

Atención a la dependencia: ¿es posible atender las necesidades y asegurar los derechos de todas las personas implicadas?

Resumen

En este artículo se aborda el diseño de los sistemas de Atención a la Dependencia, también denominados Cuidados de Larga Duración (CLD). El trabajo se divide en tres bloques. Los dos primeros se dedican a exponer brevemente la situación de los sistemas de CLD en Europa y la situación relativa de España en ese contexto. Los resultados muestran que el sistema español, basado principalmente en el cuidado por parte de las mujeres de la familia, el empleo precario de las mujeres en los servicios privatizados y el empleo doméstico, no cubre de manera adecuada las necesidades de las personas dependientes violando los derechos de las personas dependientes y sus familiares así como los de las personas trabajadoras. En tercer lugar, se hace una breve síntesis de la investigación dirigida y realizada por las autoras de este artículo y publicada por el Instituto de Estudios Fiscales (Martínez, Roldán y Sastre, 2018)¹ donde se muestra que es posible establecer en España un sistema de atención a la dependencia basado en el derecho universal a la atención suficiente por parte de los servicios públicos, íntegramente basado en el empleo público a tiempo completo.

Palabras clave

Atención a la Dependencia. Cuidados de Larga Duración. Servicios Sociales.

Long-term care: is it possible to meet the needs and ensure the rights of all individuals involved?

Abstract

This article addresses the design of the Dependency Care systems, also called Long Term Care (CLD). The work is divided into three blocks. The first two are devoted to briefly expose the situation of CLD systems in Europe and the relative situation of Spain in that context. The results show that the Spanish system, based mainly on the care of women in the family, the precarious employment of women in privatized services and domestic employment, does not adequately cover the needs of dependent persons in violation of rights of dependents and their families as well as those of working people.

Thirdly, a brief synthesis of the research directed and carried out by the authors of this article and published by the Institute of Fiscal Studies (Martínez, Roldán and Sastre, 2018) is made, where it is shown that it is possible to establish in Spain a system of Dependency care based on the universal right to sufficient care by public services, entirely based on full-time public employment.

Keywords

Long-Term Care. Long-Term Care Policies. Public Policy.

Author/Autor

Rosa Martínez (Universidad Rey Juan Carlos y CIRANO)

María Pazos Morán (Instituto de Estudios Fiscales)

Susana Roldán (Universidad Rey Juan Carlos)

Mercedes Sastre (Universidad Complutense)

mariaantesmaruja@gmail.com

Atención a la dependencia: ¿es posible atender las necesidades y asegurar los derechos de todas las personas implicadas?

Introducción

La atención a la dependencia es una pieza fundamental de los llamados cuidados de larga duración. Bajo dicha etiqueta se engloban las distintas formas de asistencia y servicios dirigidos a las personas que tienen dificultades para realizar de forma autónoma las actividades básicas de la vida diaria, debido a alguna una enfermedad crónica o discapacidad física y/o mental². El alargamiento de la esperanza de vida ha hecho aumentar de forma clara el número de personas que precisan recibir este tipo de atención en algún momento de ciclo vital, y las previsiones sugieren que la demanda de cuidados seguirá creciendo en el futuro. Estamos, por tanto, ante una necesidad social acuciante, que por su naturaleza no puede ser fácilmente cubierta de forma privada por parte de los individuos afectados o sus familiares.

La obtención de los cuidados necesarios para suplir la falta de autonomía funcional es un derecho elemental, y como tal debe (y puede) ser garantizado por los servicios públicos. Parece sensato partir de la premisa de que ninguna persona dependiente debe sentirse desamparada de ese derecho a la autonomía, así como que ninguna otra persona debe verse obligada a renunciar a su empleo ni a su proyecto vital para evitar esa situación. Sin embargo, esta consideración no es la predominante en la intervención pública referente a los CLD.

1. Los Sistemas Europeos de Atención a la Dependencia

La mayoría de los países europeos han ido a remolque de la explosión de la demanda de CLD derivada del envejecimiento de la población y de

la incorporación masiva de las mujeres al empleo regular. Después de décadas en las que la atención se limitaba a un conjunto disperso de servicios sociales, se fueron estableciendo sistemas más estructurados, pero con diferente peso y orientación.

En cuanto a gasto público en CLD, destaca el mayor esfuerzo de Países Bajos, Suecia, Bélgica y Dinamarca, que se dotaron tempranamente de un sólido sistema de servicios públicos (con un gasto público mayor del 2,5% del PIB). En el otro extremo se encuentran los países llamados “familiaristas” como Alemania, España o Italia, con un gasto público inferior al 1,5% del PIB. De hecho, España está a la cola de la Unión Europea, con un gasto del 0,7% del PIB, solamente por encima de Estonia, Polonia, Hungría, Latvia, Portugal e Italia³.

Tras esta primera aproximación, convendría profundizar en las condiciones de la atención a la dependencia que se realiza en los distintos casos. Sería crucial saber si ese gasto se destina a crear o mejorar servicios públicos (ya sean residencias, centros de día o ayudas a domicilio), o por el contrario a prestaciones monetarias por “cuidados en el entorno familiar”. Obviamente, los efectos de estos dos recursos son de signo opuesto: los servicios públicos liberan a las mujeres de unas tareas de cuidado que tradicionalmente han recaído sobre ellas sin alternativas y en condiciones generalmente penosas. Mientras, los pagos a cuidadoras incentivan a las mujeres para que sigan realizando estas tareas.

