ESTUDIOS DE ECONOMÍA APLICADA VOL. 25-2, 2007. PÁGS. 379-406

El impacto de la Ley de la dependencia y del efecto demográfico en los gastos de los cuidados de larga duración

MONTSERRAT CODORNIU, JULIA
Departamento de Teoría Económica, Universidad Ramon Llull , Torrent de les Flors, 68 08024 Barcelona
Tfo. 670 280 747 - E-mail: jmontserratc@gmail.com

RESUMEN

Las perspectivas del cambio demográfico en el horizonte 2050 muestran un envejecimiento importante de la población en la Unión Europea. El ratio de dependencia se doblará, del 24,5% al 51,4%. Ello puede afectar negativamente a las balanzas fiscales de los países. La UE recomienda a los Gobiernos cambios estructurales para intentar frenar el crecimiento del gasto social pero esto no siempre será posible en países en donde, todavía, no se ha alcanzado la universalidad de algunos servicios sociales. La implantación de la Ley de la dependencia en España permitirá ampliar y mejorar el sistema de protección social en la atención a las personas dependientes pero supondrá un incremento del gasto social importante, entre medio y un punto del PIB situándolo, alrededor, del 1% del PIB. El efecto del envejecimiento añadirá otro incremento importante haciendo que, en el horizonte 2050, el gasto este se sitúe, alrededor del 2% del PIB.

Palabras clave: Cuidados de larga duración, cuidados sanitarios, envejecimiento, dependencia, gasto protección social.

The effects of population ageing and Law of Dependecy on social expenditure in Spain

ABSTRACT

The perspectives of demographic change for the year 2050 reveal a substantial ageing of the population, which will imply a doubling in the ratio of dependency, from 24.5% to 51.4%, in the EU-25. This will negatively affect the fiscal balance of those countries. The EU recommends that Governments implement changes in an effort to limit the social expenditure involved, but this is not always possible in countries in which the universality of certain social services has not yet been attained. The Law of Dependency in Spain will improve the social-protection system, but will also imply an important increase in social expenditure of between half and one GDP percentage points. The effect of population ageing will also lead expenditure on long-term care to increase around one GDP percentage points, So, in 2050, public cost will be around two GDP percentage points.

Keywords: Long-term care, Health care, ageing, dependency, expenses on social protection..

JEL classification: 13

Artículo recibido en Enero de 2007 y aceptado para su publicación en Febrero de 2007.

Artículo disponible en versión electrónica en la página www.revista-eea.net, ref.: e-25203.

ISSN 1697-5731 (online) – ISSN 1133-3197 (print)

1. LA EVOLUCIÓN DE LOS GASTOS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN LA UNIÓN EUROPEA

Los sistemas de protección social desarrollados por los países llamados Estados del Bienestar han permitido alcanzar cotas de bienestar y de cohesión social inimaginables cincuenta años atrás. La contrapartida ha sido destinar un importe elevado de gasto público a dichas políticas. El gasto público en protección social, en términos de las estadísticas SEEPROS1, en los países de la UE alcanza el 28,3%2 del PIB y representa 6.926 euros por habitante. En el contexto de la política de protección social, los Estados dedican mayor proporción del gasto público a aquellas funciones donde las personas mayores tiene un peso importante como son: Salud con el 7,7% del PIB y Vejez con el 11,1% del PIB. El gasto conjunto de estas dos políticas representa casi, el 70% del gasto total en Protección Social. Aunque existen diferencias en el grado de protección social entre los países europeos considerados, todos ellos tiene como común denominador el hecho de que el gasto en estas dos funciones representa, aproximadamente, las dos terceras partes del total.

En el contexto de los países de la Unión Europea, la principal causa del crecimiento del gasto social es el envejecimiento de la población, el cual es debido a la interacción de 4 factores demográficos, en los que las causas y las repercusiones económicas de cada uno son diferentes.

Primero, en todos los países de la UE, los ratios de fertilidad están por debajo de la tasa natural de sustitución necesarios para estabilizar la dimensión y estructura de edades de la población. Para el conjunto de la UE-25, las tasa de fertilidad se prevé que crecerán del 1,5, en 2004, al 1,6 en 2030 y permanecerá constante hasta 2050.

Segundo, la entrada en la edad de la jubilación de la generación del "baby boom" se corresponde con la generación con bajas tasas de fertilidad lo cual incidirá a que el ratio "activos/ pasivos" disminuya a la mitad y empuje a que el ratio de dependencia se duplique, pasando del 24,5% al 51,4%.

