nivel comunitario, y puesto que el problema de la dependencia afecta a todos los países europeos, estimamos justificada la concesión de un tratamiento fiscal favorable para este tipo de servicios que tratan de hacer frente a uno de los grandes retos socioeconómicos del siglo XXI.

En segundo lugar, los centros residenciales, como su propio nombre indica, constituyen la residencia habitual de los mayores que en ellos se alojan, por lo que creemos que su tratamiento tributario debe ser el que corresponde a inmuebles destinados a vivienda<sup>32</sup>. En consecuencia, la construcción de residencias para mayores debe tributar en el IVA al tipo reducido del 7%, al constituir *“fundamentalmente morada o sede de la vida doméstica de las personas que los habitan”* (criterio establecido por la Dirección General de Tributos a efectos de la consideración como viviendas de las casas-cuartel y de los conventos en consulta vinculante del 22-12-1986), y no tributar al tipo general del 16% como ocurre en la actualidad.

Se proponen, asimismo, incentivos fiscales destinados a fomentar la construcción y utilización de centros residenciales como alternativa a la cobertura de la dependencia, dadas las necesidades crecientes que se demandarán en los próximos años. A este respecto cabría mencionar tres medidas tributarias adicionales: la exención o bonificación del Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, del Impuesto sobre Bienes Inmuebles y del Impuesto sobre Construcciones, Instalaciones y Obras que recaen sobre edificios e instalaciones destinados a servicios sociales dirigidos a atender situaciones de dependencia.

---

<sup>32</sup> A efectos del IVA se considera que una edificación está destinada a viviendas cuando al menos el 50% de la superficie construida tenga dicha utilización. Forman parte de las viviendas las instalaciones y servicios complementarios, tales como locales, anexos, garajes e instalaciones situados en ellas, excluidas las de carácter deportivo.



#### II.4.4. Tratamiento fiscal de los seguros de dependencia

Dada la finalidad que persiguen los seguros de dependencia se propone su exención a efectos del Impuesto sobre Primas de Seguro.

Actualmente gozan de exención objetiva en este impuesto las operaciones relativas a seguros sociales obligatorios y a seguros colectivos que instrumenten sistemas alternativos a los planes y fondos de pensiones, las operaciones de seguro de asistencia sanitaria y enfermedad y las correspondientes a operaciones relativas a los planes de previsión asegurados.

#### II.4.5. Incentivos fiscales a la conversión líquida de patrimonios

Otro incentivo fiscal, especialmente atractivo, constituiría la exención de la conversión líquida de patrimonios existentes como instrumento para financiar la dependencia actual o futura. Esta opción permitiría asegurar la cobertura de la dependencia de mayores que, o bien no han sido previsores –carecen de un seguro de dependencia-, o bien habiéndolo sido éste es insuficiente para cubrir sus necesidades. Ahora bien, la monetización de patrimonios ha tenido tradicionalmente una fuerte resistencia social en España, porque los herederos rechazan desprenderse de las propiedades de los progenitores, aun cuando sea para atender a sus necesidades, ya que ello supone no heredar nada en el futuro. Al rechazo social se une la complejidad técnica que plantean determinados supuestos, lo que explicaría por qué estas fórmulas previstas como complemento a la pensión de jubilación han tenido escaso éxito en nuestro país<sup>33</sup>.

Es evidente que para que la conversión líquida de patrimonios inmobiliarios y mobiliarios constituya una alternativa viable en la financiación de la dependencia debe contar con las necesarias garantías de cara a la protección tanto de los intereses de los dependientes como de sus herederos.

Básicamente existen cuatro modalidades que, a su vez, admiten distintas variantes, para monetizar los patrimonios inmobiliarios<sup>34</sup>:

1. *La vivienda-pensión*: consiste en la venta de la vivienda a cambio de una renta vitalicia, conservando el dependiente el usufructo vitalicio sobre la misma (pagando o no un alquiler). Esta opción supone que se transmite la nuda propiedad (la titularidad) manteniendo el dependiente el derecho a su uso mientras viva (la posesión). La ventaja de esta modalidad es que permite al dependiente seguir en su entorno a cambio de no legar la propiedad a sus herederos.
2. *La hipoteca-pensión*: el dependiente hipoteca la vivienda y con el importe recibido constituye una renta vitalicia que le permita afrontar sus necesidades de asistencia y satisfacer los intereses devengados por el crédito. A su fallecimiento los herederos pueden conservar la vivienda, subrogándose en la hipoteca o cancelando la misma. La principal ventaja de esta opción es que permite al dependiente conservar su propiedad y, por tanto, beneficiarse de las revalorizaciones futuras del inmueble.
3. *La hipoteca inversa*: el dependiente hipoteca la vivienda durante un período de tiempo limitado a cambio de una renta temporal, que le genera unos ingresos adicionales y le permite pagar los intereses del crédito. Las principales ventajas radican en la absorción de las revalorizaciones del inmueble y en un mejor tratamiento fiscal que otras alternativas. Sin embargo, su

<sup>33</sup> La utilización de los activos inmobiliarios como medio para financiar la dependencia está muy extendido en el Reino Unido.

<sup>34</sup> Dicha conversión líquida de patrimonios inmobiliarios debería realizarse tanto a través de las compañías de seguros como de otros agentes expertos en el sector inmobiliario, tales como los fondos de inversión inmobiliaria, adoptando las reformas oportunas que se precisen.

principal inconveniente se produce cuando el dependiente sobrevive al período de contratación de la hipoteca y no puede hacer frente a las cargas contraídas. Es, por tanto, un producto a corto y medio plazo (en torno a 10 años).

4. *El alquiler de la vivienda*: el dependiente se traslada a vivir a un piso tutelado o centro residencial, cediendo el inmueble a una sociedad que se encarga de gestionar el mismo, a cambio de una comisión, y le garantiza un porcentaje de los alquileres generados. Esta opción le permite obtener unos recursos complementarios, que puede destinar al pago de otra vivienda más adecuada a sus necesidades, conservar la propiedad con los beneficios que ello reporta (incremento de valor y transmisión a los herederos) y, revalorizar la renta mensual según la evolución del mercado inmobiliario (participación en el alquiler del inmueble).

En síntesis, en las tres últimas modalidades expuestas se trata de asegurar un flujo regular de ingresos que permita a los propietarios afrontar los costes que supone la cobertura de su dependencia, rentabilizando su propio patrimonio sin tener que descapitalizarse.

Dada la finalidad que se persigue con estas modalidades, financiar la dependencia de mayores, creemos que estas operaciones deberían estar exentas de cualquier tributo para evitar que las cargas impositivas recaigan sobre los beneficiarios y reduzcan el valor líquido de los activos transmitidos. En concreto, se debería establecer unos beneficios fiscales amplios que impulsarán la aceptación y el desarrollo de esta fórmula por las implicaciones socioeconómicas que reportan.

Entre los incentivos fiscales dirigidos a favorecer la conversión líquida de patrimonios inmobiliarios de mayores dependientes cabe mencionar los siguientes:

- Exención en el IRPF de las ganancias de patrimonio puestas de manifiesto con ocasión de la transmisión de inmuebles si el importe de la venta es destinado a la cobertura de la dependencia (actualmente está exenta la transmisión de la vivienda habitual de los contribuyentes mayores de 65 años, aun cuando se conserve el usufructo vitalicio sobre la misma).
- Exención en el IRPF de las rentas percibidas derivadas de seguros de dependencia o de la conversión líquida de patrimonios, con el límite del coste de los servicios necesarios para paliar el grado de dependencia sobrevenido. Estos ingresos no generan renta disponible al ir destinadas las cantidades obtenidas a satisfacer las necesidades vitales del dependiente (actualmente están gravadas con un porcentaje que depende de la edad del rentista en el momento de constitución de la renta: 25% cuando el perceptor de la renta tenga entre 65 y 69 años y el 20% si tiene más de 69 años).
- Exención del Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados vinculado a la constitución de una hipoteca, siempre la misma se destine a financiar la dependencia de su titular.
- Exención del Impuesto sobre el Incremento del Valor de los Terrenos de Naturaleza Urbana ("*plusvalía municipal*"), siempre que el importe de la enajenación se destine a financiar la dependencia del vendedor.
- Exención del Impuesto sobre Bienes Inmuebles correspondiente a la vivienda habitual de un mayor dependiente.
- Exención o bonificación del Impuesto sobre Construcciones, Instalaciones y Obras correspondientes a hechos impositivos dirigidos a satisfacer las necesidades de las personas dependientes.
- Exención hasta el 95% de la base imponible que corresponda a la adquisición de inmuebles propiedad de personas dependientes por parte de familiares hasta cuarto grado de parentesco, siempre que el importe equivalente al valor de los mismos



vaya destinado total o parcialmente a sufragar las necesidades de dependencia del transmitente<sup>35</sup>. La exención operaría en el Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados.

- Exención en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones de la constitución de rentas vitalicias o temporales efectuadas por descendientes a favor de ascendientes dependientes mayores de 65 años.

#### II.4.6. Otros incentivos fiscales

Las dificultades que presenta la actual oferta de servicios sociales, tanto los que se refiere a la asistencia domiciliaria como a la atención en centros residenciales, junto con la demanda creciente de los mismos por el proceso de envejecimiento de la población y la incorporación de la mujer al mundo laboral, exigen una política de incentivos públicos que permita atender a las necesidades que se plantean en la actualidad y que se acrecentarán en el futuro.

A este respecto se podría introducir un porcentaje de bonificación en las cotizaciones de la Seguridad Social correspondientes a los cuidadores de mayores dependientes. Esta medida contribuiría, a su vez, a aflorar el empleo sumergido que existe en este sector, tal y como reflejan las encuestas realizadas (véase el capítulo 1).

Así, por ejemplo, en Francia se exonera del pago de la parte patronal de la cotización a la Seguridad Social que corresponda a trabajadores contratados y pagados directamente por los dependientes y a los asalariados con contrato indefinido contratados por asociaciones, centros comunales de acción social y otros organismos acreditados<sup>36</sup>.

<sup>35</sup> Este incentivo fiscal es similar al que existe en el caso de transmisiones lucrativas de participaciones en empresas individuales o de negocios profesionales cuando el transmitente se encuentra en situación de incapacidad permanente absoluta o gran invalidez.

<sup>36</sup> En la actualidad en Navarra se permite reducir de la parte general de la base imponible del IRPF las cuotas sociales satisfechas por los contratos formalizados con empleados del hogar cuando el sujeto pasivo tenga una edad igual o superior a 65 años o posea una minusvalía igual o superior al 33% y por ascendientes, minusválidos y personas asistidas que den derecho a reducción en la base.



# ANEXO I

## ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE DE 65 Y MÁS AÑOS EN ESPAÑA. METODOLOGÍA Y PRINCIPALES RESULTADOS

### ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE DE 65 Y MÁS AÑOS EN ESPAÑA

AUTOR	FUENTE	METODOLOGÍA	RESULTADOS	
			Nº personas =>65 Dependientes	%/ Pob =>65
<b>Morán Aláez, E. (1999)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuesta Nacional de Salud (INE-IV-1993): 27 AVD<sup>1</sup></li> <li>Encuesta de Apoyo Informal (CIS-1994)</li> <li>Proyecciones de la población española 1990-2005 (Instituto de Economía y Geografía-CSIC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimación referida a población en domicilio ( no institucionalizada)</li> <li>Considera 27 AVD.</li> <li>Agrupar las 27 AVD en tres áreas: Cuidados Personales (11AVD); Tareas Domésticas (10AVD); Asuntos Propios (6 AVD).</li> <li>Se definen tres niveles en función del nº de actividades que pueden ser realizadas sin ayuda (cero, menos de la mitad, más de la mitad) para realizar actividades en las tres áreas consideradas: Independencia (sin dependencia); Dependencia Media (alguna dependencia en las 3 áreas o dependencia media en las 3 áreas) y Dependencia Grave (alguna dependencia grave en las 3 áreas o dependencia graves en todas las áreas).</li> <li><b>Población =&gt;65 años (31-12-1992): 5.618.852</b></li> <li><b>Información disponible:</b> Población dependiente de 65 y más años y de 80 y más años, por sexo y total; por grados de dependencia y áreas; años 31-12-1992 y 31-12-2005.</li> </ul>	<b>1.943.373</b>	<b>34,5%</b>
<b>Rodríguez Cabrero, G. (1999)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuesta Nacional de Salud (INE-IV-1993): 27 AVD</li> <li>Proyecciones de la población española 1990-2005 (Instituto de Economía y Geografía-CSIC)</li> <li>Estimación de Morán Aláez,(1999)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimación referida a población en domicilio + institución alizada (población =&gt;65 en residencias asistidas: 67.994)</li> <li>Considera 27 AVD.</li> <li>Utiliza las estimaciones realizada por Morán Aláez, E. (1999):</li> <li>Define tres niveles de dependencia: Dependencia Considerable (dependencia media en las 3 áreas) ; Dependencia Grave (dependencia grave en alguna de las 3 áreas) y Gran Dependencia (dependencia grave en las 3 áreas + pob=&gt;65 en residencias asistidas).</li> <li><b>Población =&gt;65 años (31-12-1992): 5.618.852</b></li> <li><b>Información disponible:</b> Población dependiente de 65 y más años por grados de dependencia. Año 31-12-1992.</li> </ul>	<b>1.005.876</b>	<b>17,92%</b>

<sup>1</sup> AVD: Actividades de la Vida Diaria.

## ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE DE 65 Y MÁS AÑOS EN ESPAÑA ( Cont.)

AUTOR	FUENTE	METODOLOGÍA	RESULTADOS	
			Nº personas=>65 Dependientes	%/ Pob =>65
<b>Puga González, M<sup>o</sup>.D. (2002)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuesta Nacional de Salud (INE-1993): 27 AVD</li> <li>Encuesta de Apoyo Informal (CIS-1994)</li> <li>Proyecciones de la población española. (INE-1995).</li> <li>Informe 2002 Personas Mayores (Imsero-2002)</li> <li>Gasto Sanitario en Residencias (Imsero –sin fecha).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimación referida a población en domicilio + institucionalizada (población =&gt;65 en residencias asistidas aproximadamente 100.000)</li> <li>Considera 17 AVD, de las 27 que incluye la ENS. Distingue 8 ABVD<sup>2</sup> y 9 AIVD<sup>3</sup></li> <li>Se basa en la metodología de Rodríguez Cabrero (1999) y se definen tres niveles de dependencia en función de dos criterios: del no medio de actividades que presentan dificultades para realizar y nº de horas de atención requeridas (modelo alemán).</li> <li>Dependencia Leve (&lt;5 AIVD y 1 ó &lt; horas semanales de ayuda)</li> <li>Depend. Moderada (1-2ABVD; &gt;5 AIVD y 1-2horas/día de ayuda).</li> <li>Dependencia Grave ( &gt;3 AVD y &gt;3 horas/día de ayuda)</li> <li><b>Población =&gt;65 años (01-01-1997): 6.271.427</b></li> <li><b>Información disponible:</b> Población dependiente de 65 y más años por grados de dependencia. Año 1998 y 2010.</li> </ul>	<b>1.691.799</b>  883.950 567.836 240.013	<b>26%</b>  13,6% 8,7% 3,7%
<b>Rodríguez Cabrero, G. (2004)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud (EDDES) (INE-1999): 13AVD (8ABVD+5AIVD)</li> <li>Revisión de las Proyecciones de Población en base al Censo 1991. (INE-1999 EDDES).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimación referida a población en domicilio+Institucionalizada (población =&gt;65 dependientes en residencias asistidas y válidos: 137.457)</li> <li>Considera 12 AVD, de las 13 que incluye la EDDES. Distingue 8 limitaciones de tipo personal<sup>4</sup> y 4 limitaciones de tipo instrumental<sup>5</sup>.</li> <li>Distingue tres grados de dependencia:</li> <li>Dependencia Moderada (discapacidad moderada en &gt;2 y &lt;10 AVD)</li> <li>Dep.Grave (discap. Mode. &lt;10 AVD + discapacidad grave en&lt;2 y &gt;10 AVD)</li> <li>Dependencia Severa (dependientes severos (EDDES) + discapacidad grave &gt;10 AVD)</li> <li><b>Población =&gt;65 años (15-05-1999): 6.434.524</b></li> <li><b>Información disponible:</b> Población dependiente de 65 y más años por grados de dependencia. Año 2000</li> </ul>	<b>1.154.564</b>  481.095 418.302 255.164	<b>17,95%</b>  7,48% 6,50% 3,97%

<sup>2</sup> ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ducha/baño; lavarse; vestirse/desvestirse; peinarse/afeitarse; andar; levantarse/acostarse; comer y quedarse sólo una noche)

<sup>3</sup> AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (usar el teléfono; comprar; preparar comida; hacer tareas domésticas; lavar ropa; utilizar medios de transporte; acordarse de tomar medicación; administrar su dinero y subir escalones).

<sup>4</sup> Limitaciones de tipo personal (**movilidad**- cambio/mantenimiento posiciones del cuerpo; levantarse/acostarse/permanecer de pie/sentado; **desplazarse dentro de hogar**-; desplazarse fuera del hogar- deambular sin medio de transporte; **Cuidado personal**- asearse sólo; control de necesidades; vestirse/desvestirse/arreglarse; comer/beber)

<sup>5</sup> Limitaciones de tipo instrumental (cuidarse de las compras y control de suministros; cuidarse de las comidas; cuidarse de la limpieza y planchado de ropa; cuidarse de la limpieza y mantenimiento de la casa).

## ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE DE 65 Y MÁS AÑOS EN ESPAÑA ( Cont.)

AUTOR	FUENTE	METODOLOGÍA	RESULTADOS	
			Nº personas => 65 Dependientes	% / Pob => 65
<b>Jiménez Lara, A. (2004)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud (EDDES) (INE-1999): 13 AVD</li> <li>Revisión de las Proyecciones de Población en base al Censo 1991. (INE-1999 EDDES).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimación referida a población en domicilio (no institucionalizada).</li> <li>Considera 13 AVD (8 ABVD + 5 AIVD).</li> <li>Distingue un solo nivel de dependencia: personas con alguna discapacidad severa o total.</li> <li><b>Población =&gt; 65 años</b> (15-05-1999): <b>6.434.524.</b></li> <li><b>Información disponible:</b> a partir de la explotación de microdatos de la EDDES, se ofrece la siguiente información, sobre no de personas y tantos por 1000, relativa a:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>Discapacidad para alguna ABVD, AIVD, AVD por sexo, edad (año a año) y grado de severidad (todos los grados y severo o total).</li> <li>Discapacidad para alguna ABVD, AIVD, AVD por grandes grupos de edad (65-79 y 80 y+), Comunidades Autónomas y grado de severidad (todos los grados y severo o total)</li> <li>Discapacidad para alguna AVD y todos los grados de severidad por grupos de edad, tipo de actividad (ABVD, AIVD).</li> <li>Discapacidad para alguna AVD y grado severo o total por grupos de edad, tipo de actividad (ABVD, AIVD).</li> </ul> </li> </ul>	1.464.815	22,76%
<b>Fundación Instituto Catalán de Envejecimiento Edad&amp;Vida (2004).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud (EDDES) (INE-1999): 13 AVD</li> <li>Revisión del Padrón Municipal 1-01-1999 (INE)</li> <li>IMSERSO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimación referida a población en domicilio+ institucionalizada</li> <li>Considera 11 AVD, de las 13 que incluye la EDDES. Distingue 6 ABVD<sup>6</sup> y 5 AIVD<sup>7</sup></li> <li>Sigue el criterio de Manton (NLTC<sup>8</sup>) y distingue cinco niveles de dependencia, en función del no y clase de AVD para las que existe dificultad en realizar:                     <ol style="list-style-type: none"> <li>Sólo AIVD</li> <li>1-2 ABVD</li> <li>3-4 ABVD</li> <li>5-6 ABVD</li> <li>Residentes asistidos</li> </ol> </li> <li><b>Población =&gt; 65 años:</b> se utiliza la población de la Revisión del Padrón Municipal 01/01/99: 6.739.558- nº plazas residenciales (107.690)= 6.540.503 (pob=&gt;65 en domicilio). Para el % total dependientes se utiliza 6.739.558 (INE)</li> <li><b>Información disponible:</b> Población dependiente de 65 y más años por grados de dependencia. Año 1999</li> </ul>	1.585.844	23.5%
			490.538	7,5%
			562.483	8,6%
			189.675	2,9%
			189.675	2,9%
			107.690	1,6%

<sup>6</sup> ABVD ( levantarse/acostarse; desplazarse dentro de hogar; asearse; controlar las necesidades; vestirse y comer/beber)

<sup>7</sup> AIVD (deambular sin medio de transporte; cuidarse de las compras; cuidarse de las comidas; cuidarse de la limpieza y planchado de ropa; cuidarse de la limpieza y mantenimiento de la casa).

<sup>8</sup> National Long Term-Care Survey

## ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE DE 65 Y MÁS AÑOS EN ESPAÑA ( Cont.)

AUTOR	FUENTE	METODOLOGÍA	RESULTADOS	
			Nº personas => 65 Dependientes	% / Población => 65
<b>Libro Blanco de la Dependencia (2005)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud (EDDES) (INE-1999): 13 AVD</li> <li>Proyecciones de Población. Base Censo 2001. Cifras a 31 de diciembre.</li> <li>IMSERSO (datos sobre la red de centros residenciales para personas mayores y personas con discapacidad).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimación referida a población en domicilio+ institucionalizada:</li> <li><b>1) Población dependiente:</b> Considera la población con discapacidad SEVERA O TOTAL para 9ABVD<sup>9</sup> (EDDES); se elabora un indicador sintético que considera no de actividades y grado de discapacidad. Se establecen tres grados de dependencia<sup>10</sup>:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- D. Moderada: necesidad de ayuda para una o varias ABVD al menos 1 vez al día</li> <li>- D. Severa: necesidad de ayuda para varias ABVD 2/3 veces al día</li> <li>- Gran dependencia: necesidad de ayuda para varias ABVD varias veces al día+ necesidad continua de otra persona.</li> </ul> </li> <li><b>2) Población con discapacidad para tareas domésticas y/o discapacidad moderada para alguna ABVD:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo A: alguna discapacidad moderada para alguna ABVD, pero sin discapacidad severa o total.</li> <li>- Grupo B: alguna discapacidad para alguna AIVD<sup>11</sup> pero sin discapacidad en ABVD.</li> </ul> </li> <li><b>Población =&gt; 65 años : 7.306.131 (31/12/05)</b></li> <li><b>Información disponible:</b> Población de 65 y más años con discapacidad para AVD por grados de severidad. Proyección al año 2005, 2010, 2015<sup>12</sup> y 2020.</li> </ul>	<p><b>(1+2) 1.887.955</b> <b>(1) 826.551</b></p> <p>163.334</p> <p>292.105</p> <p>371.112</p> <p><b>(2) 1.061.404</b></p> <p>507.370</p> <p>554.034</p>	<p><b>25,84%</b> <b>11,31%</b></p> <p>2,24%</p> <p>4,00%</p> <p>5,08%</p> <p><b>14,53%</b></p> <p>6,94%</p> <p>7,58%</p>

<sup>9</sup> ABVD (1. Actividades relativas al cuidado personal: *asearse solo, lavarse y cuidarse de su aspecto; controlar las necesidades y utilizar sólo el servicio; vestirse, desvestirse y arreglarse; comer y beber* / 2. Movilidad en el hogar: *cambiar y mantener las diversas posiciones del cuerpo; levantarse, acostarse y permanecer de pie o sentado; desplazarse dentro del hogar* / 3. Funcionamiento mental básico: *reconocer personas y objetos y orientarse; entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas*).

<sup>10</sup> Los grados de dependencia se distribuyen de acuerdo con la siguiente puntuación: 1 punto por cada actividad que presenta discapacidad moderada; 2 puntos por cada actividad que presenta discapacidad severa y 3 puntos por cada actividad que presenta discapacidad total. El grado 1 (D. Moderada) < 7 puntos; El grado 2 (D. Severa) => 7 y < 15 puntos; el grado 3 (Gran Dependencia) > 15 puntos máximo 27 puntos (3 puntos x 9 ABVD).

<sup>11</sup> AIVD (EDDES): *deambular sin medio de transporte; cuidarse de las compras; cuidarse de las comidas; cuidarse de la limpieza y planchado de ropa; cuidarse de la limpieza y mantenimiento de la casa, y cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia*.

<sup>12</sup> Se toma como referencia la proyección al 2005 y no el año 1999 (año base) porque la información disponible en el L. Blanco. para 1999 facilita la población => 65 dependiente en domicilio (595.807)+ población => 65 en domicilio con discapacidad para tareas domésticas y/o discapacidad moderada para ABVD (869.007), pero no se facilita la distribución por grados de dependencia-edad, ni grupos-edad, ni tampoco se facilita la información por grupo de edad de la distribución de la población discapacitada para AVD institucionalizados.

## ESTIMACIONES DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE DE 65 Y MÁS AÑOS EN ESPAÑA ( Cont.)

AUTOR	FUENTE	METODOLOGÍA	RESULTADOS	
			Nº personas => 65 Dependientes	% / Población => 65
<b>Encuesta Nacional de Salud 2003</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuesta Nacional de Salud 2003 (26/04/2005)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimación referida a población en domicilio</li> <li>Diferencia 27 AVD clasificadas en autocuidado, labores domésticas y movilidad</li> <li>Población de 65 y más años con dificultades para realizar AVD:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Moderada</li> <li>Grave o absoluta</li> </ul> </li> <li><b>Población =&gt; 65 años de referencia según la ENS : 6.863.000</b></li> <li><b>Información disponible:</b> población de 65 y más años con dificultad para realizar las AVD por género, grupo de edad, grado de severidad, tipo de problema y necesidad de ayuda de otra persona. Resultados a nivel nacional</li> </ul>	<p><b>1.530.400</b></p> <p>935.300</p> <p>595.100</p>	<p><b>22,3%</b></p> <p>13,6%</p> <p>8,7%</p>
<b>UAM-Premio Edad&amp;Vida (2005).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud (EDDES) (INE-1999): 13 AVD<sup>13</sup></li> <li>Revisión Padrón Municipal (01/01/2004). Últimos datos publicados (29/03/05)</li> <li>IMSERSO (2005) <i>Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimación referida a población en domicilio+ institucionalizada:</li> <li>A partir de los datos de población =&gt; 65 con discapacidad para AVD (EDDES) se calcula el % que representa sobre la población =&gt; 65 para 1999. Dicho % se extrapola a la población =&gt; 65 a enero 2004 y se obtiene la población =&gt; 65 dependiente que vive en domicilio. A esta cifra se le suma el no de plazas residenciales para dependientes a enero 2004 y se toma como población =&gt; 65 dependiente institucionalizada.</li> <li><b>Población =&gt; 65 años : 7.301.009 (01/01/04)</b></li> <li><b>Información disponible:</b> Población dependiente de 65 y más años, por CC.AA y nivel nacional.</li> </ul>	<p><b>1.802.204</b></p>	<p><b>24,68%</b></p>

<sup>13</sup> AVD: cambiar y mantener las posiciones del cuerpo; levantarse/acostarse; desplazarse dentro de hogar; asearse; controlar las necesidades; vestirse; comer/beber; deambular sin medio de transporte; cuidarse de las compras; cuidarse de las comidas; cuidarse de la limpieza y planchado de ropa; cuidarse de la limpieza y mantenimiento de la casa; cuidarse del bienestar del resto de la familia.

## ANEXO II

---

ESTIMACIÓN DEL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN ESPAÑA.  
RESULTADOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. ENERO 2004.

Fuentes: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Julio 2005) IMSERSO.  
*Informe 2004. Las Personas Mayores en España.*  
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Enero 2005) IMSERSO *Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España.*  
[www.ine.es](http://www.ine.es). *Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/04.*  
[www.ine.es](http://www.ine.es). *Cuentas Económicas. Contabilidad Regional de España. Base 1995.*  
[www.ine.es](http://www.ine.es). *Encuesta de Discapacidades, deficiencias y Estado de Salud (1999).*  
Elaboración propia.



## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-ESPAÑA

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	422.628	228.812	148.905	40.482	4.429	
Nº de Plazas	174.903			33.709	138.354	2.840
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>568.281</b>	228.812	148.905	49.237	138.487	2.840
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		10,51 €		18,00 €	43,38 €	38,63 €
Precio (€/mes)		172,68 €	21,14 €	539,98 €	1.301,47 €	1.159,01 €
Precio (€/año)		2.072,15 €	253,64 €	6.479,72 €	15.617,67 €	1.159,01 €
Intensidad horaria (horas /mes/usuario) SAD		16,43				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unid. de consumo/pob.=>65 años (%)	7,78	3,13	2,04	0,67	1,90	0,04
Unid. de consumo/pob.=>80 años (%)	31,23	12,58	8,18	2,71	7,61	0,16
Unid. de consumo/pob depend=>65 (%)	31,53	13,75	8,95	2,96	8,32	0,17
<b>Gasto s.sociales (miles €/año) (3)</b>	<b>2.646.819,29 €</b>	<b>417.188,37 €</b>	<b>37.315,07 €</b>	<b>217.353,14 €</b>	<b>1.971.332,82 €</b>	<b>3.629,88 €</b>
PIB pm (miles €/año) (2003A)	744.754.000,00 €					
Gasto/PIB(%)	<b>0,36%</b>					
Gasto/usuario=>65 años (€/año)(4)	4.789,24 €					
Gasto/dependiente=>65 años (€/año)	1.468,66 €					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente=>65 (miles €/año)	<b>8.393.923,68 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>1,13%</b>					
Gasto/dependiente=>65 años (€/año)	4.657,59 €					
Incremento necesario del gasto (miles€/año)	5.747.104,40 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	0,77					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	43.197.684					
Población =>65 años	7.301.009					
Población =>80 años	1.819.572					
(Población=>65/Población total) (%)	16,90%					
(Población=>80/Población total) (%)	4,21%					
Población dependiente=>65 (EDDES-99)	1.663.717					
%sobre población=>65 años	22,79%					
Dependientes=>65 años en residencias (5)	138.487					
<b>Total Pob.=&gt;65 años dependiente</b>	<b>1.802.204</b>					
%sobre población=>65 años	<b>24,68%</b>					

## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-ESPAÑA

### (1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:

Consideramos, como tal, el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio y Telasistencia.

Centros de Día: se considera el no de usuarios y nº de plazas, por ser superior el primero, en las siguientes CC.AA: Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha Castilla y León, Madrid y Ciudad Autónoma de Ceuta.

Residencias para dependientes: se considera el no de usuarios y no de plazas, por ser superior el primero, la Comunidad Autónoma Principado de Asturias y la Ciudad Autónoma de Melilla.

Estancias temporales: se considera el nº de plazas.

### (2) Precio:

El precio, a nivel nacional, para cada tipo de servicio es el resultado de hallar la media aritmética de los precios de cada ámbito territorial (ver Tabla 5-Datos globales)

Con carácter general, los precios por usuario (plaza) se refieren a:

Ayuda a Domicilio y Telasistencia: precio público

Centro de Día: precio/plaza concertada o en su defecto precio/plaza pública

Residencia dependientes: precio/plaza dependiente concertada o en su defecto

precio/plaza no dependiente (concertada o pública, según la información disponible)

Estancia temporal: se toma el precio medio a nivel nacional (ver Tabla 5-Datos globales) para dependiente.

Se considera que la utilización de este servicio es de un mes al año correspondiente al mes de vacaciones del cuidador del dependiente que está en su domicilio.

### (3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de sumar el gasto de las CC.AA. Por tipo de servicio (Ver Tabla 6-Datos globales).

### (4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y teleasistencia; en el caso de centros de día, residencias y estancias temporales se considera nº de plazas.

En el caso de Ceuta se considera el número de usuarios dependientes en residencias ya que es el dato del que disponemos.

### (5) Dependientes=>65 años en Residencias

Se considera el número de plazas en todas las CC.AA., excepto en Asturias y Ciudad Autónoma de Melilla, donde se considera el nº de usuarios dependientes por ser mayor que el nº de plazas. En el caso de Ceuta también se consideras nº de usuarios dependientes ya que no disponemos del dato sobre nº de plazas.



**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-ANDALUCIA**

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	79.291	39.266	20.242	15.992	3.791	
Nº de Plazas	10.870			3.721	6.669	480
Plazas /usuario				0,23	1,76	
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>82.649</b>	<b>39.266</b>	<b>20.242</b>	<b>15.992</b>	<b>6.669</b>	<b>480</b>
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		11,03 €		10,78 €	40,18 €	40,18 €
Precio( €/mes)		88,24 €	33,12 €	323,31 €	1.205,41 €	1.205,41 €
Precio (€/año)		1.058,88 €	397,44 €	3.879,72 €	14.464,92 €	1.205,41€
Intensidad horaria(horas /mes/usuario)SAD		8,00				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unid. de consumo/pob.=>65 años (%)	7,28	3,46	1,78	1,41	0,59	0,04
Unid. de consumo/pob.=>80 años (%)	32,67	15,52	8,00	6,32	2,64	0,19
Unid. de consumo/pob depend=>65 (%)	23,51	11,38	5,87	4,64	1,93	0,14
<b>Gasto s.sociales (miles €/año)(3)</b>	<b>161.104,55 €</b>	<b>41.577,98 €</b>	<b>8.044,98 €</b>	<b>14.436,44 €</b>	<b>96.466,55 €</b>	<b>578,60 €</b>
PIB pm (miles €/año) (2003 A)	101.987.848,00 €					
Gasto/PIB(%)	<b>0,16%</b>					
Gasto/usuario=>65 años (€/año) (4)	2.289,13 €					
Gasto/dependiente=>65 años (€/año)	458,21 €					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente=>65 (miles €/año)	<b>685.355,49 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>0,67%</b>					
Gasto/dependiente=>65 años (€/año)	1.949,26 €					
Incremento necesario del gasto (miles €/año)	524.250,94 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	0,51					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	7.687.518					
Población =>65 años	1.134.633					
Población =>80 años	252.978					
(Población=>65/Población total)(%)	14,76%					
(Población=>80/Población total)(%)	3,29%					
Población dependiente=>65 (EDDES-99)	344.928					
% sobre población=>65 años	30,40%					
Dependientes=>65 años en residencias(5)	6.669					
<b>Total Pob.=&gt;65 años dependiente</b>	<b>351.597</b>					
% sobre población=>65 años	<b>30,99%</b>					

## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-.ANDALUCIA

### (1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:

Consideramos el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio, Teleasistencia. En el caso de centros de día y plazas residenciales para dependientes consideramos el mayor de los dos datos facilitados (nº de plazas, nº de usuarios) En el caso de estancias temporales sólo existe el dato sobre nº de plazas que es el que tomamos.

### (2) Precio:

Servicio Público de Ayuda a Domicilio: se considera el precio público/usuario.

Servicio Público de Teleasistencia: se considera el coste/usuario

Centro de Día: El total de plazas se distribuye en un 21,52% públicas el 61,24% son concertadas y el 17,22% privadas. Consideramos como precio de referencia, la media ponderada del precio público y concertado. No existe información sobre precio plaza privada.

Plaza residencial asistida: se considera el precio/plaza dependiente concertado ya que no disponemos de información sobre precio/plaza dependiente público ni privado.

Plaza Estancia temporal: se toma como referencia el precio/plaza dependiente concertado en residencia asistida ya que no disponemos de otro precio de referencia. Se considera que la utilización de este servicio es de un mes al año correspondiente al mes de vacaciones del cuidador del dependiente que está en su domicilio.

### (3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de multiplicar el precio anual (nota2) por el número de usuarios ( en el caso de ayuda a domicilio, teleasistencia se considera el nº de usuarios), en el caso de residencias, centros de día y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y teleasistencia; en el caso de centros de día, residencias y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (5) Dependientes=>65 años en Residencias

Se considera el nº de plazas para dependientes y no el nº de usuarios ya que éstos se refieren a los usuarios de plazas públicas y concertadas pero no incluye los usuarios de plazas privadas.