El grado de presión real que el sistema ejerce sobre las mujeres depende de la interacción entre un conjunto de variables: la oferta y calidad de los servicios públicos, la calidad del empleo al alcance de las mujeres, la cuantía de las prestaciones y desgravaciones, y su regulación. Según se combi-

Long-term care: is it possible to meet the needs and ensure the rights of all individuals involved?

nan esos factores, nos encontramos con diferentes modelos de sistemas de cuidados de larga duración en Europa.

Los países nórdicos fueron los primeros en establecer el derecho subjetivo a la atención suficiente por parte de los servicios públicos sin necesidad de concurrencia de la familia. En la última década estos países, a la vez que han avanzado en las privatizaciones, han introducido la oferta de prestaciones y desgravaciones como alternativa al uso de servicios públicos. No obstante, dichos elementos no son, por el momento, de uso masivo y el sistema ha mantenido su característica básica: amplia cobertura de servicios públicos residenciales y de ayuda a domicilio provistos por los municipios (es decir, por personas empleadas públicas).

En contraste con este modelo, los países llamados “familiaristas” han puesto el acento en la promoción de la figura de la denominada *cuidadora informal o cuidadora familiar*, convirtiendo esta figura y su sobre-explotación hasta grados cercanos al esclavismo de las empleadas de hogar, en las piezas centrales de sus sistemas de atención a la dependencia.

Así, los países de la Europa Continental fueron aprobando leyes de dependencia básicas hacia finales del siglo XX (Austria en 1992, Alemania en 1995). En ellas, la familia se considera la responsable fundamental de la provisión de cuidados; tienen un gran protagonismo las transferencias monetarias; y se promueve el cuidado informal por múltiples vías. El sistema se basa en seguros de atención a la dependencia (en lugar de la financiación por impuestos generales por la que optan otros países, entre ellos España) que ofrecen cobertura limitada y siempre insuficiente.

En Alemania, país emblemático de este modelo conservador/familiarista, el Código Civil establece la obligatoriedad de la atención mutua en el seno familiar. Existe un seguro de dependencia obligatorio que solo cubre reembolsos por contratación de atención a domicilio hasta cierta cantidad y frecuencia, para proporcionar a la familia cierto desahogo financiero y de dedicación. El principio rector declarado del sistema es primar la atención en el hogar sobre la institucional; y analizando la regulación podemos añadir que se cuenta con la figura de la cuidadora familiar como concurrente necesario. El Estado se considera responsable subsidiario, únicamente después de comprobar que no existe ningún familiar que pueda responder. Por tanto, no se les da a elegir entre cuidados familiares o institucionales; estos últimos son el último recurso después de agotado el primero, y principal.

Entre estos dos modelos (países nórdicos y modelo conservador/familiarista alemán) hay una variedad de países con evoluciones diversas. En Países Bajos, a partir de un sistema universalista, relativamente generoso y orientado a la prestación de servicios (que situaba a este país junto a los nór-

notas

¹ Documento elaborado en el marco del proyecto de investigación sobre “Atención a la dependencia en España. Evaluación del actual sistema y estudio de viabilidad de un sistema basado en el derecho universal de atención suficiente por parte de los servicios públicos”, financiado por el Instituto de Estudios Fiscales, 2017-2018. Investigadora Principal: Rosa Martínez.

²La atención a la dependencia, o cuidados de larga duración (en adelante CLD), consiste en la provisión de cuidados a quienes necesitan “la atención de otras personas para la realización de las actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otras ayudas para su autonomía personal” (Art. 2 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de España).

³ Datos de la OCDE (2017). *Health Statistics*.

Atención a la dependencia: ¿es posible atender las necesidades y asegurar los derechos de todas las personas implicadas?

dicos, aunque solamente en este tema), en las dos últimas décadas se operaron profundas reformas que se han traducido en un mayor protagonismo del cuidado informal y de los seguros privados.

Francia podría considerarse un modelo continental modificado: mantiene la obligación legal de atención familiar y canaliza el grueso de la atención pública a través de la llamada “Prestación Personalizada para la Autonomía” (APA). Pero esta prestación se puede utilizar para la contratación de profesionales y también para la atención por parte de una persona de la familia (que no puede ser el cónyuge). Por otro lado, este país aún mantiene un nivel relativamente alto de servicios de atención a domicilio y residenciales.

Reino Unido es el ejemplo emblemático del llamado “modelo liberal”. Hasta recientemente, aún con terribles recortes desde la era Thatcher, ha mantenido este sistema basado en dos pilares: por un lado un nivel asistencial (prestaciones monetarias de baja cuantía para personas mayores y discapacitadas, y ayudas a las personas cuidadoras, todas ellas para personas de bajos ingresos); y por otro lado una extensa red de servicios públicos municipales de acceso general pero sujetos a copago en función de la renta. Sin embargo, desde hace unos años este sistema está en claro declive, con la introducción de nuevas figuras que veladamente apuestan por la privatización de los servicios y su sustitución, en gran parte, por un aumento del cuidado informal.

En el extremo más precario se encuentran los países del sur de Europa, como Italia y España. En estos países la intervención pública es tradicionalmente raquítica y la provisión de cuidados sigue pesando esencialmente sobre las mujeres de la familia.

2. La Atención a la Dependencia en España

En España, los esfuerzos dispersos de provisión de servicios públicos, y el debate sobre la necesidad de CLD, desembocaron en la aprobación de la Ley de Dependencia en 2006. Al estilo de otras leyes europeas anteriores, esta ley reconoce el derecho universal al cuidado por parte de los servicios públicos (aunque se “olvida” de establecer que ese cuidado sea suficiente). Sin embargo, los servicios públicos no se han desarrollado y la mayoría de los casos se han canalizado a través de la prestación por cuidados en el entorno familiar (la llamada popularmente “paguita” para las cuidadoras).