Tercero, habiendo incrementado la esperanza de vida en 8 años desde 1960, se prevé que incrementará en otros 6,3 años para los hombres y 5,1 años para las mujeres en el 2050 lo cual resulta de una menor mortalidad en las edades más avanzadas.

Cuarto, los flujos netos de la inmigración acumulados se prevén en 40 millones de personas entre 2004 y 2050, pero son insuficientes para estabilizar la pirámide de la población.

---

[1] SEEPROS es un sistema de estadísticas de la UE que mide el gasto en Protección Social e incluye 8 funciones: Salud, Vejez, Invalidez, Supervivencia, Familia, Desempleo, Vivienda y Exclusión social. En cambio, excluye Educación.

[2] Eurostat. Datos del año 2003.

Según las proyecciones demográficas, la población de la UE-25, en el 2050, será ligeramente más pequeña (de 456,8 a 453,8 millones de personas) pero mucho más vieja comparada con la del 2004. Entre 2004 y 2050, el número de jóvenes (entre 0-14 años) se prevé que disminuirá un 19% (13 millones). Desde una perspectiva económica, el cambio clave es el relativo al grupo de la población trabajadora (15-64 años), el cual descenderá en un 16% (48 millones). En contraste, la población mayor (+65 años) incrementará de forma dramática en un 77% (58 millones). El segmento de población que más incrementará será el de la población muy envejecida (+80 años), el cual variará en un 174%, casi 32 millones. Es decir, la población mayor se duplicará mientras que la población muy mayor se triplicará. Ver cuadro 1.

Cuadro 1. Evolución de la población en la UE-15 entre 2004 y 2050. (en millones de personas)

	Pobl. (0-15 años)			Pobl.(15-64 años)			Pobl. (+65 años)			Pobl. (+80 años)		
	2004	2050	% Var.	2004	2050	% Var.	2004	2050	% Var.	2004	2050	% Var.
España	6,2	5,0	-19	29,1	22,9	-21	7,1	15,0	111	1,8	5,3	199
EU-15	**62,4**	**52,7**	**-15**	**255,1**	**221,3**	**-13**	**65,2**	**114,2**	**75**	**16,3**	**44,2**	**172**
EU-25	74,8	61,4	-18	306,8	259,1	-16	75,3	133,3	77	18,2	49,9	174

Fuente: EPC y Comisión Europea (2006)

Uno de los factores más importante que incidirá en la disminución de los ingresos públicos es la disminución del número de personas en edad de trabajar. En la evolución de la tasa de empleo se pueden distinguir tres periodos: a) entre 2003 y 2011, se prevé que la tasa de empleo se incremente[3] aunque disminuye ligeramente el número de personas en edad laboral, b) entre 2012 y 2017, la tasa de empleo incrementa aunque desciende de forma significativa las personas en edad laboral y, c) a partir del 2018, tanto la tasa de empleo como las personas en edad laboral disminuyen. Por eso, el informe[4] de la Comisión Europea recomienda que los países introduzcan las reformas estructurales antes del 2017 ya que a partir de entonces, el efecto demográfico tendrá un peso muy importante.

La conjunción entre la entrada masiva de "pasivos" originada por la jubilación de la generación del "baby boom" y el descenso del número de personas en edad laboral "activos" hará que la proporción de activos sobre pasivos se reduzca a la mitad. Ello

[3] El incremento de la tasa de empleo es debida principalmente a la incorporación de las mujeres en el mercado laboral.

[4] European Commission . Special report nº1/2006 "The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU-25 Member States on pensions, healthcare, long-term care, education and unemployment transfers (2004-50).

significa que, en el periodo comprendido entre 2004 y 2050, la tasa de dependencia[5] se doblará pasando del 25,5 al 51,6%. Ver cuadro 2.

Cuadro 2. Evolución de los ratios de dependencia en los países de la UE-15.

	2004	2050	2004-2050 Variación
Bélgica	26,1	47,2	21
Dinamarca	22,5	41,9	19
Alemania	26,8	51,7	25
Grecia	26,4	60,4	34
España	24,6	65,4	41
Francia	25,2	46,4	21
Irlanda	16,4	45,2	29
Italia	28,9	62,2	33
Luxemburgo	21,0	36,1	15
Holanda	20,5	40,6	20
Austria	22,8	52,4	30
Portugal	24,9	58,5	34
Finlandia	23,3	46,7	23
Suecia	26,4	40,9	14
Reino Unido	24,3	45,0	21
EU-15	**25,5**	**51,6**	**26**
EU-25	**24,5**	**51,4**	**27**

Fuente: EPC y Comisión Europea (2006)

Tal como se puede apreciar en el cuadro anterior, España es el país que se estima alcanzará una tasa de dependencia mayor en el 2050 triplicando (casi) la tasa actual, pasando del 24,6, en el 2004, al 65,4, en el 2050, lo cual tendrá un impacto muy importante en el gasto social pudiendo hacer tambalear la balanza fiscal y amenazar los niveles de protección social alcanzados.