**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-ARAGÓN**

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	17.575	8.064	6.989	852	1.670	
Nº de Plazas	4.409			905	3.465	39
Plazas/usuario				1,06	2,07	
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>19.462</b>	<b>8.064</b>	<b>6.989</b>	<b>905</b>	<b>3.465</b>	<b>39</b>
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		8,00 €		21,49 €	38,94 €	38,94 €
Precio (€/mes)		80,00 €	15,00 €	644,83 €	1.168,33 €	1.168,33 €
Precio (€/año)		960,00 €	180,00 €	7.737,96 €	14.019,96 €	1.168,33 €
Intensidad horaria (horas/mes/usuario) SAD		10,00				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unidades de consumo/pob. =>65 (%)	7,43	3,08	2,67	0,35	1,32	0,01
Unidades de consumo/pob. =>80 (%)	26,85	11,13	9,64	1,25	4,78	0,05
Unidades de consumo/pob. depend. =>65(%)	39,02	17,38	15,06	1,95	7,47	0,08
<b>Gasto s.sociales (miles €/año)(3)</b>	<b>64.627,04 €</b>	<b>7.741,44 €</b>	<b>1.258,02 €</b>	<b>7.002,85 €</b>	<b>48.579,16 €</b>	<b>45,56 €</b>
PIB pm (miles €/año) (2003 A)	22.946.671,00 €					
Gasto/PIB (%)	<b>0,28%</b>					
Gasto/usuario =>65 (€/año) (4)	3.320,68 €					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	1.295,87 €					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente =>65 (miles €/año)	<b>165.607,46 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>0,72%</b>					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	3.320,68 €					
Incremento necesario del gasto (miles €/año)	100.980,42 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	0,44					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	1.249.584					
Población =>65	262.036					
Población =>80	72.471					
(Población=>65/Población total) (%)	20,97%					
(Población=>80/Población total) (%)	5,80%					
Población dependiente =>65 (EDDES-99)	46.407					
% sobre población =>65	17,71%					
Dependientes =>65 en Residencias (5)	3.465					
<b>Total Pob. =&gt;65 dependiente</b>	<b>49.872</b>					
% sobre población =>65	<b>19,03%</b>					

## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-ARAGÓN

### (1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:

Consideramos el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio, Telesistencia. En el caso de centros de día y plazas residenciales para dependientes consideramos el mayor de los dos datos facilitados (nº de plazas, nº de usuarios) En el caso de estancias temporales sólo existe el dato sobre nº de plazas que es el que tomamos.

### (2) Precio:

Servicio Público de Ayuda a Domicilio: se considera el precio público/usuario. Servicio Público de Telesistencia: se considera el coste/usuario. Centro de Día: El total de plazas se distribuye en un 23,43% públicas el 14,36% son concertadas y el 62,21% privadas. Consideramos como precio de referencia el precio concertado que coincide con el precio público. No existe información sobre precio plaza privada. Plaza residencial asistida: se considera el precio/plaza dependiente concertado ya que no disponemos de información sobre precio/plaza dependiente público ni privado. Plaza Estancia temporal: se toma como referencia el precio/plaza dependiente concertado en residencia asistida ya que no disponemos de otro precio de referencia. Se considera que la utilización de este servicio es de un mes al año correspondiente al mes de vacaciones del cuidador del dependiente que está en su domicilio.

### (3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de multiplicar el precio anual (nota2) por el número de usuarios (en el caso de ayuda a domicilio, telesistencia se considera el nº de usuarios), en el caso de residencias, centros de día y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y telesistencia; en el caso de centros de día, residencias y estancias temporales se considera el nº de plazas.

### (5) Dependientes=>65 años en Residencias

Se considera el nº de plazas para dependientes y no el nº de usuarios ya que éstos se refieren a los usuarios de plazas públicas y concertadas pero no incluye los usuarios de plazas privadas.



**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-ASTURIAS**

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	14.560	7.750	4.188	835	1.787	
Nº de Plazas	2.655			884	1.736	35
Plazas/usuario				1,06	0,97	
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>14.644</b>	7.750	4.188	884	1.787	35
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		10,44 €		12,88 €	28,59 €	28,59 €
Precio (€/mes)		135,72 €	22,84 €	386,44 €	857,58 €	857,58 €
Precio (€/año)		1.628,64 €	274,08 €	4.637,28 €	10.291,00 €	857,58 €
Intensidad horaria (horas/mes/usuario) SAD		13,00				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unidades de consumo/pob. =>65 (%)	6,16	3,26	1,76	0,37	0,75	0,01
Unidades de consumo/pob. =>80 (%)	23,32	12,34	6,67	1,41	2,85	0,06
Unidades de consumo/pob. depend. =>65(%)	29,80	16,37	8,84	1,87	3,77	0,07
<b>Gasto s.sociales (miles €/año) (3)</b>	<b>35.764,35 €</b>	<b>12.621,96 €</b>	<b>1.147,85 €</b>	<b>4.099,36 €</b>	<b>17.865,17 €</b>	<b>30,02 €</b>
PIB pm (miles €/año) (2003 A)	16.205.553,00€					
Gasto/PIB (%)	<b>0,22%</b>					
Gasto/usuario =>65 (€/año) (4)	2.450,79 €					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	727,75 €					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente =>65 (miles €/año)	<b>120.020,77 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>0,74%</b>					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	2.442,25 €					
Incremento necesario del gasto (miles €/año)	84.256,42 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	0,52					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	1.073.761					
Población =>65	237.614					
Población =>80	62.795					
(Población=>65/Población total) (%)	22,13%					
(Población=>80/Población total) (%)	5,85%					
Población dependiente =>65 (EDDES-99)	47.356					
% sobre población =>65	19,93%					
Dependientes =>65 en Residencias (5)	1.787					
<b>Total Pob. =&gt;65 dependiente</b>	<b>49.143</b>					
% sobre población =>65	<b>20,68%</b>					

## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-ASTURIAS

### (1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:

Consideramos el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio y teleasistencia. En el caso de centros de día y plazas residenciales para dependientes consideramos el mayor de los dos datos facilitados (nº de plazas, nº de usuarios) En el caso de estancias temporales sólo existe el dato sobre nº de plazas que es el que tomamos.

### (2) Precio:

Servicio Público de Ayuda a Domicilio: se considera el precio público/usuario.

Servicio Público de Teleasistencia: se considera el coste/usuario

Centro de Día: El total de plazas se distribuye en un 85,41% públicas

Y 14,59% son privadas, no existen plazas concertadas. Consideramos como precio de

referencia, el precio público. No existe información sobre el precio /plaza privada

Plaza residencial asistida: se considera el precio/plaza dependiente concertado ya que no disponemos de información sobre precio/plaza dependiente público. No hay pl. privadas

Plaza Estancia temporal: se toma como referencia el precio/plaza dependiente concertado en residencia asistida ya que no disponemos de otro precio de referencia. Se considera

que la utilización de este servicio es de un mes al año correspondiente al mes de vacaciones del cuidador del dependiente que está en su domicilio.

### (3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de multiplicar el precio anual (nota2) por el número de usuarios (en el caso de ayuda a domicilio, teleasistencia se considera el nº de usuarios), en el caso de residencias, centros de día y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y teleasistencia; en el caso de centros de día, residencias y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (5) Dependientes=>65 años en Residencias

Se considera el nº de usuarios dependientes.



**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-BALEARES (ISLAS)**

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	5.623	2.784	2.527	312		
Nº de Plazas	2.117			322	1.760	35
Plazas/usuario				1,03		
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>7.428</b>	2.784	2.527	322	1.760	35
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		8,40 €		16,31 €	37,77 €	37,77 €
Precio (€/mes)		107,52 €	29,45 €	489,17 €	1.133,00 €	1.133,00 €
Precio (€/año)		1.290,24 €	353,40 €	5.870,00 €	13.596,00 €	1.133,00 €
Intensidad horaria (horas/mes/usuario) SAD		12,80				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unidades de consumo/pob. =>65 (%)	5,61	2,10	1,91	0,24	1,33	0,03
Unidades de consumo/pob. =>80 (%)	21,70	8,13	7,38	0,94	5,14	0,10
Unidades de consumo/pob. depend. =>65(%)	27,00	10,81	9,81	1,25	6,84	0,14
<b>Gasto s.sociales (miles €/año) (3)</b>	<b>30.343,82 €</b>	<b>3.592,03 €</b>	<b>893,04 €</b>	<b>1.890,14 €</b>	<b>23.928,96 €</b>	<b>39,66 €</b>
PIB pm (miles €/año) (2003 A)	18.740.588,00 €					
Gasto/PIB (%)	<b>0,16%</b>					
Gasto/usuario =>65 (€/año) (4)	4.085,06 €					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	1.103,16 €					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente =>65 (miles €/año)	<b>112.365,03 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>0,61%</b>					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	4.085,06 €					
Incremento necesario del gasto (miles €/año)	82.021,21 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	0,44					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	955.045					
Población =>65	132.440					
Población =>80	34.233					
(Población=>65/Población total) (%)	13,87%					
(Población=>80/Población total) (%)	3,58%					
Población dependiente =>65 (EDDES-99)	25.746					
% sobre población =>65	19,44%					
Dependientes =>65 en Residencias (5)	1.760					
<b>Total Pob. =&gt;65 dependiente</b>	<b>27.506</b>					
% sobre población =>65	<b>20,77%</b>					

## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES.

### ENERO 2004-BALEARES (ISLAS)

Los datos se refieren a enero 2003, excepto el nº usuarios de ayuda a domicilio y teleasistencia.

#### (1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:

Consideramos el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio y teleasistencia. En el caso de centros de día se considera el mayor de los datos facilitados (nº de plazas, nº de usuarios). En el caso de residencias y estancias temporales sólo existe el dato sobre nº de plazas que es el que tomamos

#### (2) Precio:

Servicio Público de Ayuda a Domicilio: se considera el precio público/usuario.

Servicio Público de Teleasistencia: se considera el coste/usuario

Centro de Día: El total de plazas se distribuye en un 21,12% públicas, 38,51% concertadas y 40,37% son privadas. Se toma como precio de referencia el precio público ya que no existe información sobre el precio concertado y privado.

Plaza residencial asistida: se considera el precio público/plaza residencial ya que no disponemos de información sobre precio concertado/plaza dependiente.

Plaza Estancia temporal: se toma como referencia el precio/plaza público en residencia ya que no disponemos de otro precio de referencia. Se considera que la utilización de este servicio es de un mes al año correspondiente al mes de vacaciones del cuidador del dependiente que está en su domicilio.

#### (3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de multiplicar el precio anual (nota2) por el número de usuarios (en el caso de ayuda a domicilio, teleasistencia se considera el nº de usuarios), en el caso de residencias, centros de día y estancias temporales se considera nº de plazas.

#### (4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y teleasistencia; en el caso de centros de día, residencias y estancias temporales se considera nº de plazas.

#### (5) Dependientes=>65 años en Residencias

Se considera el nº de plazas para dependientes y no el nº de usuarios ya que éstos se se refieren a los usuarios de plazas públicas y concertadas pero no incluye los usuarios de plazas privadas.



**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-CANARIAS**

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	8.081	6.135	1.422	524		
Nº de Plazas	2.517			514	2.003	
Plazas/usuario				0,98		
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>10.084</b>	6.135	1.422	524	2.003	
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		16,00 €		30,93 €	76,97 €	
Precio (€/mes)		160,00 €	18,00 €	927,93 €	2.309,04 €	
Precio (€/año)		1.920,00 €	216,00 €	11.135,16 €	27.708,48 €	
Intensidad horaria (horas/mes/usuario) SAD		10,00				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unidades de consumo/pob. =>65 (%)	4,37	2,66	0,62	0,23	0,87	
Unidades de consumo/pob. =>80 (%)	20,70	12,60	2,92	1,08	4,11	
Unidades de consumo/pob. depend. =>65(%)	21,23	13,48	3,13	1,15	4,40	
<b>Gasto s. sociales (miles €/año) (3)</b>	<b>73.309,91 €</b>	<b>11.779,20 €</b>	<b>307,15 €</b>	<b>5.723,47 €</b>	<b>55.500,09 €</b>	
PIB pm (miles €/año) (2003 A)	31.035.307,00 €					
Gasto/PIB (%)	<b>0,24%</b>					
Gasto/usuario =>65 (€/año) (4)	7.277,14€					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	1.543,37 €					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente =>65 (miles €/año)	<b>345.321,03 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>1,12%</b>					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	7.269,92 €					
Incremento necesario del gasto (miles €/año)	272.011,12 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	0,88					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	1.915.540					
Población =>65	230.949					
Población =>80	48.709					
(Población=>65/Pob. total) (%)	12,06%					
(Población=>80/Pob. total) (%)	2,54%					
Población dependiente =>65 (EDDES-99)	45.497					
% sobre población =>65	19,70%					
Dependientes =>65 en Residencias (5)	2.003					
<b>Total Pob. =&gt;65 dependiente</b>	<b>47.500</b>					
% sobre población =>65	<b>20,57%</b>					

## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-CANARIAS

### (1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:

Consideramos el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio, Telasistencia. En el caso de centros de día se considera el mayor de los datos facilitados (nº de plazas, nº de usuarios). En el caso de residencias sólo existe el dato sobre nº de plazas que es el que tomamos

### (2) Precio:

Servicio Público de Ayuda a Domicilio: se considera el precio público/usuario.

Servicio Público de Teleasistencia: se considera el coste/usuario

Centro de Día: El total de plazas se distribuye en un 52,33% públicas

el 34,05% son concertadas y el 13,62% privadas. Consideramos como precio de referencia el precio público. No existe información sobre precio concertado ni privado

Plaza residencial asistida: se considera el precio/plaza dependiente concertado ya que no disponemos de información sobre precio/plaza dependiente público ni privado.

### (3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de multiplicar el precio anual (nota2) por el número de usuarios (en el caso de ayuda a domicilio, teleasistencia se considera el nº de usuarios), en el caso de residencias y centros de día se considera el nº de plazas

### (4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y teleasistencia; en el caso de centros de día, residencias se considera el nº de plazas

### (5) Dependientes=>65 años en Residencias

Se considera el nº de plazas para dependientes



**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-CANTABRIA**

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	2.897	2.025	500	372		
Nº de Plazas	1.800			372	1.424	4
Plazas/usuario				1,00		
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>4.325</b>	2.025	500	372	1.424	4
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		7,32 €		19,53 €	40,26 €	40,26 €
Precio (€/mes)		150,28 €	21,13 €	586,04 €	1.207,85 €	1.207,85 €
Precio (€/año)		1.803,36 €	253,56 €	7.032,50 €	14.494,15 €	1.207,85 €
Intensidad horaria (horas/mes/usuario) SAD		20,53				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unidades de consumo/pob. =>65 (%)	4,11	1,92	0,47	0,35	1,35	0,00
Unidades de consumo/pob. =>80 (%)	15,35	7,19	1,77	1,32	5,05	0,01
Unidades de consumo/pob. depend. =>65(%)	16,23	8,03	1,98	1,48	5,65	0,02
<b>Gasto s.sociales (miles €/año) (3)</b>	<b>27.039,17 €</b>	<b>3.651,79 €</b>	<b>126,78 €</b>	<b>2.616,09 €</b>	<b>20.639,67 €</b>	<b>4,83 €</b>
PIB pm (miles €/año) (2003 A)	9.448.911,00 €					
Gasto/PIB (%)	<b>0,29%</b>					
Gasto/usuario =>65 (€/año) (4)	6.251,83 €					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	1.014,96 €					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente =>65 (miles€/año)	<b>166.553,26 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>1,76%</b>					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	6.251,83 €					
Incremento necesario del gasto (miles€/año)	139.514,10 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	1,48					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	554.784					
Población =>65	105.333					
Población =>80	28.174					
(Población=>65/Pob. total) (%)	18,99%					
(Población=>80/Pob. total) (%)	5,08%					
Población dependiente =>65 (EDDES-99)	25.217					
% sobre población =>65	23,94%					
Dependientes =>65 en Residencias (5)	1.424					
<b>Total Pob. =&gt;65 dependiente</b>	<b>26.641</b>					
% sobre población =>65	<b>25,29%</b>					

## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-CANTABRIA

### (1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:

Consideramos el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio, Telasistencia. En el caso de centros de día se considera el nº de usuarios que coincide con nº de plazas. En el caso de residencias y estancias temporales sólo existe el dato sobre nº de plazas que es el que tomamos.

### (2) Precio:

Servicio Público de Ayuda a Domicilio: se considera el precio público/usuario.

Servicio Público de Teleasistencia: no existe información. Se toma como precio de referencia el precio medio a nivel nacional (21,13 €/mes; 253,56 €/año)

Centro de Día: todas las plazas son concertadas. Se toma como precio de referencia el facilitado: precio público (que entendemos como precio concertado).

Plaza residencial asistida: se considera el precio/plaza dependiente concertado ya que no disponemos de información sobre precio/plaza dependiente público.

No existen plazas privadas para dependientes.

Plaza Estancia temporal: se toma como referencia el precio/plaza dependiente concertado en residencia asistida ya que no disponemos de otro precio de referencia. Se considera que la utilización de este servicio es de un mes al año correspondiente al mes de vacaciones del cuidador del dependiente que está en su domicilio.

### (3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de multiplicar el precio anual (nota2) por el número de usuarios (en el caso de ayuda a domicilio, teleasistencia se considera el nº de usuarios), en el caso de residencias, centros de día y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y teleasistencia; en el caso de centros de día, residencias y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (5) Dependientes=>65 años en Residencias

Se considera el nº de plazas para dependientes y no el nº de usuarios ya que éstos se refieren a los usuarios de plazas públicas y concertadas pero no incluye los usuarios de plazas privadas.



**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004- CASTILLA-LA MANCHA**

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	33.965	17.460	14.078	2.427		
Nº de Plazas	5.909			849	4.363	697
Plazas/usuario				0,35		
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>39.025</b>	17.460	14.078	2.427	4.363	697
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		8,75 €		13,47 €	39,31 €	39,31 €
Precio (€/mes)		168,35 €	21,53 €	403,96 €	1.179,25 €	1.179,25 €
Precio (€/año)		2.020,20 €	258,36 €	4.847,50 €	14.151,00 €	1.179,25 €
Intensidad horaria (horas/mes/usuario) SAD		19,24				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unidades de consumo/pob. =>65 (%)	10,86	4,86	3,92	0,68	1,21	0,19
Unidades de consumo/pob. =>80 (%)	41,35	18,50	14,92	2,57	4,62	0,74
Unidades de consumo/pob. depend. =>65(%)	41,41	19,42	15,66	2,70	4,85	0,78
<b>Gasto s.sociales (miles €/año) (3)</b>	<b>105.588,16 €</b>	<b>35.272,69 €</b>	<b>3.637,19 €</b>	<b>4.115,53 €</b>	<b>61.740,81 €</b>	<b>821,94 €</b>
PIB pm (miles €/año) (2003 A)	25.259.333,00 €					
Gasto/PIB (%)	<b>0,42%</b>					
Gasto/usuario =>65 (€/año) (4)	2.819,67 €					
Gasto/dependiente =>65 ( €/año)	1.120,29 €					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente =>65 (miles €/año)	<b>255.008,88 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>1,01%</b>					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	2.705,65 €					
Incremento necesario del gasto (miles €/año)	149.420,72 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	0,59					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	1.848.881					
Población =>65	359.262					
Población =>80	94.367					
(Población=>65/Pob. total) (%)	19,43%					
(Población=>80/Pob. total) (%)	5,10%					
Población dependiente =>65 (EDDES-99)	89.887					
% sobre población =>65	25,02%					
Dependientes =>65 en Residencias (5)	4.363					
<b>Total Pob. =&gt;65 dependiente</b>	<b>94.250</b>					
% sobre población =>65	<b>26,23%</b>					

## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-CASTILLA LA MANCHA

### (1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:

Consideramos el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio, Telasistencia. En el caso de centros de día se considera el mayor de los datos Facilitados (nº de plazas, nº de usuarios). En el caso de residencias y estancias temporales sólo existe el dato sobre nº de plazas que es el que tomamos

### (2) Precio:

Servicio Público de Ayuda a Domicilio: se considera el precio público/usuario.

Servicio Público de Teleasistencia: se considera el coste/usuario

Centro de Día: El total de plazas se distribuye en un 78,21% públicas el 21,79% son concertadas. Consideramos como precio de referencia el precio público de una plaza ya que no existe información sobre precio de concertación.

Plaza residencial asistida: se considera el precio/plaza dependiente concertado.

Plaza Estancia temporal: se toma como referencia el precio/plaza dependiente concertado en residencia asistida ya que no disponemos de otro precio de referencia. Se considera que la utilización de este servicio es de un mes al año correspondiente al mes de vacaciones del cuidador del dependiente que está en su domicilio.

### (3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de multiplicar el precio anual (nota2) por el número de usuarios (en el caso de ayuda a domicilio, teleasistencia se considera el nº de usuarios), en el caso de residencias, centros de día y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y teleasistencia; en el caso de centros de día, residencias y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (5) Dependientes=>65 años en Residencias

Se considera el nº de plazas para dependientes y no el nº de usuarios ya que éstos se refieren a los usuarios de plazas públicas y concertadas pero no incluye los usuarios de plazas privadas.



**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004 - CASTILLA Y LEÓN**

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	39.310	17.805	14.468	2.285	4.752	
Nº de Plazas	23.036			1.978	20.998	60
Plazas/usuario				0,87	4,42	
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>55.616</b>	17.805	14.468	2.285	20.998	60
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		10,74 €		17,50 €	34,28 €	34,28 €
Precio (€/mes)		204,06 €	19,00 €	525,00 €	1.028,39 €	1.028,39 €
Precio (€/año)		2.448,72 €	228,00 €	6.300,00 €	12.340,65 €	1.028,39 €
Intensidad horaria (horas/mes/usuario) SAD		19,00				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unidades de consumo/pob. =>65 (%)	9,78	3,13	2,54	0,40	3,69	0,01
Unidades de consumo/pob. =>80 (%)	34,24	10,96	8,91	1,41	12,93	0,04
Unidades de consumo/pob. depend. =>65(%)	35,09	12,95	10,52	1,66	15,27	0,04
<b>Gasto s. sociales (miles €/año) (3)</b>	<b>318.550,24</b>	<b>43.599,46 €</b>	<b>3.298,70 €</b>	<b>12.461,40 €</b>	<b>259.128,97 €</b>	<b>61,70 €</b>
PIB pm (miles €/año) (2003 A)	41.629.408,00 €					
Gasto/PIB (%)	<b>0,77%</b>					
Gasto/usuario =>65 (€/año) (4)	5.759,46 €					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	2.009,87 €					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente =>65 (miles €/año)	<b>907.797,25 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>2,18%</b>					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	5.727,67 €					
Incremento necesario del gasto (miles €/año)	589.247,01 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	1,42					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	2.493.918					
Población =>65	568.632					
Población =>80	162.436					
(Población=>65/Pob. total) (%)	22,80%					
(Población=>80/Pob. total) (%)	6,51%					
Población dependiente =>65 (EDDES-99)	137.495					
% sobre población =>65	24,18%					
Dependientes =>65 en Residencias (5)	20.998					
<b>Total Pob. =&gt;65 dependiente</b>	<b>158.493</b>					
% sobre población =>65	<b>27,87%</b>					

## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-CASTILLA Y LEÓN

### (1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:

Consideramos el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio, Telasistencia. En el caso de centros de día y plazas residenciales para dependientes Consideramos el mayor de los dos datos facilitados (nº de plazas, nº de usuarios) En el caso de estancias temporales sólo existe el dato sobre nº de plazas que es el que tomamos.

### (2) Precio:

Servicio Público de Ayuda a Domicilio: se considera el precio público/usuario.

Servicio Público de Teleasistencia: se considera el coste/usuario

Centro de Día: El total de plazas se distribuye en un 44,54% públicas el 11,73% son concertadas y el 43,73% privadas. Consideramos como precio de referencia, la media ponderada del precio público y concertado. No existe información sobre precio plaza privada.

Plaza residencial asistida: se considera el precio/plaza dependiente concertado ya que no disponemos de información sobre precio/plaza dependiente público ni privado.

Plaza Estancia temporal: se toma como referencia el precio/plaza dependiente concertado en residencia asistida ya que no disponemos de otro precio de referencia. Se considera que la utilización de este servicio es de un mes al año correspondiente al mes de vacaciones del cuidador del dependiente que está en su domicilio.

### (3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de multiplicar el precio anual (nota2) por el número de usuarios (en el caso de ayuda a domicilio, teleasistencia se considera el nº de usuarios), en el caso de residencias, centros de día y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y teleasistencia; en el caso de centros de día, residencias y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (5) Dependientes=>65 años en Residencias

Se considera el nº de plazas para dependientes y no el nº de usuarios ya que éstos se se refieren a los usuarios de plazas públicas y concertadas pero no incluye los usuarios de plazas privadas.



**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-CATALUÑA**

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	57.391	44.472	9.105	3.814		
Nº de Plazas	60.285			10.929	49.356	
Plazas/usuario				2,87		
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>113.862</b>	44.472	9.105	10.929	49.356	
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		10,42 €		14,89 €	39,57 €	
Precio (€/mes)		145,88 €	17,20 €	446,62 €	1.187,19 €	
Precio (€/año)		1.750,56 €	206,40 €	5.359,41 €	14.246,24 €	
Intensidad horaria (horas/mes/usuario) SAD		14,00				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unidades de consumo/pob. =>65 (%)	9,88	3,86	0,79	0,95	4,28	
Unidades de consumo/pob. =>80 (%)	38,71	15,12	3,10	3,72	16,78	
Unidades de consumo/pob. depend. =>65(%)	37,22	17,33	3,55	4,26	19,24	
<b>Gasto s.sociales (miles €/año) (3)</b>	<b>841.440,55 €</b>	<b>77.850,90 €</b>	<b>1.879,27 €</b>	<b>58.572,99 €</b>	<b>703.137,38 €</b>	
PIB pm (miles €/año) (2003 A)	136.481.921,00 €					
Gasto/PIB (%)	<b>0,62%</b>					
Gasto/usuario =>65 (€/año) (4)	7.390,00 €					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	2.750,70 v€					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente =>65 (miles €/año)	<b>2.260.608,95 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>1,66%</b>					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	7.390,00 €					
Incremento necesario del gasto (miles €/año)	1.419.168,40 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	1,04					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	6.813.319					
Población =>65	1.152.493					
Población =>80	294.118					
(Población=>65/Pob. total) (%)	16,92%					
(Población=>80/Pob. total) (%)	4,32%					
Población dependiente =>65 (EDDES-99)	256.545					
% sobre población =>65	22,26%					
Dependientes =>65 en Residencias (5)	49.356					
<b>Total Pob. =&gt;65 dependiente</b>	<b>305.901</b>					
% sobre población =>65	<b>26,54%</b>					

## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-CATALUÑA

### **(1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:**

Consideramos el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio, Telasistencia. En el caso de centros de día se considera el mayor de los datos facilitados (nº de plazas, nº de usuarios). En el caso de residencias sólo existe el dato sobre nº de plazas, que es el que tomamos

### **(2) Precio:**

Servicio Público de Ayuda a Domicilio: se considera el precio público/usuario.

Servicio Público de Teleasistencia: se considera el coste/usuario

Centro de Día: El total de plazas se distribuye en un 29,84% públicas el 14,61% son concertadas y el 66,43% privadas. Consideramos como precio de referencia, el precio público/plaza ya que no existe información sobre precio de concertación ni precio privado.

Plaza residencial asistida: se considera el precio público/plaza dependiente ya que no existe información sobre precio/plaza dependiente concertado ni privado

### **(3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)**

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de multiplicar el precio anual (nota2) por el número de usuarios (en el caso de ayuda a domicilio, teleasistencia se considera el nº de usuarios), en el caso de centros de día y residencias se considera nº de plazas.

### **(4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)**

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y teleasistencia; en el caso de centros de día y residencias se consideran nº de plazas.

### **(5) Dependientes=>65 años en Residencias**

Se considera el nº de plazas para dependientes y no el nº de usuarios ya que éstos se refieren a los usuarios de plazas públicas y concertadas pero no incluye los usuarios de plazas privadas.



**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-C. VALENCIANA**

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	27.567	12.363	13.837	1.367		
Nº de Plazas	17.847			1.868	15.792	187
Plazas/usuario				1,37		
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>44.047</b>	12.363	13.837	1.868	15.792	187
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		10,05 €		16,52 €	37,22 €	37,22 €
Precio (€/mes)		108,74 €	27,25 €	495,56 €	1.116,60 €	1.116,60 €
Precio (€/año)		1.304,89 €	327,00 €	5.946,72 €	13.399,20 €	1.116,60 €
Intensidad horaria (horas/mes/usuario) SAD		10,82				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unidades de consumo/pob. =>65 (%)	5,95	1,67	1,87	0,25	2,13	0,03
Unidades de consumo/pob. =>80 (%)	25,54	7,17	8,02	1,08	9,16	0,11
Unidades de consumo/pob. depend. =>65(%)	25,33	7,82	8,75	1,18	9,99	0,12
<b>Gasto s.sociales (miles €/año) (3)</b>	<b>243.574,52 €</b>	<b>16.132,38 €</b>	<b>4.524,70 €</b>	<b>11.108,47 €</b>	<b>211.600,17 €</b>	<b>208,80 €</b>
PIB pm (miles €/año) (2003 A)	72.319.484,00 €					
Gasto/PIB (%)	<b>0,34%</b>					
Gasto/usuario =>65 (€/año) (4)	5.529,88 €					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	1.400,46 €					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente =>65 (miles €/año)	<b>961.785,41 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>1,33%</b>					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	5.529,88 €					
Incremento necesario del gasto (miles €/año)	718.210,88 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	0,99					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	4.543.304					
Población =>65	740.671					
Población =>80	172.438					
(Población=>65/Pob. total) (%)	16,30%					
(Población=>80/Pob. total) (%)	3,80%					
Población dependiente =>65 (EDDES-99)	158.133					
% sobre población =>65	21,35%					
Dependientes =>65 en Residencias (5)	15.792					
<b>Total Pob. =&gt;65 dependiente</b>	<b>173.925</b>					
% sobre población =>65	<b>23,48%</b>					

## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-C. VALENCIANA

### (1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:

Consideramos el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio, Telasistencia. En el caso de centros de día se considera el mayor de los datos facilitados (nº de plazas, nº de usuarios). En el caso de residencias y estancias temporales sólo existe el dato sobre nº de plazas que es el que tomamos

### (2) Precio:

Servicio Público de Ayuda a Domicilio: se considera el precio público/usuario.

Servicio Público de Teleasistencia: se considera el coste/usuario

Centro de Día: El total de plazas se distribuye en un 22,22% públicas el 11,35% son concertadas y el 66,43% privadas. Consideramos como precio de referencia, la media ponderada del precio público y concertado. No existe información sobre precio plaza privada.

Plaza residencial asistida: se considera el precio/plaza dependiente concertado ya que no disponemos de información sobre precio/plaza dependiente público ni privado.

Plaza Estancia temporal: se toma como referencia el precio/plaza dependiente concertado en residencia asistida ya que no disponemos de otro precio de referencia. Se considera que la utilización de este servicio es de un mes al año correspondiente al mes de vacaciones del cuidador del dependiente que está en su domicilio.

### (3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de multiplicar el precio anual (nota2) por el número de usuarios (en el caso de ayuda a domicilio, teleasistencia se considera el nº de usuarios), en el caso de residencias, centros de día y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y teleasistencia; en el caso de centros de día, residencias y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (5) Dependientes=>65 años en Residencias

Se considera el nº de plazas para dependientes y no el nº de usuarios ya que éstos se refieren a los usuarios de plazas públicas y concertadas pero no incluye los usuarios de plazas privadas.



**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-EXTREMADURA**

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	22.493	15.415	2.789	910	3.379	
Nº de Plazas	4.333			910	3.379	44
Plazas/usuario				1,00	1,00	
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>22.537</b>	15.415	2.789	910	3.379	44
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		5,56 €		18,00 €	30,52 €	30,52 €
Precio (€/mes)		122,32 €	20,13 €	539,98 €	915,54 €	915,54 €
Precio (€/año)		1.467,84 €	241,56 €	6.479,76 €	10.986,48 €	915,54 €
Intensidad horaria (horas/mes/usuario) SAD		22,00				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unidades de consumo/pob. =>65 (%)	10,88	7,44	1,35	0,44	1,63	0,02
Unidades de consumo/pob. =>80 (%)	44,30	30,30	5,48	1,79	6,64	0,09
Unidades de consumo/pob. depend. =>65(%)	40,14	29,22	5,29	1,72	6,40	0,08
<b>Gasto s.sociales (miles €/año) (3)</b>	<b>66.360,65 €</b>	<b>22.626,75 €</b>	<b>673,71 €</b>	<b>5.896,58 €</b>	<b>37.123,32 €</b>	<b>40,28 €</b>
PIB pm (miles €/año) (2003 A)	13.011.191,00 €					
Gasto/PIB (%)	<b>0,51%</b>					
Gasto/usuario =>65 (€/año) (4)	2.944,52 €					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	1.182,02 €					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente =>65 (miles€/año)	<b>165.310,38 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>1,27%</b>					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	2.944,52 €					
Incremento necesario del gasto (miles €/año)	98.949,74 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	0,76					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	1.075.286					
Población =>65	207.075					
Población =>80	50.871					
(Población=>65/Pob. total) (%)	19,26%					
(Población=>80/Pob. total) (%)	4,73%					
Población dependiente =>65 (EDDES-99)	52.763					
% sobre población =>65	25,48%					
Dependientes =>65 en Residencias (5)	3.379					
<b>Total Pob. =&gt;65 dependiente</b>	<b>56.142</b>					
% sobre población =>65	<b>27,11%</b>					

## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-EXTREMADURA

### (1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:

Consideramos el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio, Telesistencia. En el caso de centros de día y plazas residenciales para dependientes Consideramos nº de plazas que es el mismo que nº de usuarios.

En el caso de estancias temporales sólo existe el dato sobre nº de plazas que es el que tomamos.

### (2) Precio:

Servicio Público de Ayuda a Domicilio: se considera el precio público/usuario. Servicio Público de Telesistencia: se considera el coste de mantenimiento Centro de Día: todas las plazas son públicas. El precio de referencia se estima a partir de el precio medio/plaza a nivel nacional, ya que no se facilita ningún tipo de información sobre precios. Plaza residencial asistida: se considera el precio/plaza dependiente concertado ya que no disponemos de información sobre precio/plaza dependiente público ni privado. Plaza Estancia temporal: se toma como referencia el precio/plaza dependiente concertado en residencia asistida ya que no disponemos de otro precio de referencia. Se considera que la utilización de este servicio es de un mes al año correspondiente al mes de vacaciones del cuidador del dependiente que está en su domicilio.

### (3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de multiplicar el precio anual (nota2) por el número de usuarios (en el caso de ayuda a domicilio, telesistencia se considera el nº de usuarios), en el caso de residencias, centros de día y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y telesistencia; en el caso de centros de día, residencias y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (5) Dependientes=>65 años en Residencias

Se considera el nº de plazas para dependientes y no el nº de usuarios ya que éstos se se refieren a los usuarios de plazas públicas y concertadas pero no incluye los usuarios de plazas privadas.



**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-GALICIA**

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	23.021	11.220	3.944	867	6.990	
Nº de Plazas	8.070			1.036	6.990	44
Plazas/usuario				1,19	1,00	
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>23.234</b>	11.220	3.944	1.036	6.990	44
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		7,60 €		14,43 €	35,00 €	35,00 €
Precio (€/mes)		220,40 €	22,23 €	432,89 €	1.050,00 €	1.050,00 €
Precio (€/año)		2.644,80 €	266,76 €	5.194,65 €	12.600,00 €	1.050,00 €
Intensidad horaria (horas/mes/usuario) SAD		29,00				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unidades de consumo/pob. =>65 (%)	3,96	1,91	0,67	0,18	1,19	0,01
Unidades de consumo/pob. =>80 (%)	14,73	7,11	2,50	0,66	4,43	0,03
Unidades de consumo/pob. depend. =>65(%)	14,87	7,52	2,64	0,69	4,68	0,03
<b>Gasto s.sociales (miles €/año) (3)</b>	<b>124.228,62 €</b>	<b>29.674,66 €</b>	<b>1.052,10 €</b>	<b>5.381,66 €</b>	<b>88.074,00 €</b>	<b>46,20 €</b>
PIB pm (miles €/año) (2003 A)	39.683.156,00 €					
Gasto/PIB (%)	<b>0,31%</b>					
Gasto/usuario =>65 (€/año) (4)	5.346,85 €					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	795,10 €					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente =>65 (miles €/año)	<b>835.410,26 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>2,11%</b>					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	5.346,85 €					
Incremento necesario del gasto (miles €/año)	711.181,64 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	1,79					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	2.750.985					
Población =>65	586.458					
Población =>80	157.756					
(Población=>65/Pob. total) (%)	21,32%					
(Población=>80/Pob. total) (%)	5,73%					
Población dependiente =>65 (EDDES-99)	149.254					
% sobre población =>65	25,45%					
Dependientes =>65 en Residencias (5)	6.990					
<b>Total Pob. =&gt;65 dependiente</b>	<b>156.244</b>					
% sobre población =>65	<b>26,64%</b>					

## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-GALICIA

### (1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:

Consideramos el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio, Telasistencia. En el caso de centros de día y plazas residenciales para dependientes consideramos el mayor de los dos datos facilitados (nº de plazas, nº de usuarios) En el caso de estancias temporales sólo existe el dato sobre nº de plazas que es el que tomamos.