Esta prestación, regulada en el Art. 18 de la citada Ley, está condicionada al alta como “cuidador familiar” de una persona con un acreditado grado de parentesco. Se califica en la propia Ley de “excepcional”, probablemente como fruto de las presiones feministas para que no existiera, pues era previsible que, de existir, en la práctica esa sería la vía por la que se canalizara el grueso de la atención (Tobio *et al.*, 2010). Así ha sido: como concluye el informe de evaluación gubernamental emitido a los 4 años de aplicación de la ley, “*se ha comprobado cómo las prestaciones económicas de cuidados en el ámbito familiar han adquirido una importancia que altera el carácter excepcional que para las mismas establece la Ley*” (IMSERSO, 2011). Otra vez en 2017, el Informe de la Comisión para el Análisis de situación del Sistema de la Dependencia de 2017 reitera la necesidad de que “*el sistema de dependencia ha de caminar hacia un sistema basado en servicios*” (IMSERSO, 2017). Pese a ello, no se percibe ese cambio de orientación.

La evidencia empírica acumulada después de una década de implementación de la Ley contradice la

Long-term care: is it possible to meet the needs and ensure the rights of all individuals involved?

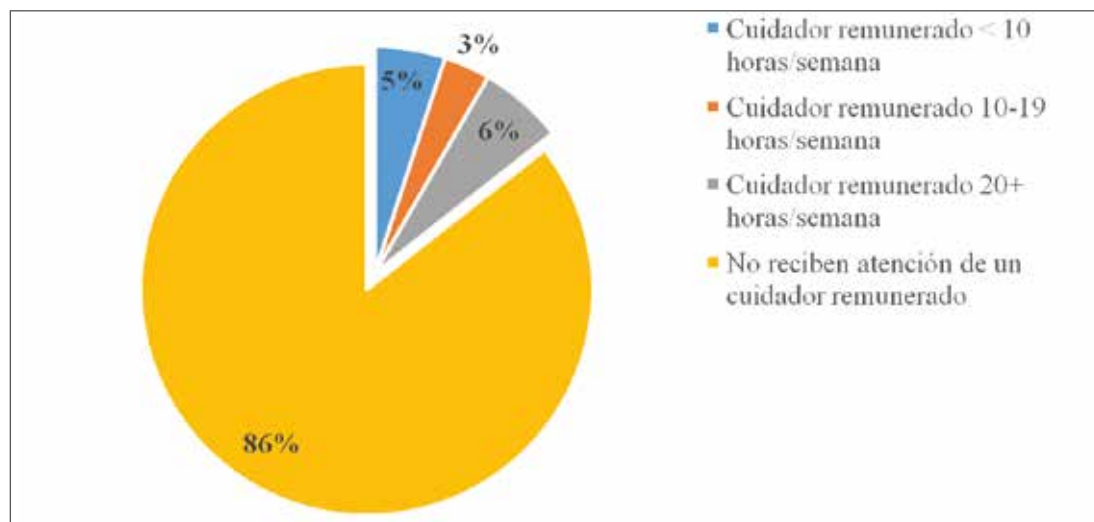


Gráfico 1. Insuficiencia del Sistema de Atención a la Dependencia. Distribución de los hogares con necesidades de ayuda según reciban o no atención de un cuidador remunerado. Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (2016).

impresión de que la prestación opera como un reconocimiento a un trabajo que las mujeres harían de todas formas sin remuneración. En España, se estima que la introducción de esta prestación ha aumentado en un 32% la atención a las personas dependientes mediante la “cuidadora informal” (Costa-Font *et al.* 2016).

Esta cuidadora estará sometida en muchos casos a jornadas de 24 horas y a condiciones muy lejanas a los derechos laborales básicos. Además, esas prestaciones no dan lugar a prestación de desempleo ni a ninguna otra ayuda una vez terminada la situación de cuidadora, por mucho que esta persona haya perdido un puesto de trabajo anterior.

Los hombres, en general, no realizan tareas de cuidado utilizando las “prestaciones por cuidados en el entorno familiar”, como no utilizan las demás facilidades si no están bien pagadas, si les restan derechos laborales o si les sitúan en condiciones extenuantes. Salvo casos excepcionales, son las mujeres quienes las utilizan, y ven

así reforzado su riesgo de dependencia económica y de pobreza.

Complementariamente, el sistema se basa en los servicios de atención a domicilio, residencias y centros de día. Estos tres recursos están extensivamente privatizados, y su oferta es ínfima comparada con la demanda, tanto en la cobertura como en la intensidad. Esto significa que las personas dependientes están viendo usurpado su derecho a la atención. Por otro lado, las trabajadoras de este sector están sobre explotadas, tanto por la precariedad de sus contratos como por la insuficiencia de medios humanos y materiales a la que se ven sometidas.

Finalmente, el tercer colectivo de trabajadoras es el de las empleadas de hogar, recurso que solo está al alcance de una minoría ínfima de familias. Hay que destacar que este es el único colectivo de personas empleadas que está por debajo de los derechos que reconoce el Estatuto de los Trabajadores. En el gráfico siguiente se muestra esta realidad.

Atención a la dependencia: ¿es posible atender las necesidades y asegurar los derechos de todas las personas implicadas?