El envejecimiento de la población es fuente de preocupaciones de los políticos y de los organismos internacionales (OCDE, UE, WHO y otros), los cuales están realizando esfuerzos para medir y evaluar su efecto en el gasto a largo plazo. La UE consciente de su rol se ha erigido como institución impulsora y supervisora de los objetivos a alcanzar en los acuerdos del pacto del crecimiento y de la estabilidad, así como de promover estudios específicos sobre el impacto del envejecimiento de la población. A este efecto se creó un grupo de trabajo específico[6] que ha desarrollado, hasta el momento, dos informes sobre el envejecimiento y su impacto en el gasto

[5] Tasa de dependencia es la relación entre el número de personas de más de 65 años entre el número de personas en edad laboral (entre 15 y 64 años).
[6] AWG, Ageing Working Group.

público (EPC 2001[7] y EC 2006[8]). En las hipótesis incorporadas en el último estudio se tuvieron en cuenta las recientes aportaciones sobre la evolución de las tasas de morbilidad y discapacidad y como estas podían influir en el gasto. En el parágrafo siguiente se va exponer un resumen del estado actual de dichas teorías.

2. LA PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD: TEORÍAS SOBRE EL IMPACTO DE LA BUENA SALUD EN LA POBLACIÓN.

¿Cómo afectará el incremento de la esperanza de vida en el número de años vividos con discapacidad? Es uno de los aspectos más importantes y más polémicos actualmente ya que si el mayor número de años vividos se hacen con discapacidad, ello afectará de forma importante en el gasto de las familias y /o en el gasto público de atención a las personas en situación de dependencia. A lo largo de los últimos años se han desarrollado una serie de teorías de signo contradictorio, unas predicen que los años ganados de vida, serán años libres de discapacidad mientras que otras dicen que los años ganados de vida, al producirse en edades muy avanzadas, incidirá en un mayor número de años vividos con discapacidad. Siempre hay quienes optan por el camino intermedio.

En la década de los 80 y principios de los noventa del siglo XX, las intensas discusiones entre epidemiólogos y demógrafos condujeron al debate sobre la "expansión o compresión de la morbilidad" sosteniendo posiciones contradictorias sobre el mayor o menor número de años vividos con buena salud como resultado del incremento de la esperanza de vida. Algunas aportaciones como la de Manton (1995) contribuyeron a desdramatizar las conclusiones sobre el estrangulamiento de las finanzas públicas ya que observa que como consecuencia de la mejora de la salud de la población, la prevalencia de la discapacidad disminuye y, por lo tanto, esto tiene un efecto positivo sobre las finanzas públicas. A continuación se exponen tres grandes teorías que se han desarrollado alrededor de este tema

a) La teoría de la expansión de la morbilidad fue propuesta por Grueber (1997), Verbrugger (1984), Olshansky y otros (1991) y soportado empíricamente por Guralnik (1991). Esta teoría señala que la gente más mayor es vulnerable a las discapacidades que pueden causar las enfermedades crónicas y que esta propensión está relacionada con la edad; así es que cuantos más años vivan las personas, mayor será el numero de años con dependencia. De esta forma, la ganancia en el número de años está asociada a una mala salud y, por ello, a más tiempo con discapacidad.

[7] EPC (2001)
[8] EC. Special Report nº 1/ 2006, op. cit.

b) La teoría del equilibrio dinámico fue propuesta por Manton y otros (1995). Esta señala que el alargamiento de la esperanza de vida viene acompañada de un retraso de la morbilidad. Así, los años de vida ganados por el incremento de la esperanza de vida son años vividos en buena salud. De esta forma, el tiempo asociado a la morbilidad y discapacidad severa permanecen, aproximadamente, constantes debido al hecho de que los tratamientos médicos y las mejoras en la salud por los nuevos estilos de vida reducen el ratio de progresión de las discapacidades crónicas. El resultado final de este efecto seria que el incremento del número de años vividos con buena salud empuja a la discapacidad hacia los últimos años de vida con lo que el periodo de años de vida afectados por el grado de discapacidad severa permanecería constante.