### (2) Precio:

Servicio Público de Ayuda a Domicilio: se considera el precio público/usuario.

Servicio Público de Teleasistencia: se considera el coste/usuario

Centro de Día: El total de plazas se distribuye en un 18,63% públicas el 26,45% son concertadas y el 54,92% privadas. Consideramos como precio de referencia, la media ponderada del precio público y concertado. No existe información sobre precio plaza privada.

Plaza residencial asistida: se considera el precio/plaza dependiente concertado ya que no disponemos de información sobre precio/plaza dependiente público ni privado.

Plaza Estancia temporal: se toma como referencia el precio/plaza dependiente concertado en residencia asistida ya que no disponemos de otro precio de referencia. Se considera que la utilización de este servicio es de un mes al año correspondiente al mes de vacaciones del cuidador del dependiente que está en su domicilio.

### (3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de multiplicar el precio anual (nota2) por el número de usuarios (en el caso de ayuda a domicilio, teleasistencia se considera el nº de usuarios), en el caso de residencias, centros de día y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y teleasistencia; en el caso de centros de día, residencias y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (5) Dependientes=>65 años en Residencias

Se considera el nº de plazas para dependientes y no el nº de usuarios ya que éstos se se refieren a los usuarios de plazas públicas y concertadas pero no incluye los usuarios de plazas privadas.



**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-MADRID**

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	73.135	28.024	37.931	7.180		
Nº de Plazas	16.497			5.842	10.255	400
Plazas/usuario				0,81		
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>83.790</b>	28.024	37.931	7.180	10.255	400
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		11,07 €		23,79 €	46,20 €	46,20 €
Precio (€/mes)		186,53 €	17,88 €	713,57 €	1.386,09 €	1.386,09 €
Precio (€/año)		2.238,35 €	214,56 €	8.562,80 €	16.633,05 €	1.386,09 €
Intensidad horaria (horas/mes/usuario) SAD		16,85				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unidades de consumo/pob. =>65 (%)	9,97	3,33	4,51	0,70	1,22	0,05
Unidades de consumo/pob. =>80 (%)	40,11	13,41	18,16	2,80	4,91	0,19
Unidades de consumo/pob. depend. =>65(%)	58,71	21,16	28,64	4,41	7,74	0,30
<b>Gasto s.sociales (miles €/año) (3)</b>	<b>292.016,35 €</b>	<b>62.727,63 €</b>	<b>8.138,48 €</b>	<b>50.023,88 €</b>	<b>170.571,93 €</b>	<b>554,44 €</b>
PIB pm (miles €/año) (2003 A)	129.554.365,00 €					
Gasto/PIB (%)	<b>0,23%</b>					
Gasto/usuario =>65 (€/año) (4)	3.541,65 €					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	2.046,19 €					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente =>65 (miles €/año)	<b>497.365,18 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>0,38%</b>					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	3.485,10 €					
Incremento necesario del gasto (miles€/año)	205.348,83 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	0,16					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	5.804.829					
Población =>65	840.463					
Población =>80	208.917					
(Población=>65/Pob. total) (%)	14,48%					
(Población=>80/Pob. total) (%)	3,60%					
Población dependiente =>65 (EDDES-99)	132.457					
% sobre población =>65	15,76%					
Dependientes =>65 en Residencias (5)	10.255					
<b>Total Pob. =&gt;65 dependiente</b>	<b>142.712</b>					
% sobre población =>65	<b>16,98%</b>					

## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-MADRID

### (1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:

Consideramos el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio, Telasistencia. En el caso de centros de día se considera el mayor de los datos facilitados( nº de plazas, nº de usuarios). En el caso de residencias y estancias temporales sólo existe el dato sobre nº de plazas que es el que tomamos.

### (2) Precio:

Servicio Público de Ayuda a Domicilio: se considera el precio público/usuario.

Servicio Público de Teleasistencia: se considera el coste/usuario

Centro de Día: El total de plazas se distribuye en un 41,83% públicas el 10,10% son concertadas y el 48,07% privadas. Consideramos como precio de referencia, la media ponderada del precio público y concertado. No existe información sobre precio plaza privada.

Plaza residencial asistida: se considera el precio/plaza dependiente concertado ya que no disponemos de información sobre precio/plaza dependiente público ni privado.

Plaza Estancia temporal: se toma como referencia el precio/plaza dependiente concertado en residencia asistida ya que no disponemos de otro precio de referencia. Se considera que la utilización de este servicio es de un mes al año correspondiente al mes de vacaciones del cuidador del dependiente que está en su domicilio.

### (3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de multiplicar el precio anual (nota2) por el número de usuarios (en el caso de ayuda a domicilio, teleasistencia se considera el nº de usuarios), en el caso de residencias, centros de día y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y teleasistencia; en el caso de centros de día, residencias y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (5) Dependientes=>65 años en Residencias

Se considera el nº de plazas para dependientes y no el nº de usuarios ya que éstos se se refieren a los usuarios de plazas públicas y concertadas pero no incluye los usuarios de plazas privadas.



**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-REGIÓN DE MURCIA**

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	6.228	3.153	2.425	650		
Nº de Plazas	2.168			755	1.413	
Plazas/usuario				1,16		
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>7.746</b>	3.153	2.425	755	1.413	
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		8,29 €		18,00 €	46,20 €	
Precio (€/mes)		140,93 €	29,45 €	539,98 €	1.386,09 €	
Precio (€/año)		1.691,16 €	353,40 €	6.479,76 €	16.633,05 €	
Intensidad horaria (horas/mes/usuario) SAD		17,00				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unidades de consumo/pob. =>65 (%)	4,25	1,73	1,33	0,36	0,77	
Unidades de consumo/pob. =>80 (%)	19,56	7,96	6,12	1,64	3,57	
Unidades de consumo/pob. depend. =>65(%)	13,47	5,62	4,32	1,16	2,52	
<b>Gasto s.sociales (miles €/año) (3)</b>	<b>34.583,94 €</b>	<b>5.332,23 €</b>	<b>857,00 €</b>	<b>4.892,22 €</b>	<b>23.502,50 €</b>	
PIB pm (miles€/año) (2003 A)	18.335.564,00 €					
Gasto/PIB (%)	<b>0,19%</b>					
Gasto/usuario =>65 (€/año) (4)	4.464,75 €					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	601,28 €					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente =>65 (miles €/año)	<b>256.800,26 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>1,40%</b>					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	4.464,75 €					
Incremento necesario del gasto (miles €/año)	222.216,32 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	1,21					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	1.294.694					
Población =>65	182.453					
Población =>80	39.599					
(Población=>65/Pob. total) (%)	14,09%					
(Población=>80/Pob. total) (%)	3,06%					
Población dependiente =>65 (EDDES-99)	56.104					
% sobre población =>65	30,75%					
Dependientes =>65 en Residencias (5)	1.413					
<b>Total Pob. =&gt;65 dependiente</b>	<b>57.517</b>					
% sobre población =>65	<b>31,52%</b>					

## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-REGIÓN DE MURCIA

### (1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:

Consideramos el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio, Telasistencia. En el caso de centros de día se considera el mayor de los datos facilitados (nº de plazas, nº de usuarios). En el caso de residencias sólo existe el dato sobre nº de plazas que es el que tomamos.

### (2) Precio:

Servicio Público de Ayuda a Domicilio: se considera el precio público/usuario.

Servicio Público de Teleasistencia: se considera el coste/usuario

Centro de Día: El total de plazas se distribuye en un 53,64% públicas, 13,91% concertadas y 32,45% son privadas. El precio de referencia se estima a partir del precio medio/plaza a nivel nacional ya que no existe información alguna sobre precios/plaza.

Plaza residencial asistida: se considera el precio/plaza dependiente concertado ya que no disponemos de información sobre precio/plaza dependiente público.

### (3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de multiplicar el precio anual (nota2) por el número de usuarios (en el caso de ayuda a domicilio, teleasistencia se considera el nº de usuarios), en el caso de residencias y centros de día se considera nº de plazas.

### (4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y teleasistencia; en el caso de centros de día y residencias se considera el nº de plazas

### (5) Dependientes=>65 años en Residencias

Se considera el nº de plazas para dependientes y no el nº de usuarios ya que éstos se refieren a los usuarios de plazas públicas y concertadas pero no incluye los usuarios de plazas privadas.



**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-NAVARRA**

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	8.900	3.675	4.833	392		
Nº de Plazas	2.769			392	2.187	190
Plazas/usuario				1,00		
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>11.277</b>	3.675	4.833	392	2.187	190
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		20,40 €		11,96 €	35,87 €	35,87 €
Precio (€/mes)		178,70 €	6,01 €	358,71 €	1.076,16 €	1.076,16 €
Precio (€/año)		2.144,45 €	72,12 €	4.304,52 €	12.913,92 €	1.076,16 €
Intensidad horaria (horas/mes/usuario) SAD		8,76				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unidades de consumo/pob. =>65 (%)	10,91	3,55	4,67	0,38	2,12	0,18
Unidades de consumo/pob. =>80 (%)	38,82	12,65	16,64	1,35	7,53	0,65
Unidades de consumo/pob. depend. =>65(%)	47,23	16,94	22,28	1,81	10,08	0,88
<b>Gasto s.sociales (miles €/año) (3)</b>	<b>38.363,99 €</b>	<b>7.880,85 €</b>	<b>348,56 €</b>	<b>1.687,37 €</b>	<b>28.242,74 €</b>	<b>204,47 €</b>
PIB pm (miles€/año) (2003 A)	12.555.323,00 €					
Gasto/PIB (%)	<b>0,31%</b>					
Gasto/usuario =>65 (€/año) (4)	3.401,97 €					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	1.606,76 €					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente =>65 (miles €/año)	<b>81.227,23 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>0,65%</b>					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	3.401,97 €					
Incremento necesario del gasto (miles €/año)	42.863,24 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	0,34					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	584.734					
Población =>65	103.382					
Población =>80	29.046					
(Población=>65/Pob. total) (%)	17,68%					
(Población=>80/Pob. total) (%)	4,97%					
Población dependiente =>65 (EDDES-99)	21.690					
% sobre población =>65	20,98%					
Dependientes =>65 en Residencias (5)	2.187					
<b>Total Pob. =&gt;65 dependiente</b>	<b>23.877</b>					
% sobre población =>65	<b>23,10%</b>					

## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-NAVARRA

### (1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:

Consideramos el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio, Telasistencia. En el caso de centros de día se considera el nº de usuarios que coincide con nº de plazas. En el caso de residencias y estancias temporales sólo existe el dato sobre nº de plazas que es el que tomamos.

### (2) Precio:

Servicio Público de Ayuda a Domicilio: se considera el precio público/usuario. Servicio Público de Teleasistencia: se considera el coste/usuario. Centro de Día: El total de plazas se distribuye en un 31,12% públicas el 28,06% son concertadas y el 40,82% privadas. Consideramos como precio de referencia, la media ponderada del precio público y concertado. No existe información sobre precio plaza privada. Plaza residencial asistida: se considera el precio/plaza dependiente concertado ya que no disponemos de información sobre precio/plaza dependiente público ni privado. Plaza Estancia temporal: se toma como referencia el precio/plaza dependiente concertado en residencia asistida ya que no disponemos de otro precio de referencia. Se considera que la utilización de este servicio es de un mes al año correspondiente al mes de vacaciones del cuidador del dependiente que está en su domicilio.

### (3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de multiplicar el precio anual (nota2) por el número de usuarios (en el caso de ayuda a domicilio, teleasistencia se considera el nº de usuarios), en el caso de residencias, centros de día y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y teleasistencia; en el caso de centros de día, residencias y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (5) Dependientes=>65 años en Residencias

Se considera el nº de plazas para dependientes y no el nº de usuarios ya que éstos se refieren a los usuarios de plazas públicas y concertadas pero no incluye los usuarios de plazas privadas.



**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-PAIS VASCO**

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	21.296	6.793	8.677	1.555	4.271	
Nº de Plazas	8.668			2.133	5.928	607
Plazas/usuario				1,37	1,39	
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>24.138</b>	6.793	8.677	2.133	5.928	607
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		15,01 €		32,80 €	53,26 €	53,26 €
Precio (€/mes)		375,25 €	7,31 €	983,99 €	1.597,88 €	1.597,88 €
Precio (€/año)		4.503,00 €	87,72 €	11.807,88 €	19.174,56 €	1.597,88 €
Intensidad horaria (horas/mes/usuario) SAD		25,00				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unidades de consumo/pob. =>65 (%)	6,26	1,76	2,25	0,55	1,54	0,16
Unidades de consumo/pob. =>80 (%)	26,16	7,36	9,41	2,31	6,43	0,66
Unidades de consumo/pob. depend. =>65(%)	35,23	10,85	13,86	3,41	9,47	0,97
<b>Gasto s.sociales (miles €/año) (3)</b>	<b>171.172,94 €</b>	<b>30.588,88 €</b>	<b>761,15 €</b>	<b>25.186,21 €</b>	<b>113.666,79 €</b>	<b>969,91 €</b>
PIB pm (miles €/año) (2003 A)	46.927.121,00 €					
Gasto/PIB (%)	<b>0,36%</b>					
Gasto/usuario =>65 (€/año) (4)	7.091,43 €					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	2.498,28 €					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente =>65 (miles €/año)	<b>485.878,38 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>1,04%</b>					
Gasto/dependiente =>65 €/año)	7.091,43 €					
Incremento necesario del gasto (miles €/año)	314.705,44 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	0,67					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	2.115.279					
Población =>65	385.871					
Población =>80	92.259					
(Población=>65/Pob. total) (%)	18,24%					
(Población=>80/Pob. total) (%)	4,36%					
Población dependiente =>65 (EDDES-99)	62.588					
% sobre población =>65	16,22%					
Dependientes =>65 en Residencias (5)	5.928					
<b>Total Pob. =&gt;65 dependiente</b>	<b>68.516</b>					
% sobre población =>65	<b>17,76%</b>					

## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-PAIS VASCO

### (1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:

Consideramos el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio, Telasistencia. En el caso de centros de día y plazas residenciales para dependientes consideramos el mayor de los dos datos facilitados( nº de plazas, nº de usuarios) En el caso de estancias temporales sólo existe el dato sobre nº de plazas que es el que tomamos.

### (2) Precio:

Servicio Público de Ayuda a Domicilio: se considera el precio público/usuario.

Servicio Público de Teleasistencia: se considera el coste/usuario

Centro de Día: El total de plazas se distribuye en un 40,23% públicas el 38,76% son concertadas y el 21,03% privadas. Consideramos como precio de referencia, la media ponderada del precio público y concertado. No existe información sobre precio plaza privada.

Plaza residencial asistida: se considera el precio/plaza dependiente concertado ya que no disponemos de información sobre precio/plaza dependiente público ni privado.

Plaza Estancia temporal: se toma como referencia el precio/plaza dependiente concertado en residencia asistida ya que no disponemos de otro precio de referencia. Se considera que la utilización de este servicio es de un mes al año correspondiente al mes de vacaciones del cuidador del dependiente que está en su domicilio.

### (3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de multiplicar el precio anual (nota2) por el número de usuarios (en el caso de ayuda a domicilio, teleasistencia se considera el nº de usuarios), en el caso de residencias, centros de día y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y teleasistencia; en el caso de centros de día, residencias y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (5) Dependientes=>65 años en Residencias

Se considera el nº de plazas para dependientes y no el nº de usuarios ya que éstos se se refieren a los usuarios de plazas públicas y concertadas pero no incluye los usuarios de plazas privadas.



**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-LA RIOJA**

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	2.687	1.894	697	96		
Nº de Plazas	847			269	560	18
Plazas/usuario				1,03		
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>3.438</b>	1.894	697	269	560	18
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		9,44 €		20,72 €	43,47 €	43,47 €
Precio (€/mes)		122,72 €	35,83 €	621,58 €	1.304,00 €	1.304,00 €
Precio (€/año)		1.472,64 €	429,96 €	7.459,00 €	15.648,00 €	1.304,00 €
Intensidad horaria (horas/mes/usuario) SAD		13,00				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unidades de consumo/pob. =>65 (%)	6,18	3,40	1,25	0,48	1,01	0,03
Unidades de consumo/pob. =>80 (%)	22,51	12,40	4,56	1,76	3,67	0,12
Unidades de consumo/pob. depend. =>65(%)	41,72	24,66	9,08	3,50	7,29	0,23
<b>Gasto s.sociales (miles €/año) (3)</b>	<b>13.881,69 €</b>	<b>2.789,18 €</b>	<b>299,68 €</b>	<b>2.006,47 €</b>	<b>8.762,88 €</b>	<b>23,47 €</b>
PIB pm (miles €/año) (2003 A)	5.596.843,00 €					
Gasto/PIB (%)	<b>0,25%</b>					
Gasto/usuario =>65 (€/año) (4)	4.037,72 €					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	1.684,73 €					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente =>65 (miles €/año)	<b>33.269,61 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>0,59%</b>					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	4.037,72 €					
Incremento necesario del gasto (miles €/año)	19.387,93 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	0,35					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	293.553					
Población =>65	55.650					
Población =>80	15.272					
(Población=>65/Pob. total) (%)	18,96%					
(Población=>80/Pob. total) (%)	5,20%					
Población dependiente =>65 (EDDES-99)	7.680					
% sobre población =>65	13,80%					
Dependientes =>65 en Residencias (5)	560					
<b>Total Pob. =&gt;65 dependiente</b>	<b>8.240</b>					
% sobre población =>65	<b>14,81%</b>					

## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-LA RIOJA

### (1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:

Consideramos el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio, Telasistencia. En el caso de centros de día se considera el mayor de los datos facilitados (nº de plazas, nº de usuarios). En el caso de residencias y estancias temporales sólo existe el dato sobre nº de plazas que es el que tomamos

### (2) Precio:

Servicio Público de Ayuda a Domicilio: se considera el precio público/usuario.

Servicio Público de Telesistencia: se considera el coste/usuario

Centro de Día: El total de plazas se distribuye en un 37,17% públicas y 62,83% privadas. Se toma como precio de referencia el precio público ya que no existe información sobre el precio privado.

Plaza residencial asistida: se considera el precio concertado/plaza residencial .

Plaza Estancia temporal: se toma como referencia el precio/plaza dependiente concertado en residencia asistida ya que no disponemos de otro precio de referencia. Se considera que la utilización de este servicio es de un mes al año correspondiente al mes de vacaciones del cuidador del dependiente que está en su domicilio.

### (3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de multiplicar el precio anual (nota2) por el número de usuarios (en el caso de ayuda a domicilio, telesistencia se considera el nº de usuarios), en el caso de residencias, centros de día y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y telesistencia; en el caso de centros de día, residencias y estancias temporales se considera nº de plazas.

### (5) Dependientes=>65 años en Residencias

Se considera el nº de plazas para dependientes y no el nº de usuarios ya que éstos se refieren a los usuarios de plazas públicas y concertadas pero no incluye los usuarios de plazas privadas.



**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA**

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	366	283	35	29	19	
Nº de Plazas	25			25		
Plazas/usuario				0,86		
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>366</b>	283	35	29	19	
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		9,18 €		20,80 €	24,33 €	
Precio (€/mes)		201,96 €	13,97 €	624,01 €	730,00 €	
Precio (€/año)		2.423,52 €	167,64 €	7.488,12 €	8.760,00 €	
Intensidad horaria (horas/mes/usuario) SAD		22,00				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unidades de consumo/pob. =>65 (%)	4,42	3,42	0,42	0,35	0,23	
Unidades de consumo/pob. =>80 (%)	22,34	17,28	2,14	1,77	1,16	
Unidades de consumo/pob. depend. =>65(%)	16,93	13,21	1,63	1,35	0,89	
<b>Gasto s.sociales (miles €/año) (3)</b>	<b>1.045,37 €</b>	<b>685,86 €</b>	<b>5,87 €</b>	<b>187,20 €</b>	<b>166,44 €</b>	
PIB pm (miles €/año) (2003 A)	1.188.263,00 €					
Gasto/PIB (%)	<b>0,09 %</b>					
Gasto/usuario =>65 (€/año) (4)	2.887,75 €					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	483,66 €					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente =>65 (miles €/año)	<b>6.173,22 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>0,52 %</b>					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	2.856,19 €					
Incremento necesario del gasto (miles €/año)	5.127,86 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	0,43					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	74.654					
Población =>65	8.278					
Población =>80	1.638					
(Población=>65/Pob. total) (%)	11,09%					
(Población=>80/Pob. total) (%)	2,19%					
Población dependiente =>65 (EDDES-99)	2.142					
% sobre población =>65	25,88%					
Dependientes =>65 en Residencias (5)	19					
<b>Total Pob. =&gt;65 dependiente</b>	<b>2.161</b>					
% sobre población =>65	<b>26,11%</b>					

## RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA

### **(1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:**

Consideramos el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio, Telasistencia. En el caso de centros de día se considera el mayor de los datos facilitados (nº de plazas, nº de usuarios). En el caso de residencias sólo existe el dato sobre nº de usuarios, que es el que tomamos

### **(2) Precio:**

Servicio Público de Ayuda a Domicilio: se considera el precio público/usuario.

Servicio Público de Teleasistencia: se considera el coste/usuario

Centro de Día: todas las plazas son concertadas, sin embargo el precio que se facilita es precio público/plaza, que es el que tomamos de referencia.

Plaza residencial asistida: se considera el precio concertado/plaza dependiente.

### **(3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)**

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de multiplicar el precio anual (nota2) por el número de usuarios (en el caso de ayuda a domicilio, teleasistencia y residencias se considera el nº de usuarios), en el caso de centros de día se considera nº de plazas.

### **(4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)**

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y teleasistencia y residencias; en el caso de centros de día se consideran nº de plazas.

### **(5) Dependientes=>65 años en Residencias**

Se considera el nº de usuarios dependientes en plazas residenciales.



**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. ENERO 2004-CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA**

	TOTAL	SERVICIO PÚBLICO AYUDA DE DÍA	SERVICIO PÚBLICO TELEASIST.	CENTROS DE DÍA DEPENDIENT.	RESIDENCIAS DEPENDIENT.	ESTANCIAS TEMPORALES
Nº de Usuarios	611	231	218	23	139	
Nº de Plazas	101			25	76	
Plazas/usuario				1,09		
<b>Unidades de consumo- cálculo cobertura (1)</b>	<b>613</b>	231	218	25	139	
<b>Precio (2)</b>						
Precio (€/hora (día))		18,08 €		7,20 €	96,32 €	
Precio (€/mes)		383,30 €	23,26 €	216,00 €	2.889,58 €	
Precio (€/año)		4.599,55 €	279,12 €	2.592,00 €	34.675,00 €	
Intensidad horaria (horas/mes/usuario) SAD		21,20				
<b>Cobertura (%)</b>						
Unidades de consumo/pob. =>65 (%)	8,38	3,16	2,98	0,34	1,90	
Unidades de consumo/pob. =>80 (%)	41,00	15,45	14,58	1,67	9,30	
Unidades de consumo/pob. depend. =>65(%)	33,33	13,59	12,82	1,47	8,18	
<b>Gasto s.sociales (miles €/año) (3)</b>	<b>3.823,44 €</b>	<b>1.062,50 €</b>	<b>60,85 €</b>	<b>64,80 €</b>	<b>2.635,30 €</b>	
PIB pm (miles €/año) (2003 A)	1.051.596,00 €					
Gasto/PIB (%)	<b>0,36%</b>					
Gasto/usuario =>65 (€/año) (4)	6.951,72 €					
Gasto/dependiente =>65 €/año)	2.078,82 €					
Gasto necesario para cubrir toda la población dependiente =>65 (miles €/año)	<b>11.471,82 €</b>					
Gasto/PIB (%)	<b>1,09%</b>					
Gasto/dependiente =>65 (€/año)	6.237,27 €					
Incremento necesario del gasto (miles €/año)	7.648,38 €					
Incremento/PIB (puntos porcentuales)	0,73					
<b>Datos demográficos</b>						
Población total (01/01/04)	68.016					
Población =>65	7.316					
Población =>80	1.495					
(Población=>65/Pob. total) (%)	10,76%					
(Población=>80/Pob. total) (%)	2,20%					
Población dependiente =>65 (EDDES-99)	1.700					
% sobre población =>65	23,24%					
Dependientes =>65 en Residencias (5)	139					
<b>Total Pob. =&gt;65 dependiente</b>	<b>1.839</b>					
% sobre población =>65	<b>25,14%</b>					

**RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES.  
ENERO 2004-CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA**

**(1) Unidades de consumo a efectos del cálculo de la tasa de cobertura:**

Consideramos el número de usuarios en los servicios públicos de ayuda a domicilio, Telasistencia. En el caso de centros de día y residencias se considera el mayor de los datos facilitados (nº de plazas, nº de usuarios).

**(2) Precio:**

Servicio Público de Ayuda a Domicilio: se considera el precio público/usuario.

Servicio Público de Teleasistencia: se considera el coste/usuario

Centro de Día: El total de plazas se distribuye en un 72% concertadas y 28% privadas.

El precio de referencia es el precio de concertación/plaza.

Plaza residencial asistida: se considera el precio/plaza dependiente concertado ya que no disponemos de información sobre precio/plaza dependiente público.

**(3) Gasto Servicios Sociales (miles €/año)**

El gasto para cada uno de los servicios considerados es el resultado de multiplicar el precio anual (nota2) por el número de usuarios (en el caso de ayuda a domicilio, teleasistencia se considera el nº de usuarios), en el caso de residencias y centros de día se considera no de plazas.

**(4) Gasto/usuario=>65 años (€/año)**

Se considera como usuario, el dato de nº de usuarios en el caso de ayuda a domicilio y teleasistencia; en el caso de centros de día y residencias se considera el nº de plazas

**(5) Dependientes=>65 años en Residencias**

Se considera el nº de usuarios dependientes .



## ANEXO III

### ESTIMACIONES DEL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO Y DE LA CARTERA DE SERVICIOS POR NIVELES DE DEPENDENCIA. RESULTADOS A NIVEL NACIONAL

#### ESTIMACIÓN DE GASTO EN SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS DEPENDIENTES POR NIVEL DE DEPENDENCIA

Autor	Niveles de Dependencia y Cuantificación (1998)	Delimitación Metodológica	Gasto Público en S.Sociales/persona >65 Dependiente (€/año). 1998 <i>Supuesto: cobertura del 100% de la población =&gt;65 depend.</i>	Gasto Público total en S.Sociales (miles €/año). 1998 <i>Supuesto: cobertura del 100% de la población =&gt;65 depend.</i>
<b>BRAÑA, F.J. (2004)</b> <i>Una estimación de los costes de un seguro público de dependencia en España.</i> Estudios de Economía Aplicada. Vol 22-3 (2004)	Dependencia Leve: 883.950	+Pob.=>65 con limitaciones en (=>1 y <5) AIVD -Pob=>65 que sufren limitación sólo para cortarse las uñas de los pies.	2.575,51€/año	2.276.622,06 miles €/año 24,15%
	Dependencia Grave: 567.836	+ Pob.=>65 con limitaciones en =>5AIVD. +Pob=>65 con limitaciones en 1 ó 2 ABVD. +Pob=>65 que sólo necesita ayuda para bañarse o ducharse -Pob.=>65 que sólo necesitan ayuda para no quedarse solas durante toda la noche.(D.Leve)	5.942,48 €/año	3.374.354,07 miles €/año 35,79%
	Dependencia Severa: 376.023	+ Pob=>65 con limitaciones en =>3 ABVD. +Pob=>65 en residencias con plazas asistidas. Se supone que están todas ocupadas ( 136.010)	10.042,90 €/año	3.776.361,39 miles €/año 40,06%
	<b>Total: 1.827.809 /Pob.=&gt;65: 28,1%</b>		<b>5.157,72 €/año</b>	<b>9.427.337,52 miles €/año</b> <b>100%</b> <b>%PIB:1,79</b>
<i>Fuentes:</i>	Informe Pfizer (2000); I NE Encuesta Nacional de Salud 1997 (27 AVD); IMSERSO (2000). Las personas mayores en España. Informe 2000.	Rodríguez Cabrero, G. y Montserrat, J. (2002). <i>Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia.</i> IMSERSO. Estimación realizada sobre 177 historias clínicas sobre personas=>65 con algún nivel de dependencia.		

**ESTIMACIÓN DE GASTO EN SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS DEPENDIENTES  
POR NIVEL DE DEPENDENCIA. (Continuación)**

<b>Autor</b>	<b>Niveles de Dependencia y Cuantificación (2002)</b>	<b>Delimitación Metodológica</b>	<b>Gasto Público en S. Sociales/persona &gt;65 Dependiente (€/año), 2002 Propuesta de cobertura</b>	<b>Gasto Público total en S. Sociales (miles €/año), 2002 Propuesta de cobertura</b>
<b>EULEN</b> Martínez Gómez, J. M. Ponencia presentada en el seminario sobre El Seguro de Dependencia . Instituto de Fomento Empresarial (27-28 Enero 2005)	Dependencia Leve: 1.047.780	- Limitación para uso de escaleras;-Supervisión para la marcha;-Camina solo o con ayuda de instrumentos -Limitación en desplazamientos largos;-Supervisión en transferencias(cama-silla) - Incontinencia urinaria ocasional (1 episodio/ semana) - Independiente autopropulsado en silla de ruedas.	1.286,55 €/año	1.348.025,84 miles €/año 10,30%
	Dependencia Moderada: 1.006.160	- Camina con ayuda de una persona;-Ayuda o dependiente en transferencias - Incontinencia fecal o urinaria persistente - Dependencia en movilidad de miembros superiores - Autopropulsamiento silla de ruedas ;-limitación en vestido aseo.	6.935,24€/año	6.977.961,02 miles €/año 53,33%
	Dependencia Grave: 458.213	- Camina con ayuda de dos o más personas;-No mantiene sedestación; - Vida cama-sillón.	10.387,15€/año	4.759.526,57 miles €/año 36,37%
	<b>Total:</b> 2.512.153		<b>5.208,88 €/año</b>	<b>13.085.513,43 miles €/año</b> <b>100%</b> <b>%PIB:1,89</b>
<i>Fuentes:</i>	INE Padrón Nacional 2002; IMSERSO; CIS; ENS		Estimación realizada sobre 3.000 historias de la cartera de Eulen.	

**ESTIMACIÓN DE GASTO EN SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS DEPENDIENTES  
POR NIVEL DE DEPENDENCIA (Continuación)**

Autor	Niveles de Dependencia y Cuantificación (Proyección 2005) Base 1999 (1)	Delimitación Metodológica	Gasto Público en S. Sociales/persona >65 Dependiente (€/año). 2005	Gasto Público total en S. Sociales (miles €/año). 2005
	<b>Población=&gt;65 dependiente (2) 2005</b>		<b>Elaboración propia a partir del Libro Blanco Dependencia</b>	<b>Elaboración propia a partir del Libro Blanco Dependencia</b>
<b>LIBRO BLANCO DE LA DEPENDENCIA</b> (Enero 2005)	Grado 1 (<7 puntos) Depend. Moderada 371.112	+Pob=>65 que necesitan ayuda para realizar una o varias ABVD al menos 1 vez al día.	1.337,61€/año	496.404,41 miles €/año 9,39%
	Grado 2 (7 - 15 puntos) Dependencia Severa: 292.105	+Pob=>65 que necesitan ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día pero no requiere presencia permanente del cuidador.	8.159,55€/año	2.383.446,81 miles €/año 45,06%
	Grado 3 (>15-27 puntos) Gran Dependencia: 163.334	+Pob=>65 que necesitan ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y necesitan presencia continua e indispensable de otra persona.	14.750,37€/año	2.409.237,68 miles €/año 45,55%
	Total Dependientes: <b>826.551</b> %/Pob.=>65 (2006):11,31%		<b>6.398,98 €/año</b>	<b>5.289.088,89 miles €/año</b>  <b>100 %</b> <b>% PIB: 0,68%</b>
	<b>Población=&gt;65 Discapacidad moderada (3). 2005</b>			
	Grupo A: 507.370 Grupo B: 554.034 Total discapacidad moderada: <b>1.061.404</b> %/Pob.>65 (2005): 14,53%	+Pob.=>65 con discapacidad moderada para alguna ABVD. +Pob=>65 con discapacidad para alguna AIVD.	La población con discapacidad moderada no recibe prestaciones del Sistema Nacional de Dependencia, al menos en la fase inicial de implantación del sistema. Pueden beneficiarse de Servicios de Ayuda a Domicilio y otros servicios sociales de provisión pública.	
	<b>Total Población=&gt;65 con discapacidad para AVD (2005) 1.887.955</b> <b>%/Pob.=&gt;65: 25,84%</b>			
Fuentes:	INE. Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud 1999; www.ine.es Proyección de población. Base censo 2001		IMERSO (2004). Informe Observatorio de Mayores; Encuesta a Comunidades Autónomas.	

(1) Consideramos como año de referencia la proyección a 2005 ya que la información sobre población dependiente estimada por grados, para el año base (1999) no aparece diferenciada por grupos de edad.

(2) Personas=>65 con discapacidad severa o total para las ABVD [residentes en domicilio (EDDES-99)+ ingresadas en centros residenciales (estimación L. Blanco)].

(3) Personas=>65 con discapacidad moderada para las AVD no incluidas en la nota (2) [residentes en domicilio (EDDES-99)+ ingresadas en centros residenciales (estimación L. Blanco)].

Hipótesis de proyección: la reducción de la prevalencia se producirá de forma paulatina y será más perceptible en los niveles de menor gravedad.