Por otro lado, los escasísimos servicios de atención a domicilio que prevé la Ley de Dependencia de 2006 no están pensados para cubrir la atención necesaria sino solamente para proporcionar un “respiro” a la cuidadora. Y, si esta ayuda ya era escasa, la situación no ha hecho más que deteriorarse con los posteriores recortes presupuestarios y privatizaciones. La presión sobre las mujeres sigue aumentando y la provisión de servicios públicos perdiendo protagonismo. En particular, en 2012 se suprimió el reconocimiento de cotizaciones a la cuidadora (que ya era solo parcial)⁴, a la vez que se redujeron sustancialmente el máximo de horas de atención a domicilio por parte del sistema, como se muestra en el siguiente cuadro.

	Antes del Real Decreto 20/2012	Después del Real Decreto 20/2012	
		Antiguos beneficiarios	Nuevos beneficiarios
Gran dependencia Nivel 2	70-90	56-70	46-70
Gran dependencia Nivel 1	55-70	46-55	
Dependencia severa Nivel 2	40-50	21-45	21-45
Dependencia severa Nivel 1	30-40	21-30	
Dependencia moderada Nivel 2	21-30	Máx. 20	Máx. 20

Tabla 1. Máximo número de horas mensuales de Atención a Domicilio. Fuente: Costa-Font (2018).

A la vez que se recortan los servicios públicos, adquieren cada vez más protagonismo las desgravaciones fiscales por personas dependientes. Estas desgravaciones pueden favorecer a las familias con un cierto nivel de ingresos, pero no a las familias de rentas bajas que no llegan al nivel para poder desgravarse. Son, pues, regresivas.

Tanto las prestaciones como las desgravaciones, incluso sumadas, son siempre menores que el precio de los servicios privados suficientes, y en la mayoría de los casos también menores que el copago de servicios públicos residenciales de calidad. Así, para familias con alto nivel adquisitivo estos mecanismos pueden significar una “ayuda” al pago de servicios. En otras muchas familias el marido tendrá un nivel de ingresos del que se pueda desgravar y la mujer o la hija podrá verse presionada a convertirse en cuidadora familiar. Así, entre la paguita y la desgravación “resolverán” el cuidado de la persona dependiente.

Como resultado, en España, según la Encuesta de Condiciones de Vida de 2016, hay más de 2 millones de personas que dedican 20 o más horas semanales al cuidado de otras personas (lo que es incompatible con un empleo a tiempo completo). De ellas, un 87% son mujeres.

3. Cobertura actual de las personas mayores dependientes por el Sistema para la Autonomía y la Atención de la Dependencia (SAAD)

La cuestión de cuántas personas dependientes existen y de qué forma son (o no) atendidas por el sistema vigente es fundamental para valorar los cambios y reformas necesarios. El SAAD atendía a finales de 2016 a 624.674 personas mayores de 65 años (un 7,2% de la población mayor de 65 años). Otras 269.600 personas mayores de 65 años estaban en situación de dependencia reconocida con derecho a prestación pero sin recibir servicios (“lista de espera”). En total, algo menos de 900.000 personas con derecho a prestación (el 10,3% de las personas mayores).

Long-term care: is it possible to meet the needs and ensure the rights of all individuals involved?

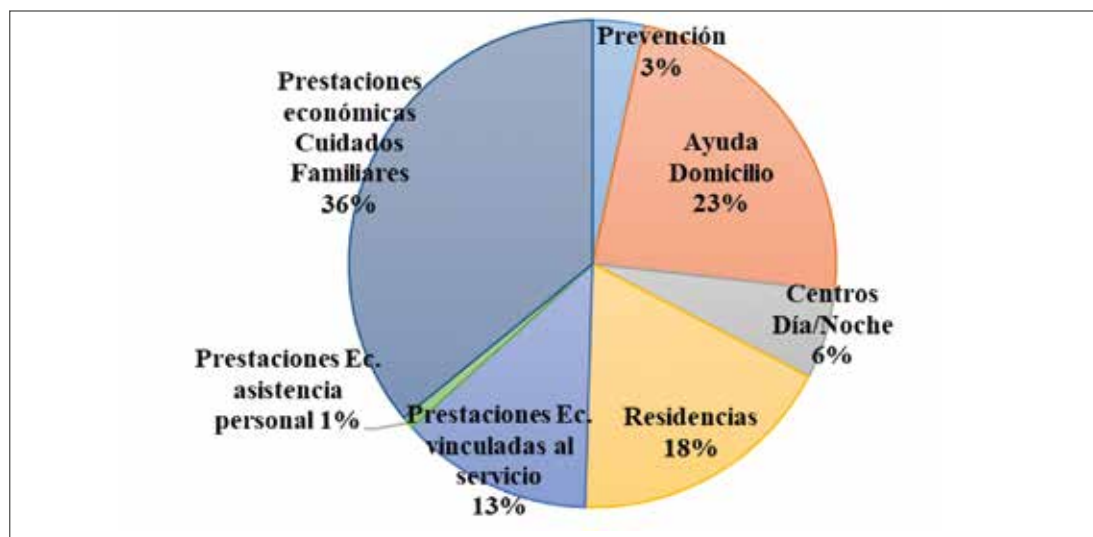


Gráfico 2. Distribución de los servicios prestados por el SAAD a beneficiarios de más de 65 años (excluyendo teleasistencia). Fuente: Elaboración propia con datos del SISAAD. Diciembre 2016.