c) La teoría de la compresión de la morbilidad fue propuesta por Fries (1980,1983,1989,1993) Su argumento es que a medida que la esperanza de vida incrementa, el umbral de la discapacidad se aleja gracias a las mejoras en las condiciones de vida, los estilos de vida más saludables y, el hecho de que cada vez más, las enfermedades crónicas pueden ser curadas. De acuerdo con esta teoría, la morbilidad y discapacidad será gradualmente pospuestas a edades muy avanzadas (en los últimos años de vida) y se irá reduciendo progresivamente el número de años asociados a la discapacidad. En resumen, esta teoría defiende que, el número de años vividos con buena salud será mayor que el numero de años ganados por el alargamiento de la esperanza de vida y el número de años con discapacidad se reduciría.

Ninguna de las tres teorías ha aportado evidencia científica suficiente para desbancar a las otras aunque existe una tendencia a aceptar la teoría del equilibrio dinámico que supone una posición intermedia entre las otras dos. Concretamente, las proyecciones de gasto que está realizando la UE maneja las tres hipótesis pero se decanta por una hipótesis mixta entre efecto "envejecimiento" y efecto "discapacidad constante".

3. LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

La protección social es una política de prevención del riesgo de la pobreza y de la exclusión social vinculada a la enfermedad, los accidentes, la discapacidad y la vejez. La protección social permite distribuir entre los miembros de toda la sociedad costes que, a menudo, exceden de la capacidad económica de una única persona o de su familia evitando que una renta baja limite el acceso al sistema. Los sistemas de protección social de la UE han permitido reducir considerablemente el riesgo de pobreza y han contribuido a una mejora del estado de salud de la población europea.

Así, constituyen un elemento importante del modelo social europeo[9].

Uno de los ejes de la protección social es la política de atención a las personas en situación de dependencia. Debido al alargamiento de la esperanza de vida, cada vez más, hay un mayor número de personas dependientes[10], de los cuales una parte importante constituyen población susceptible de protección pública por su incapacidad de acceder al mercado privado para satisfacer sus necesidades. Los servicios de atención a la dependencia son servicios caros[11] por su elevada proporción de servicios personales. Ello comporta que, sin una política de protección social, alrededor de las tres cuartas partes de la población necesitada quedan excluidas de la posibilidad de disponer de servicios formales. En aquellos países que no han desarrollado políticas de alcance universal en la atención a la dependencia son las familias las que, generalmente, ocupan este espacio de cuidar a las personas afectadas recayendo sobre las cuidadoras informales (generalmente son del genero femenino) una carga excesiva en tiempo de dedicación[12], estrés físico y emocional y de renuncia personal a la posibilidad de estar en el mercado laboral.

La Unión europea ante las proyecciones del envejecimiento masivo que se prevé en los próximos cincuenta años, especialmente a partir del 2010 cuando empiecen a jubilarse los de la generación del "baby boom", toma conciencia de los retos que se avecinan a los Estados miembros en materia de protección social. Por otro lado, también se vislumbra que no todos los Estados adheridos tienen desarrollados sistemas de protección social universales y equitativos, lo cual, si la situación no cambia, el envejecimiento de la población conduciría a un incremento del nivel de pobreza o de exclusión social de la población. Ello hará que tanto las políticas públicas de mejoras de la protección social, como el hecho del incremento del número de población afectada por el alargamiento del proceso del envejecimiento comporte incrementos sustanciales del gasto público.

Tras el Consejo Europeo de Lisboa (2000) que señaló la necesidad de reformar los sistemas de protección social, en particular para poder seguir proporcionando servicios sanitarios de calidad, y el de Gotemburg (2001), que reflexiona sobre las consecuencias ante el reto del envejecimiento de la población, se solicitó un informe

---

[9] COM (204) 304

[10] Dependencia y discapacidad no son terminos equivalentes. Dependiente es cuando las discapacidades que sufre una persona son tan importantes que necesita la ayuda de una "tercera persona".

[11] El precio medio de una residencia se situa entre, 2,5 y 3 veces el salario mínimo interprofesional.

[12] Según G. Rodríguez Cabrero, las cuidadoras informales dedican más de 40 horas a la semana en el cuidado de un familiar con dependencia severa. Ver Panorama Social ,nº 2 /2005: pg 25.

a la Comisión para definir el marco de la reforma de los sistemas de protección social. El informe resultante *"El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera"*[13] *fue aprobada por el* Consejo Europeo de Barcelona (2002). La comunicación llegaba a la conclusión de que los sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración en la Unión Europea tienen ante si el reto de alcanzar al mismo tiempo tres objetivos: el acceso de toda la población a los cuidados de larga duración, independientemente de los ingresos o el patrimonio; un alto nivel de calidad de la asistencia; y la sostenibilidad financiera de los sistemas de asistencia.