**ESTIMACIÓN DE GASTO EN SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS DEPENDIENTES  
POR NIVEL DE DEPENDENCIA (Continuación)**

Autor	Delimitación Metodológica	Gasto Público en S.Sociales/persona>65 Dependiente (€/año). 2003																																							
<p><b>Monteverde Verdenelli, M.</b> "Esperanzas de vida en salud y costes individuales de cuidados de larga duración en España". <i>Envejecimiento y Dependencia. Situación actual y retos de futuro.</i> Caixa Catalunya (julio 2005)</p>	<p>- Considera los precios públicos a enero 2003 (promedio nacional) de los siguientes servicios sociales para personas mayores: SAD (9,73€/hora), telasistencia (243,23 €/año), plaza pública en centro de día (6.625,20 €/año), plaza pública para dependiente en centro residencial (16.832,30 €/año).</p> <p>- Presenta distintas combinaciones de distribución de cartera de servicios, para cada nivel de severidad (moderado, grave y total):</p> <table border="1" data-bbox="384 778 906 1021"> <thead> <tr> <th>Moderada</th> <th>Grave</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ST</td> <td>1.CR:12 meses</td> <td>1.CR:12 meses</td> </tr> <tr> <td>2.SAD o APD:1hdx</td> <td>2.CD:12 meses+SAD o ADP:1hdx</td> <td>2.CD:12 meses+AI:3hdx</td> </tr> <tr> <td>3.SAD o ADP:1hdx+AI:2hdx</td> <td>3.CD:12 meses+AI:1hdx</td> <td>3. AI:14hdx</td> </tr> <tr> <td>4.AI:3hdx</td> <td>4.AI:8hdx</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>- Calcula el gasto unitario para cada combinación por grado de severidad.</p> <p>- Presenta tres alternativas de distribución de cartera de servicios y grado de severidad: menos costosa (ALT1); más adecuada (ALT2) y ayuda informal exclusivamente (ALT3)</p> <p>- Estima la incidencia del incremento de la longevidad de la población de 65 y más años junto con los cambios en la prevalencia de la dependencia sobre el gasto unitario. Utiliza las proyecciones de mortalidad global de la población española elaborada por Naciones Unidas y las Encuestas de Salud de Cataluña para realizar las proyecciones de la prevalencia de las discapacidades.</p>	Moderada	Grave	Total	1.ST	1.CR:12 meses	1.CR:12 meses	2.SAD o APD:1hdx	2.CD:12 meses+SAD o ADP:1hdx	2.CD:12 meses+AI:3hdx	3.SAD o ADP:1hdx+AI:2hdx	3.CD:12 meses+AI:1hdx	3. AI:14hdx	4.AI:3hdx	4.AI:8hdx		<p><i>Alternativa 1.Distribución de cartera de servicios menos costosa:</i></p> <table border="1" data-bbox="938 571 1417 748"> <thead> <tr> <th>Distribución según grado de severidad</th> <th>€/año/usuario</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Moderada: CD 12 meses</td> <td>6.625,20</td> </tr> <tr> <td>Grave: CD12 meses+ SAD 1hdx</td> <td>10.176,65</td> </tr> <tr> <td>Total: CR 12 meses</td> <td>16.832,30</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Alternativa 2.Distribución de cartera de servicios más adecuada:</i></p> <table border="1" data-bbox="938 833 1417 1010"> <thead> <tr> <th>Distribución según grado de severidad</th> <th>€/año/usuario</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Moderada: SAD 3hdx</td> <td>10.654,35</td> </tr> <tr> <td>Grave: CD12 meses+ SAD 1hdx</td> <td>10.176,65</td> </tr> <tr> <td>Total: CR 12 meses</td> <td>16.832,30</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Alternativa 3.Cuidado cubierto exclusivamente por Ayuda Informal</i></p> <table border="1" data-bbox="938 1095 1417 1297"> <thead> <tr> <th>Distribución según grado de severidad</th> <th>No existe retribución (coste de oportunidad)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Moderada: AI 3hdx</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Grave: AI 8 hdx</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total: AI 14 hdx</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Resultados proyectados al 2010 del gasto individual esperado para cada alternativa, por edad y sexo.</i></p>	Distribución según grado de severidad	€/año/usuario	Moderada: CD 12 meses	6.625,20	Grave: CD12 meses+ SAD 1hdx	10.176,65	Total: CR 12 meses	16.832,30	Distribución según grado de severidad	€/año/usuario	Moderada: SAD 3hdx	10.654,35	Grave: CD12 meses+ SAD 1hdx	10.176,65	Total: CR 12 meses	16.832,30	Distribución según grado de severidad	No existe retribución (coste de oportunidad)	Moderada: AI 3hdx		Grave: AI 8 hdx		Total: AI 14 hdx	
Moderada	Grave	Total																																							
1.ST	1.CR:12 meses	1.CR:12 meses																																							
2.SAD o APD:1hdx	2.CD:12 meses+SAD o ADP:1hdx	2.CD:12 meses+AI:3hdx																																							
3.SAD o ADP:1hdx+AI:2hdx	3.CD:12 meses+AI:1hdx	3. AI:14hdx																																							
4.AI:3hdx	4.AI:8hdx																																								
Distribución según grado de severidad	€/año/usuario																																								
Moderada: CD 12 meses	6.625,20																																								
Grave: CD12 meses+ SAD 1hdx	10.176,65																																								
Total: CR 12 meses	16.832,30																																								
Distribución según grado de severidad	€/año/usuario																																								
Moderada: SAD 3hdx	10.654,35																																								
Grave: CD12 meses+ SAD 1hdx	10.176,65																																								
Total: CR 12 meses	16.832,30																																								
Distribución según grado de severidad	No existe retribución (coste de oportunidad)																																								
Moderada: AI 3hdx																																									
Grave: AI 8 hdx																																									
Total: AI 14 hdx																																									
Fuentes:	INE. Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud 1999; Mortalidad global de la población española en 1999; IMSERSO (2000,2004); Encuesta de Salud de Cataluña ( 1994 y 2002).																																								

ST: Servicio Público de Telasistencia; SAD: Servicio Público de Ayuda a Domicilio; APD: Ayuda Privada a Domicilio; CD: Centro de Día para dependientes;CR: Centro Residencial.  
AI: Ayuda Informal.



## ESTIMACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE CARTERA DE SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EULEN- SITUACIÓN ACTUAL ESTIMADA

	TOTAL	SAD	TELEASISTENCIA	CENTROS DÍA	RESIDENCIAS
<b>DEPENDENCIA LEVE</b>					
No total de dependientes atendidos=>65	105.218	67.400	31.294	6.524	0
Precio servicio/usuario (€/año) (1)		10.137,16	240,00	9.361,30	15.474,23
Gasto total (miles €/año)	751.828,27	683.244,58	7.510,56	61.073,12	-
Gasto/persona depen. (€/año)	7.145,43				
<b>DEPENDENCIA MODERADA</b>					
No total de dependientes atendidos=>65	195.917	50.550	62.588	10.251	72.528
Precio servicio/usuario (€/año)		10.137,16	240,00	9.361,30	15.474,23
Gasto total (miles €/año)	1.745.732,20	512.433,44	15.021,12	95.962,69	1.122.314,95
Gasto/persona depen. (€/año)	8.910,57				
<b>DEPENDENCIA GRAVE</b>					
No total de dependientes atendidos=>65	122.186	50.550	10.431	1.864	59.341
Precio servicio/usuario (€/año)		10.137,16 €	240,00 €	9.361,30 €	15.474,23 €
Gasto total (miles €/año)	1.450.642,62 €	512.433,44 €	2.503,44 €	17.449,46 €	918.256,28 €
Gasto/persona depen. (€/año)	11.872,41 €				
<b>TODOS GRADOS DEPENDENCIA</b>					
No total de dependientes atendidos=>65	423.321	168.500	104.313	18.639	131.869
Precio servicio/usuario (€/año)		10.137,16 €	240,00 €	9.361,30 €	15.474,23 €
Gasto total (miles €/año)	3.948.203,09 €	1.708.111,46 €	25.035,12 €	174.485,27 €	2.040.571,24 €
Gasto/persona depen. (€/año)	9.326,74 €				

Fuente: Elaboración propia a partir del documento *La infraestructura de servicios sociosanitarios necesaria para las Prestaciones del Seguro de Dependencia. Seminario sobre El seguro de Dependencia*. Instituto de Fomento Empresarial 27-28 enero 2005.

(1) Se entiende como tal, el precio por usuario (o plaza en el caso de Centros de Día y Residencias).

**ESTIMACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE CARTERA DE SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. 2002. EULEN- PROPUESTA DE COBERTURA**

	TOTAL	SAD	TELEASISTENCIA	CENTROS DÍA	RESIDENCIAS
<b>DEPENDENCIA LEVE</b>					
Nº total de dependientes atendidos=>65	<b>1.047.780</b>	93.552	935.518	18.710	0
Precio servicio/usuario (€/año) (1)		10.137,16 €	240,00 €	9.361,30 €	15.474,23 €
Gasto total (miles €/año)	1.348.025,84 €	948.351,59 €	224.524,32 €	175.149,92 €	-
Gasto/persona depen. (€/año)	1.286,55 €				
<b>DEPENDENCIA MODERADA</b>					
Nº total de dependientes atendidos=>65	<b>1.006.160</b>	325.522	414.301	88.779	177.558
Precio servicio/usuario (€/año)		10.137,16 €	240,00 €	9.361,30 €	15.474,23 €
Gasto total (miles €/año)	6.977.961,02 €	3.299.868,60 €	99.432,24 €	831.086,85 €	2.747.573,33 €
Gasto/persona depen. (€/año)	6.935,24 €				
<b>DEPENDENCIA GRAVE</b>					
Nº total de dependientes atendidos=>65	<b>458.213</b>	210.014	76.369	7.637	164.193
Precio servicio/usuario (€/año)		10.137,16 €	240,00 €	9.361,30 €	15.474,23 €
Gasto total (miles €/año)	4.759.526,57 €	2.128.945,52 €	18.328,56 €	71.492,25 €	2.540.760,25 €
Gasto/persona depen. (€/año)	10.387,15 €				
<b>TODOS GRADOS DEPENDENCIA</b>					
Nº total de dependientes atendidos=>65	2.512.153	629.088	1.426.188	115.126	341.751
Precio servicio/usuario (€/año)		10.137,16 €	240,00 €	9.361,30 €	15.474,23 €
Gasto total (miles €/año)	13.085.513,43 €	6.377.165,71 €	342.285,12 €	1.077.729,02 €	5.288.333,58 €
Gasto/persona depen. (€/año)	5.208,88 €				

Fuente: Elaboración propia a partir del documento *La infraestructura de servicios sociosanitarios necesaria para las Prestaciones del Seguro de Dependencia. Seminario sobre El seguro de Dependencia*. Instituto de Fomento Empresarial 27-28 enero 2005



**VARIACIÓN EN LA DISTRIBUCIÓN DE CARTERA DE SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES**  
EULEN- PROPUESTA DE COBERTURA-INCREMENTO DE LA POBLACIÓN ATENDIDA Y DEL GASTO ESTIMADO

	TOTAL	SAD	TELEASISTENCIA	CENTROS DÍA	RESIDENCIAS
<b>DEPENDENCIA LEVE</b>					
Incremento No total de dependientes atendidos=>65	<b>942.562</b>	26.152	904.224	12.186	0
Precio servicio/usuario (€/año) (1)		10.137,16 €	240,00 €	9.361,30 €	15.474,23 €
Incremento Gasto total (miles €/año)	596.197,57 €	265.107,01 €	217.013,76 €	114.076,80 €	-
Gasto/persona depen. (€/año)	632,53 €				
<b>DEPENDENCIA MODERADA</b>					
Nº total de dependientes atendidos=>65	<b>810.243</b>	274.972	351.713	78.528	105.030
Precio servicio/usuario (€/año)		10.137,16 €	240,00 €	9.361,30 €	15.474,23 €
Gasto total (miles €/año)	5.232.228,82 €	2.787.435,16 €	84.411,12 €	735.124,17 €	1.625.258,38 €
Gasto/persona depen. (€/año)	6.457,60 €				
<b>DEPENDENCIA GRAVE</b>					
Nº total de dependientes atendidos=>65	<b>336.027</b>	159.464	65.938	5.773	104.852
Precio servicio/usuario (€/año)		10.137,16 €	240,00 €	9.361,30 €	15.474,23 €
Gasto total (miles €/año)	3.308.883,95 €	1.616.512,08 €	15.825,12 €	54.042,78 €	1.622.503,96 €
Gasto/persona depen. (€/año)	9.847,08 €				
<b>TODOS GRADOS DEPENDENCIA</b>					
Nº total de dependientes atendidos=>65	2.088.832	460.588	1.321.875	96.487	209.882
Precio servicio/usuario (€/año)		10.137,16 €	240,00 €	9.361,30 €	15.474,23 €
Gasto total (miles €/año)	<b>9.137.310,34 €</b>	<b>4.669.054,25 €</b>	<b>317.250,00 €</b>	<b>903.243,75 €</b>	<b>3.247.762,34 €</b>
Gasto/persona depen. (€/año)	<b>4.374,36 €</b>				

Fuente: Elaboración propia a partir del documento *La infraestructura de servicios sociosanitarios necesaria para las Prestaciones del Seguro de Dependencia*. Seminario sobre *El seguro de Dependencia*. Instituto de Fomento Empresarial 27-28 enero 2005

## ESTIMACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE CARTERA DE SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES.2005

### LIBRO BLANCO DEPENDENCIA (1)

Se excluye en la definición de población dependiente, **la población con discapacidad para tareas domésticas y/o discapacidad moderada para alguna ABVD** ( estimada, según el Libro Blanco, en 1.061.404 personas=>65 años (2005))

	TOTAL	SAD	TELEASISTENCIA	CENTROS DÍA	RESIDENCIAS
<b>DEPENDENCIA MODERADA</b>					
Nº total de dependientes atendidos=>65	371.113	194.926	371.113	0	0
Nº Dependientes =>65 con atención Informal	176.187				
Precio servicio/usuario (€/año) (2)		2.064,00 €	253,50 €	7.078,50 €	15.552,00 €
Gasto total (miles €/año)	496.404,41 €	402.327,26 €	94.077,15 €	-	-
Gasto/persona depen. (€/año)	1.337,61 €				
<b>DEPENDENCIA SEVERA</b>					
Nº total de dependientes atendidos=>65	292.105	63.932	292.105	44.472	119.769
Nº Dependientes =>65 con atención Informal	63.932				
Precio servicio/usuario (€/año) (2)		2.064,00 €	253,50 €	7.078,50 €	15.552,00 €
Gasto total (miles €/año)	2.383.446,81 €	131.955,65 €	74.048,62 €	314.795,05 €	1.862.647,49 €
Gasto/persona depen. (€/año)	8.159,55 €				
<b>GRAN DEPENDENCIA</b>					
Nº total de dependientes atendidos=>65	163.334	4.394	163.334	5.252	149.279
Nº Dependientes =>65 con atención Informal	4.404				
Precio servicio/usuario (€/año) (2)		2.064,00 €	253,50 €	7.078,50 €	15.552,00 €
Gasto total (miles €/año)	2.409.237,68 €	9.069,22 €	41.405,17 €	37.176,28 €	2.321.587,01 €
Gasto/persona depen. (€/año)	14.750,37 €				
<b>TODOS GRADOS DEPENDENCIA</b>					
No total de dependientes atendidos=>65	826.552	263.252	826.552	49.724	269.048
Nº Dependientes =>65 con atención Informal	244.523				
Precio servicio/usuario (€/año) (2)		2.064,00 €	253,50 €	7.078,50 €	15.552,00 €
Gasto total (miles €/año)	5.289.088,89 €	543.352,13 €	209.530,93 €	351.971,33 €	4.184.234,50 €
Gasto/persona depen. (€/año)	6.398,98 €				

Fuente: Elaboración propia a partir del Libro Blanco Dependencia (capítulos I, VIII y X).

**(1) Hipótesis asignación de recursos (Libro Blanco Dependencia Capítulo X: 17-18)**

- 1-Se consideran cuatro grandes recursos: Ayuda a domicilio, Telasistencia, Centros de Día y Residencias
- 2-No todos los dependientes utilizan los servicios sociales. Hay un porcentaje, decreciente con la mayor edad y grado de dependencia, que opta por el cuidado por parte de la familia.
- 3- Todas las personas estimadas como dependientes pueden ser usuarios del servicio de telesistencia

**(2) Precio servicio/usuario**

- 1-Se entiende como tal, el precio por usuario (o plaza en el caso de Centros de Día y Residencias).
- 2-Se han tomado como precios de referencia los que se utilizan en el capítulo VIII para el cálculo del gasto en servicios sociales para personas mayores dependientes.
- 3-Se considera el precio anual, bajo la hipótesis de que la utilización de los recursos se realiza durante 12 meses, excepto para Centros de Día que se consideran 11 meses. (Capítulo VIII: 21).

**ESTIMACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE CARTERA DE SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES.**  
EUROPEAN STUDY OF LONG-TERM CARE EXPENDITURE-CHAPTER 8

	TOTAL	SERV. AYUDA A DOMICILIO		CENTROS DÍA	RESIDENCIAS	AYUDA INFORMAL
		SAD PÚBLICO	SAD PRIVADO			
<b>DEPENDENCIA MODERADA</b>						
Tasa de utilización (%)	100,0	3,9	12,7	0,2	5,7	77,5
<b>DEPENDENCIA SEVERA</b>						
Tasa de utilización (%)	100,0	5,1	8,4	0,8	17,1	68,6
<b>TODOS GRADOS DEPENDENCIA</b>						
Tasa de utilización (%)	100,0	<b>4,5</b>	<b>10,6</b>	<b>0,5</b>	<b>11,4</b>	<b>73,1</b>

Fuente: Elaboración propia a partir Patxot, C. y Costa-Font, J. *Description of the Spanish long-term care projections model.*

**ESTIMACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE USUARIOS POR TIPO DE SERVICIO SOCIAL PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES**  
HEALTH AND SOCIAL CARE IN THE COMMUNITY

	TOTAL	SAD	TELEASISTENCIA	CENTROS DÍA	RESIDENCIAS	AYUDA INFORMAL
Nº Usuarios	35.655	10.006	5.585	692	5.757	13.615
Edad media del usuario	76,9	71,7	75,1	76,1	82,8	78,8
%/Total usuarios	100,0	<b>28,1</b>	<b>15,7</b>	<b>1,9</b>	<b>16,1</b>	<b>38,2</b>

Fuente: Garcés, J.; Ródenas, F. y Sanjosé, V.(2004) *Care needs among the dependent population in Spain: an empirical approach.*





## III. Viabilidad del modelo propuesto: Factores determinantes del gasto y de los ingresos

### III.1. FACTORES EXPLICATIVOS DEL CRECIMIENTO DEL GASTO EN DEPENDENCIA

#### III.1.1. Introducción

El gasto en dependencia puede aumentar básicamente por dos tipos de causas, las que podemos calificar de carácter automático (no discrecional) y las que tienen una naturaleza discrecional (debidas a medidas explícitas de la autoridad política).

El crecimiento automático, o no discrecional, del gasto en dependencia se produce por factores demográficos: el aumento de la población susceptible de protección y/o por un cambio en la estructura demográfica. Mientras que el segundo componente de aumento del gasto en dependencia es fruto del conjunto de medidas discrecionales, adoptadas por la autoridad política en materia de protección de la dependencia, dirigidas a aumentar la tasa de cobertura, ampliar la oferta de servicios y mejorar la calidad de los mismos.

Podemos distinguir, por tanto, los siguientes factores explicativos de la evolución del gasto en dependencia: evolución demográfica, tasa de cobertura y prestación real media.

La *evolución demográfica* condiciona el gasto en dependencia en función de los cambios que se produzcan en el tamaño y la estructura de la población. En el caso del gasto en dependencia de las personas mayores, el aumento de personas de 65 y más años, y especialmente de personas de 80 y más años, así como el cambio en la distribución según edad de la población, se considera un factor expansivo del gasto en tanto que se traduce en un aumento del número de personas mayores dependientes potencialmente usuarias.

La *tasa de cobertura*, en el caso del gasto en dependencia de las personas mayores, mide el porcentaje de usuarios<sup>1</sup> de 65 y más años de servicios sociales para dependientes respecto de la población dependiente de 65 y más años, que es la potencialmente beneficiaria.

La ampliación del índice de cobertura supone un aumento del número de personas mayores dependientes usuarias, que no estaban incluidas en el sistema de protección de la dependencia por no cumplir determinados requisitos, como pueden ser nivel de dependencia requerido o superar el límite de ingresos establecidos ya que, actualmente en España, se trata de una prestación asistencial. El hecho de que se incorporen nuevos usuarios al sistema puede ser fruto de que se acometan reformas en la configuración de la prestación modificando, por ejemplo, el nivel de dependencia que determina el acceso al sistema o definiendo la prestación como universal mediante la eliminación del criterio de prueba de recursos.

Finalmente, la *prestación real media* se define como la prestación que obtiene cada usuario en términos reales, es decir, una vez eliminado el efecto de la inflación. Las prestaciones de dependencia que hemos contemplado en el estudio (ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día y residencias) son prestaciones en especie que se ofrecen como servicios y no como una prestación monetaria, como es el caso de las pensiones o la prestación por hijo a cargo. Por lo tanto, las variaciones que se producen en la prestación real media pueden deberse a factores tales como la oferta de servicios, la calidad de los mismos (cambios tecnológicos...) y el aumento de la demanda.

<sup>1</sup> Para algunos servicios sociales como centros de día, residencias y estancias temporales se toma como numerador para el cálculo de la tasa de cobertura el número de plazas (ver Capítulo II).

La incidencia de cada uno de estos factores sobre el gasto en dependencia de los mayores, durante un período determinado, se deduce a partir de la siguiente identidad:

$$\text{GDr} = \text{Fd} * \text{IC} * \text{PRM}$$

GDr:	Tasa de variación media anual del gasto en dependencia en términos reales.
Fd:	Tasa de variación media anual de la población de 65 y más años.
IC:	Variación media anual del índice de cobertura.
PRM:	Tasa de variación media anual de la prestación media en términos reales.

En los apartados siguientes analizaremos el impacto que genera cada uno de estos factores.

### III.1.2. Crecimiento del gasto en dependencia debido a la evolución demográfica

Uno de los elementos que inciden en el crecimiento del gasto en dependencia es el aumento del número de personas dependientes debido al crecimiento de la población mayor (65 y más años) y muy mayor (80 y más años), puesto que la prevalencia de la dependencia es mayor a medida que avanzamos en edad. Por lo tanto, la manera cómo evolucione la estructura de la población en el futuro afectará a la dimensión del gasto en dependencia.

La evolución demográfica, como ya hemos comentado, es un factor automático o exógeno, es decir, sus cambios no dependen de medidas discrecionales adoptadas por los responsables políticos en materia de dependencia.

#### III.1.2.1. La evolución demográfica en el horizonte temporal del 2060

Las últimas proyecciones de población española publicadas recientemente por el **Instituto Nacional de Estadística**<sup>2</sup> toman como población de partida la correspondiente al Censo de población de 2001. En ellas se han contemplado dos escenarios sobre entradas netas de extranjeros debido a la importancia que ha adquirido el fenómeno de la inmigración en España:

- El escenario 1 (ESC1) considera que hasta el año 2010 las entradas netas de extranjeros evolucionarán según la tendencia más reciente y a partir de ese año se mantiene constante. El total de entradas en España durante el período 2007-2059 se eleva a 14,6 millones de personas.
- El escenario 2 (ESC2) se ha establecido de acuerdo con Eurostat y supone para el período 2002-2006 las mismas entradas netas de extranjeros que bajo el escenario anterior (ESC1) y a partir del 2006 hasta el 2010 una tendencia decreciente de entradas. El total de entradas en España durante el período 2007-2059 asciende a 5,8 millones de personas.

A efectos de medir la incidencia de la evolución demográfica sobre el gasto en dependencia hemos optado por las hipótesis contempladas en el ESC2<sup>3</sup>, cuyos principales resultados se comentan a continuación:

<sup>2</sup> INE-16/05/05

<sup>3</sup> Una opción que se adopta por tratarse de un escenario más conservador y consensado a nivel internacional, con Eurostat.

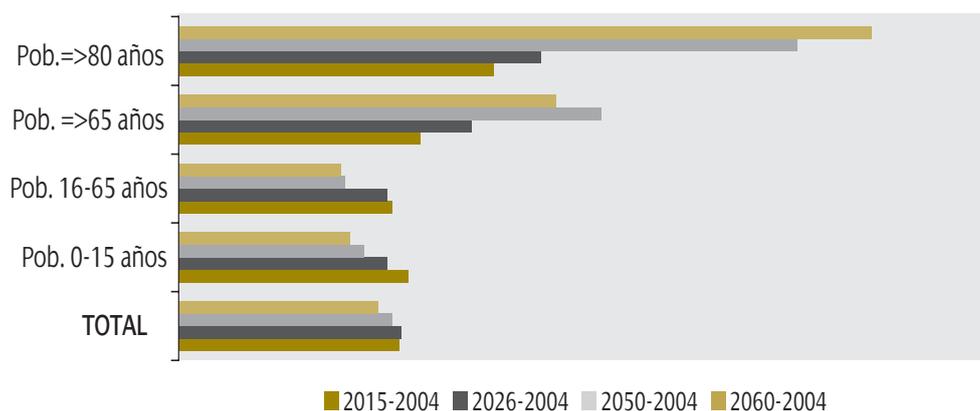
**TABLA 1. PROYECCIONES DE POBLACIÓN ESPAÑOLA. 2004-2060**

POBLACIÓN A 1 DE ENERO (Personas)					
	2004	2015	2026	2050	2060
<b>TOTAL</b>	<b>42.344.029</b>	<b>45.548.790</b>	<b>46.159.265</b>	<b>43.975.912</b>	<b>41.230.485</b>
Pob. 0-15 años	6.594.117	7.397.255	6.731.910	6.001.906	5.490.173
Pob. 16-65 años	28.607.138	29.738.907	29.226.317	23.231.646	22.559.532
Pob. =>65 años	7.142.774	8.412.628	10.201.038	14.742.360	13.180.780
Pob.=>80 años	1.761.394	2.698.186	3.110.609	5.303.114	5.954.855
POBLACIÓN A 1 DE ENERO Índice de Evolución. 2004=100					
	2004	2015	2026	2050	2060
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>108</b>	<b>109</b>	<b>104</b>	<b>97</b>
Pob. 0-15 años	100	112	102	91	83
Pob. 16-65 años	100	104	102	81	79
Pob. =>65 años	100	118	143	206	185
Pob.=>80 años	100	153	177	301	338

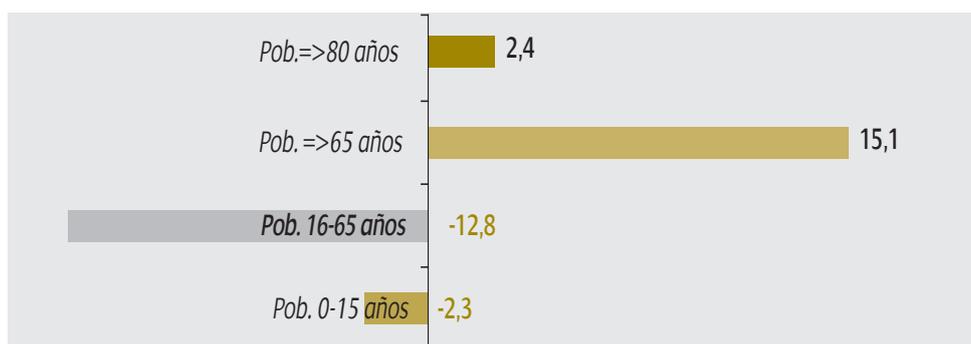
Fuente: *www.ine.es* Proyecciones de la población española calculadas a partir del Censo 2001 (ESC2) . Elaboración propia.

La población española crecerá hasta el año 2026, fecha a partir de la cual empieza a decrecer, de forma que para el conjunto del periodo analizado (2004-2060) la población total se reducirá un 3%.

Por grupos de edad, la población más joven (0-15 años) disminuirá un 17% y la población potencialmente activa (16-64 años) lo hará en un 21%, mientras que la población mayor (65 y más años) aumentará un 85% y la más mayor (80 y más años) lo hará en algo más de tres veces respecto del año 2004.

**GRÁFICO 1. PROYECCIONES DE POBLACIÓN ESPAÑOLA. INDICE DE EVOLUCIÓN. 2004=100**

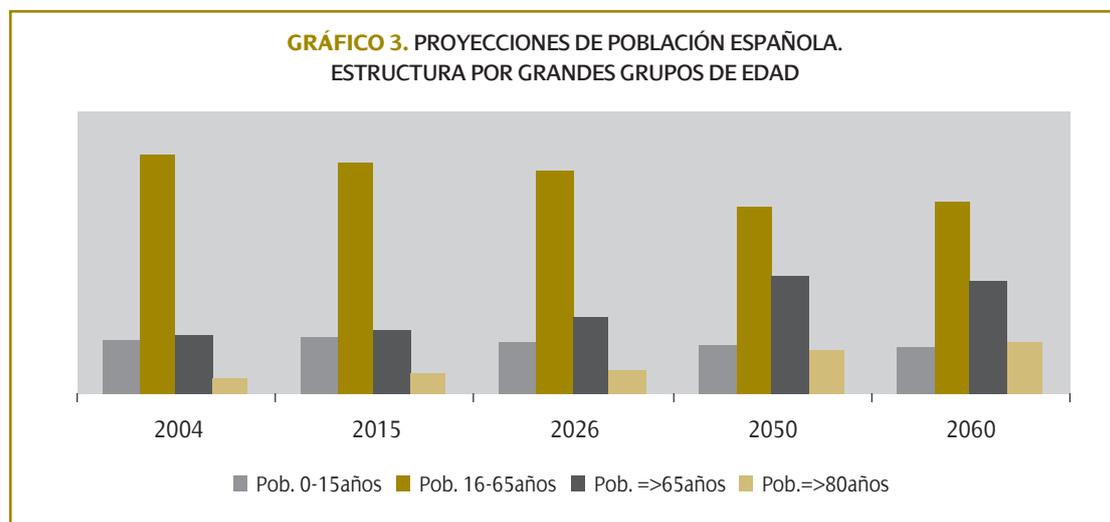
Si observamos la evolución de la estructura de la población española (tabla 1 cont), entre el año 2004 y el 2060 la población de 65 y más años aumentará su peso en el conjunto de la población en 15 puntos, pasando de representar el 16,9% de la población en 2004 a suponer el 32% en el año 2060. Este crecimiento será a costa de la población de 0-15 años en una pequeña proporción, que reducirá su participación en algo más de 2 puntos, pero es a expensas, sobre todo, de la pérdida de importancia relativa de la población potencialmente activa (16-64 años), que ve disminuida su participación total en casi 13 puntos entre 2004 y 2060 (del 67,6% al 54,7%).

**GRÁFICO 2. PROYECCIONES DE POBLACIÓN ESPAÑOLA. VARIACIÓN DE LA ESTRUCTURA. PUNTOS PORCENTUALES. 2060-2004**

**TABLA 1. PROYECCIONES DE POBLACIÓN ESPAÑOLA. 2004-2060 (CONT.)**

POBLACIÓN A 1 DE ENERO Estructura por grandes grupos de edad					
	2004	2015	2026	2050	2060
<b>TOTAL</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
Pob. 0-15 años	15,6%	16,2%	14,6%	13,6%	13,3%
Pob. 16-65 años	67,6%	65,3%	63,3%	2,8%	54,7%
Pob. =>65 años	16,9%	18,5%	22,1%	33,5%	32,0%
Pob. =>80 años	4,2%	5,9%	6,7%	12,1%	14,4%
POBLACIÓN A 1 DE ENERO Variación de la estructura. Puntos porcentuales					
		2015-2004	2026-2004	2050-2004	2060-2004
<b>TOTAL</b>					
Pob. 0-15 años		0,7	-1,0	-1,9	-2,3
Pob. 16-65 años		-2,3	-4,2	-14,7	-12,8
Pob. =>65 años		1,6	5,2	16,7	15,1
Pob. =>80 años		1,8	0,8	5,3	2,4

Fuente: [www.ine.es](http://www.ine.es) Proyecciones de la población española calculadas a partir del Censo 2001 (ESC2) Elaboración propia.

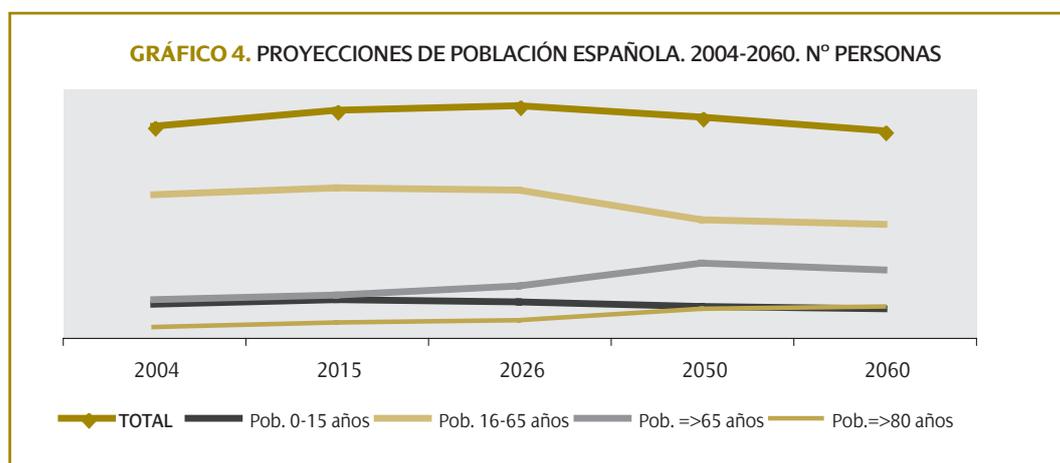


Otro indicador de población, que refleja claramente el envejecimiento demográfico, es la tasa de dependencia total. Esta tasa mide la relación entre población potencialmente inactiva y población potencialmente activa<sup>4</sup>. Si analizamos su evolución prevista entre 2004 y 2060 vemos que prácticamente se duplica, aumentando de un 48% a un 82,8%. Esto significa que si en el año 2004 por cada persona potencialmente inactiva (0-15 años y 65 años y más) había dos personas potencialmente activas (entre 16 y 64 años), esta relación se reducirá prácticamente a la mitad en el año 2060, alcanzando un valor de 1,2.

**TABLA 1. PROYECCIONES DE POBLACIÓN ESPAÑOLA. 2004-2060 (CONT.)**

INDICADORES DE POBLACIÓN					
Tasa de dependencia					
	2004	2015	2026	2050	2060
T.D. Total (1)	48,0%	53,2%	57,9%	89,3%	82,8%
T.D. Pob 0-15 años (2)	23,1%	24,9%	23,0%	25,8%	24,3%
T.D. Pob=>65 años (3)	25,0%	28,3%	34,9%	63,5%	58,4%
POBLACIÓN A 1 DE ENERO					
Variación de la tasa de dependencia. Puntos porcent.					
	2015-2004	2026-2004	2050-2004	2060-2004	
T.D. Total	5,1	9,9	41,3	34,7	
T.D. Pob. 0-15 años	1,8	0,0	2,8	1,3	
T.D. Pob=>65 años	3,3	9,9	38,5	33,5	

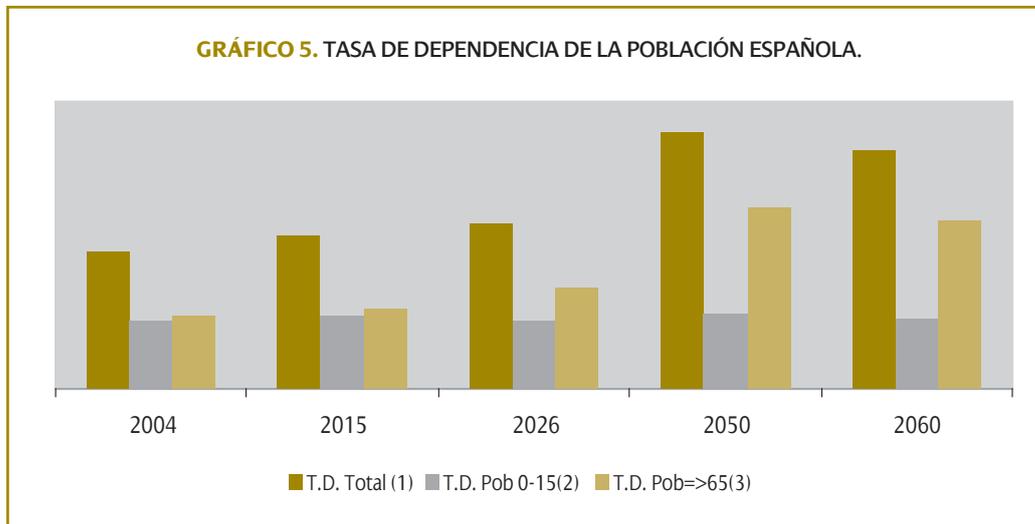
Fuente: [www.ine.es](http://www.ine.es) Proyecciones de la población española calculadas a partir del Censo 2001 (ESC2). Elaboración propia.



<sup>4</sup>Tasa de Dependencia Total: (número de personas de 0-15 años más número de personas de 65 años y más) / (número de personas de 16-64 años) en porcentaje.

El aumento en 34,8 puntos de la tasa de dependencia total entre el año 2004 y 2060 se explica, casi exclusivamente, por el aumento de la tasa de dependencia de la población mayor <sup>5</sup> (33,5 puntos). Este incremento nos refleja claramente el envejecimiento de la población, ya que si en el año 2004 la tasa de dependencia de la población mayor representaba el 52% de la tasa de dependencia total (25,0%/48,0%), en el año 2060 explicará el 70% de la misma (58,4%/82,8%). En otros términos, si en el año 2004 por cada persona de 65 y más años había cuatro personas potencialmente activas (16-64 años), en el año 2060 habrá menos de dos personas (concretamente 1,7).

La tasa de dependencia de la población joven <sup>6</sup> apenas varía entre el año 2004 y el 2060, manteniéndose en torno al 24%.