Esta cifra constituye una cota inferior del valor real de demanda de cuidados entre las personas mayores, dado que no incluye las situaciones de necesidad en las que no existe derecho reconocido, ya sea porque no se ha solicitado la valoración o porque esta ha resultado negativa por no llegar a la puntuación mínima, o bien está todavía pendiente de resolución. Un reciente informe elaborado por la comisión parlamentaria para el análisis de la situación del sistema de dependencia (IMSERSO 2017) subraya, en este sentido, la necesidad de disponer de referencias poblacionales externas para conocer el verdadero grado de cobertura del SAAD, ante la evidencia de que no todas las personas que necesitan atención la solicitan.

Además del problema de la insuficiente cobertura, la cartera de servicios del SAAD ha estado desde un principio indebidamente sesgada hacia la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, concebida originalmente como excepcional, sin que las recomendaciones efectuadas por los exper-

tos y las consiguientes modificaciones legislativas hayan conseguido corregir claramente la situación. A finales de 2016, un 36% de las prestaciones del sistema a los mayores de 65 años tenían esta forma, mucho más prevalente que la ayuda domiciliaria (24%) o la atención residencial (18%).

Las diversas encuestas a los hogares analizadas (Martínez et al. 2018) permiten concluir que el apoyo recibido resulta actualmente insuficiente para un amplio segmento de las personas con limitaciones. Además, el protagonismo de los cuidados informales (realizados mayoritariamente por mujeres) sigue siendo elevado. Con datos de la Encuesta Europea de Salud en España del año 2014 (EESA-2014), unas 911.000 personas mayores dicen necesitar más ayuda de la recibida con las actividades bá-

notas

⁴ El reconocimiento de cotizaciones solo era a efectos de jubilación, incapacidad, muerte y maternidad/paternidad (no desempleo ni enfermedad).

Atención a la dependencia: ¿es posible atender las necesidades y asegurar los derechos de todas las personas implicadas?

sicas de la vida diaria y 1,7 millones requerirían más ayuda con las actividades instrumentales. Por su parte, la Encuesta de Condiciones de Vida del 2016 (ECV-2016) cifra en 928.000 el número de hogares con necesidades no cubiertas de ayuda a domicilio, bien por no recibir en absoluto estos servicios, bien por no recibir las horas suficientes de atención semanal. Existe, por tanto, clara evidencia de una demanda no cubierta de servicios de atención profesional a la dependencia en España.

4. Simulación de la demanda de atención a la dependencia entre los mayores de 65 años basada en las tasas de cobertura observadas en Suecia

El enfoque propuesto en el documento en el que se basa este artículo (Martínez et al. 2018) aplica la metodología de la “necesidad comparativa”, según la cual las necesidades de servicios en un territorio se determinan a partir de la utilización efectiva de los mismos en un territorio distinto cuya cobertura se considera adecuada. Una vez analizados los datos administrativos del sistema sueco, se extrapola para el caso español, asumiendo las mismas pautas de cuidado pero teniendo en cuenta las diferencias demográficas. La comparación entre la cobertura actual y la proyectada nos daría (una vez realizados los ajustes pertinentes) una medida de la demanda de cuidados que es preciso cubrir en la transición hacia un sistema suficiente de atención de la dependencia.

En el trabajo mencionado se ha realizado una simulación conservadora (dado que no se asume un mayor nivel de necesidad por el peor estado de salud de la población española) de la cobertura

del sistema en España aplicando los niveles de protección otorgados en Suecia. El resultado de la simulación indica que la cobertura en España debería ampliarse hasta llegar a proteger al 18% de las personas mayores, aproximadamente 1,6 millones de usuarios, un 78% más de los que actualmente tienen derecho reconocido y más del doble de los que de hecho reciben prestaciones del SAAD. Además, debería aumentar la intensidad protectora (más servicios por persona beneficiaria) y modificarse la estructura del catálogo de prestaciones, sustituyendo las prestaciones monetarias por servicios directos a las personas dependientes (atención domiciliaria, atención residencial, centros de día, etc.). Los aumentos en la cobertura y la intensidad protectora requeridos son superiores entre las personas de edad más avanzada, que constituyen el segmento en el que se detectan las mayores diferencias de protección entre los dos sistemas. La implantación de un sistema equivalente al sueco supondría proporcionar servicios de atención a 1,2 millones de personas de 80 y más años, cuando, en diciembre de 2016 solo se había reconocido el derecho a 660.381 personas, de las cuales recibían efectivamente cuidados 471.865.

5. Diseño del sistema de cuidados de larga duración: principios básicos

El sistema de atención a la dependencia debe diseñarse de forma que garantice unos servicios de atención a la dependencia ajustados al reconocimiento de dicha atención como un derecho subjetivo y universal que se atiende de forma suficiente por parte de los servicios públicos; es decir, que garantice la autonomía funcional de las personas dependientes, sin necesidad de recurrir a personas de la familia. El sistema ha de basarse

Long-term care: is it possible to meet the needs and ensure the rights of all individuals involved?

en servicios prestados directamente por el sector público, ha de estar dotado de los recursos económicos necesarios y es fundamental que garantice la igualdad de género y la equidad interterritorial. Para ello, es imprescindible una transformación radical del Sistema actual y el diseño y financiación de un nuevo sistema que, eliminando todo planteamiento de tipo asistencial, garantice el derecho a la atención a la dependencia como un elemento básico de justicia social.

Para ello, el sistema debe basarse en los principios básicos de: i) carácter público, ii) universalidad, iii) cobertura y atención suficiente, iv) prestación directa de servicios, v) empleo público, vi) gratuidad del cuidado, vii) equidad de género, y viii) equidad interterritorial. En el sistema vigente, estos principios básicos no se respetan en la práctica, pese a que muchos de ellos también se invocan en la teoría.