La Comisión Europea, en el marco de las estrategias de la cumbre de Lisboa, impulsó a los estados miembros que confeccionaran informes para analizar los logros de la implantación de los Planes nacionales (NAP) sobre pobreza y exclusión social establecidos para el periodo 2003-2005[14]. Los resultados señalan que los logros no han sido siempre suficientes para alcanzar los objetivos establecidos. En muchos países hay, todavía, un diferencial entre los objetivos de inclusión social establecidos y el esfuerzo político realizado para alcanzarlos. La Comisión señala que los Gobiernos deben dedicar más esfuerzos para lograr las metas establecidas para reducir la pobreza en el horizonte 2010.

En el contexto de la Unión Europea se vislumbra que hay una gran diversidad en las políticas de atención a las personas en situación de dependencia. Según Rodríguez Cabrero[15], las políticas nacionales se podrían agrupar en cuatro grandes modelos de atención:

a) Los modelos de tipo nórdico basados en una filosofía de "ciudadanía social" cuya protección se extiende a lo largo de todo el ciclo vital y en todos y cada uno de sus aspectos. La protección es universal con independencia del nivel de renta de los beneficiarios y garantizan una elevada intensidad protectora que se traduce en elevados niveles del gasto público. La financiación se realiza a través de los impuestos asegurando una importante política de redistribución de rentas. Los usuarios contribuyen con copagos de pequeña cuantía.

b) Los modelos de tipo continental, también denominados de Seguridad Social (Alemania, Francia, Luxemburgo, Austria) se basan en el principio de subsidiaridad cuyo objetivo es apoyar a la familia cuidadora. El alcance de las prestaciones aunque amplio tiene su techo en ser contribuyente de la Seguridad Social aunque el Estado extiende la política asistencial a aquellos que quedan excluidos

[13] COM (723) final.
[14] COM (2006) 62 final
[15] Rodríguez Cabrero (2006): La protección social a la dependencia en España en el marco del espacio social europeo en Panorama social. Abril-Junio 2006. Pgs: 23-45.

del Sistema. Así, el sistema de financiación público es mixto entre cotizaciones sociales e impuestos. En este modelo, el beneficiario tiene un papel relevante en la financiación del mismo aportando copagos que varían en función de la renta.

c) El modelo liberal-asistencial, característico del Reino Unido e Irlanda. Es un sistema asistencial con un alcance amplio pero sin que exista cobertura universal. Ello implica que la prueba de recursos es un elemento de exclusión para aquellas capas de población con rentas medias-altas. El sistema de financiación es con impuestos. Al ser un modelo asistencial, los copagos de los usuarios no son relevantes. Una peculiaridad añadida es que desde 2002, Escocia ha implantado un sistema de protección social de cuidados de larga duración que es universal y gratuito. Dicho sistema asigna a los beneficiarios unas cantidades fijas de acuerdo con el nivel de dependencia e institución donde estén atendidos.

d) El modelo familiar-asistencial, característico de los países del Sur de Europa, Italia y España. Es un modelo asistencial con poca cobertura de recursos públicos lo que implica que solo sean atendidos aquellos con rentas muy bajas[16] y que la familia sea la que realice el rol de cuidador. El sistema de financiación es a través de impuestos aunque la Seguridad Social contempla pensiones para determinados casos cuyos beneficiarios estén bajo su régimen protector. La baja intensidad protectora se refleja en porcentajes muy bajos del gasto público. Es un modelo que está en fase de revisión como lo demuestra la reciente promulgación de la Ley de Promoción de la Autonomía y atención a las personas en situación de dependencia, aprobada a finales de 2006, en España. Italia, también tiene pendiente una reforma para ampliar el campo de protección social.

El hecho de es que un país siga una política social u otra tiene una incidencia en el gasto público tal como se puede ver en el apartado siguiente.

4. EL GASTO PÚBLICO EN LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

El concepto de cuidados de larga duración es, todavía, muy reciente y esto se refleja en la falta de estadísticas que midan este concepto de forma homogénea y permanente entre los países. Las estadísticas SEEPROS no incluyen todavía este concepto que ofrece, a efectos estadísticos, una peculiaridad que añade complejidad al tema. Uno de los problemas estriba que los cuidados de larga duración son competencia, en algunos casos del departamento de Servicios Sociales y, en otros casos,

[16] Por debajo de 1,5 veces el salario mínimo interprofesional.

del departamento de Sanidad. Además, se añade la dificultad de que a veces es difícil señalar la frontera entre lo que son servicios de larga duración y otros servicios. Esta dificultad se irá poco a poco superando por el hecho de que hay un interés de los responsables públicos de conocer cual es la dimensión del gasto y, por el hecho de que los organismos internacionales ya han empezado a acotar el tema y realizar estudios al respecto.