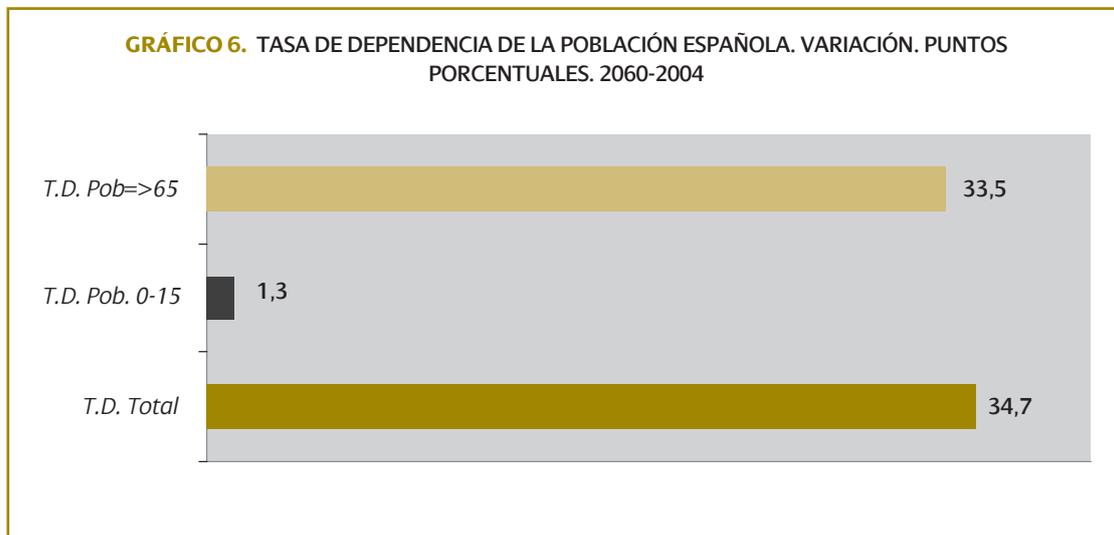


En definitiva, las proyecciones de población del INE muestran un continuo envejecimiento de la población española, que se acentuará en el período 2026-2050. A partir de ese año (2050), la tendencia de envejecimiento demográfico será más moderada.

<sup>5</sup> Tasa de Dependencia de la Población Mayor: (no de personas de 65 y más)/(no de personas de 16-64) en porcentaje.

<sup>6</sup> Tasa de Dependencia de la Población Joven: (no de personas de 0-15)/(no de personas de 16-64) en porcentaje.

**GRÁFICO 6. TASA DE DEPENDENCIA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA. VARIACIÓN. PUNTOS PORCENTUALES. 2060-2004**



Las proyecciones de población realizadas por Eurostat <sup>7</sup> nos permiten comparar la situación demográfica en España con el resto de países de la Unión Europea. Si bien, hemos de tener en cuenta que Eurostat, a diferencia del INE, realiza proyecciones hasta el año 2050, efectúa una agrupación distinta por edades y distingue tres grupos de edad: 0-14 años, de 15-64 años y 65 años y más. En cuanto a las hipótesis de mortalidad, fecundidad y migración no tienen porqué coincidir con las realizadas por el INE, tal y como se especifica en esta fuente.

<sup>7</sup> Eurostat News Release (48/2005-8 April 2005) Population Projections 2004-2050.

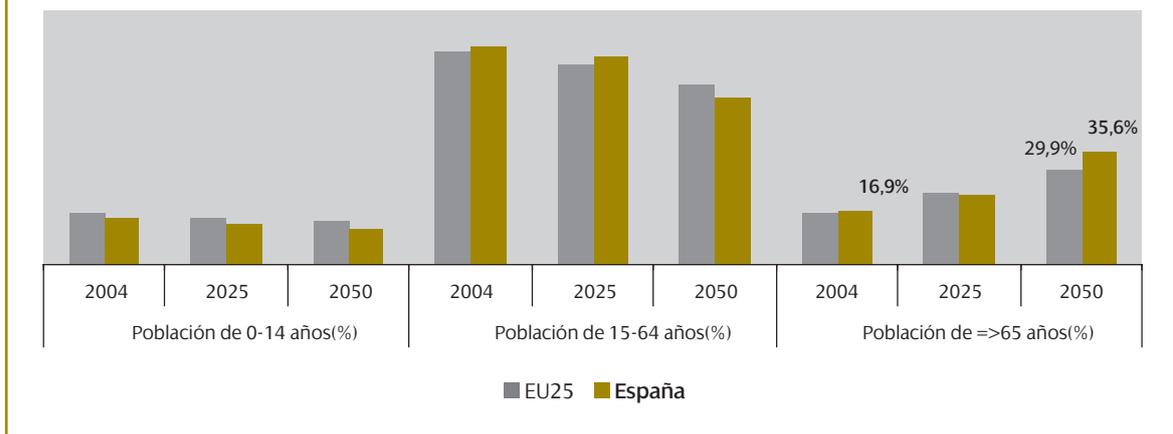
**TABLA 2. PROYECCIONES DEMOGRÁFICAS DE LA UNIÓN EUROPEA 2004-2050**

POBLACIÓN A 1 DE ENERO (Estructura por grandes grupos de edad)									
	Población de 0-14 años (%)			Población de 15-64 años (%)			Población de =>65 años (%)		
	2004	2025	2050	2004	2025	2050	2004	2025	2050
EU25	16,4%	14,4%	13,4%	67,2%	63,0%	56,7%	16,4%	22,6%	29,9%
EU15	16,3%	14,4%	13,5%	66,7%	62,8%	56,5%	17,0%	22,8%	30,0%
<b>España</b>	<b>14,5%</b>	<b>12,8%</b>	<b>11,5%</b>	<b>68,6%</b>	<b>65,2%</b>	<b>52,9%</b>	<b>16,9%</b>	<b>22,0%</b>	<b>35,6%</b>
VARIACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE POBLACIÓN (Puntos porcentuales)									
	Población de 0-14 años 2050-2004			Población de 15-64 años 2050-2004			Población de =>65 años 2050-2004		
EU25	-3,0			-10,5			13,5		
EU15	-2,8			-10,2			13,0		
<b>España</b>	<b>-3,0</b>			<b>-15,7</b>			<b>18,7</b>		
INDICADORES DE POBLACIÓN. TASA DE DEPENDENCIA									
	T.D. Población de 0-14 años (1)			T.D. Población de =>65 años (2)			Tasa de Dependencia Total (3)		
	2004	2025	2050	2004	2025	2050	2004	2025	2050
EU25	24,4%	22,9%	23,7%	24,5%	35,7%	52,8%	48,9%	58,6%	76,5%
EU15	24,5%	23,0%	23,9%	25,5%	36,3%	53,2%	50,0%	59,3%	77,1%
<b>España</b>	<b>21,2%</b>	<b>19,7%</b>	<b>21,7%</b>	<b>24,6%</b>	<b>33,6%</b>	<b>67,5%</b>	<b>45,8%</b>	<b>53,3%</b>	<b>89,2%</b>
VARIACIÓN DE LA TASA DE DEPENDENCIA (Puntos porcentuales)									
	T.D. Población de 0-14 años 2050-2004			T.D. Población de =>65 años 2050-2004			Tasa de Dependencia Total 2050-2004		
EU25	-0,7			28,3			27,6		
EU15	-0,6			27,7			27,1		
<b>España</b>	<b>0,5</b>			<b>42,9</b>			<b>43,4</b>		

Fuente: Eurostat (2005). Eurostat News Release. 48/2005-8 April. Population Projections 2004-2050.

Las proyecciones de Eurostat muestran una tendencia de envejecimiento demográfico para España superior a la media europea. La población de 65 y más años pasará de representar el 16,9% de la población total a representar el 35,6% en el año 2050, mientras que en la UE, partiendo prácticamente del mismo nivel (16,4%), la población mayor será como media el 29,9% de la población total, casi 6 puntos menos que en España.

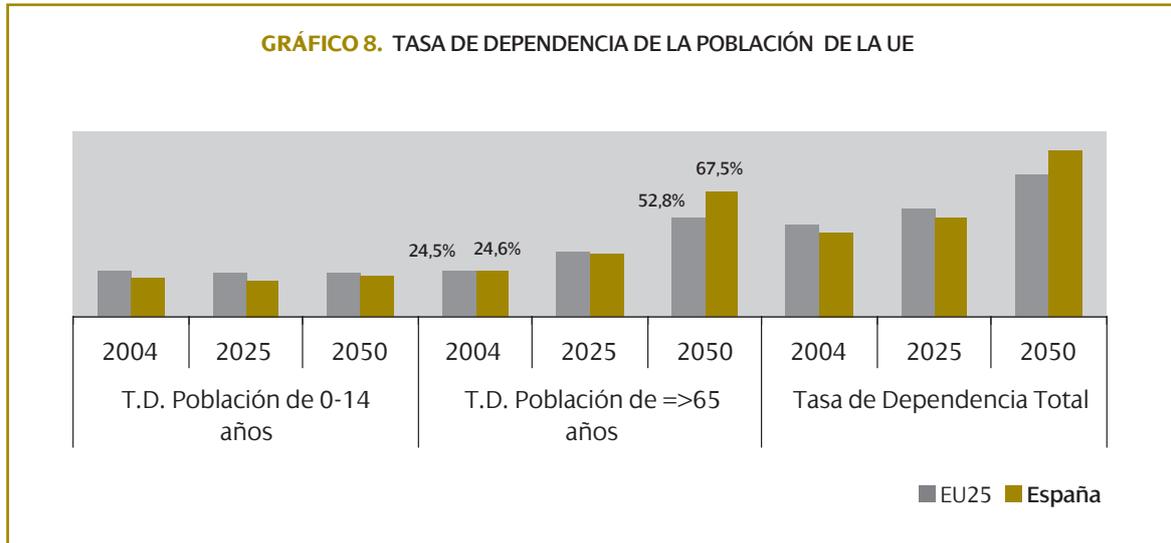
**GRÁFICO 7. PROYECCIONES DEMOGRÁFICAS DE LA UE. ESTRUCTURA POR GRANDES GRUPOS DE EDAD**



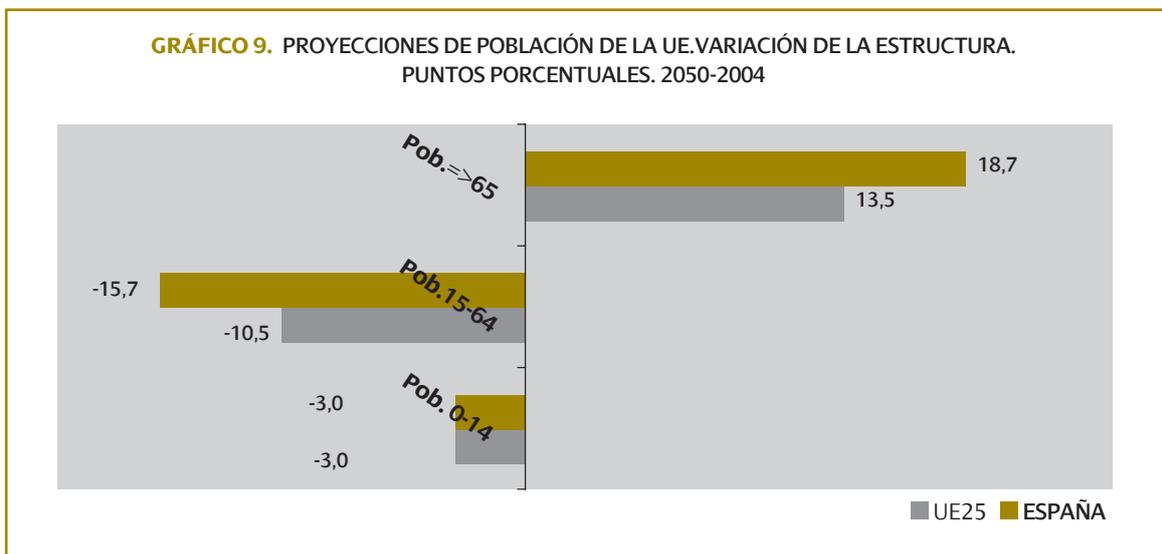
La población española más joven (0-14 años) tiene una participación ligeramente por debajo que la media de la UE (dos puntos aproximadamente). Sin embargo, la pérdida de participación de este grupo de edad en el conjunto de la población, entre 2004 y 2050, es de la misma intensidad que la media de la UE (3 puntos), tal y como puede observarse en el gráfico 9.

La participación de población comprendida entre 15 y 64 años se sitúa en el caso de España aproximadamente dos puntos por encima de la participación media de la UE, si bien para el 2050 la caída de población en este grupo de edad será tan significativa en España que su participación se situaría casi cuatro puntos por debajo de la media europea, reduciéndose hasta el 52,9% frente al 56,7% de la UE. Entre el año 2004 y el 2050 la pérdida de peso del grupo de edad 15-64 años será de 15,7 puntos para España, frente a 10,5 puntos como media de la UE (gráfico 9).

La tasa de dependencia (tabla 2) de la población española de 65 y más años se mantiene en la media de la UE en 2004, en torno al 24,5%, o incluso por debajo para el año 2025 (33,6% en España frente al 35,7% de la UE); sin embargo para el año 2050 alcanzará el 67,5%, 14 puntos por encima de la media de la UE (53%). Es decir, según las proyecciones de Eurostat, entre el año 2004 y el 2050, la tasa de dependencia de la población mayor en España aumentará casi 43 puntos frente a un incremento medio de la UE de 28 puntos. Esto significa que si en el año 2004 por cada persona de 65 y más años había 4 personas potencialmente activas en España y en el conjunto de la UE, en el 2050 por cada persona de 65 y más años habrá 1,5 personas potencialmente activas en España y 1,9 como media en la UE.



Las proyecciones de población de Eurostat muestran una tendencia de envejecimiento en España por encima de la media de la UE, con el agravante de que la población potencialmente activa (principal agente financiador del Estado de Bienestar) va a caer en España en una mayor proporción que la media de la UE.



### III.1.2.2. Incidencia de la evolución demográfica sobre el número de usuarios mayores dependientes, gasto en dependencia y carga a financiar-Sistema asistencial

El objetivo de este epígrafe es medir el crecimiento del número de usuarios y su incidencia en el gasto en dependencia y la carga a financiar, motivado exclusivamente por la evolución demográfica proyectada hasta el año 2060.

La metodología aplicada se puede sintetizar en los siguientes puntos, cuyos resultados obtenidos se recogen en las tablas 3 y 4:

1. Consideramos que el único factor variable es el demográfico y fluctúa de acuerdo con las proyecciones de población del INE comentadas en el punto anterior. Por lo tanto, el resto de los factores (normativa, precios y contenido de las prestaciones) permanece, a lo largo del período 2004-2060, en los niveles de enero 2004. Se trata de aislar el componente demográfico.
2. Partimos del gasto anual en dependencia por usuario de 65 y más años estimado a enero 2004<sup>8</sup> (4.789,24€) y consideramos que esta cuantía no se modifica a lo largo del período de estudio.
3. Asimismo, consideramos que el porcentaje que representa el número de usuarios respecto de la población de 65 y más años a enero 2004 (7,6%) permanece constante. Este porcentaje se calcula sobre la población a enero 2004 del Padrón Municipal y no sobre la población según proyecciones a enero 2004, ya que nos parece más realista tomar un dato real que uno estimado.
4. Proyectamos el número de usuarios de 65 y más años aplicando el porcentaje del 7,6% a la población mayor estimada, según proyecciones del INE, para los años considerados: 2015, 2026, 2050 y 2060. El dato que obtenemos nos informa sobre la variación en el número de usuarios de servicios sociales para personas mayores dependientes, en función exclusivamente de la evolución demográfica.
5. El gasto en dependencia, para los años considerados, es el resultado de multiplicar el gasto medio por usuario, a enero 2004 ya que no varía, por el número de usuarios estimado para cada año considerado.
6. La carga financiera representa la cantidad que debe aportar cada persona potencialmente activa (bajo un sistema de reparto) para hacer frente al importe del gasto en dependencia en cada momento. Es el resultado de dividir el importe de gasto por el número de personas potencialmente activas en cada uno de los años considerados.
7. La hipótesis de la que partimos es que, tanto los impuestos como el tipo de cotización permanecen a los niveles de enero 2004. Se trata de medir la incidencia derivada exclusivamente a la evolución demográfica.

La carga financiera resultante será mayor o menor dependiendo del aumento o disminución del gasto en dependencia debido a la evolución demográfica y de la evolución de la población potencialmente activa (entre 16-64 años).

---

<sup>8</sup> (Ver Anexo II: Estimación del gasto en servicios sociales para personas mayores dependientes. Resultados por Comunidades Autónomas. Enero 2004)



**TABLA 3. INCIDENCIA DEL FACTOR DEMOGRÁFICO SOBRE EL NÚMERO DE USUARIOS Y SOBRE EL GASTO EN DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES. 2004-2060**

	2004 Año Base	2015	2026	2050	2060
Nº Usuarios.=>65	552.659	636.804	772.180	1.115.941	997.736
GD/Usuario=>65	4.789,24 €	4.789,24 €	4.789,24 €	4.789,24 €	4.789,24 €
Usuarios/Pob.=>65 (1)	7,6%	7,6%	7,6%	7,6%	7,6%
<b>GD=&gt;65 (Millones €)</b>	<b>2.646.819,29 €</b>	<b>3.049.812,13€</b>	<b>3.698.160,61€</b>	<b>5.344.516,41€</b>	<b>4.778.400,14 €</b>
Factor de crecimiento 2004=1		1,15	1,40	2,02	1,81
Población =>65 Padrón	7.301.009				
Población =>65 Proyecc.	7.142.774	8.412.628	10.201.038	14.742.360	13.180.780

Índice de evolución 2004=100	2004 Año Base	2015-2004	2026-2004	2050-2004	2060-2004
<b>GD=&gt;65</b>	<b>100</b>	<b>115,2</b>	<b>139,7</b>	<b>201,9</b>	<b>180,5</b>
Pob.=>65 (1)	100	115,2	139,7	201,9	180,5

Fuente: Elaboración propia a partir de tablas Anexo II; [www.ine.es](http://www.ine.es) Proyecciones de la población española calculadas a partir del Censo 2001 (ESC2  
GD: Gasto en dependencia

(1) La población de 65 y más años de 2004 es la referida al Padrón (7.301.009 personas)

Según la estimación realizada el gasto en dependencia de las personas mayores aumentará un 81% entre 2004 y 2060 como consecuencia de la evolución demográfica (envejecimiento de la población). El crecimiento del gasto será progresivo hasta el año 2050, en el que el gasto total en dependencia se duplicará respecto al nivel del 2004, llegando a 5.344, 5 millones de euros de gasto estimado.

**TABLA 4.** INCIDENCIA DE LA EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA SOBRE EL GASTO EN DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES Y LA CARGA A FINANCIAR-SISTEMA ASISTENCIAL. 2004-2060

	2004 Año Base	2015	2026	2050	2060
<b>GD=&gt;65 (Millones €)</b>	2.646.819,29	3.049.812,13	3.698.160,61	5.344.516,41	4.778.400,14
Población 16-64 años Padrón	29.998.238				
Población 16-64 años Proyecc	28.607.138	29.738.907	29.226.317	23.231.646	22.559.532
<b>Carga a financiar/Pers. 16-64 años (Euros) (1)</b>	<b>88,23 €</b>	<b>102,55 €</b>	<b>126,54 €</b>	<b>230,05 €</b>	<b>211,81 €</b>
Factor de crecimiento 2004=1		1,16	1,43	2,61	2,40
Índice de evolución 2004=100		2015-2004	2026-2004	2050-2004	2060-2050
<b>Carga a financiar/persona 16-64</b>	<b>100</b>	<b>116,2</b>	<b>143,4</b>	<b>260,7</b>	<b>240,1</b>
Pob. 16-64 años (1)	100	99,1	97,4	77,4	75,2

Período	Índice de evolución. Año de referencia=100		
	Gasto en dependencia=>65	Pob.16-64 años	Carga a financiar por persona 16-64
2004-2060	180,5	75,2	240,1
2004-2015	115,2	99,1	116,2
2015-2026	121,3	98,3	123,4
2026-2050	144,5	79,5	181,8
2050-2060	89,4	97,1	92,1

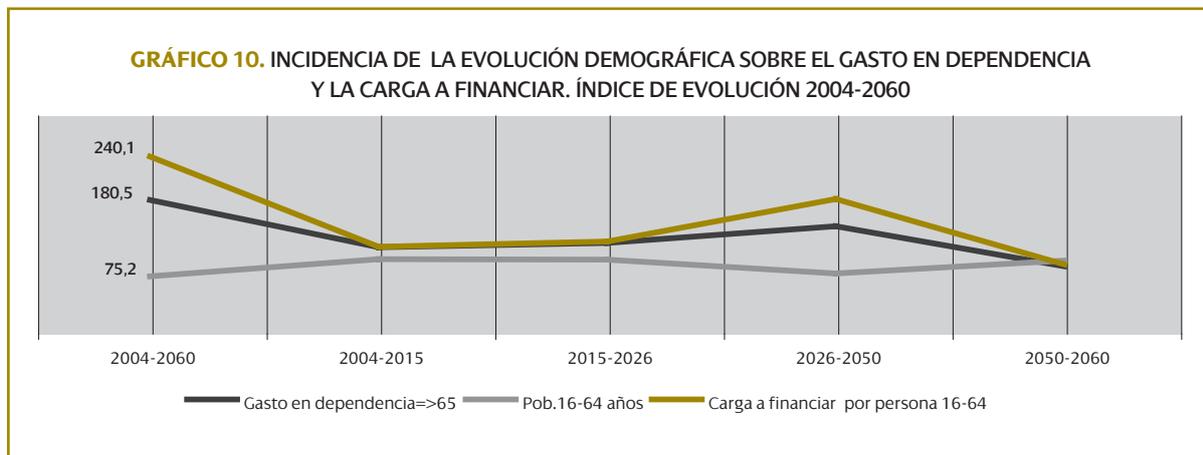
Fuente: Elaboración propia a partir de la tabla 3.

(1) La población entre 16-64 años de 2004 es la referida al Padrón (29.998.238 personas).

La evolución entre períodos (tabla 4 y gráfico 10) nos indica que el mayor crecimiento del gasto en dependencia se producirá en el subperíodo 2026-2050 donde aumentará un 44,5%. En este subperíodo se producirá el mayor crecimiento de la población de 65 y más años y de la población muy mayor (80 y más años) y, a su vez, la población potencialmente activa (16-64 años) registrará la mayor disminución (-21%).

A partir del año 2050 la población de 65 y más empieza a descender por lo que el gasto de los mayores en dependencia se reducirá en la misma proporción (-10,6%). La población de 16 a 64 años sigue disminuyendo durante los años 2050-2060 aunque a un ritmo menor (-2,9%).

La incidencia sobre la carga a financiar (tabla 4 y gráfico 10), que depende de cómo evolucione la población mayor y la población potencialmente activa, alcanzará su máximo entre el año 2026 y el 2050 por las razones que señalamos en el párrafo anterior, pasando de 126,54 euros a 230 euros a financiar por cada persona entre 16 y 64 años, lo que representa un crecimiento de la carga a financiar del 81,8%. A partir del 2050 la carga financiera se reducirá hasta alcanzar 211,81 euros por persona potencialmente activa en el año 2060. Este resultado es consecuencia de un menor gasto en dependencia debido a que la población mayor empieza a descender y a que la población entre 15 y 64 disminuirá a una menor tasa.



En los próximos once años (2004-2015) el gasto de los mayores en dependencia se estima que aumentará en un 15% debido a la evolución demográfica y casi en la misma cuantía se incrementará la carga a financiar (16%), puesto que la población entre 16-64 años apenas se reducirá. A partir del año 2015 y hasta el 2026 el gasto de los mayores en dependencia irá aumentando y la carga financiera derivada aumentará en mayor proporción, en tanto que la población entre 16 y 64 años (potencialmente activa) irá disminuyendo.

Para el conjunto del período, 2004-2060 se estima que el gasto de los mayores en dependencia aumente un 81%, como consecuencia, exclusivamente, del aumento de la población de 65 y más años. El incremento necesario de la carga a financiar por persona potencialmente activa será del 140%, muy superior al del gasto, debido a la disminución de la población entre 16 y 64 años entre 2004 y 2060 (gráfico 10).

### III.1.3. Crecimiento del gasto en dependencia debido a la ampliación de la tasa de cobertura

Otro de los factores explicativos del gasto en dependencia de los mayores es la tasa de cobertura que hemos definido como el resultado de dividir el número de usuarios de 65 y más años de los servicios sociales para dependientes entre la población dependiente de 65 y más años, que es la potencialmente beneficiaria de estos servicios sociales.

Uno de los aspectos fundamentales de la reforma del actual sistema de servicios sociales para personas mayores dependientes es la universalización del mismo, es decir, la supresión del requisito de prueba de ingresos para poder acceder a las prestaciones correspondientes. Esta medida supondrá un aumento de la tasa de cobertura, en tanto que podrán acceder al sistema personas que bajo el actual sistema quedan desprotegidas. Este colectivo está compuesto por aquellas personas mayores, declaradas dependientes, que quedan fuera del sistema por superar el techo máximo de ingresos establecido para poder disfrutar de las prestaciones.

La hipótesis que realizamos para medir la incidencia de la universalización del sistema sobre el gasto de los mayores en dependencia es que toda la población mayor dependiente a enero 2004 utiliza los servicios sociales disponibles, es decir se alcanza una tasa de cobertura del 100% (ver epígrafe II.2. *Estimación del gasto en servicios sociales para personas mayores dependientes. Análisis territorial Enero 2004*). Bajo esta hipótesis máxima, el gasto en servicios sociales para personas mayores dependientes aumentaría en 3,17 veces respecto del nivel de gasto estimado a enero 2004.

**TABLA 5. INCIDENCIA DE LA UNIVERSALIZACIÓN SOBRE EL GASTO EN DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES**

Enero 2004	Situación actual-Sta. Asistencial	Situación futura-Sta. Universal
Gasto total en dependencia	2.646.819,29 €	8.393.923,68 €
Cobertura/ Pob.dependiente=>65	31,53%	100%
Factor de crecimiento	3,17	

Fuente: Elaboración propia a partir de tablas Anexo II.

### III.1.3.1. Incidencia de la evolución demográfica sobre el número de personas mayores dependientes, gasto en dependencia y carga a financiar-Universalización del sistema.

En este epígrafe tratamos de medir la incidencia de la evolución demográfica sobre el gasto en dependencia de los mayores partiendo del supuesto de universalización del sistema en el año 2004, considerado año base.

Las hipótesis que realizamos son las mismas que en el apartado III.1.2.2. con las siguientes matizaciones:

- Consideramos que la universalización del sistema se aplica en el año base, de forma que el nivel de gasto inicial es 8.393,9 millones de euros a enero 2004.
- La población usuaria en el año base coincide con la población dependiente de 65 y más, estimada a enero 2004 (ver Anexo II). Consideramos que el porcentaje que representa el número de dependientes respecto de la población de 65 y más años a enero 2004 (24,7%) permanece constante.
- Proyectamos el número de personas dependientes de 65 y más años aplicando el porcentaje del 24,7% a las proyecciones de población del INE, para los años considerados (2015, 2026, 2050 y 2060), obteniendo la variación en el número de personas mayores dependientes, en función exclusivamente de la evolución demográfica.



**TABLA 6. INCIDENCIA DE LA EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA SOBRE EL GASTO EN DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES Y LA CARGA A FINANCIAR-SISTEMA UNIVERSAL. 2004-2060**

	2004 Asistencial	2004 Universal Año Base	2015	2026	2050	2060
Nº Dependientes.=>65 GD/pers.depen=>65 Nº Depen=>65/Pob.=>65(1)		1.802.204 4.657,59 € 24,7%	2.076.600 4.657,59 € 24,7%	2.518.056 4.657,59 € 24,7%	3.639.050 4.657,59 € 24,7%	3.253.585 4.657,59 € 24,7%
<b>GD=&gt;65 (Millones €)</b> Factor de crecimiento 2004=1	<b>2.646,8</b>	<b>8.393,9</b> 3,17	<b>9.671,9</b> 1,15	<b>11.728,1</b> 1,40	<b>16.949,2</b> 2,02	<b>15.153,8</b> 1,81
<b>Carga a financiar/Pers. 16-64 años (Euros) (2)</b> Factor de crecimiento 2004=1	<b>88,23 €</b>	<b>279,81 €</b>	<b>325,23 €</b> <b>1,16</b>	<b>401,28 €</b> <b>1,43</b>	<b>729,57 €</b> <b>2,61</b>	<b>671,73 €</b> <b>2,40</b>
Población =>65 años(1) Población 16-64 años(2)		7.301.009 29.998.238	8.412.628 29.738.907	10.201.038 29.226.317	14.742.360 23.231.646	13.180.780 22.559.532

Período	Índice de evolución. Año de referencia=100		
	Gasto en dependencia=>65	Pob.16-64 años	Carga a financiar por persona 16-64
2004-2060	180,5	75,2	240,1
2004-2015	115,2	99,1	116,2
2015-2026	121,3	98,3	123,4
2026-2050	144,5	79,5	181,8
2050-2060	89,4	97,1	92,1

Fuente: Elaboración propia a partir de tablas Anexo II; [www.ine.es](http://www.ine.es) Proyecciones de la población española calculadas a partir del Censo 2001 (ESC2).  
GD: Gasto en dependencia.

(1) La población =>65 años de 2004 es la referida al Padrón Municipal 01/01/04.

(2) La población entre 16-64 años de 2004 es la referida al Padrón Municipal 01/01/04.

Los resultados obtenidos en la variación en el nivel de gasto y en la carga a financiar son los mismos que bajo el supuesto de modelo asistencial, ya que lo que se está midiendo es la incidencia de la evolución demográfica. Entre el año 2004 y el 2060 el gasto en dependencia de las personas mayores casi se duplicará (incremento del 81%) como consecuencia de la evolución demográfica y la carga a financiar por persona potencialmente activa será un 140% mayor respecto del nivel de 2004.

Al considerar el efecto conjunto del crecimiento del número de dependientes derivado de la universalización del sistema (incremento de la tasa de cobertura) y del envejecimiento demográfico, la cuantía del gasto estimado en dependencia de mayores aumenta considerablemente. Así, en 2004, el importe de gasto conjunto estimado era de 2.646,8 millones de euros y pasaría a 9.671,9 millones de euros en 2015, es decir la cifra de gasto a enero 2004 se multiplicaría por 3,65 (3,17 por el aumento de la tasa de cobertura hasta el 100% de la población mayor dependiente estimada y 1,15 por el aumento de la población de 65 y más años), tal y como se aprecia en la tabla 7.

En el año 2060, según las estimaciones realizadas, la cuantía de gasto en dependencia de los mayores alcanzaría 15.153, 8 millones de euros, lo que supone que se habrá multiplicado por 5,73 veces respecto al nivel de 2004, como consecuencia del factor demográfico -1,81 factor exógeno- y del aumento de la tasa de cobertura derivado de la universalización del sistema -3,17 factor discrecional- (tablas 6 y 7).

**TABLA 7. INCIDENCIA CONJUNTA DE LA EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA Y UNIVERSALIZACIÓN DEL SISTEMA SOBRE EL GASTO EN DEPENDENCIA DE LOS MAYORES Y LA CARGA A FINANCIAR. 2004-2060**

	2004 Asistencial Año Base	2004 Universal	2015	2026	2050	2060
<b>GD=&gt;65 (Millones €)</b>	2.646,8	8.393,9	9.671,9	11.728,1	16.949,2	15.153,8
Factor de crecimiento 2004=1	1,00	3,17	3,65	4,43	6,40	5,73
<b>Carga a financiar/Pers. 16-64 años (Euros)</b>	88,23 €	279,81€	325,23€	401,28 €	729,57 €	671,73 €
Factor de crecimiento 2004=1	1,00	3,17	3,69	4,55	8,27	7,61

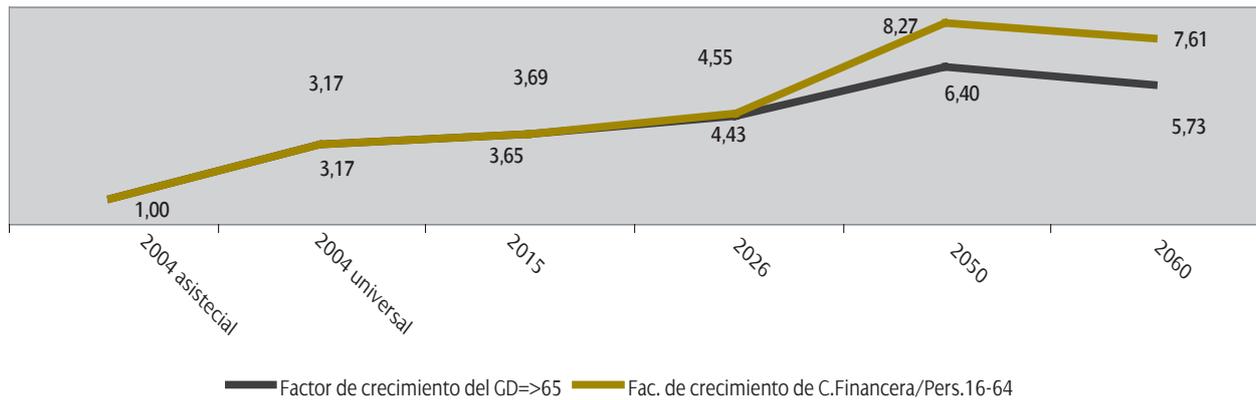
Fuente: Elaboración propia a partir de tablas anteriores.

Asimismo, el importe resultante de la carga a financiar por persona de 16-64 años es mucho mayor al considerar la incidencia conjunta de ambos factores. En el año 2015, la carga a financiar se estima en 325,23 euros anuales por persona potencialmente activa, una cuantía 3,69 veces superior al importe de 2004 -3,17 debido a la universalización y 1,16 debido a la evolución demográfica- (tabla 6 y 7).

En el año 2060 la carga a financiar se habrá multiplicado por 7,61 respecto del importe de 2004 como consecuencia del factor demográfico (2,40) y del aumento de la tasa de cobertura derivado de la universalización del sistema (3,17), situándose en 671,73 euros anuales, según las estimaciones realizadas (tabla 6 y 7).



**GRÁFICO 11. INCIDENCIA CONJUNTA DE LA EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA Y UNIVERSALIZACIÓN DEL SISTEMA SOBRE EL GASTO EN DEPENDENCIA DE LOS MAYORES Y LA CARGA A FINANCIAR. FACTOR CRECIMIENTO. 2004 ASISTENCIAL=AÑO BASE**



Como puede observarse en el gráfico 11, la carga a financiar por persona de 16-64 años aumenta por encima del crecimiento del gasto en dependencia a partir del año 2015, como consecuencia de la evolución demográfica prevista, ya que el mayor gasto en dependencia se financiará por un grupo de población (16-64 años) que va disminuyendo.

Entre 2004 y el año 2060, el gasto en dependencia de los mayores se estima que habrá aumentado 5,73 veces, debido al efecto conjunto del factor demográfico y la universalización del sistema. La carga a financiar por persona de 16-64 años resultante, será 7,61 veces mayor respecto del nivel de 2004.

### III.1.4. Crecimiento del gasto en dependencia debido al aumento de la prestación real media

La prestación real media, bajo el actual sistema de servicios sociales representa el conjunto de servicios sociales que, como media, recibe cada usuario de 65 y más años. Este concepto expresado en unidades monetarias (euros) es el gasto medio en dependencia o gasto por usuario<sup>9</sup>.

En tanto que la prestación es actualmente en especie, se presta directamente a través de servicios y no se otorga a través de ayuda monetaria o cheque-servicio, el aumento en la prestación real media indica una mejora en el contenido (cantidad-calidad) del servicio correspondiente.

<sup>9</sup> Véase el Anexo II Estimación del gasto en servicios sociales para personas mayores dependientes. Resultados por Comunidades Autónomas. Enero 2004, donde se explica la metodología aplicada para el cálculo del gasto.

La reforma del actual sistema de servicios sociales para personas dependientes se verá reflejada, indudablemente, en un aumento de la prestación real media motivada por la mejora de las actuales prestaciones (ya sea en prestaciones en especie o monetarias). La calidad, la profesionalización y el reconocimiento del cuidado informal serán tres aspectos fundamentales en la mejora de las prestaciones.