El sistema propuesto requiere, por ello, aumentar la inversión social y modificar el uso de los recursos públicos, para garantizar la universalidad real, aumentar la intensidad protectora y financiar con cargo a impuestos, sin copago, los cuidados ofrecidos por el sistema, sin perjuicio de la participación de los usuarios en los costes de alojamiento y manutención que entrañan las soluciones institucionales (centros de día, residencias, etc.). Paralelamente, es preciso reforzar y diversificar la oferta pública de servicios, de forma que los cuidados puedan prestarse directamente por parte de entidades públicas, sin el recurso a empresas privadas. El sistema propuesto excluye los pagos monetarios directos a los dependientes y sus cuidadores informales, por tratarse de uno de los elementos del diseño actual que más ha distorsionado su funcionamiento.

6. Estimación de los servicios necesarios

En el trabajo realizado por las autoras de este artículo (Martínez et al. 2018) se estiman los niveles de servicio necesarios para cubrir adecuadamente la demanda actual de cuidados entre las personas mayores de 65 años, principales beneficiarias de esta política. Para ello se han utilizado dos escenarios distintos: por un lado, la cobertura adecuada, con supuestos de uso basados en las recomendaciones de los expertos, de la demanda real actual estimada a partir de datos de encuestas (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe.- SHARE-2015); por otro, la aplicación a España de los niveles de uso de los distintos servicios observados en Suecia por parte de los distintos subgrupos de sexo y edad de la población mayor dependiente, ajustando por las diferencias demográficas entre los dos países.

La simulación basada en SHARE, realizada aplicando el baremo actual de valoración de la dependencia a los datos de la encuesta SHARE-2015, aumentaría el número de personas beneficiarias del sistema a 1,2 millones de personas mayores de 65 años, que serían atendidos en residencias y otros alojamientos colectivos en un 41% de los casos. El resto de las personas mayores dependientes, unas 700.000, serían atendidas en sus domicilios por profesionales de la dependencia, con o sin el concurso de los centros de día, dependiendo de las necesidades concretas, y la mayoría recibiría algún servicio complementario (como la teleasistencia). Por su parte, la simulación basada en la estructura de servicios y nivel de cobertura vigentes en Suecia extiende el número de personas beneficiarias hasta casi 1,6 millones, proporcionándoles en mayor medida ayuda domiciliaria, teleasistencia y servicios complementarios. El porcentaje de atención

Atención a la dependencia: ¿es posible atender las necesidades y asegurar los derechos de todas las personas implicadas?

residencial de esta población beneficiaria más extensa sería de un 26%, un porcentaje inferior al resultante en la simulación SHARE, pero claramente superior al actual. En las dos simulaciones, las plazas en residencias para personas mayores dependientes superarían las 400.000, lo que permitiría aproximar la cobertura residencial a la recomendada por la Organización Mundial de la Salud (el 5% de las personas mayores).

7. El coste actual del sistema de atención a la dependencia

El Informe de la Comisión para el análisis de la situación del sistema de la dependencia (IMSERSO 2017) revisa las diversas evaluaciones del coste realizadas con anterioridad y aplica una metodología concreta para evaluar el coste del sistema (con datos de 2016) y la evolución esperada del gasto en dependencia hasta 2020. Según sus resultados, el coste del sistema, en el año 2016, sería de 7.986 millones de euros, financiados en un 80% por las Administraciones Públicas y en un 20% por los ciudadanos, según las estimaciones del porcentaje promedio de copago. Por otra parte, el Informe eleva a 10.277 millones el coste del sistema en caso de eliminarse la lista de espera, que serían 11.339 millones de euros en 2020 sin lista de espera y teniendo en cuenta las nuevas incorporaciones. Todo ello, manteniendo invariable el diseño del sistema actual, caracterizado por su baja intensidad protectora y el gran peso otorgado a las prestaciones de cuidados en el entorno familiar.

La estimación del coste actual comentada se refiere al conjunto del sistema y no separa el coste generado por las personas dependientes mayores y menores de 65 años. Para analizar el incremento

presupuestario derivado de la puesta en marcha del sistema propuesto, hemos distribuido el coste total estimado para 2016 entre el correspondiente a las personas dependientes menores y mayores de 65 años, bajo el supuesto de que no hay diferencias en el coste medio por persona beneficiaria según su edad. Además, hemos incrementado el resultado en un 2% adicional para cubrir el coste de “otros servicios” (como los de prevención y promoción de la autonomía) no contemplados explícitamente en el Informe de la Comisión. Así, el coste total estimado de la atención a la dependencia en personas mayores de 65 años rondaría los 5.850 millones de euros a finales de 2016. Descontando el porcentaje medio de copago (una quinta parte del coste), atender en 2016 a las personas mayores dependientes supuso para el erario público un gasto total estimado de 4.679 millones de euros (el 0,42% del PIB).

8. Coste total estimado del modelo propuesto

Combinando la información sobre costes unitarios medios de los servicios y los datos sobre usuarios estimados de cada servicio se ha evaluado el coste total del sistema propuesto en los dos escenarios manejados a lo largo del trabajo: cobertura adecuada de la demanda real existente, aplicando el mismo umbral de entrada al sistema definido por el actual Baremo Oficial de Valoración de la Dependencia (estimación basada en datos SHARE), y cobertura igual a la proporcionada en el sistema maduro tomado como modelo de referencia (sistema sueco). En ambos casos, el coste total del sistema necesario para atender de forma adecuada a la población dependiente mayor de 65 años superaría los 17.000 millones de euros, unas tres veces el coste estimado actual.