Uno de los problemas más importantes para realizar estudios del gasto en cuidados de larga duración es la falta de datos nacionales al respecto y la falta de homogeneización del concepto de dependencia. Aunque no existe una definición aceptada internacionalmente, cada vez más, se utiliza el termino de cuidados de larga duración para definir la atención que necesitan las personas discapacitadas y pacientes psiquiátricos que requieren ayuda de una "tercera persona" como mínimo durante seis meses. Así, los cuidados de larga duración se relacionan con las necesidades de las personas discapacitadas que tienen problemas para vivir la vida de forma autónoma y, por lo tanto, necesitan la "ayuda de terceros" (dependencia de otro). Los cuidados de larga duración van dirigidos a todos los grupos de población con independencia de la edad aunque más de dos tercios de este son utilizados por personas de más de 65 años.

La UE, ante la entrada de nuevos miembros y para suplir la falta de datos o su homogeneidad en la interpretación realizó, a través del proyecto SHARE[17] un estudio de la tasa de dependencia de las personas mayores de los 10 nuevos paises candidatos a entrar en la UE y de ocho países[18], entre ellos España, de los que ya estaban integrados. Dicha estadística estimó la población dependiente en los hogares y añadió la población dependiente en las instituciones cuyos datos fueron proporcionados por los Estados miembros. El año base fue 2004. Se obtuvieron tasas de personas dependientes, en función de la edad y desglosadas por genero pero sin diferenciar el grado de discapacidad. Los resultados muestran que, en la mayoría de los países de la UE-15, alrededor del 20% de la población de 65 años tiene algún tipo de discapacidad, de la cual en España, el 16% corresponde a la tasa de dependencia de los hombres y, el 23% a la de las mujeres. No existen grandes discrepancias entre los países, excepto el caso de Reino Unido que presenta unas tasas muy elevadas. Ver cuadro 3.

[17] Proyecto SHARE es un estudio sobre salud, envejecimiento y jubilación en Europa. Mannheim: MEA, 2005.

[18] Los 8 países de la UE-15 incluidos en el proyecto fueron: Dinamarca, Alemania, España, Italia, Holanda, Austria, Suecia y Reino Unido.

Cuadro 3. Estimación tasa de población dependiente. Proyecto SHARE

	(%) Hombres/ total (+65 años)	(%) Mujeres / total (+65 años)
Dinamarca	16	19
Alemania	15	22
España	16	23
Italia	16	23
Holanda	12	19
Austria	11	19
Suecia	16	25
Reino Unido	27	33

Fuente: EPC y Comisión Europea (2005)
Año base: 2004. Incluye personas en hogares y en instituciones.

De acuerdo con el estudio de la Comisión, en los países de la UE-15, alrededor del 20% de las personas dependientes reciben cuidos formales en instituciones y el 30% recibe cuidados formales en el domicilio. El 50% restante no reciben servicios formales (solo ayuda informal) Las diferencias entre los países son importantes debido a la gran variedad de culturas y de políticas de protección social. Los países mediterráneos son los que tienen una menor proporción de cuidados formales porque la familia desarrolla, todavía hoy, un papel muy importante en el cuidado de los dependientes. En España, la tasa de cuidados informales oscila alrededor del 80% de la población afectada mientras que la tasa de cuidados formales apenas llega al 20%, de las cuales un 15% reciben cuidados en el domicilio y, un 5% en residencias, aproximadamente. Esta elevada proporción de los cuidados informales se traduce en un bajo nivel de gasto público.

El nivel actual de gasto público en España antes de la Ley de la dependencia es del 0,28% del PIB[19], lo cual nos sitúa entre los tres últimos de los países de la UE-15. Es una cifra baja comparada con la media de la UE-15 (1,3%/PIB) e incluso respecto a la media de los países de la OCDE (1,1%/PIB).

Según los resultados de un estudio de la OCDE[20] se pueden clasificar los países en tres grandes grupos: a) los de "nivel alto", que son los tienen una media de gasto superior a 1,5% del PIB; b) los de "nivel medio" que son los que tienen una media de gasto entre el, 0,5% y el 1,5% del PIB y, c) los de "nivel bajo" que son los que tienen una media de gasto por debajo del 0,5% del PIB, entre los que se encuentra España. Ver cuadro 4.