La oferta de prestaciones de alta calidad, como objetivo prioritario, exige una profunda reforma del actual contenido y alcance de las prestaciones. Por ejemplo es necesario incrementar el número medio de horas/usuario de atención de ayuda a domicilio con una mayor dedicación a cuidados personales y acompañamiento. Calidad implica aplicación de tecnología avanzada e inversión en investigación, aspectos que repercuten en un encarecimiento de las prestaciones.

Calidad también supone que los prestadores del servicio sean profesionales cualificados. La formación y reciclaje profesional es una de las carencias del actual sistema que deberá impulsarse y desarrollarse. La profesionalización del sector permitirá un mayor reconocimiento salarial y, por tanto, repercutirá sobre el coste laboral y sobre el precio final de las prestaciones.

Finalmente, el necesario desarrollo de prestaciones específicas para el cuidador informal (en especie y/o monetarias), redundará en una mayor prestación real media ya que, aunque el beneficiario de estas prestaciones sea el cuidador informal, se vinculan a la persona dependiente que es quien causa el derecho a percibir las.

Todos los aspectos referidos, entre otros, incidirán en un aumento del gasto en dependencia de las personas mayores en forma de una mayor prestación por dependiente (usuario)<sup>10</sup>.

A modo de síntesis de este epígrafe, podemos destacar los siguientes aspectos, en relación al aumento del gasto en dependencia durante el periodo considerado (2004-2060):

- El gasto en dependencia de las personas mayores se multiplicará por 1,81 debido a la evolución demográfica (factor de carácter automático)<sup>11</sup> y por 3,17 debido al aumento de la tasa de cobertura por universalización del sistema (factor de carácter discrecional).
- Ello implicará que el gasto en dependencia de las personas mayores se multiplicará por 5,7, pasando de poco más de 2.640 millones de euros en 2004 a más de 15.100 millones de euros en 2060, después de haber alcanzado su punto máximo en el año 2050 con casi 17.000 millones de euros.
- El incremento neto anual del gasto entre 2004 y 2060 asciende, por tanto, a 12.500 millones de euros, lo que representa el 1,6% del PIB español del año 2004<sup>12</sup>.
- Si sólo consideramos el impacto sobre el gasto derivado de universalizar el sistema actual, supondría elevar su importe en un año (2004) de poco más de 2.640 millones de euros a casi 8.400 millones de euros. Es decir, se triplicaría el gasto actual estimado y, con ello, el aumento neto del gasto en ese año ascendería a 5.800 millones (0,7% del PIB).
- Como consecuencia de todo ello, la carga financiera de la población potencialmente activa (personas entre 16-64 años) se multiplicaría por 7,5 para hacer frente a ese gasto, pasando de un nivel cercano a 88 euros a situarse en niveles de 672 euros.

<sup>10</sup> El aumento del gasto derivado de este factor (prestación real media), no se cuantifica puesto que la información cuantitativa para ello no está disponible.

<sup>11</sup> Tras haber alcanzado su máximo nivel de crecimiento en el año 2050, con 2,02.

<sup>12</sup> Tomando como el PIB corriente a precios de mercado igual al 744.754 millones de euros (avance del INE- Contabilidad Regional)



Si, de nuevo, aislamos el efecto que tendría sobre esta magnitud la universalización, nos encontramos con que la carga a financiar por cada individuo en el año 2004 ascendería a casi 280 euros, frente a los 88 euros que supone con el sistema asistencial actual. Es decir, cada ciudadano con edad de trabajar vería triplicada su carga financiera si en un solo año (2004) se decidiera implantar un sistema universal, manteniendo las prestaciones actuales.

- Junto a los dos factores de crecimiento del gasto comentados, envejecimiento de la población y aumento de la cobertura, existe un tercer factor que supone una importante expansión del gasto en dependencia. Este factor, de carácter discrecional, procede de lo que hemos denominado crecimiento derivado del aumento de la prestación real media. Este aumento viene dado por una mejora en las prestaciones (contenido, calidad...) y, sin duda, será el de mayor incidencia sobre el gasto. Sin embargo, su cuantificación no ha podido realizarse en este estudio por no estar disponible la información necesaria para ello.
- A la luz de estos resultados, resulta evidente que el crecimiento previsible del gasto en dependencia va a crecer y lo hará de forma muy significativa. Por ello, la sostenibilidad del modelo requerirá, en primer lugar, el establecimiento de un calendario de implementación gradual de las reformas, tanto de ampliación de la tasa de cobertura como en mejora de las prestaciones, y, en segundo lugar, que se diseñe un modelo de financiación mixto, público privado, que permita cubrir dichas necesidades, teniendo en cuenta su impacto sobre el conjunto de la economía (PIB, empleo, costes, inflación...).

## III.2. FACTORES EXPLICATIVOS DEL CRECIMIENTO DE LOS INGRESOS NECESARIOS PARA FINANCIAR LA DEPENDENCIA

A la hora de analizar los factores determinantes de los ingresos se pueden considerar dos perspectivas: primera, los factores que se encuentran tras el crecimiento de los recursos financieros; y, segunda, los efectos que la protección de la dependencia tiene sobre las finanzas públicas, tanto por el ahorro de prestaciones como por los retornos fiscales derivados de la mayor actividad económica generada y del incremento del empleo producido.

### III.2.1. Factores determinantes del crecimiento de los ingresos

Los ingresos necesarios para financiar el gasto en dependencia de las personas de 65 y más años en su nivel contributivo van a depender del pago obligatorio (impuesto o prima) que realicen las personas residentes con más de 25-30 años, sin límite de edad superior<sup>13</sup>. En consecuencia, el ritmo de crecimiento de los ingresos estará determinado por la tasa de crecimiento de la población comprendida en esas edades y por la cuantía fijada para la aportación individual<sup>14</sup>.

Uno de los elementos que inciden en el crecimiento de los ingresos es, por tanto, el **número de personas residentes obligadas a efectuar el pago anual**, cuya edad de entrada al sistema contributivo se establece en torno a los veinticinco-treinta años por las razones expuestas con anterioridad. Consecuentemente, la forma en que evolucione en el futuro ese estrato de población afectará a la recaudación potencial de los ingresos vinculados a la financiación de la dependencia.

Como ya se ha señalado en páginas anteriores, la evolución demográfica es un factor automático o exógeno, dado que sus cambios no dependen de medidas discrecionales adoptadas por los responsables políticos de las políticas de dependencia.

<sup>13</sup> Véase el apartado II.3. del presente estudio.

<sup>14</sup> Téngase en cuenta que si se produce una disminución de la actividad económica y del empleo aumentará el número de personas cubiertas por el sector público a nivel asistencial y, simultáneamente, disminuirán las aportaciones contributivas tanto de carácter obligatorio como voluntario.

Respecto del segundo componente, la cuantía unitaria del pago obligatorio (impuesto o prima) constituye el factor endógeno que se tendría que ajustar para garantizar la solvencia financiera del sistema nacional de dependencia.

El **importe anual del pago** tiene que determinarse teniendo en cuenta las necesidades financieras que se demandarán en los primeros años de implantación del sistema, fecha en la que se produciría el aumento del gasto de forma más intensa. Desde el punto de vista financiero es necesario tener en cuenta la existencia de un período transitorio, a lo largo del cual habrá personas que ya son dependientes o se encuentran próximas a la situación de dependencia y que no han aportado cantidad alguna o habiéndola aportado las cantidades sean insuficientes para generar el derecho a la cobertura universal, pero que tienen derecho a ella una vez establecido el sistema nacional de dependencia como un derecho objetivo y universal.

A fin de suavizar las tensiones financieras que, previsiblemente, se originarán durante la etapa de consolidación del modelo la fijación de la cuantía unitaria del pago debe realizarse mediante cálculos actuariales que tengan en cuenta no sólo las necesidades de financiación actuales sino también los riesgos a medio y largo plazo. Por otra parte, la cuantía del pago no puede ni debe ajustarse cada año en función de la previsión de gastos a realizar en el ejercicio, por lo que, una vez fijado el importe anual a pagar por cada residente, debería conservarse el mismo al objeto de reforzar la seguridad jurídica y la estabilidad del sistema. Esto es, se estima conveniente mantener la normativa fiscal reguladora de la financiación de la dependencia, de forma que la cuantía per cápita fijada para la aportación obligatoria permanezca invariable, sin perjuicio de una actualización periódica con arreglo algún indicador del coste de la vida.

Existe otro factor que tiene incidencia en la financiación: el número de personas que fallece sin ser dependientes, por cuanto que éstas aportan recursos pero no consumen gastos. En un sistema de reparto los ingresos del año actual financian los gastos de dicho año, dado que las fechas de fallecimiento y de dependencia de las personas son en cierta manera impredecibles, se tendría que dotar al sistema de un margen financiero de maniobra. En este sentido, se propone constituir un **fondo de reserva** al que se abonarían los excedentes que pudiera generar el pago obligatorio al afectarlo exclusivamente a la financiación de la dependencia. De esta forma, los costes financieros son soportados por el propio sistema mediante los ingresos satisfechos en el período y/o los fondos de reserva acumulados de períodos anteriores.

Como puede inferirse, la determinación de la cuantía anual que cada residente mayor de 25-30 años tiene que aportar para financiar la dependencia constituye una de las piezas angulares que determinan la viabilidad financiera del modelo de dependencia que se propone en este estudio.

### III.2.2. Efectos sobre las finanzas públicas: ahorro de prestaciones y retornos fiscales

La universalización de la cobertura de la dependencia permite al sector público recuperar flujos financieros a través de dos vías: el ahorro de prestaciones y el retorno en forma de mayores ingresos fiscales. Concretamente, el saldo de las finanzas públicas mejorará a causa de los siguientes factores:

1. El aumento de los ingresos por cotizaciones sociales al aumentar el número de cotizantes.
2. El ahorro de gastos públicos destinados al subsidio de desempleo y de gastos sanitarios por la utilización inadecuada de los servicios hospitalarios por parte de las personas dependientes.
3. El incremento de los ingresos impositivos derivados de la actividad económica generada.



La atención a la dependencia es una actividad intensiva en mano de obra y constituye una de los yacimientos de empleo más importantes en la actualidad. El **incremento del empleo** en este sector beneficia a colectivos con especiales dificultades de inserción laboral, como son las mujeres, los mayores de 45 años, los jóvenes en busca del primer empleo, los trabajadores con escasa cualificación profesional y los parados de larga duración.

Desde el punto de vista del empleo, y teniendo en cuenta que se trata de cuidados de larga duración, se pueden identificar tres tipos de efectos:

- Incremento del empleo por incorporaciones de nuevos trabajadores.
- Incremento del empleo por incorporación de cuidadores informales al mundo laboral.
- Incremento del empleo por afloración de empleos sumergidos o irregulares de cuidadores informales.

Según estimaciones recogidas en el capítulo X de El Libro Blanco en España la implantación del sistema nacional de dependencia generará un potencial de empleo cifrado en más de 560.000 puestos de trabajo a jornada completa entre el año 2005 y el 2010 para homologarnos a la media europea, de ellos 450.000 provendrían de generación de empleo (el 80%) y 110.000 de incorporación de cuidadores informales al mercado laboral (el 20% restante).

A continuación se recogen las estimaciones efectuadas en El Libro Blanco sobre los efectos que generará el establecimiento de un sistema nacional de dependencia. Estos datos han sido calculados bajo la hipótesis de cobertura de toda la población dependiente y no sólo para las personas de 65 años y más como se ha contemplado en el presente estudio. Por lo que la cuantía de los retornos fiscales hay que tomarla con cautela ya que resulta superior a la que se obtendría si los mismos se limitaran a los generados en la protección de la dependencia en la vejez.

La tabla 8 recoge el detalle de los cálculos efectuados por la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad:

**TABLA 8. POTENCIAL SOBRE EL EMPLEO DE LA COBERTURA DE LA DEPENDENCIA (2005-2010)**

	Número de empleos (jornada completa)
Generación de empleo neto directo	262.735
Generación de empleo inducido en construcción, adaptación y equipamientos	20.000
Generación de empleo indirecto (proveedores de centros y servicios)	40.000
Afloración de empleo sumergido	80.000
Generación de empleo en la atención de actividades básicas cotidianas	50.000
Incorporación de cuidadores familiares al mercado laboral	115.000
<b>TOTAL EMPLEOS</b>	<b>567.735</b>

Fuente: Libro Blanco sobre la Atención a las personas en situación de dependencia en España, IMSERSO, 2005.

Existen estimaciones alternativas del impacto sobre la actividad económica y el empleo derivado de la implantación del Sistema Nacional de Dependencia (SND), efectuadas por la Fundación de Estudios de Economía Aplicada<sup>15</sup> (FEDEA). Según éstas, durante el período 2005-2010 los gastos asociados al SND aumentarían el valor medio del PIB español en un 1,01%, generarían 190.158 nuevos empleos y reducirían la tasa de paro en 0,49 puntos. Estos cálculos son más moderados y acordes con la experiencia alemana, país donde se generaron alrededor de 250.000 empleos durante el período 1995-2004 como consecuencia de la introducción del seguro público de dependencia.

Por otra parte, la encuesta EDDDES-99 sitúa en 1.279.392 el número de cuidadores informales familiares, de los cuales aproximadamente la mitad dedica a estas tareas más de 40 horas semanales (el 42% de los encuestados) y lleva más de ocho años prestando los cuidados (46%). Además, se calcula que las mujeres dedicaron más de 9.075 millones de horas de trabajo no remunerado al cuidado de ancianos (alrededor de 4.300) y enfermos en el año 2001, lo que supone un promedio de al menos cinco horas diarias. A la vista de estos resultados puede afirmarse que el sector de atención a personas dependientes se caracteriza por una gran intensidad horaria y una dilatada duración temporal en la prestación de los servicios.

El aumento de los ingresos por **cotizaciones sociales** derivado de la generación de empleo por implementación de programas de atención a la dependencia de toda la población se estima en El Libro Blanco en 774,6 millones de euros en el año 2010, de los cuales alrededor del 82% provienen por generación directa de empleo (630,6 millones de euros), el 12% por generación de empleo indirecto (96,0 millones de euros) y el 6% restante (48,0 millones de euros) por generación de empleo inducida.

El envejecimiento de la población y la disminución del número de cuidadores informales por la incorporación de la mujer al mundo laboral aumentan la demanda de servicios requeridos para cubrir estas necesidades. Las empresas que operan en el sector de prestación de servicios de mayores tendrán que contratar más trabajadores para dar satisfacción al mayor volumen de actividad demandada. Estas nuevas contrataciones inciden sobre el desempleo, reduciéndolo, al disminuir el número de desempleados y, consecuentemente, ser menor el pago de subsidios vinculados a dicha situación.

En el Libro Blanco se fija el ahorro en **prestaciones en desempleo**, derivado de la implantación del sistema nacional de dependencia a toda la población, en 404,0 millones de euros, de los cuales el 90% procede de contrataciones de desempleados para llevar a cabo prestaciones directas de servicios residenciales o de atención a domicilio (362,6 millones de euros) y el 10% restante corresponden a contrataciones de trabajadores efectuadas por proveedores (27,6 millones de euros) o asociadas con la construcción, adaptación o equipamiento de nuevos recursos asistenciales (13,8 millones de euros).

Las posibilidades de estos retornos se ven limitadas por el hecho cuestionable de que existan en el mercado trabajadores lo suficientemente cualificados para atender las necesidades que requieren los dependientes, así como la idoneidad profesional de los parados ya que en su mayoría requieren formación ad hoc para desarrollar tareas asistenciales. De hecho, en numerosos países se detectaron este tipo de problemas, como es el caso de Francia, donde la insuficiente formación o formación deficiente ha llevado a las administraciones públicas a elaborar planes específicos de formación. Nuestro país no es ajeno a este problema como prueba la escasez detectada de profesionales, esto es, no hay suficientes trabajadores y buena parte de ellos no están adecuadamente formados.

Los retornos fiscales que generará la implantación del sistema de cobertura de la dependencia permitirían rebajar las tensiones financieras que se producirán en el período transitorio, a la vez que ayudarían a financiar el nivel de cobertura asistencial propuesto en el presente estudio.

---

<sup>15</sup> Simón Sosvilla, *Efectos del Sistema Nacional de Dependencia*, Cinco Días, 3 de agosto de 2005.



Como efectos directos cabe distinguir el efecto recuperación derivado de los impuestos vinculados con la actividad económica o satisfechos por personas físicas o jurídicas que intervienen en la prestación de los servicios.

En este sentido pueden identificarse **retornos fiscales** asociados a las siguientes figuras tributarias:

- El Impuesto sobre el Valor Añadido: recae sobre las entregas de bienes y prestaciones de servicios efectuadas por empresarios y profesionales asociadas con alguna actividad relacionada con los mayores dependientes (véase el apartado I.3.).
- Los tributos ligados a la producción: son exacciones coactivas exigidas por las administraciones públicas vinculadas directamente al ejercicio de actividades destinadas a mayores dependientes (Impuesto sobre Bienes Inmuebles pagado por los centros residenciales, Impuesto sobre Obras, Instalaciones y Construcciones en adaptaciones de inmuebles, Impuesto sobre Actividades Económicas....).
- El Impuesto sobre Sociedades: grava las rentas obtenidas por las personas jurídicas, estableciendo peculiaridades en función del sujeto pasivo y del tipo de actividad realizada. Así, por ejemplo, las entidades e instituciones sin ánimo de lucro y las entidades benéficas o de utilidad pública gozan de exención parcial en determinadas rentas vinculadas a su objeto social y el resto de los ingresos obtenidos tributa al tipo reducido del 10%.
- El Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas: el efecto retorno se produce al gravarse las retribuciones satisfechas a los trabajadores contratados para materializar las prestaciones asociadas a los mayores dependientes.

En el Libro Blanco se cuantifican la magnitud de los retornos fiscales del sistema nacional de dependencia para toda la población en 788,9 millones de euros para el año 2010, desglosados según el siguiente detalle:

**TABLA 9. ESTIMACIÓN DE LOS RETORNOS FISCALES ANUALES DERIVADOS DE LA DEPENDENCIA (AÑO 2010)**

	Actividad Directa	Actividad Inducida	Actividad Indirecta	TOTAL
Impuesto sobre el Valor Añadido	493,6	61,2	75,2	630,0
Impuesto sobre Sociedades	66,4	5,1	10,1	81,6
Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas	63,1	4,8	9,6	77,5
<b>TOTAL RETORNOS FISCALES</b>	<b>623,1</b>	<b>71,1</b>	<b>94,9</b>	<b>789,1</b>

Fuente: Libro Blanco sobre la Atención a las personas en situación de dependencia en España, IMSERSO, 2005.





## IV. Conclusiones

### IV.1. Delimitación conceptual de la dependencia y fundamentación como riesgo asegurable

1. La dependencia hace referencia a una situación de pérdida de autonomía funcional, cuyo origen se deriva de una enfermedad o accidente e implica una necesidad de ayuda personal, sistemática y prolongada, en la realización de las actividades de la vida diaria (instrumentales y básicas). La dependencia puede presentarse en cualquier momento del ciclo vital de una persona, sin embargo la probabilidad y prevalencia de la dependencia es mayor en edades avanzadas.
2. La situación de dependencia, aunque tiene su origen en un problema de salud y no está exclusivamente asociada a la vejez, es una contingencia que comporta riesgo social (que afecta o puede afectar a un gran número de personas) como consecuencia del aumento de la proporción de personas mayores y muy mayores. Junto a este factor demográfico (envejecimiento) hay que tener en cuenta el cambio que se ha producido en el papel de la familia como principal responsable del cuidado de los mayores.
3. En España 1,7 de cada 10 personas tienen 65 o más años (el 16,9% de la población total); de ellos, la población más anciana, de 80 y más años, supone algo más del 4% de la población total. Las comunidades autónomas que presentan una estructura de población más envejecida son Castilla y León, Asturias, Galicia y Aragón, con porcentajes de población de 65 y más años por encima del 20% de la población total.

Según las proyecciones de población realizadas por el INE, la población de 65 y más años aumentará su participación hasta alcanzar el 32% de la población total en el año 2060, y la de 80 y más años alcanzará el 14,4% de la misma. Según las proyecciones demográficas de Eurostat, en España la participación de la población de 65 y más años aumentará en 18,7 puntos en el período 2004-2050, frente a una media en la Unión Europea de 13,5 puntos. Asimismo la población comprendida entre 15-64 años reducirá su participación en 15,7 puntos en España mientras que en la Unión Europea lo hará en 10,5 puntos como media.

España, por tanto, envejecerá más que la media de la Unión Europea y su población potencialmente activa se reducirá más que la media de la Unión Europea. Ello se traducirá en aumento de la carga financiera por persona potencialmente activa por encima del crecimiento del gasto en atención a personas dependientes.

### IV.2. Situación actual del sistema público y privado de la protección de la dependencia en España

4. En nuestro país no hay una regulación específica de la dependencia a nivel estatal y se asume la misma fundamentalmente como un problema individual del dependiente y de sus familiares. No existe, por tanto, concienciación colectiva de los cambios socioeconómicos que transforman la dependencia en uno de los principales retos sociales del Siglo XXI.

La futura *Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes* ordenará la cobertura de la dependencia en España. Según el *Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España* (IMSERSO), el Sistema Nacional de Dependencia se regulará a través de una ley de bases de carácter estatal que garantice la igualdad en el acceso, que tendrá carácter público y universal en grados, con gestión descentralizada y financiación compartida por el Estado, las comunidades autónomas y los ayuntamientos, y con participación del usuario en el coste del servicio.

5. El actual sistema de cobertura en España presenta fuertes carencias en términos de equidad y eficiencia. Respecto de la equidad el acceso a la prestación no va unido a la capacidad de pago global del dependiente (en la mayor parte de las comunidades autónomas sólo se consideran los ingresos declarados a efectos del IRPF y únicamente alguna de ellas computa también el patrimonio), ni a la intensidad de la necesidad (grado de dependencia), ni al entorno socioeconómico (familiar y residencial). Y presenta problemas de eficiencia porque no existe adecuación entre la cantidad y la calidad de los servicios cubiertos y prestados; más del 80% de la ayuda a domicilio es realizada por cuidadores informales (familiares no profesionalizados) y la oferta de servicios es reducida.
6. El cuidado informal (no profesional) se presta a través de la familia, principal recurso de atención a los mayores dependientes. Aunque, de forma no generalizada todavía, el cuidado familiar se complementa o sustituye por cuidadores/as contratados/as no profesionales entre los que la población inmigrante cuenta con un importante peso. Los resultados de las encuestas utilizadas en esta investigación ofrecen el siguiente perfil del cuidador/a: mujer, de edad avanzada en el caso de la cuidadora familiar (40-59 años) y de edad media en el caso de la cuidadora contratada (30-49 años), que soporta una fuerte carga en su actividad, tanto en el número de horas que dedica (más de 40 horas semanales) como en el grado de incapacidad de la persona que atiende y con larga duración de la atención y cuidados prestados (entre 6 y 8 años).

Asimismo es importante destacar que la decisión de atender al mayor dependiente viene dada por cuestiones éticas en el caso de la cuidadora familiar (esposa o hija) y por la falta de oportunidad en otros empleos en el caso de la cuidadora contratada (inmigrante). Un hecho que se constata en todas las encuestas es que la mayoría de los encuestados manifiestan la importancia de recibir formación para cuidar adecuadamente a la persona mayor.

7. La aportación monetaria que representa el apoyo familiar en España, según la estimación realizada en esta investigación, oscila entre 13.000 y 28.000 euros anuales por cuidador/a familiar (enero 2004), según se apliquen o no reducciones como las previstas en el sistema alemán o luxemburgués. En el caso del cuidador/a contratado/a la aportación monetaria varía entre 18.000 y 29.000 euros anuales por cuidador/a, según la jornada laboral media declarada en las encuestas. Estas estimaciones se han realizado a partir del precio público medio a nivel nacional del Servicio Público de Ayuda Domicilio (referido a enero 2004) y del número de horas de atención dedicadas declaradas en las encuestas consultadas.
8. El aumento de la tasa de actividad femenina que se está produciendo, y que continuará en los próximos años, por la incorporación de la mujer al mundo laboral y su acceso a puestos de trabajo más cualificados y mejor remunerados, originará la disminución del número de cuidadoras informales (hijas, nueras y nietas), aumentando, consecuentemente, la demanda de servicios de ayuda a domicilio y residenciales.
9. La red de servicios sociales, públicos y privados, es la alternativa o el complemento al apoyo informal (no profesional). Actualmente resulta insuficiente tal y como se desprende de su baja tasa de penetración: sólo entre el 6,5% y el 7,3% de las personas mayores que precisan cuidados de larga duración, reciben apoyo de los servicios sociales.
10. En España la oferta de servicios sociales para personas mayores dependientes se concreta en las siguientes prestaciones: servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día para personas mayores dependientes, plazas para dependientes en centros residenciales y estancias temporales. Aunque estos servicios se ofertan tanto por el sector público como en el mercado, actualmente la cobertura es predominantemente pública en los servicios de ayuda a domicilio y teleasistencia y mayoritariamente privada en centros de día y residencias.
11. El modelo actual de servicios sociales públicos para mayores dependientes se caracteriza por: un alto nivel de descentralización (autonómica y local), un acceso condicionado a prueba de recursos (asistencial), un modelo de gestión mayorita-



riamente privada (sistema de concertación) y una financiación mixta (impuestos y aportación del usuario en función de los ingresos).

12. La realidad muestra una enorme disparidad entre comunidades autónomas a consecuencia del proceso descentralizador de competencias y del desarrollo diferenciado en cada ámbito geográfico, con diferencias territoriales importantes en contenido, cobertura y financiación, esto es, en cuanto a los riesgos cubiertos, los requisitos de acceso y el coste sufragado por los beneficiarios de cada prestación. Asimismo, se detectan duplicidades y disfunciones organizativas entre las administraciones regionales –que son las que fijan los requisitos necesarios para su utilización– y las administraciones locales –encargadas de la gestión de los recursos públicos–.
13. Estos desequilibrios se agudizarán en el futuro, puesto que hay regiones que por su estructura demográfica son contribuyentes netos de dependientes (Castilla-León y Asturias por ejemplo) y otras presentan una relación más ventajosa (Andalucía y Canarias).
14. A partir de los últimos datos publicados por el IMSERSO se pueden destacar los siguientes datos referidos a enero 2004: tres de cada cien personas de 65 y más años son usuarios del servicio público de ayuda a domicilio (SAD) y dos de cada cien lo son del servicio público de teleasistencia, con un número total de usuarios de 228.812 y 148.905 personas respectivamente. El número de plazas (públicas y privadas) disponibles para personas mayores dependientes asciende a 33.709 en centros de día y a 138.354 plazas para personas mayores dependientes en centros residenciales.

El precio establecido se sitúa como media en 172,6 euros mensuales para los servicios públicos de ayuda a domicilio y en 21,08 euros mensuales para los servicios de teleasistencia. El precio público medio (no se dispone de precios de mercado) de una plaza en centro de día se eleva a 540 euros mensuales y el precio concertado medio de una plaza residencial para dependiente está en torno a 1.300 euros mensuales. A nivel territorial existen diferencias muy importantes en los precios de los servicios sociales; así, por ejemplo, Canarias, País Vasco y Melilla tienen en algunos servicios precios muy por encima de la media nacional.

15. A nivel territorial la distribución en la utilización de los servicios es uniforme y pone de manifiesto el predominio de los servicios sociales comunitarios (SAD, teleasistencia y centro de día), que absorben el 75% del total de usuarios a nivel nacional. En cuanto a la cobertura, sin embargo, no existe una distribución uniforme: entre las comunidades autónomas con población más envejecida se encuentran algunas con niveles de cobertura altos, por encima de la media nacional (7,78%), como es el caso de Castilla y León, Castilla-La Mancha y Extremadura. Otras con población envejecida tienen niveles de cobertura que no llegan a la media nacional –Asturias y Galicia-. Finalmente, destacar que Madrid y Melilla, que presentan una estructura de población de las menos envejecidas, alcanzan niveles de cobertura muy por encima de la media nacional.

### IV.3. Análisis del tratamiento fiscal de la dependencia

16. El análisis del tratamiento fiscal de la dependencia en España exige abordar tres aspectos: los incentivos fiscales a los mayores dependientes, la tributación de los prestadores de servicios y la fiscalidad de las actividades sociosanitarias.
17. La legislación tributaria española actual no define ni se refiere de modo particular al término dependencia, por lo que no existen incentivos fiscales específicos para este colectivo.

Con respecto a las personas físicas, el ordenamiento fiscal español se centra en el concepto de minusvalía y, en determinados supuestos, hace referencia a la edad del contribuyente o beneficiario. En relación con las personas jurídicas que prestan

servicios sociales a este colectivo, se establece un tratamiento fiscal favorable para las entidades que no persigan como objeto social principal el ánimo de lucro. En la prestación de actividades sanitarias y de carácter social se pueden aplicar, bajo determinados supuestos, exenciones o tipos de gravamen reducidos.

18. Se aprecian diferencias territoriales significativas respecto de los incentivos fiscales introducidos por las comunidades autónomas en los impuestos estatales cuya recaudación se encuentra total o parcialmente cedida y, en particular, en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
19. Los incentivos fiscales establecidos en el IRPF vinculados con la dependencia de mayores comprenden reducciones sobre la base por circunstancias personales y familiares (edad, gastos de asistencia, discapacidad, gastos de asistencia a discapacitados y aportaciones a patrimonios protegidos de personas discapacitadas) y deducciones sobre la cuota (adquisición, adecuación o realización de obras en la vivienda habitual de minusválidos).

La mayoría de las comunidades autónomas ha establecido deducciones adicionales sobre la cuota atendiendo a varios criterios: por razón de edad (igual o superior a 65 años), por acogimiento de mayores, por discapacidad y por viudedad. Entre ellas las deducciones por minusvalía son las más importantes tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo.

Un caso particular lo constituye la comunidad de Navarra donde las cuotas sociales correspondientes a contratos formalizados con empleados del hogar se pueden reducir de la base imponible general del IRPF, siempre que el sujeto pasivo tenga 65 años o más, o bien posea una minusvalía igual o superior al 65%.

20. Las transmisiones mortis-causa efectuadas a favor de discapacitados gozan de una reducción adicional sobre la base imponible del Impuesto sobre Sucesiones, cuya cuantía asciende a 47.858,59 euros si el grado de minusvalía está comprendido entre el 33% y el 65% y a 150.253,03 si éste es superior al 65%.

Las cantidades anteriores han sido elevadas en nueve de las diecisiete comunidades autónomas. Destaca el caso de la comunidad de Aragón ya que en ella se produce, de hecho, la supresión del Impuesto sobre Sucesiones para este tipo de contribuyentes al elevarse la reducción al 100%.

21. Las aportaciones efectuadas a patrimonios protegidos de discapacitados están exentas del Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados.

Por otra parte, diversas comunidades autónomas han introducido tipos de gravamen reducidos en el caso de la adquisición de la vivienda habitual por parte de discapacitados. Mientras que el tipo general es del 7%, los tipos reducidos oscilan entre el 3,5% de Andalucía y el 6% de Canarias. Aunque Baleares no se aplican tipos reducidos, sí contempla una bonificación en la cuota del 57% siempre que el adquirente tenga una minusvalía igual o superior al 65%.

22. En el Impuesto sobre el Valor Añadido están exentos los servicios sociosanitarios de asistencia médica, quirúrgica o sanitaria, prestados materialmente a personas físicas, relativos al diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades. Asimismo, los servicios sociales gozan de exención limitada si son prestados por entidades de derecho público o establecimientos privados de carácter social y están orientados a la asistencia a la tercera edad, a la asistencia a personas con minusvalía y a la acción social comunitaria y familiar; la exención se extiende también a otros servicios accesorios tales como la alimentación, alojamiento y transporte, tanto con medios propios como ajenos.



Los servicios sociales no exentos tributan al tipo reducido del 7% e igualmente existen tipos reducidos del 4% y del 7% para determinadas entregas de bienes y prestaciones de servicios relacionadas con servicios sociosanitarios.

23. Una serie de impuestos contemplan exenciones vinculadas a bienes y servicios que son utilizados para solventar situaciones de discapacidad: Impuesto Especial sobre Determinados Medios de Transporte, Derechos de Importación, Impuesto sobre Vehículos de Tracción Mecánica e Impuesto sobre Instalaciones, Construcciones y Obras.
24. En otros impuestos las exenciones se conceden en virtud de la naturaleza del sujeto pasivo y de la finalidad específica que persigue la actividad desarrollada (fundaciones y asociaciones sin ánimo de lucro): Impuesto sobre Sociedades, Impuesto sobre Actividades Económicas, Impuesto sobre Bienes Inmuebles e Impuesto sobre el Incremento de los Terrenos de Naturaleza Urbana.

#### IV.4. Análisis internacional comparado de los modelos de protección de la dependencia

25. El análisis internacional de los distintos modelos de protección a la dependencia nos revela una amplia variedad de experiencias que se traducen en distintos niveles de gasto (comprendidos entre el 0,2% del PIB en Méjico y el 3% en Suecia), en diferente composición del mismo y en diversas formas de financiación.
26. A pesar de las distintas realidades y formas organizativas, se observa una tendencia a la convergencia en el nivel de gasto total en dependencia, ya que la mayor parte de los países se encuentra en un intervalo más estrecho (entre el 0,5% y el 1,6%). Nuestro país se sitúa en el tramo inferior (0,6%) con una participación cercana a la mitad de la media de la OCDE en el año 2000 (1,25%), según los últimos datos publicados por este organismo.
27. Aunque el nivel de envejecimiento de la población (especialmente la más anciana de 80 y más años) es un factor relevante del nivel de gasto en dependencia, existen otros determinantes cuyo peso es, si cabe, más significativo: a mayor amplitud y generosidad del sistema protector mayor será la cuantía del gasto. De hecho, la experiencia internacional muestra que países con un nivel de envejecimiento muy similar de su población presentan niveles de gasto en dependencia muy diferentes, así como una reducida correlación entre el nivel de gasto en dependencia y el nivel de envejecimiento de la población.
28. La tendencia actual, especialmente en Europa, se orienta a sistemas de protección universal (para toda la población). Aunque la frontera entre los sistemas asistenciales y universales pueda parecer clara, puede difuminarse si el copago por parte del dependiente es elevado.

El acceso al sistema y a los distintos niveles de dependencia-prestaciones se determina mediante una combinación de criterios estándar, uniformes y objetivos (a través de escalas concretas a nivel nacional) y de criterios individualizados que tengan en cuenta las circunstancias del individuo y sus deseos, así como las peculiaridades de su zona geográfica de residencia.

29. En cuanto a la distribución del coste de la dependencia entre la cartera de servicios, la mayor parte del mismo se destina a los ingresos en centros residenciales. Se observa una tendencia generalizada, especialmente en los sistemas de carácter universal, a estabilizar y reducir, en la medida de lo posible, los ingresos en centros residenciales. Las administraciones públicas tratan de favorecer la atención en domicilio con una doble finalidad: respetar los deseos del dependiente maximizando su independencia y reducir el uso de centros sanitarios y hospitalarios en cuidados de larga duración.

El porcentaje total de personas mayores atendidas tiende a situarse en niveles comprendidos dentro de un intervalo del 7% al 14%, con importantes oscilaciones entre países; en todo caso, se constata que el volumen de personas atendidas en su domicilio duplica a las personas atendidas en centros residenciales (el 8,6% frente al 4,5%).

30. Todos los países ofrecen prestaciones de ayuda a domicilio y residenciales, aunque existen amplias diferencias en la variedad de los servicios a domicilio ofrecidos en los diferentes países. Además, la persona dependiente suele recibir otro tipo de ayudas adicionales, tales como aparatos técnicos auxiliares, ayudas para la modificación del hogar e incentivos fiscales.

En la atención a domicilio se observa una tendencia creciente a la asignación de ayudas monetarias frente a las ayudas en especie, como un instrumento para maximizar la independencia y las posibilidades de elección del dependiente que actúa como “*consumidor activo*”. Sin embargo, las prestaciones en metálico requieren controles administrativos que garanticen que las mismas se destinan a la atención de las necesidades de los dependientes y no a otras finalidades.

Prácticamente en todos los sistemas analizados, tanto los servicios a domicilio como los residenciales están sometidos a copago del usuario y los recursos del usuario que se tienen en cuenta para establecer el copago pueden referirse, o bien a su riqueza en términos globales (renta y activos), o bien sólo uno de ellos (habitualmente la renta). A la hora de determinar la capacidad económica existen dos aspectos controvertidos: el tratamiento de la vivienda del dependiente y la unidad que se toma de referencia para contabilizar recursos (dependiente o dependiente y su familia).