Long-term care: is it possible to meet the needs and ensure the rights of all individuals involved?

El coste medio por persona beneficiaria pasaría de los 9.365 euros actuales a unos 14.700 euros si se aplicara a la demanda real estimada con datos SHARE-2015 el estándar de servicio definido en el modelo propuesto. El incremento del coste por persona beneficiaria respecto al modelo actual procedería, sobre todo, de la sustitución de prestaciones económicas para cuidadores informales por atención domiciliaria, del aumento de la atención residencial y del incremento en la intensidad horaria de la atención a domicilio. Por otra parte, si se proyecta a España el nivel de cobertura existente en Suecia en el año 2016, el sistema atendería a más personas (un 18,4% de las personas mayores de 65 años, frente al 13,8% en el primer escenario), aunque el porcentaje de atención residencial y el coste medio por persona beneficiaria serían inferiores (unos 10.800 euros por usuario y año), al incorporar usuarios con menor nivel de dependencia que actualmente no son elegibles según el baremo español y a los que se prestarían servicios de menor intensidad.

Para analizar el impacto sobre el presupuesto del sistema de la dependencia es preciso diferenciar el coste de los cuidados, que sería asumido íntegramente por el sector público sin aplicar ningún copago, de los costes de alojamiento y manutención, que se consideran externos al sistema. De acuerdo con las estimaciones realizadas, los gastos de “manutención y alojamiento” supondrían cerca de un 33% del coste total en el escenario SHARE-2015, y alrededor del 28% en el caso de simular un sistema tipo “sueco”. Como se ha mencionado, en el sistema propuesto estos costes corren directamente a cargo de las personas beneficiarias. No obstante, las personas beneficiarias con ingresos bajos recibirían prestaciones por parte del sistema de protección social para cubrir la totalidad o parte de este

coste. Una extensión interesante del trabajo sería evaluar la distribución de potenciales personas beneficiarias de este tipo de ayudas y su coste presupuestario, teniendo en cuenta las características y nivel de renta de las personas beneficiarias de la atención residencial.

En suma, el gasto público en cuidados de las personas mayores dependientes se situaría en unos 12.000 millones de euros (11.901 millones en el escenario basado en SHARE y 12.226 millones de euros en el escenario basado en la cobertura sueca). Estas cifras supondrían dedicar a esta política de protección de las personas mayores dependientes casi un 1,1% del PIB, frente al 0,42% actual. Así pues, el incremento presupuestario necesario para financiar un sistema suficiente de atención a la dependencia de las personas mayores, una vez descontado el “coste hotelero” implícito en algunas modalidades de atención, superaría los 7.000 millones de euros en cualquiera de los dos escenarios simulados (el incremento sería de 7.222 millones de euros en el primer escenario y de 7.587 millones en el segundo, basado en la cobertura sueca).

9. Vías de financiación del incremento del gasto: el papel de los gastos fiscales

Aunque en el documento en el que se basa este artículo no se analizan de forma exhaustiva las posibles vías de financiación, se ha considerado de forma explícita la posibilidad de obtener recursos adicionales eliminando determinados incentivos fiscales asociados a la edad, la discapacidad y la dependencia en el IRPF (reducciones en la base imponible, incrementos en los mínimos personales y familiares, deducciones auto-

Atención a la dependencia: ¿es posible atender las necesidades y asegurar los derechos de todas las personas implicadas?

nómicas en la cuota y deducciones estatales en la cuota diferencial del impuesto). Dichos incentivos han ido aumentando con el tiempo, tanto a nivel estatal como autonómico, y suponen en la actualidad una pérdida de recaudación fiscal importante. Además, muchos de estos descuentos fiscales concentran sus beneficiarios en las decilas medias o superiores de ingresos, beneficiando en menor medida a las familias económicamente vulnerables.

En una estimación conservadora, el gasto fiscal anual en las diversas reducciones, deducciones y mínimos vinculados a la edad o la discapacidad de las personas mayores en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) asciende a unos 1.700 millones de euros, que podrían dedicarse en todo o en parte a financiar el incremento de servicios necesario para atender de forma adecuada a la población dependiente. Con ello, y pese a la eliminación del actual copago vinculado a la renta, la financiación del sistema podría resultar globalmente más progresiva que en la actualidad, dada la regresividad de los principales beneficios fiscales actualmente vigentes. Todo ello sin contar con las prestaciones para sufragar el gasto hotelero (alojamiento y manutención) que aumentarían sustancialmente la progresividad al estar sujetos a condición de rentas.

10. Efectos sobre el empleo

Aplicando supuestos razonables sobre los ratios de trabajadores por cada cien usuarios de los distintos servicios, se ha calculado el empleo directo a tiempo completo necesario para gestionar los servicios prestados en los dos escenarios propuestos. En ambos casos se supera el medio millón de empleos (son, en particular, 548.376

empleos para la simulación con los datos SHARE y 528.953 en el caso de la estimación basada en la cobertura sueca). Comparado con el empleo implícito en el sistema a finales de 2016 (aplicando los mismos ratios, y teniendo en cuenta también los servicios financiados con “bonos” a través de la prestación económica vinculada al servicio), unos 155.000 empleos, el potencial de generación neta de empleos equivalentes a tiempo completo sería de 374.256 según la simulación de la cobertura sueca y de 393.679 en la simulación basada en datos SHARE.