[19] En 2005, se cifra en el 0,3% del PIB. Cap VIII del Libro Blanco de la dependencia.
[20] OCDE: "Projecting OECD Health and long term-care expenditures: what are the main drivers?. ECO/WKP(2006)

Cuadro 4. Gasto público en cuidados de larga duración

Nivel de protección	País	% gasto público/ PIB
Alto nivel protector		
	Suecia	3,3
	Finlandia	2,9
	Noruega	2,6
	Dinamarca	2,6
Mediano nivel protector		
	Reino Unido	1,1
	Francia	1,1
	Alemania	1,0
	Italia	0,6
Bajo nivel protector		
	España	0,2
	Portugal	0,2
	Grecia	0,2

Fuente: Estimaciones de la OCDE. ECO/WKP (2006)5 y elaboración propia.
Datos año 2001

La nueva Ley de la dependencia permitirá elevar los niveles de protección social actuales en la atención a las personas dependientes mejorando nuestra posición relativa respecto a los países más desarrollados de la Unión Europea. La ampliación del número de la población beneficiaria así como la mayor intensidad de las prestaciones permitirá pasar del gasto actual, 0,3 del PIB en 2005, a alcanzar una cifra, alrededor, del 1% del PIB, lo cual nos situaría en una posición intermedia en el ranking de los países de la UE-15, y nos aproximaría al nivel de protección de países como Alemania, Francia y Reino Unido.

5. LAS PROYECCIONES DEL GASTO DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN EL HORIZONTE 2050 EN LA UNIÓN EUROPEA

La sensibilidad de los responsables de los organizaciones internacionales sobre los efectos del envejecimiento en las balanzas fiscales de los países desarrollados ha impulsado estudios que muestren la dimensión del gasto público en el horizonte 2050. Concretamente, la comisión del envejecimiento de la UE ha realizado un estudio21 que analiza la evolución del gasto en los cuidados de larga duración a largo plazo. Dicho estudio introduce variables demográficas y no demográficas respetando un cierto paralelismo con las proyecciones realizadas, previamente, en las de los gastos sanitarios. Uno de los aspectos importantes es estimar la

[21] EC (2006), op.cit.

población dependiente en dicho horizonte debiendo considerar si el incremento de la esperanza de vida que se prevé, producirá que esos años ganados sean con discapacidad o, libres de discapacidad. En el párrafo segundo se ha expuesto las principales teorías al respecto.

Las hipótesis consideradas en el estudio de la UE se plasman en los siguientes escenarios: Escenario I, la discapacidad incrementa en la misma proporción que los años ganados de vida "efecto envejecimiento". Escenario II, "discapacidad constante" basado en que los años de vida ganados son libres de discapacidad. Escenario III, los costes incrementan según la productividad. Escenario IV, incremento de la proporción de cuidados formales. El escenario V es un "mix" de las hipótesis consideradas en los anteriores escenarios y es el que la Comisión toma como punto de referencia. Así, se asume que la mitad de los años ganados de vida serán consumidos con buena salud y libres de discapacidad y, la otra mitad de los años de vida ganados, serán objeto de discapacidad22, tomando en consideración, también, la hipótesis de que los costes unitarios incrementan según la productivividad.

Los resultados del estudio citado muestra que tomando las hipótesis del escenario V, en los países de la UE-15, el gasto medio incrementará desde, un 0,9%23 en el 2004, al 1,5% del PIB en el 2050. Las variaciones entre los países son importantes yendo desde los países que se prevé gastaran más del 3% (Suecia, 5,5% y Finlandia, 3,5%) hasta los de la banda baja, por debajo del 1% (España 0,8% y otros países de los incoporados en el 2005). Los aumentos mayores se dan en aquellos países con mayores tasas de institucionalización como es el caso de Finlandia, Suecia y Dinamarca. La variación del gasto es muy sensible a los cambios en la variación de la tasa de la dependencia. Si se toma un índice de prevalencia menor, como es el ejemplo del escenario II de la "discapacidad constante", la variación del gasto es del 0,5% del PIB, mientras que si se toma en consideración, el efecto "envejecimiento" (escenario I), la variación es del 0,8% del PIB. El escenario de referencia tomado por la UE (escenario V) muestra un posición intermedia entre las dos hipótesis extremas de población, dando como resultado una variación del 0,7% del PIB. Ver cuadro 5.