31. A nivel internacional el tratamiento del cuidado informal puede sintetizarse en dos modelos diferentes: aquellos sistemas que lo incentivan, con mayor o menor intensidad, frente a los que no lo hacen. Entre los primeros, el incentivo más amplio consiste en el pago monetario al cuidador informal y en otros tipos de prestaciones (pensión, seguro de accidentes de trabajo, periodos de respiro, cursos de formación...) y, entre los más restringidos, se encuentran aquéllos que ofrecen un apoyo que se limita a cursos de formación, periodos de respiro o ventajas fiscales.
32. Los incentivos fiscales que recibe el dependiente consisten, en todos los países analizados, en declarar no sujetos a impuestos los beneficios/prestaciones que obtiene del sistema. En algunos casos se introducen otros incentivos adicionales, tales como la desgravación de los gastos de ayuda no cubiertos, la exoneración del pago de cuotas sociales por contratación de cuidadores o las deducciones fiscales por contratación de seguros privados de cobertura de la dependencia. Los incentivos fiscales a otros colectivos distintos al dependiente son menos frecuentes y más limitados.
33. En todos los países analizados se prestan servicios a través de un mercado competitivo con proveedores tanto públicos como privados (lucrativos o no lucrativos). El peso que representa en ese mercado cada colectivo (público/privado) es distinto, pero en los países con tradición de proveedores públicos (casi en exclusiva) se aprecia una evolución hacia prestaciones privadas que se encuentran en clara expansión, como es el caso de Finlandia.
34. La organización territorial y política de cada Estado y su tradición en sistemas descentralizados (reparto de competencias entre los distintos niveles de gobierno) determina el papel que desarrolla cada nivel de gobierno dentro del sistema de dependencia. Si bien, el gobierno central suele ser el responsable de establecer el marco legal básico del sistema nacional de protección a la dependencia, los niveles regionales/locales se encargan de la gestión del sistema (reconocimiento de la dependencia y su nivel, gestión de prestaciones,...).
35. En todos los países, la cobertura de la dependencia se financia con una combinación de ingresos públicos (impuestos/cotizaciones) y privados (ahorro/seguros), puesto que los elevados costes del sistema no pueden ser asumidos en exclusiva con recursos públicos o privados. Aunque sí existe un claro predominio de la financiación pública, que representa como media el 80% del gasto total en dependencia.



En los países nórdicos (Suecia y Noruega) existen fuertes sistemas públicos de protección a la dependencia, mientras que en otros como Estados Unidos o Reino Unido la protección pública a la dependencia tiene carácter asistencial. A este respecto, destaca la escasa proporción que representa el gasto público en España, que se sitúa en el nivel más bajo, de forma que la financiación pública apenas cubre el 26% del gasto total en dependencia en la OCDE.

36. La financiación pública del sistema de cuidados de larga duración se nutre tanto de impuestos como de cotizaciones sociales.

Dentro de los sistemas que optan por financiarse fundamentalmente con cargo a contribuciones sociales, merece la pena destacar que ninguno de ellos hace recaer toda la carga sobre los trabajadores y los empresarios, sino que se intenta que todos los grupos de población aporten ingresos al sistema para hacer sostenible el sistema. Así, la población mayor, incluidos los pensionistas, contribuye con el pago de la prima correspondiente y también realiza el correspondiente copago.

37. En todos los países que han adoptado un sistema de protección universal, no sometido a prueba de recursos, se observa cómo el principal impulso de crecimiento del gasto en dependencia se produce durante los primeros años del establecimiento de dichos programas. La evolución de los ingresos en estos sistemas (fundamentalmente cotizaciones sociales e impuestos) no siempre ha crecido al mismo ritmo que el gasto, lo que ha dado lugar a déficits crecientes y preocupantes del sistema. Alemania y Francia son dos casos paradigmáticos de esta situación.

38. La sostenibilidad financiera de los distintos sistemas analizados constituye una de las preocupaciones básicas de los responsables políticos y, en la actualidad, es fuente de controversia y debate de cara a su posible reforma. Prácticamente todos los países se enfrentan a la necesidad de resolver el problema de cómo atender unos costes crecientes con unos ingresos que no han seguido el mismo ritmo de aumento.

39. Junto con la financiación pública, la dependencia también se nutre de ingresos privados, ya sea a través de ahorros privados (rentas y activos mobiliarios e inmobiliarios, incluyendo la vivienda del dependiente) como de seguros privados de cobertura de la dependencia.

Los ahorros privados pueden constituir un importante complemento a la financiación de los servicios de dependencia, si existe una adecuada conversión líquida de los activos inmobiliarios, impulsada por la adopción de las medidas oportunas para favorecer el desarrollo de este instrumento en los mercados financieros y de seguros.

40. Las tendencias actuales se orientan a mejorar el funcionamiento del mercado de los seguros privados y a incentivar su contratación. En concreto, en Estados Unidos, se opta por estandarizar las pólizas para que sean fácilmente comparables por los ciudadanos, por favorecer la contratación de grandes colectivos o por contemplar el seguro privado como suplemento de la cobertura pública.

Sin duda, el seguro privado podría jugar un importante papel complementario al sector público, tanto en la financiación vía copago que debe realizar el dependiente (también en los sistemas universales al tratarse de un riesgo más fácil de calcular y cubrir que el de la dependencia en general), como en la provisión al prestar servicios adicionales no atendidos por el sistema público e, incluso, al cubrir la dependencia en una primera etapa.

41. La constitución de un fondo específico con los fondos públicos recaudados para atender la dependencia se ha desarrollado en países como Alemania o Francia. Mientras que en otros países los ingresos obtenidos se integran con el resto de recursos públicos dentro de los presupuestos, esto es, no existe afectación de la recaudación a la necesidad a cubrir.

42. La diferente evolución experimentada entre los ingresos y los gastos derivados del sistema, tanto en los sistemas de carácter universal como en los asistenciales, ha dado lugar al diseño de estrategias y reformas que se han dirigido simultáneamente a aumentar los ingresos y a contener, limitar o reducir los gastos.
43. Dentro de las tendencias recientes de contención del gasto público se pueden mencionar las siguientes:
- Limitar y dirigir los servicios del sistema a aquellos dependientes que presentan mayores necesidades de atención (niveles de dependencia más elevada), dejando fuera la cobertura de la dependencia moderada.
  - Establecer nuevos límites a los criterios de elegibilidad en los sistemas asistenciales.
  - Priorizar la atención a domicilio y los pagos directos frente al ingreso en centros residenciales. Para alcanzar este objetivo el cuidado a domicilio y/o informal debe estar bien organizado y resuelto.
  - Implantar políticas de prevención.
  - Aumentar la participación del dependiente en la financiación de los costes, mediante reformas del sistema de copago.
44. Entre las reformas encaminadas a aumentar los ingresos del sistema se encuentran las siguientes:
- Aumento de las contribuciones al sistema (vía incremento de las primas o ampliación del intervalo de población que debe contribuir al sistema).
  - Introducción de nuevas fuentes de ingresos (Día de la Solidaridad, impuestos indirectos...).
  - Fomento del aseguramiento privado e introducción progresiva de primas de riesgo.

#### IV.5. Estimación de la población dependiente de 65 y más años y del gasto en dependencia en España. Análisis territorial

45. A partir de los últimos datos publicados por el IMSERSO y de la metodología expuesta, se estima que el gasto en servicios sociales para personas mayores dependientes en España, con el sistema vigente, ascendía a 2.646, 8 millones de euros a enero 2004. En términos del PIB representa el 0,36%, lo que equivale a un gasto por usuario de 65 y más años de 4.789 euros anuales.
46. El análisis territorial del gasto que se ha realizado en esta investigación persigue tres objetivos: 1) cuantificar el volumen de gasto de cada región, 2) determinar si las regiones más envejecidas son las que incurren en un mayor gasto (gasto por usuario de 65 y más años y población de 65 y más años) y 3) comprobar si existe alguna relación entre riqueza (medida a través del PIB por habitante) y recursos dedicados a los servicios sociales de atención a mayores dependientes (esfuerzo medido como gasto/PIB).
47. Castilla y León, que es la comunidad más envejecida, es la que realiza un mayor esfuerzo en servicios sociales (gasto/PIB) con un gasto a enero 2004 del 0,77% del PIB regional. Asimismo, se encuentra entre aquellas comunidades autónomas en las que el gasto por usuario de 65 y más años supera la media nacional (5.700 euros/año/usuario). Otras regiones muy envejecidas, como es el caso de Asturias, Castilla-La Mancha y Extremadura, presentan un gasto por usuario de 65 y más años



muy inferior a la media nacional (menos de 3.000 euros/año/usuario). Las comunidades autónomas con mayor gasto por usuario son Cataluña, Canarias y País Vasco (con valores superiores a 7.000 euros por año y usuario). Aunque Canarias es una de las regiones menos envejecida, su elevado gasto se explica por los precios de algunos servicios que superan ampliamente el precio medio nacional.

48. Respecto del segundo indicador (esfuerzo y riqueza), los resultados obtenidos nos indican que las comunidades que realizan un mayor esfuerzo, con un gasto comprendido entre el 0,4% y el 0,7% del PIB (Castilla y León, Cataluña, Extremadura y Castilla-La Mancha), no son generalmente las que tienen un mayor PIB por habitante pero sí son comunidades con una estructura de población envejecida o muy envejecida, excepto en el caso de Cataluña.
49. Según la estimación realizada en esta investigación, en España casi la cuarta parte de la población de 65 y más años (24,68%) presentaba algún grado de dependencia a enero de 2004, lo que supone en términos absolutos 1.802.204 personas de 65 y más años. Esta cifra, estimada a partir de la EDDES-99 y los datos sobre servicios sociales para personas mayores en España a enero 2004, incluye tanto las personas mayores que residen en viviendas familiares como las personas mayores que viven en residencias.

A nivel territorial las comunidades que tienen unas tasas más altas de mayores dependientes son Murcia y Andalucía, con porcentajes estimados por encima del 30%. Estas dos regiones no se encuentran precisamente entre las más envejecidas, y lo mismo ocurre con Ceuta y Melilla. Sin embargo, comunidades que poseen una estructura de población de las más envejecidas, como Asturias o Aragón, tienen una proporción de población mayor dependiente más baja, en torno al 20% según la estimación realizada.

50. La cobertura del actual sistema de servicios sociales para el colectivo analizado alcanza el 31,53% de la población mayor dependiente estimada a enero 2004.

Bajo el supuesto de universalización de la protección de toda la población de 65 y más años que hemos estimado como dependiente, el gasto ascendería a 8.393,3 millones de euros a enero 2004, es decir, aumentaría en algo más de 5.700 millones de euros. En términos de PIB la universalización de la cobertura supondría un incremento de 0,77 puntos, situándose el gasto en dependencia en el 1,13% del PIB, lo que equivaldría como media a triplicar el gasto de las comunidades autónomas.

Las comunidades autónomas en las que cabe esperar un mayor factor de crecimiento (igual o superior a 6) son las que con el sistema actual tiene un nivel de gasto bajo y un porcentaje alto de población mayor dependiente estimada (Murcia, Galicia, Cantabria y Ceuta). Por otra parte, Galicia es la región que deberá hacer un mayor esfuerzo al tener que incrementar 1,79 puntos la participación del gasto en dependencia en el PIB, muy por encima de la media nacional (0,77 puntos).

51. La universalización del sistema de atención a la dependencia supondría un gasto estimado entre el 0,68% y 1,89% del PIB, según distintos estudios consultados.

Atendiendo a la distribución de la cartera de servicios, los estudios consultados coinciden en asignar los servicios básicamente comunitarios al nivel bajo de dependencia, una combinación de recursos comunitarios y residencial al nivel medio de dependencia y una mayor utilización del recurso residencial al nivel más severo de dependencia.

## IV.8. Viabilidad del modelo propuesto: factores determinantes del gasto y de los ingresos

52. Cualquier propuesta de reforma que se plantee en el actual sistema de atención a personas mayores dependientes debe condicionarse al análisis cuantitativo de los escenarios de viabilidad. Esto requiere el estudio de la evolución prevista en los gastos vinculados a las prestaciones de servicios y en los ingresos necesarios para financiar los mismos.
53. La evolución del gasto está condicionada por los cambios que puedan producirse en el tamaño y estructura de la población (factor demográfico) y por las medidas discrecionales relativas a la variación en el número de personas mayores dependientes que pueden acceder al sistema (cobertura), así como aquellas que afecten a la oferta y calidad de los servicios (prestación real media).
54. La incidencia de la evolución demográfica se cuantifica a partir de las proyecciones de la población española elaboradas por el INE hasta el 2060. El factor de crecimiento del gasto obtenido es de 1,81 entre el año 2004 (año base) y el 2060. Si para el mismo período se considera la incidencia de universalizar el sistema, ampliando la cobertura a toda la población mayor dependiente estimada, el factor de crecimiento del gasto obtenido es de 3,17. La incidencia conjunta supondría, por tanto, un aumento del gasto de 5,7 veces, pasando de 2.646 millones de euros en 2004 a más de 15.000 millones de euros en el año 2060. El incremento neto anual del gasto entre 2004 y 2060 sería de 12.400 millones de euros, lo que en términos del PIB se traduciría en un aumento de 1,64 puntos, al pasar de representar el 0,36%, bajo el actual sistema, a representar el 2% del PIB.

Este aumento del gasto supondría una mayor carga financiera para la población potencialmente activa (16-64 años). Para el año 2004 y con el sistema actual (asistencial) se ha estimado la carga a financiar en 88 euros anuales por persona entre 16 y 64 años. Si se considera la incidencia del envejecimiento y la universalización conjuntamente, la carga a financiar se multiplicaría por 7,6 (2,40 derivado del envejecimiento y 3,17 derivado de la universalización), situándose en 672 euros anuales por persona entre 16 y 64 años en el año 2060.

Junto a los factores ya comentados ha de tenerse en cuenta el incremento adicional de gasto originado por un aumento en la prestación real media, concepto que incluye la mayor oferta de servicios, la mejora de la calidad o los avances tecnológicos. La cuantificación de este factor no se puede realizar por no disponer de la información necesaria, aunque sin duda alguna su incidencia será muy significativa por cuanto la mejora de las prestaciones constituye uno de los pilares básicos de la reforma del sistema de atención a personas dependientes.

55. En el modelo de protección propuesto en esta investigación, los ingresos necesarios para financiar el gasto en dependencia de las personas de 65 y más años en su nivel contributivo van a depender del pago obligatorio (impuesto o prima) que realicen las personas residentes con más de 25-30 años.

En consecuencia, el ritmo de incremento de los ingresos estará determinado por la tasa de crecimiento de la población comprendida en esas edades y por la cuantía fijada para la aportación individual. Dado que la evolución demográfica es un factor automático o exógeno –por cuanto que no depende fundamentalmente de medidas discrecionales adoptadas por los responsables políticos–, la cuantía del pago obligatorio constituye el factor endógeno que se tendrá que ajustar para garantizar la viabilidad financiera del sistema nacional de dependencia.

56. La universalización de la cobertura de la dependencia mejorará el saldo de las finanzas públicas, tanto por un aumento de los ingresos fiscales vía retornos como por un menor gasto derivado del ahorro de otras prestaciones.



Concretamente, la generalización del sistema nacional de dependencia generará nueva actividad económica y demandará un mayor volumen de trabajadores a fin de poder atender adecuadamente las necesidades de los mayores dependientes. Como consecuencia de ello, aumentarán los ingresos impositivos derivados de la actividad económica generada y la recaudación de las cotizaciones sociales al incrementarse el número de trabajadores. Además, se originará un ahorro en los gastos públicos destinados a sufragar el subsidio de desempleo y de los gastos sanitarios originados por la utilización inadecuada que se produce actualmente de los servicios hospitalarios por parte de las personas dependientes.

57. Los servicios de atención a personas dependientes se caracterizan por una gran intensidad horaria y por ser cuidados de larga duración, por lo que previsiblemente el empleo se incrementará por la incorporación de nuevos trabajadores y de cuidadores informales al mundo laboral y por la afloración de empleos actualmente sumergidos.

Según estimaciones recogidas en el Libro Blanco la implantación del sistema nacional de dependencia para toda la población generará un potencial de empleo cifrado en más de 560.000 empleos hasta el año 2010. Otros estudios rebajan considerablemente esta cifra; la Fundación de Estudios de Economía Aplicada estima en 190.158 los nuevos puestos de trabajo que se crearán, cifra que parece más moderada y acorde con la experiencia alemana, país donde se generaron alrededor de 250.000 empleos durante el período 1995-2004 como consecuencia de la introducción del seguro público de dependencia.

58. El aumento de los ingresos por cotizaciones sociales derivado de la generación de empleo por implementación de programas de atención a la dependencia para toda la población se estima en El Libro Blanco en 774,6 millones de euros en el año 2010, de los cuales alrededor del 82% provienen de la generación directa de empleo (630,6 millones de euros), el 12% de la generación de empleo indirecto (96,0 millones de euros) y el 6% restante (48,0 millones de euros) de la generación de empleo inducida.
59. El desempleo disminuirá por las nuevas contrataciones necesarias para afrontar el aumento de la demanda de servicios requeridos para cubrir las necesidades de la población dependiente, por lo que se reducirá el pago de subsidios vinculados a dicha situación.

En el Libro Blanco se fija el ahorro en prestaciones en desempleo en 404,0 millones de euros, de los cuales el 90% procede de contrataciones de desempleados para llevar a cabo prestaciones directas de servicios residenciales o de atención a domicilio (362,6 millones de euros), y el 10% restante corresponden a contrataciones de trabajadores efectuadas por proveedores (27,6 millones de euros) o asociadas con la construcción, adaptación o equipamiento de nuevos recursos asistenciales (13,8 millones de euros).

60. La implantación del sistema de cobertura de la dependencia generará, así mismo, un flujo mayor de impuestos. Estos ingresos permitirán rebajar las tensiones financieras que se producirán en el período transitorio, a la vez que ayudarán a financiar el nivel de cobertura asistencial.

A este respecto cabe destacar los retornos fiscales derivados de los impuestos vinculados con la actividad económica (Impuesto sobre el Valor Añadido e Impuestos ligados a la producción) y los satisfechos por personas físicas o jurídicas que intervienen en la prestación de los servicios (Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas e Impuesto sobre Sociedades). Según el Libro Blanco la cuantía de los mismos, derivada de la implantación del sistema nacional de dependencia para toda la población, ascenderá a 788,9 millones de euros en el año 2010.





## V. Recomendaciones, basadas en la propuesta del modelo mixto de protección social de la Dependencia en España y la necesidad de un marco fiscal incentivador

1. El sistema de protección social de la dependencia ha de concebirse como un modelo de cobertura universal, articulado como un derecho de los ciudadanos. Por cobertura universal ha de entenderse el acceso de toda la población mayor dependiente a los servicios sociales establecidos para este colectivo, esto es, se trata de un modelo de acceso universal y uniforme en sus prestaciones básicas, respetando las competencias de cada comunidad autónoma para complementar la asistencia básica garantizada. Se configura, por tanto, como un modelo de mínimos, pero no implica un sistema asistencial uniforme en intensidad ni en calidad de los servicios en todo el territorio nacional.
2. El objetivo básico debe ser establecer una Ley de bases con una definición única y homogénea de dependencia que determine, entre otros aspectos, la delimitación de los niveles de dependencia, los requisitos de acceso, el catálogo básico de prestaciones y las fuentes de financiación; que incentive la presencia de proveedores y gestores que aseguren la calidad de los servicios prestados; que garantice la solvencia del sistema nacional de dependencia; y que regule el reparto de competencias entre las distintas administraciones públicas implicadas. Es decir, crear un marco normativo integrado, claro y transparente a nivel nacional.
3. El modelo de dependencia que se propone se asienta en una serie de principios que se pueden clasificar en fundamentales, sociales y económicos.

Los principios fundamentales constituyen los pilares sobre los que debe desarrollarse cualquier modelo de protección social de la dependencia. El principio de *universalidad* se traduce en el diseño de un modelo cuya cobertura se dirija a toda persona residente de 65 años o más, evaluada como dependiente en cualquiera de sus grados. El carácter básico del principio de *respeto de la dignidad* de la persona dependiente subyace como derecho fundamental en los sistemas democráticos y debe reforzarse al dirigirse a este colectivo.

La aplicación y cumplimiento de los principios fundamentales exige, a su vez, el desarrollo de una serie de principios sociales. Para que exista una *oferta adecuada de prestaciones* es imprescindible unos servicios suficientes y de calidad, con tecnología adecuada, y un sistema de evaluación y seguimiento altamente profesionalizado. La *libre elección* se alcanza mediante una participación informada tanto de la persona dependiente como de sus allegados. La universalidad en el *acceso de las prestaciones básicas* requiere asegurar en todo el territorio nacional la igualdad de servicios para los mismos niveles de dependencia.

La aplicación de los principios económicos de *eficacia y eficiencia* en el modelo de dependencia requieren la existencia de una oferta suficiente de calidad de servicios que sea capaz de cubrir las necesidades que aparezcan (eficacia) y que éstas se atiendan al menor coste posible (eficiencia), para lo cual es imprescindible el seguimiento y reevaluación de la persona dependiente. Por su parte, la equidad se alcanza con un modelo universal que garantice la igualdad en el acceso a las prestaciones a toda persona de 65 o más años, dependiente y con residencia en España. El principio de *neutralidad en la asignación* exige que los mecanismos de protección social sean imparciales respecto del sistema de producción elegido por los usuarios/beneficiarios, ya sea público o privado, en especie o monetario; de esta forma, se refuerza la competencia entre proveedores y gestores con el consiguiente reflejo en los precios, la intensidad y la calidad de los servicios prestados. El sistema de dependencia debe caracterizarse por la *flexibilidad*, de manera que sea capaz de dar una respuesta adecuada a las nuevas necesidades de protección que surjan, bien por la aparición de nuevos tipos de dependencia, por cambios en los esquemas sociofamiliares o por la implantación de innovaciones tecnológicas; y, por su parte, el sistema de financiación debe adaptarse a los condicionantes macroeconómicos existentes en cada ejercicio.

Uno de los grandes retos al que se enfrentan los países europeos es garantizar la *sostenibilidad financiera* del modelo de dependencia elegido, porque sin una financiación suficiente y sostenida las propuestas no conducen a nada. De ahí, que una actitud responsable exija adoptar decisiones realistas basadas en un presupuesto garantizado. Sin equilibrio financiero el modelo no sería viable y la cobertura de la dependencia supondría un importante lastre para el resto de las políticas públicas a financiar con el presupuesto público. A este respecto, debe tenerse en cuenta de manera prioritaria la competencia en la demanda de recursos públicos que se produce entre las políticas de gasto sanitario y de pensiones.

En nuestra opinión la *corresponsabilidad en la financiación* de las prestaciones debe ser el principio a aplicar: la participación del sector público (Estado y administraciones territoriales) es condición necesaria pero no suficiente, por lo que es imprescindible una participación privada del usuario de las prestaciones, ya sea a través de sus ahorros acumulados o mediante la contratación de un seguro privado.

4. Los elementos básicos que definen el modelo propuesto en la presente investigación se sintetizan en los siguientes puntos:

a) *Cobertura*. Se propone un modelo de acceso universal para la población dependiente de 65 años y más residente en territorio español, exigiendo un período previo mínimo de residencia que, en ningún caso, será inferior a cinco años.

b) *Criterios de elección y niveles de dependencia*. Se aplicaría un modelo mixto que consiste en establecer unos niveles de dependencia básicos a nivel nacional, que permitan a cada comunidad autónoma establecer una valoración individual de cada caso, en función de las circunstancias personales del dependiente y de las peculiaridades geográficas de su zona de residencia.

Hasta que el sistema de dependencia no alcance su madurez, o al menos un cierto grado de desarrollo y estabilidad, convendría limitar la cobertura a aquellos niveles de dependencia que requieran una mayor intensidad de cuidados, posponiendo la cobertura de la dependencia leve y moderada.

c) *Prestaciones*. Las prestaciones al dependiente serían de tres tipos: a domicilio (monetaria y/o en especie), residencial (en especie) y otras ayudas tales como subvenciones para la adecuación de la vivienda o ayudas para la adquisición de aparatos técnicos auxiliares. Dentro de las prestaciones a domicilio monetarias se opta por el cheque asistencial con carácter finalista, es decir, una subvención individual y personalizada directa que debe destinarse a cubrir el servicio de ayuda contratado o al pago del cuidador informal. No es aconsejable la entrega de una cantidad en metálico o efectiva puesto que, como refleja la experiencia internacional, se requieren controles administrativos cada vez más frecuentes a fin de garantizar que el dinero se destina a cubrir la atención de la persona dependiente. Además el cheque servicio permite la libertad de elección del dependiente al mismo tiempo que fomenta la competencia. Sobre la base de estas reflexiones, las ayudas monetarias al cuidado informal deberían tener un carácter restringido y complementario.

Las prestaciones dirigidas al cuidador informal deben estar orientadas al reconocimiento y valoración social de su trabajo y admiten, también, las dos modalidades anteriores -en especie o monetarias-. Las prestaciones en especie se concretarían en la oferta de cursos de formación e información, de asistencia telefónica y en un mayor desarrollo de los programas de respiro. Las prestaciones monetarias consistirían básicamente en una subvención monetaria a través del cheque-asistencial cuando el usuario opte por esta alternativa (principio de libre elección). En este caso, la cantidad que recibe el cuidador informal debe ser menor (no superior al 50%) que si se contrata un servicio profesional por dos razones: por una parte, el cuidador informal no es un profesional cualificado y, por otra, el pago de una cantidad al cuidador informal tiene por objeto el reconocimiento de su labor, pero ello no debe desincentivar la contratación de servicios profesionales.

El tipo, cuantía y duración de las prestaciones ha de determinarse por un equipo interdisciplinar en el que participen profesionales cualificados y los agentes implicados. La cuantía y duración de las prestaciones debe revisarse en función de los resultados de las revaluaciones periódicas, del seguimiento del estado físico-psíquico y de las condiciones socio-económicas de vida de la persona dependiente.



d) *Financiación*. La propuesta de financiación de las prestaciones de dependencia que se realiza en esta investigación se basa en las siguientes premisas y recomendaciones:

- 1) La utilización de financiación pública para cubrir las prestaciones de dependencia tiene límites que vienen definidos por las prioridades presupuestarias en materia de políticas públicas y por el compromiso de equilibrio financiero establecido en la Unión Económica y Monetaria.
- 2) La experiencia internacional avala la utilización de múltiples fuentes de financiación de la dependencia, tanto de carácter público como privado.
- 3) La financiación de la dependencia implica necesariamente un aumento de los recursos públicos. Cualquier propuesta de financiación que se base exclusivamente en la reasignación de los impuestos generales y/o utilización de cotizaciones sociales, e incluso afectación de algunos impuestos, no es realista ni viable.
- 4) Un incremento de la imposición directa queda descartado por sus efectos negativos sobre el trabajo y el capital, así como por las reformas fiscales recientes adoptadas en los países europeos dirigidas a reducir la imposición sobre la renta y el capital.
- 5) Para reconocer la corresponsabilidad fiscal de las comunidades autónomas en la financiación de un servicio cuya competencia está transferida, como es el caso de la dependencia, se podría aumentar el tipo de gravamen de algunos impuestos especiales. Estos ingresos constituirían, en todo caso, recursos complementarios.
- 6) La financiación a través de un incremento de las cotizaciones sociales no constituye un instrumento adecuado por sus efectos negativos sobre el empleo y la competitividad de la economía española. Asimismo, al plantearse la protección de la dependencia como un derecho universal no debe ni puede financiarse con cargo a cotizaciones sociales, tal y como se establece en el Pacto de Toledo. Finalmente, la dependencia en la vejez, ligada al deterioro de las condiciones físico-psíquicas de los individuos, nada tiene que ver con la existencia de una relación laboral previa.
- 7) Aunque cabría plantearse una redistribución de las cuotas sociales entre las distintas contingencias, de forma que se crease una nueva afectada a la dependencia a costa de disminuir el peso específico de otra(s) ya existente(s), esta vía de financiación tiene poco margen dadas las previsiones de inviabilidad financiera del sistema de pensiones actualmente vigente.
- 8) Para financiar la dependencia se podría introducir un impuesto per cápita (de cuantía fija), de carácter estatal pero cuya gestión y recaudación se cedería a las comunidades autónomas. Este impuesto sería obligatorio para todo residente en territorio español con edad superior a los 25-30 años, sin admitir exenciones ni desgravaciones.
- 9) Si se opta por la financiación privada, vía contribuciones directas de los individuos, ésta debe ser obligatoria, con el fin de socializar y redistribuir riesgos individuales, y debe establecerse una prima única de cuantía fija para todos los ciudadanos, recomendando una edad de entrada en el seguro en torno a los 25-30 años para garantizar la equidad intrageneracional (sistema de reparto) y la intergeneracional (modelo de ciclo vital) con una prima anual razonable.
- 10) En caso de fallecimiento sin haber alcanzado la situación de dependencia los herederos no percibirán cantidad alguna, esto es, no recuperarán las cantidades aportadas, puesto que el sistema está basado en dos principios fundamentales: solidaridad y reparto.

A continuación se describe el sistema de financiación que se ha propuesto y recogido en la siguiente tabla:

NIVEL	FUENTE DE FINANCIACIÓN	REQUISITOS	ACCESO A LA PRESTACIÓN	COBERTURA DE LA PRESTACIÓN
Asistencial	Presupuestos Generales del Estado	Residente mayor de 25-30 años y carecer de recursos (renta y patrimonio)	Dependiente de 65 y más años sin recursos	Bono-cheque o prestación en especie por la totalidad
Contributivo obligatorio	Pagos individuales (impuesto o prima)	Residente mayor de 25-30 años (sin límite de edad)	Dependiente de 65 y más años	Bono-cheque o prestación en especie en función del nivel de dependencia más aportaciones individuales en función de la capacidad económica (copago)
Contributivo voluntario	Pagos individuales (prima)	Residente mayor de 25-30 años (sin límite de edad)	Dependiente de 65 y más años	Bono-cheque complementario a la cobertura obligatoria

En el modelo propuesto, la financiación de las prestaciones por dependencia se basa en el establecimiento de un pago individual obligatorio, que puede articularse tanto a través de un impuesto per cápita o de una prima fija satisfecha a un seguro obligatorio, y en el copago, con aportaciones obligatorias del usuario en el momento de percibir las prestaciones de dependencia, que serán inversamente proporcionales a su capacidad económica (nivel contributivo obligatorio). El Estado concedería subvenciones por el importe del pago individual anual a aquellos residentes que carezcan de medios suficientes –renta y patrimonio– para afrontar el pago del mismo (nivel asistencial).

Se contempla, asimismo, la posibilidad de efectuar aportaciones adicionales incentivadas fiscalmente que amplíen la cobertura básica establecida, o que vayan destinadas a cubrir la dependencia en edades inferiores a los 65 años (nivel contributivo voluntario o complementario).

La cuantía del pago no puede ni debe ajustarse cada año en función de la previsión de gastos a realizar en el ejercicio. Se estima conveniente mantener la normativa fiscal reguladora de la financiación de la dependencia, de forma que la cuantía per cápita fijada para la aportación obligatoria permanezca invariable, sin perjuicio de una actualización periódica con arreglo a algún indicador del coste de la vida.

A efectos de evitar la transferencia de activos del dependiente hacia otras personas (familiares, cuidadores...), con objeto de evitar el copago y acceder a la cobertura asistencial, se deberían establecer mecanismos legales de cautela que impidan el agotamiento o transferencias de rentas y de patrimonios.

Los fondos recaudados de forma obligatoria, ya sea vía impuesto o mediante prima, se destinarán a constituir un fondo específico destinado exclusivamente a la cobertura de la dependencia. Además, se recomienda constituir un fondo de reserva al que se abonarían los excedentes que pudiera generar el pago obligatorio al afectarlo exclusivamente a la financiación de



la dependencia. De esta forma, los costes financieros son soportados por el propio sistema mediante los ingresos satisfechos en el período y/o los fondos de reserva acumulados de períodos anteriores.

En la aplicación del modelo propuesto es necesario tener en cuenta la existencia de un período transitorio, a lo largo del cual habrá personas que ya son dependientes o se encuentran próximas a la situación de dependencia y que no han aportado cantidad alguna, o que habiéndola aportado las cantidades sean insuficientes para generar el derecho a la cobertura universal, pero que tienen derecho a ella, una vez establecido el sistema nacional de dependencia como un derecho objetivo y universal. Esto exige que la cuantía anual del pago tenga en cuenta las necesidades de financiación del sistema a medio y largo plazo.

e) *Prestadores de servicios.* Nos inclinamos por un sistema de producción a través de un mercado competitivo. Esta opción se fundamenta en consideraciones de eficiencia económica y en el reconocimiento del derecho de los usuarios a elegir el proveedor de servicio que desea recibir.

El mercado competitivo estaría compuesto mayoritariamente de proveedores privados, puesto que la cobertura actual de la producción de los principales servicios sociales para personas mayores en España -atención a domicilio, centros de día y centros residenciales- es básicamente privada.

Es imprescindible y urgente la elaboración de planes específicos de formación por parte de las administraciones públicas, a fin de dotar a los trabajadores de una cualificación suficiente y de calidad que les permita atender adecuadamente las necesidades de los mayores dependientes. Esto permitiría disponer de una oferta de mano de obra cualificada, necesaria para cubrir la demanda que generará el sistema.

f) *Competencias.* Resulta imprescindible establecer un marco legal común -Ley de bases aplicable a todo el territorio español- que garantice unos mínimos, y en el que las reglas estén bien definidas para todas las partes implicadas.

Dentro de este contexto el Estado debe desempeñar cuatro funciones básicas:

- 1) **Regulación:** crear un marco legal básico adecuado que asegure tanto la eficiencia y suficiencia de los recursos necesarios para la cobertura del riesgo social de dependencia en la vejez, como el cumplimiento del principio de equidad, definiendo y regulando un nivel mínimo de prestaciones a proteger por las administraciones territoriales.

Debe diseñarse un sistema de información estadística que permita evaluar, técnica y económicamente, el funcionamiento del sistema de cobertura de la dependencia a nivel nacional. Para evitar la fragmentación de la información y desinformación que se produce en un sistema de competencia descentralizada, como ha ocurrido con el Sistema Nacional de Salud, es importante elaborar un protocolo común y homogéneo para todas las comunidades del tratamiento estadístico (variables a considerar, definición de las mismas, elaboración de indicadores, periodicidad...).

- 2) **Coordinación:** detectar carencias y duplicidades en las políticas desarrolladas por las administraciones territoriales, establecer planes nacionales de dependencia, constituir un sistema de compensación que resarza a las comunidades más envejecidas y con mayor riesgo de dependencia.

En este sentido, sería necesario articular un Fondo Nacional de Dependencia que evite las tensiones financieras que se puedan generar en determinadas comunidades autónomas, derivadas de la estructura de su población y de los cambios migratorios, y que pueden repercutir en el acceso, la calidad y la cantidad de las prestaciones establecidas.

A efectos de hacer el sistema viable y eficiente resulta imprescindible conocer el coste asociado a las prestaciones de atención a la dependencia, es decir, conocer las necesidades financieras. Actualmente existe una laguna importante en la cuantificación del coste así como una dispersión territorial en el cálculo del mismo. Se recomienda la estimación de un coste estándar, en el que se consideren las características geográficas, económicas, demográficas y sociales de cada

región, a través de una metodología común que se revise y actualice en función de la evolución de las prestaciones. Esto es, se recomienda el desarrollo de una contabilidad analítica, dinámica y homogénea como forma de conocer el coste en el que debe incurrir cada comunidad con el nivel mínimo garantizado.

- 3) Asistencial: financiar el coste de las contribuciones de los ciudadanos que carezcan de medios y de las prestaciones de los dependientes mayores que presenten insuficiencia de recursos para afrontar el copago.
- 4) Incentivadora: introducir beneficios fiscales para desarrollar el nivel contributivo voluntario e implantar fórmulas mixtas de cobertura de pensiones y dependencia flexibilizando el paso de una a otra.

Las comunidades autónomas tendrían competencias reguladoras específicas aplicables en su ámbito territorial y competencias en la gestión de prestaciones, mientras que las corporaciones locales se encargarían de las competencias delegadas y de la gestión de los servicios públicos prestados por ellas.