Además de estos efectos directos sobre el empleo, la implantación de un sistema de cuidados de larga duración adecuado y suficiente tendría un indudable y deseable impacto positivo sobre la brecha laboral de género, permitiendo que mujeres que han abandonado sus empleos para cuidar de un familiar dependiente, o que ni siquiera se plantean la posibilidad de trabajar por la imposibilidad de compatibilizar las dos funciones, puedan desarrollar su perfil profesional. Los datos de la Encuesta de Población Activa analizados en el trabajo muestran que muchas más mujeres inactivas que hombres declaran no buscar empleo por estar al cuidado de una persona dependiente. Igualmente, muchas más mujeres que hombres asumen, por la misma razón, empleos a tiempo parcial.

11. Otros retornos económicos y sociales

Además de los retornos directos e indirectos sobre el mercado de trabajo los aumentos del gasto público asociado a la atención de la dependencia se compensarán con ahorros por la previsible disminución el gasto en prestaciones por desempleo,

Long-term care: is it possible to meet the needs and ensure the rights of all individuals involved?

aumento de ingresos por las cuotas a la Seguridad social del empleo generado y aumento de los ingresos procedentes del IVA, Impuesto de sociedades, IRPF. Diversos estudios previos han estimado estos retornos en valores que fluctúan entre 40 y 65 céntimos por cada euro de dinero público invertido. En este estudio hemos utilizado un porcentaje del 39,6% para estimar los retornos financieros del gasto público asociado al modelo de atención propuesto. Si este valor es correcto, se generarían unos ingresos de 4.718 millones de euros en el caso de la estimación basada en SHARE y de 4.847 millones de euros en la simulación que toma como punto de partida del modelo sueco.

Junto a los retornos económicos y financieros mencionados, y a las ganancias en igualdad de género, existen otros efectos sociales positivos más intangibles y difíciles de medir. Distintos estudios han mostrado hasta qué punto mejorar el sistema de atención a las personas dependientes puede incidir positivamente en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras (que serían profesionales), además de mejorar la situación y autonomía de las personas cuidadas. Paralelamente, aumentaría el nivel de cohesión social, al contar todos los grupos sociales con un nuevo servicio público universal de gran valor, accesible en función de las necesidades y no de los ingresos o la riqueza. Ello contribuiría positivamente a la igualdad de oportunidades en uno de los países que sigue destacando por sus niveles de desigualdad en el contexto internacional.

12. Conclusión

El estudio del Instituto de Estudios Fiscales que aquí se ha resumido concluye que el cambio del sistema actual de CLD a un sistema basado en

el derecho universal a la atención suficiente y de calidad por parte de los servicios públicos (financiación y provisión pública) exigiría un incremento presupuestario neto total de unos 5.700 millones de euros. Se crearían cerca de 400.000 nuevos empleos públicos a tiempo completo (374.256 en la estimación a partir del modelo Sueco; 393.679 con la estimación según datos de SHARE), y se reconverterían los actuales empleos precarios en empleos públicos.

También estima que el erario público recuperaría casi 4.500 millones de euros solamente por el aumento de cotizaciones e impuestos correspondientes a los empleos creados directamente por el sistema; sin contar la contribución de otros nuevos empleos indirectamente relacionados ni la de aquellos a los que podrían acceder las mujeres que hoy no tienen empleo a tiempo completo por razones de cuidado.

Así pues, cabe afirmar que este cambio de sistema propuesto es viable y de gran utilidad social. Más aún, es una necesidad imperiosa para atender las necesidades no atendidas y para garantizar los derechos ahora vulnerados. Hay que subrayar que estos nuevos empleos serían dignos, no deslocalizables y no contaminantes, lo que es crucial si queremos evitar, o mitigar, el colapso al que nos dirigimos por el cambio climático.

BIBLIOGRAFÍA

Costa-Font, J. Jiménez-Martín S. y Vilaplana-Prieto, C. (2018). *Thinking of incentivizing care? The effect of demand subsidies on informal caregiving and intergenerational transfers*. IZA Discussion Paper Series No. 11774. Recuperado 29.07.2019. <http://ftp.iza.org/dp11774.pdf>

Atención a la dependencia: ¿es posible atender las necesidades y asegurar los derechos de todas las personas implicadas?

IMSERSO (2011). *Informe del Gobierno para la evaluación de la ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado 29.07.2019 https://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/saad/evo_doc/d/inf_eval/index.htm

IMSERSO (2017). *Informe de la comisión para el análisis de la situación actual del sistema de la dependencia, de su sostenibilidad y de los actuales mecanismos de financiación, para evaluar su adecuación a las necesidades asociadas a la dependencia*. Recuperado 29.07.2019 https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf_comision_analisis_20171006.pdf

Martínez, R., Roldán, S. y M. Sastre (2018). *La atención a la dependencia en España. Evaluación del sistema actual y propuesta de implantación de un sistema basado en el derecho universal de atención suficiente por parte de los servicios públicos. Estudio de su viabilidad económica y de sus impactos económicos y sociales*. Papeles de Trabajo 5/2018. Instituto de Estudios Fiscales, Madrid. Recuperado 29.07.2019 http://www.ief.es/docs/destacados/publicaciones/papeles_trabajo/2018_05.pdf

Tobio, C., Agulló Tomás, M.S., Gómez M.V. y Martín Palomo, M.T. (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*, Colección Estudios Sociales Nº 28, La Caixa. Recuperado 29.07.2019 https://multimedia.caixabank.es/lacaixa/onde-mand/obrasocial/pdf/estudiossociales/vol28_completo-es.pdf