En definitiva, el Estado ha de garantizar un marco básico común mínimo que será complementado por las comunidades autónomas –nivel de gobierno que tiene asumidas estas competencias–, de acuerdo con sus posibilidades económicas y financieras –verdadera corresponsabilidad fiscal–.

Por último, para garantizar la solvencia del sistema nacional de dependencia se debe crear un órgano independiente de carácter regulador. Este ente regulador se encargaría, entre otras, de las siguientes funciones: llevar el registro de los agentes que intervienen en el sistema (residentes obligados al pago, dependientes, compañías aseguradoras y proveedores); verificar las contribuciones efectuadas; comprobar los requisitos de acceso a las subvenciones estatales y la cuantía de las mismas; expedir los bonos-cheques; otorgar certificados de calidad a proveedores; tutelar la solvencia de las compañías aseguradoras; y, dirimir los conflictos entre las partes implicadas: ciudadanos-administración, dependientes-aseguradoras y dependientes-proveedores.

5. Una evaluación del coste del sistema nacional de dependencia debería incluir el importe de los beneficios fiscales derivados de la existencia de incentivos tributarios asociados con personas dependientes, con prestadores de servicios y con actividades sociosanitarias. Cualquier análisis que no los tuviera en cuenta resultaría incompleto por cuanto la cuantía de los mismos supone un ahorro fiscal para los mayores dependientes y, como contrapartida, un mayor gasto del sector público en dependencia, financiado con cargo a los Presupuestos Generales del Estado.
6. Se debería otorgar el mismo tratamiento fiscal a las situaciones de dependencia que a las derivadas de minusvalía y, en particular, en los casos que se refieren a mayores dependientes.

El proceso de reconocimiento de la condición de minusválido es, por lo general, poco ágil y complejo (básicamente por la ausencia de información y por su demora en el tiempo), lo que unido al desconocimiento de las contraprestaciones fiscales y sociales que dicha condición comporta, da lugar a que existan personas mayores discapacitadas que, por desconocimiento, no tienen reconocida minusvalía alguna. Sin embargo, las personas mayores a medida que envejecen presentan limitaciones físicas y psíquicas importantes que les llevan a renunciar a determinadas actividades que antes realizaban cotidianamente.

7. La vivienda que constituya la residencia habitual de las personas dependientes debería estar exenta en el Impuesto sobre Bienes Inmuebles. En los últimos años las comunidades autónomas han introducido exenciones relacionadas con circunstancias personales y familiares, por tanto, no parece justificado que éstas se confieran, por ejemplo, a familias numerosas y que no se apliquen a los mayores dependientes. En ambos casos, se trata de reconocer una menor capacidad adquisitiva derivada de las circunstancias personales y familiares y los mayores gastos asociados a las mismas.
8. En el modelo de financiación propuesto en esta investigación se establece un tercer nivel articulado a través de un seguro de dependencia privado, contributivo y voluntario, que fomenta la competencia por el lado de la oferta de servicios en lo referente a la cantidad y calidad de las prestaciones por dependencia que no se consideran básicas.



En la actualidad el seguro privado de dependencia se encuentra con importantes fallos del mercado que dificultan su desarrollo, por lo que se requieren incentivos públicos que faciliten el acceso al mismo. Este apoyo puede instrumentarse a través de diferentes vías como la concienciación a nivel social de la necesidad de cubrir ese riesgo, la ayuda pública en el pago de las primas o los incentivos fiscales a la contratación de este tipo de seguros. Prácticamente en todos los países analizados la contratación de los seguros privados de dependencia es voluntaria, salvo en Alemania donde dicha contratación es obligatoria, aunque en este país también se ha desarrollado un seguro voluntario de dependencia.

9. La introducción y consolidación en el mercado de este tipo de seguros de dependencia aconseja la concesión de incentivos fiscales a los mismos, fundamentalmente por tres tipos de razones: para constituir una base amplia de asegurados que permita la adquisición de estos instrumentos de previsión a primas asequibles, para superar el denominado “efecto fondo perdido” que se produce cuando lo que se asegura es un riesgo incierto y para disminuir la tensión que la financiación de la dependencia de los mayores ejercerá en el futuro sobre las cuentas públicas.
10. Los incentivos fiscales deberían ir dirigidos, por una parte, a fomentar la suscripción de seguros privados de dependencia y a fomentar la conversión líquida de patrimonios existentes por parte de los individuos. Por otra, se debe facilitar la implantación de gestores y proveedores de servicios de dependencia y de operadores financieros que asuman los riesgos asegurados. El tratamiento fiscal será diferente en función de la modalidad de seguro contratada, incentivando la entrada y/o la percepción de prestaciones.

Un resumen de los incentivos fiscales propuestos en relación con la dependencia de mayores y el seguro de dependencia se expone a continuación:

<b>No dependientes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exención de las cantidades aportadas por las empresas a seguros de dependencia de sus trabajadores, sujeta a límites</li> <li>• Reducción en la base imponible del IRPF de las cantidades aportadas individualmente a seguros de dependencia, sujeta a límites</li> <li>• No efectos fiscales derivados del trasvase entre Fondos y Planes de Pensiones y Seguros de Dependencia</li> <li>• No efectos fiscales de la conversión líquida de patrimonios existentes destinados a financiar la dependencia</li> </ul>
<b>Dependientes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exención de las rentas y capitales percibidos destinados a cubrir los costes derivados de la situación de dependencia</li> <li>• No presunción de rentas de las prestaciones percibidas en especie</li> <li>• No efectos fiscales de la conversión líquida de patrimonios destinados a financiar la dependencia</li> </ul>
<b>Gestores/prestadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de tipos impositivos reducidos del IVA aplicables a la prestación de los servicios sociales dirigidos a dependientes</li> <li>• Aplicación de tipos impositivos reducidos del IVA aplicables a la construcción de centros residenciales</li> <li>• Exención o bonificación del ITPAJD que recaiga sobre edificios destinados a servicios sociales de dependencia</li> <li>• Exención o bonificación del IBI para los centros de atención a dependientes</li> <li>• Exención o bonificación del Impuesto sobre Construcciones, Instalaciones y Obras que grave hechos impositivos relacionados con la atención de personas dependientes</li> </ul>
<b>Aseguradoras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exención del Impuesto sobre Primas de Seguros</li> </ul>

11. A efectos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF), se considera que los seguros de dependencia deben tener un tratamiento similar al existente, tanto para los seguros de enfermedad como para otros productos de previsión futura, tales como los Fondos y Planes de Pensiones, las Mutualidades de Previsión Social y los Planes de Previsión Asegurados. Asimismo, para incentivar al máximo la suscripción de seguros de dependencia, en su modalidad de prima única, se debería ampliar el período de tiempo establecido para compensar las reducciones sobre la base no efectuadas por no disponer de base suficiente o por haber superado el límite establecido a tal efecto. Además, se podrían incentivar fiscalmente las aportaciones efectuadas por persona distinta al partícipe, esto es, que las cantidades aportadas por el cónyuge, descendientes y otros familiares a favor del dependiente, den derecho a reducción en la base del IRPF, al igual que ocurre con las aportaciones a patrimonios de minusválidos.
12. El sistema tributario debería ser flexible y permitir el trasvase del ahorro acumulado en Fondos y Planes de Pensiones a la cobertura de situaciones de dependencia, esto es, no penalizar fiscalmente los seguros de doble renta, siempre que el suscriptor sea la misma persona. La movilidad entre ambos tipos de previsión mejoraría la asignación de recursos y permitiría la atención de la dependencia en edades tempranas, al mismo tiempo que fomentaría las aportaciones al seguro de dependencia tras la edad de jubilación.
13. El tratamiento fiscal de las rentas obtenidas por los partícipes derivadas de seguros de dependencia no constituyen un aumento de la capacidad económica del dependiente, toda vez que las mismas se destinan a satisfacer necesidades básicas personales. En consecuencia, deberían estar exentas de tributación en el IRPF, al menos en la cuantía del coste que supone la cobertura de su grado de dependencia. Por tanto, se estima que no debe existir un límite único a la exención, sino un baremo fijado en función del grado de dependencia del contribuyente.

Si la prestación se percibiera en forma de capital como pago único, éste también debería quedar exento, total o parcialmente, sujeto a límites.

14. En relación con el tratamiento fiscal de los servicios e inmuebles destinados a la prestación de servicios de dependencia se proponen los siguientes incentivos fiscales: aplicar en el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) un tipo superreducido del 4% a las prestaciones de servicios sociales vinculados a la dependencia y un tipo reducido del 7% a la construcción de centros residenciales para dependientes, puesto que los mismos constituyen la residencia habitual de los mayores que en ellos se alojan.

Como medidas tributarias adicionales para fomentar la construcción y utilización de centros residenciales se podrían contemplar las exenciones o bonificaciones de los Impuestos sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, sobre Bienes Inmuebles y sobre Construcciones, Instalaciones y Obras, siempre que éstos recaigan sobre edificios e instalaciones destinados a servicios sociales dirigidos a atender situaciones de dependencia.

15. Dada la finalidad que persiguen los seguros de dependencia, redistribuir el consumo a lo largo del ciclo vital para financiar ese riesgo cuando se llegue a la vejez, se propone su exención a efectos del Impuesto sobre Primas de Seguro, en igualdad de trato con otras operaciones de aseguramiento y previsión.
16. Se propone la exención de todos los tributos que gravan la conversión líquida de patrimonios destinados a la dependencia actual o futura, a fin de evitar que las cargas impositivas recaigan sobre los beneficiarios y reduzcan el valor líquido de los activos transmitidos. Entre estos incentivos fiscales caben mencionar los siguientes:
  - a) Exención en el IRPF de las ganancias de patrimonio puestas de manifiesto con ocasión de la transmisión de inmuebles si el importe de la venta es destinado a la cobertura de la dependencia.
  - b) Exención en el IRPF de las rentas percibidas derivadas de seguros de dependencia o de la conversión líquida de patrimonios, con el límite del coste de los servicios necesarios para paliar el grado de dependencia sobrevenido, puesto que



estos ingresos no generan renta disponible al ir destinadas las cantidades obtenidas a satisfacer las necesidades vitales del dependiente.

- c) Exención del Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados vinculado a la constitución de una hipoteca, siempre que la misma se destine a financiar la dependencia de su titular.
  - d) Exención del Impuesto sobre el Incremento del Valor de los Terrenos de Naturaleza Urbana ("*plusvalía municipal*"), siempre que el importe de la enajenación se destine a financiar la dependencia del vendedor.
  - e) Exención del Impuesto sobre Bienes Inmuebles correspondiente a la vivienda habitual de un mayor dependiente.
  - f) Exención o bonificación del Impuesto sobre Construcciones, Instalaciones y Obras de aquellos hechos imponibles realizados para cubrir las necesidades de las personas dependientes.
  - g) Exención hasta el 95% de la base imponible del Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados, que corresponda a la adquisición de inmuebles propiedad de personas dependientes por parte de familiares hasta cuarto grado de parentesco, siempre que el importe equivalente al valor de los mismos vaya destinado total o parcialmente a sufragar las necesidades de dependencia del transmitente.
  - h) Exención en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones de la constitución de rentas vitalicias o temporales efectuadas por descendientes a favor de ascendientes dependientes mayores de 65 años.
17. Finalmente se podría introducir un porcentaje de bonificación en las cotizaciones de la Seguridad Social correspondientes a los contratos de cuidadores de mayores dependientes. Esta medida contribuiría a aflorar el empleo sumergido que existe en este sector.

## Bibliografía Consultada

---

- Abe, T. (2004): *Questions About Expanded Participation and the "Sustainability" of Japan 's Long-Term Care Insurance System*, NLI Research, Social Development Research Group.
- Abe, T. (2004): *Enhancing the Long-Term Care Insurance System 's Interface with Health Care-Three Themes for Fiscal 2005 Revision*. NLI Research, Social Development Research Group.
- Ahlstrom, A., Clements, E. Y Tumlinson, A. (2004): *The Long-Term Care Partnership Program: Issues and Options*. George Town University. Whashington D.C.
- Albi, E. y otros (1994): *Teoría de la Hacienda Pública 2ª Edición*. Ariel Economía.
- Asamblea Nacional de Francia (2004): *LOI n° 2004-626 du 30 de juin relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées*.
- Asamblea Nacional de Francia (2005): *LOI n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie*.
- Asamblea Nacional de Francia (2005): *LOI n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale*.
- Bechtel, J., Caussat, L. y Loisy, C. (2004): *Les comptes de la protection sociale en 2003*. Documento de Trabajo no 70, octubre 2004. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale y Ministère de la Santé et de la Protection Sociale.
- BMGS (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) (2004): *Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. BMGS. Bonn.
- BMGS (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) (varios años): *Selected Facts and Figures about Long-term Care Insurance*. Bonn BMGS.
- Boyle, G. (2004): *Facilitating choice and control for older people in long-term care*. *Health and Social Care in the Community* 12 (3). Blackwell Publishing Ltd.
- Braña, F.J. (2004): "Una estimación de los costes de un seguro público de dependencia de los mayores en España". *Estudios de Economía Aplicada*. Vol.22-3)
- Casado, D. (2000): *Las personas mayores dependientes en España: análisis de la evolución futura de los costes asistenciales*. Centre de Recerca en Economia i Salut-CRES. Universitat Pompeu Fabra. Edad&Vida.
- CC.OO. (Comisiones Obreras) (2005): *Líneas básicas para un modelo de atención a las personas dependientes*. Sección Estatal del IMSERSO. CC.OO. Madrid.
- Comas Herrera, A-. Wittenberg, R. Y Pickard, L. (2003): *Long-term care for older people in the UK*. *European Study of Long-Term Care Expenditure*. Repport to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. Grant number VS/2001/0272. PSSRU Discussion Paper 1840. Edited by Adelina Comas-Herrera and Raphael Wittenberg.
- Commission for Social Care Inspection (CSCI) (2004): *Social care factsheet*. CSCI.
- Commission for Social Care Inspection (CSCI) (2004): *Direct Payments. What are the barriers?*. CSCI.
- Committee on the Development and financing of Social Expenditure (2002): *Report by SOMERA Committee*. Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki.
- Comité de suivi et d'évaluation de la Tournée de solidarité (2005): *Rapport remis au premier ministre le 19 juillet 2005*.
- Congressional Budget Office (CBO) (1999): *Projections of Expenditure for Long-Term Care Services for the Elderly*. CBO. Congress of the United States.
- Congressional Budget Office (CBO) (2004): *Financing Long-Term Care for the Elderly*. CBO. Congress of the United States.
- Creighton Campbell, J. e Ikegami, N. (2003): *Japan's Radical Reform of Long-Term Care*. *Social Policy Administration*, vol. 37, nº 1, february 2003. Blackwell Publishing Ltd.
- Crespo Garrido, M. et al (2005): *Familia y dependencia. Nuevas necesidades, nuevas propuestas*. Dirección y coordinación López López, M.T. Fundación Acción Familiar y Ediciones Cinca.
- Cruz Roche, I. y Rodríguez Cabrero, G. (1999): "La protección social de las dependencia. Estudio Delphi y modelo protector". *La Protección Social de la Dependencia*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.





- Deloitte (Marzo 2005): *Perspectivas de futuro de los recursos de atención a la dependencia. El sector residencial.*
- Department of Health (DH) (2000): *Better Care, Higher Standards. A charter for long term care. A summary for users and carers.* DH.
- Department of Health (DH) (2000): *Better Care, Higher Standards. A charter for long term care. A summary for users and carers.* DH.
- Department of Health (DH) (2000): *Helping you to stay independent. A guide to long-term care services and benefits for people who live at home.* DH.
- Department of Health (DH) (2001): *National Service Framework for Older People.* DH.
- Department of Health (DH) (2001): *National Minimum Standards.* DH.
- Department of Health (DH) (2001-2): *Better Care, Higher Standards. Guidance 2001/02. Local Authority Circular. Helth Service Circular.* DH.
- Department of Health (DH) (2002): *Fair Access to care services: guidance on elegibility criteria social for adult social care.* DH.
- Department of Health (DH) (2003): *National Service Framework for Older People. A report of Progress and Future Challenges.* DH.
- Department of Health (DH) (2003-5): *Guidance on NHS Funded Nursing Care. Local Authority Circular. Helth Service Circular.* DH.
- Department of Health (DH) (2004): *The Continuing Care (National Health Service Responsibilities). Directions 2004.* DH.
- Department of Health (DH) (varios años): *Personas Social Services Expenditure and Unit Costs, England.* DH
- Department of Health (DH) (varios años): *Community Care Statistics: Referrals, Assessments and Packages of Care for adults, England: National Report and CSSR tables, England.* DH.
- DESTATIS (Statistisches Bundesamt Deutschland) (2002): *Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen-Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung.* Statistisches Bundesamt. Bonn.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2004): *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004. Annexe A au Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005.* DREES. Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohesion Sociale y Ministère de la Santé et de la Protection Sociale.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2004): *Allocation personnalisée d'autonomie à domicile: une analyse des plans d'aide. Études et Resultats, n° 293, février 2004.*
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2004): *L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 septembre 2004. Études et Resultats, n° 366, décembre 2004.*
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2005): *L'appréciation de l'allocation personnalisée d'autonomie par ses bénéficiaires ou leur proches. Études et Resultats, n° 371, janvier 2005.*
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2005): *L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2005. Études et Resultats, n° 415, juillet 2005.*
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2005): *L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2004. Études et Resultats, n° 388, avril 2005.*
- Direction générale de l'action sociale (2004): *Les centres locaux d'informtation et de coordination-CLIC -30 novembre 2004-. Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohesion Sociale, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale et Ministère de la Famille et de l'Enfance.*
- Dubin, K. A. (2004): *La protección de la dependencia en los Estados Unidos. Protección social de las personas dependientes.* Editorial La Ley. Madrid.
- Edad&Vida (2004): *Políticas activas para las personas mayores, Revista no 1, enero 2004, Barcelona.*
- Edad&Vida (2005): *Posicionamiento de Edad&Vida para un marco regulador en la provisión de servicios y financiación de la dependencia.*
- European Observatory on Health Care Systems (2002): *Health care systems in eight countries: trends and challenges. Report for the UK Treasury.*
- Eurostat (2005): *"Population Projections 2004-2050" Eurostat News Release no48/2005-8 April.*
- Feide, J. M., Hansen, P. Kerger, A. et al. (1999): *L'assurance dépendance. Bulletin Luxembourgeois des Questions Sociales. Volume 7. Numéro Spécial.*
- Fundació Institut Català de l'Envelliment. Universidad Autónoma de Barcelona (2004) *Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España. Edad&Vida.*
- Fukui, T. e Iwamoto, Y. (2004): *Policy Options for Financing the Future Health and Long-term Care costs in Japan. Book Conference of the Project Empiric Analysis of Economic Institutions", March 17 and 18. Tokyo.*

- Future Associates Inc. (2005): *Long-term Care Resources*. Thomas, M. Lilly, JD CLU.
- Future Associates Inc. (2005): *Long-term Care. Fact&Fiction*. Thomas, M. Lilly, JD CLU.
- Garcés, J; Ródenas, F. y Sanjosé, V. (2004): "Care needs among the dependent population in Spain: an empirical approach". *Health and Social Care in the Community* no12(6).
- Glendinning C., Dabies, D., Pickard, L. y Comas-Herrera, C. (2004): *Funding long-term care for older people: Lessons from other countries*. Ed. J. Rowntree Foundation.
- Guinchard-Kunstler, P. (2001): *Une réforme ambitieuse en faveur des personnes âgées*. Conferencia de prensa.
- Health Selected Committee (2005): *Health Selected Committee's Sixth Report of Session 2004-2005 on NHS continuing care*. TSO (The Stationery Office).
- Hellsten, K., Kallioma-Puha, L., Komu, M. y Sakslin, M. (2004): *Las diversas formas de la protección de la dependencia en Finlandia. Protección social de las personas dependientes*. Editorial La Ley. Madrid.
- HM Government (2005): *Opportunity Age: Volume Two. A social portrait of ageing in the UK*. Crown Copyright.
- Ihara, K. (2000): *Japan's Policies on Long-Term Care for Aged: The Gold Plan and the Long-Term Care Insurance Program*. International Longevity Center. New York.
- Ikeda, S. (2004): *Health-care system in Japan*. *Psychogeriatrics* 2004, 4.
- Ikegami, N. (2004): *Impact of public long-term care insurance in Japan*, *Geriatrics and Gerontology International* 2004, 4.
- Instituto de Fomento Empresarial (27-28 enero 2005). *Seminario sobre El Seguro de Dependencia*.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2005). *Cuidado a la dependencia e Inmigración. Informe de resultados*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Izuhara, M. (2003): *Social Inequality under a New Social Contract: Long-Term Care in Japan*. *Social Policy Administration*, vol. 37, nº 4, august 2003. Blackwell Publishing Ltd.
- Jacobzone, S., Cambois, E. y Robine, J.M. (2000): *Is the health of older persons in OCDE countries improving fast enough to compensate for population ageing?*, *OCDE Economic Studies*, no 30, 20001. OCDE. París.
- Jiménez Lara, A. (2004): "Perfiles de dependencia de la población española y necesidades de cuidados de larga duración. Anexo Estadístico". *Libro Verde sobre la dependencia en España*. Fundación AstraZeneca.
- Journal Officiel du Grand-Duché* (2000): *Loi du 24 juillet 2000 relative à l'organisation du marché de l'électricité*. A-no 79. 21 août 2000.
- Journal Officiel du Grand-Duché* (2004): *Loi du 21 décembre 2004 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2005*. A-nº 204. 28 décembre 2004.
- Karlsson, M., Mayohew, L., Plumb, R. H. y Rickayzen, B. (2004): *The comparative effects on UK Public expenditure of implementing long-term care systems as practised in Japan, Germany and Sweden*. The Sample Inn Actuarial Society.
- KELA Social Insurance Institution (2004): *Annual Report 2003*. Helsinki
- KELA Social Insurance Institution (2004): *A Guide to Benefits*. Helsinki.
- KELA Social Insurance Institution (varios años): *Pocket Statistics*. Helsinki.
- Kerschen, N. (2004): *La Dependencia como nuevo riesgo de la Seguridad Social: el ejemplo de la creación del seguro de dependencia en Luxemburgo*. *Protección social de las personas dependientes*. Editorial La Ley. Madrid.
- Kessler, F. (2004): *El cuidado de las personas dependientes en Francia: la reforma permanente sin solución*. *Protección social de las personas dependientes*. Editorial La Ley. Madrid.
- Köbl, U. (2004): "El seguro de dependencia alemán: principales rasgos y problemas actuales". *Protección social de las personas dependientes*. Editorial La Ley. Madrid.
- Koizumi, J. (2005): *General Policy Speech by Prime Minister Junichiro Koizumi to the 162<sup>nd</sup> Session of the Diet*.
- López Casasnovas, G. et al (2005): *Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro*. Caixa Catalunya.
- Ludsgaard, J. (2005): *Ageing, welfare services and municipalities in Finland*. *Economics Department Working Paper*, nº 428. OCDE.

- Maldonado Molina, J.A. (2003): *El seguro de dependencia. Presente y proyecciones de futuro*. Colección laboral nº 145. Tirant lo Blanch.
- Margallo Polo, F. (2002): *Beneficios fiscales para las personas con discapacidad*, Observatorio de la discapacidad, IMSERSO.
- Martínez Gómez, J.M. (2005): "La infraestructura de servicios sociosanitarios necesaria para las prestaciones del seguro de dependencia". Seminario sobre el Seguro de Dependencia. Instituto de Fomento Empresarial.
- Mauguin, J. (2005): *Dépenses d'aide sociale des départements en 2003*. Document de travail, no 81-avril 2005. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohesion Sociale et Ministère de la Santé et de la Protection Sociale.
- Mesa de Diálogo Social: *Protección Social de la Dependencia (2005): Acuerdos Básicos sobre la Naturaleza de las Prestaciones del Sistema nacional de Dependencia*.
- Ministère de la sante et de la protection sociale (2005): *L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)*.
- Ministère de la Sécurité Sociale (Varios años): *Rapport General sur la Sécurité Sociale au Grand-Duché de Luxembourg*. Inspection Generale de la Sécurité Sociale. Ministère de la Sécurité Sociale. Luxembourg.
- Ministry of Social Affairs and Health (2002): *Statutory Social Welfare and Health Care Services*. Brochure of Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki.
- Ministry of Social Affairs and Health (2004): *Finnish Social Protection in 2003*. Ministry of Social Affairs and Health Publications. Helsinki.
- Ministry of Social Affairs and Health (2005): *Trends in Social Protection in Finland 2004-2007*. Ministry of Social Affairs and Health Publications. Helsinki.
- MISSOC (Mutual information system on social protection) (2004): *Social protection in the Member States of the European Union, of the European Economic Area and in Switzerland*. European Commission. D-G for Employment and Social Affairs.
- Mitchell, O.S., Piggott, J. y Shimizutani, S. (2004): *Aged-Care Support in Japan: Perspectives and Challenges*. Economic and Social Research Institute (ESRI) Discussion Paper Series nº 118. Tokyo, Japan.
- Morán Alaez, E. (1999): "Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográficas". *La Protección Social de la Dependencia*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- MTAS (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005): *Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*. MTAS. Madrid.
- National Institute of Population and Social Security Research (varios años): *Social Security in Japan*.
- National Institute of Population and Social Security Research (varios años): *The Cost of Social Security in Japan*.
- National Pace Association (NPA) (2004): *PACE Fact Sheet*. NPA.
- Holz-Eakin, D. (2005): *The Cost and Financing of Long-Term Care Services*. CBO Testimony. Congressional Budget Office.
- National Service Framework for Older People (2001): *Audit of Policies for Age-Related Criteria. A Guide*. Department of Health (DH).
- Observatorio de Personas Mayores (2004): *La protección social a las personas mayores dependientes en Francia. Perfiles y Tendencias*. Boletín sobre envejecimiento. No 10, marzo 2004. IMSERSO. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- OCDE (2004): *Estimating expenditure on long-term care*. DELSA/ELSA/WPI/HS (2004) 9. OCDE. París.
- OCDE (2005): *Ensuring quality long-term care for older people*. Policy Brief, march 2005. OCDE Observer. OCDE. París.
- OCDE (2005): *Long-Term Care for Older People*. OCDE. París.
- Organización Mundial de la Salud (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*.
- Parliament (2004): *The Carers (Equal Opportunities) Act 2004*. Crown Copyright.
- Patxot, C. y Costa-Font, J. (2004): "Description of the Spanish long-term care projections model". *European Study of Long-Term Care Expenditure*.
- Philp, I. (2004): *Better Health in Old Age*. Department of Health (DH).
- PKV (Verband der privaten Krankerversicherung) (Varios años): *Private Health Insurance. Facts and Figures*. PKV. Köhl.
- Puga González, D. (2002): *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*. Fundación Pfizer.

- Recomendación No(98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. (Adoptada el 18 de septiembre de 1998).
- Rodríguez Cabrero, G. (1999): "El problema de la dependencia: conceptualización y debates". *La Protección Social de la Dependencia*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Rodríguez Cabrero, G. (2004): *La protección de la dependencia en España*. Documento de trabajo nº 44. Fundación Alternativas.
- Rodríguez Cabrero, J. y Montserrat Codorniz, J. (2002): *Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Rothgang, H. (2003): *Long-term care for older people in Germany. European Study of Long-Term Care Expenditure. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. Grant number VS/2001/0272. PSSRU Discussion Paper 1840. Edited by Adelina Comas-Herrera and Raphael Wittenberg*.
- Schmid, H. (2005): *The Israeli long-term care insurance law: selected issues in providing home care services to the frail elderly*. Blackwell Publishing Ltd.
- Secretary of State for Health (2000): *The Government's response to the Royal Commission on Long Term Care*. Department of Health (DH).
- Secretary of State for Health (2005): *Response to Health Select Committee Report on Continuing Care*. Department of Health (DH).
- Social Security Administration (SSA) (2004): *Comprendiendo Seguridad Social de Ingreso Suplementario-Edición 2004*. SSA.
- Social Security Administration (SSA) (2004): *Medicare*. SSA.
- STAKES (National Research and Development Centre for Welfare and Health) (2005): *Facts about Finnish Social Welfare and Health Care*. Stakes. Helsinki.
- Steinhoff, D. (2005): *Japanese Co-ops Shere one Voice on Reforms for Long-Term Care Insurance*. *Consumer Co-operative Institute of Japan News*, march 2005, nº 44.
- The Royal Commission on Long Term Care (1999): With Respect to Old Age: Long Term Care- Rights and Responsibilities*. TSO (The Stationery Office).
- Tsutsui, T. y Muramatsu, N. (2005): *Care-Needs Certification in the Long-Term Care Insurance System of Japan*. *JAGS*, march 2005, vol 53, nº 3. American Geriatrics Society.
- UNESPA. Área Jurídica-Internacional. Dirección de Análisis y Estudios (2005): *El seguro de dependencia en los mercados desarrollados*. Madrid
- WHO (World Health Organization) (2003): *Key Policy Issues in Long-term Care*. Editors: Brodsky, J. y Hirschfeld, M. WHO. Geneva.
- Wismar, M. (2001): "Germany's Constitutional Court on "family friendly" contributions to statutory health insurance schemes". *Euro Observer*. Spring/Summer 2001. Volume 3, Number 1, Copenhagen, Denmark.
- Working Group Investigating the Significance of Non-Institutional and Institutional Care (2001): Memorandum of the Working Group Investigating the Significance of Non-Institutional and Institutional Care*. Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki.
- [www.aarp.org](http://www.aarp.org)
- [www.assemblee-nationale.fr](http://www.assemblee-nationale.fr)
- [www.bioethics.jp](http://www.bioethics.jp)
- [www.bmgs.bund.de](http://www.bmgs.bund.de) Brief outline of the German Long-term Care Insurance System.
- [www.bmgs.bund.de](http://www.bmgs.bund.de) Time series data.
- [www.bmgs.bund.de](http://www.bmgs.bund.de) Seguro obligatorio de asistencia domiciliaria a personas impedidas y Long-term care Insurance.
- [www.bmgs.bund.de](http://www.bmgs.bund.de) Brief outline of the German Long-term Care Insurance System.
- Brief outline of the German Long-term Care Insurance System.
- [www.carers.gov.uk](http://www.carers.gov.uk)
- [www.cbo.gov](http://www.cbo.gov)
- [www.cms.hhs.gov/pace](http://www.cms.hhs.gov/pace)
- [www.csci.org.uk](http://www.csci.org.uk)
- [www.destatis.de](http://www.destatis.de) Social Security Schemes, Population, by age groups, National Accounts.
- [www.direct.gov.uk](http://www.direct.gov.uk)

[www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk)  
[www.dwp.gov.uk](http://www.dwp.gov.uk)  
[www.epp.eurostat.cec.eu.int](http://www.epp.eurostat.cec.eu.int) Population and social conditions  
[www.etk.fi](http://www.etk.fi)  
[www.govbenefits.gov](http://www.govbenefits.gov)  
[www.helptheaged.org.uk](http://www.helptheaged.org.uk)  
[www.ilr.etat.lu](http://www.ilr.etat.lu)  
[www.kela.fi](http://www.kela.fi)  
[www.kokuho.or.jp](http://www.kokuho.or.jp)  
[www.imsersomayores.csic.es](http://www.imsersomayores.csic.es) Informe 2004. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. (Vol. I y II) (Julio 2005). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.  
[www.imsersomayores.csic.es](http://www.imsersomayores.csic.es) Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. (Enero 2005) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.  
[www.ine.es](http://www.ine.es) Cuentas Económicas. Contabilidad Regional de España. Base 1995.  
[www.ine.es](http://www.ine.es) Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2004.  
[www.ine.es](http://www.ine.es) Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud 1999.  
[www.ine.es](http://www.ine.es) Encuesta Nacional de Salud 1997.  
[www.ine.es](http://www.ine.es) Encuesta Nacional de Salud 2003.  
[www.ine.es](http://www.ine.es) Proyecciones de la población española calculadas a partir del Censo 2001.  
[www.insee.fr](http://www.insee.fr)  
[www.ips.go.jp](http://www.ips.go.jp)  
[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)  
[www.mhlw.go.jp](http://www.mhlw.go.jp) The Long-Term Care Insurance in Japan y otros  
[www.mss.etat.lu](http://www.mss.etat.lu)  
[www.nihp.org](http://www.nihp.org)  
[www.opsi.gov.uk](http://www.opsi.gov.uk)  
[www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/apa](http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/apa) L'Allocation Personnalisée d'Autonomie.  
[www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/clic](http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/clic) Centre Locaux d'Information et de Coordination Gerontologique.  
[www.research.aarp.org](http://www.research.aarp.org) Disability: Federal Survey Definitions, Measurements and Estimates (08/2004).  
[www.royal-commission-elderly.gov.uk](http://www.royal-commission-elderly.gov.uk)  
[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)  
[www.scie.org.uk](http://www.scie.org.uk)  
[www.secu.lu](http://www.secu.lu)  
[www.ssa.gov](http://www.ssa.gov)  
[www.stakes.fi](http://www.stakes.fi)  
[www.stat.fi](http://www.stat.fi)  
[www.stat.go.jp](http://www.stat.go.jp)  
[www.statistiques.public.lu](http://www.statistiques.public.lu)  
[www.stm.fi](http://www.stm.fi) Services for older people

El estudio “**Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España**” fue la propuesta ganadora del **Premio Edad&Vida 2004 sobre “Viabilidad y Sostenibilidad del Estado de Bienestar”**, concedido en Septiembre de 2004 y finalizado en Diciembre de 2005. El trabajo ha sido realizado por un equipo investigador del Departamento de Economía y Hacienda Pública de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Autónoma de Madrid, formado por:

***Dirección***

Dra. **Dolores Dizy Menéndez**

***Investigadoras***

Dra. **Olga Ruiz Cañete**

Dra. **Marta Fernández Moreno**

Y en estrecha colaboración y coordinación con el **equipo de expertos de la Comisión Ejecutiva y la Junta Directiva de Edad&Vida.**

**Edita:**

Edad&Vida  
Guadalquivir, 5, bajo dcha.  
28002 Madrid

Aribau, 195, 3º Izq  
08021 Barcelona  
Tel.: 93 488 27 20

[www.edad-vida.org](http://www.edad-vida.org)  
e-mail: [edad-vida@edad-vida.org](mailto:edad-vida@edad-vida.org)  
Tel. Información: 93 488 27 20

**Diseño y realización:**

Senda Editorial, S.A.  
Isla de Saipán, 47  
28035 Madrid

Depósito legal: M-  
ISBN: 84-689-7273-8





# Edad&Vida

Instituto para la mejora, promoción e innovación de la calidad de vida de las personas mayores

## Socios Promotores



## Socios Colaboradores

- **AFAL** – Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer
- **Confederación Española Aulas de Tercera Edad**
- **CAEPS** – Universitat de Barcelona
- **CEOMA** – Confederación Española de Organizaciones de Mayores
- **CRES** – Centre de Recerca en Economia i Salut - Universitat Pompeu Fabra
- **CSIC** – Consejo Superior de Investigaciones Científicas
- **EADA**- Escuela de Alta Dirección y Administración
- **ESADE** – Escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas
- **Fundación Aequitas** – Fundación del Consejo General del Notariado
- **Fundación CGAE** – Consejo General de la Abogacía Española
- **Fundación Universitaria San Pablo-CEU**
- **Fundació Bosch i Gimpera** – Universitat de Barcelona
- **Fundació Pere Tarrés** – Universitat Ramon Llull
- **IESE** - Escuela de Dirección de Empresas – Universidad de Navarra
- **INSA-ETEA** – Institución Universitaria de la Compañía de Jesús
- **SECOT** – Seniors Españoles para la Cooperación Técnica
- **UDP** – Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España
- **Universidad Autónoma de Madrid**
- **Universidad de Almería**
- **Universidad de Granada**
- **Universitat de Vic**
- **Universitat Politècnica de Catalunya**



## Edad&Vida

Instituto para la mejora, promoción  
e innovación de la calidad de vida  
de las personas mayores

Guadalquivir, 5, bajo dcha.  
28002 Madrid

Aribau, 195, 3º izq.  
08021 Barcelona

[www.edad-vida.org](http://www.edad-vida.org)  
e-mail: [edad-vida@edad-vida.org](mailto:edad-vida@edad-vida.org)  
Tel. información: 93 488 27 20