[22] Es un escenario intermedio entre el efecto puro envejecimiento y el efecto de discapacidad constante.

[23] Las estimaciones del año de referencia varian entre unas estimaciones y otras. Así, mientras que en el EC (2006) estima como media de la UE-15, el 0,9%del PIB, el estudio de la OCDE (2004) parte de una cifra del 1,3% del PIB.

Cuadro 5. Gasto y variación del gasto en los cuidados de larga duración. Periodo 2004-2050 (en%/PIB)

	Variación del gasto 2004/2050					
	Escenario I	Escenario II	Escenario III	Escenario IV	Escenario V	**Proyección Gasto en 2050**
	Puro envej.	Disc. Constante	Ev. costes/ product.	Inc. cuidados formales	Referencia de la U.E.	
Bélgica	1,2	0,7	1,1	1,5	1,0	**1,8**
Dinamarca	1,4	0,8	1,2	-	1,1	**2,2**
Alemania	1,3	0,8	1,2	1,8	1,0	**2,0**
España	0,3	0,2	0,2	1,1	0,2	**0,8**
Irlanda	0,7	0,4	0,7	1,0	0,6	**1,2**
Italia	0,8	0,5	0,7	1,7	0,7	**2,2**
Luxemburgo	0,8	0,4	1,3	1,2	0,6	**1,5**
Holanda	0,7	0,4	0,7	1,8	0,6	**1,1**
Austria	0,9	0,9	0,8	-	0,9	**1,5**
Finlandia	2,2	1,3	2,0	2,3	1,8	**3,5**
Suecia	2,4	0,9	2,2	3,0	1,7	**5,5**
Reino Unido	1,0	0,5	0,9	2,6	0,8	**1,8**
EU-15	0,8	0,5	0,8	1,5	0,7	**1,5**
EU-25	0,8	0,5	0,7	1,5	0,6	**1,5**

Fuente:EC (2006) y elaboración propia

Nota: Francia, Grecia y Portugal aparecen sin datos.

Una observación importante sobre dichas proyecciones del gasto es que en la mayoría de los escenarios han considerado la proporción de cuidados formales como la que existía en el 2004. Ello implica que si en un país la provisión de cuidados formales era baja, la proporción continua baja en los años futuros y, por ello, las estimaciones del gasto, también, son bajas. En cambio, en el escenario que se ha considerado un incremento en la proporción de cuidados formales (escenario IV), los resultados proporcionan unas cifras más elevadas del gasto, especialmente, en aquellos países con una reducida tasa de provisión de cuidados formales como es el caso de España, Italia, Holanda y otros países de la UE-10.

De acuerdo con dicho estudio, en España, el efecto demográfico, en el periodo 2004-2050, incidiría en un crecimiento del gasto público, entre el 0,2 y el 0,3% del PIB, según se considere el efecto discapacidad constante o el efecto envejecimiento, lo cual no supone un cambio significativo respecto a la cifra actual. En cambio, la variación del gasto seria mucho más importante, si se considera un incremento en la tasa de los cuidados formales, alcanzando el 1,1% del PIB. Es por ello que como consecuencia de la implantación de la Ley de la dependencia, el modelo de cuidados cambiará, incrementando los servicios formales. Ello significa que la estimación del gasto realizada por la UE resultará baja y que el gasto público será mayor tal como se pone de manifiesto en las estimaciones realizadas en el apartado siguiente.

6. EL IMPACTO DE LA LEY DE LA DEPENDENCIA EN EL GASTO DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

La Ley de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (Ley de la dependencia), después de un largo periplo, fue aprobada en el pleno del Congreso de los Diputados, a finales del 2006. Empezó su andadura con la confección del Libro Blanco de la Dependencia que se finalizó a finales del año 2004 y cuyo contenido recoge cuantiosa información del estado de la situación presente y futura en torno a las necesidades y recursos necesarios para la protección de las personas en situación de dependencia. Este fue el punto de partida que sirvió para que el Gobierno elaborase, durante el 2005, un anteproyecto de Ley que fue aprobado a finales de ese año y que en el periodo de información pública recibió numerosas enmiendas y recomendaciones emitidas por el Consejo económico y social y diferentes organizaciones sociales y profesionales[24]. El Gobierno elaboró, finalmente, un proyecto de Ley, que entró en el Congreso de los diputados el 5 de Mayo del 2006 y que después de pasar los trámites parlamentarios oportunos fue aprobada por las Cortes, con la introducción de algunas enmiendas, el 30 de Noviembre de 2006. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, entró en vigor el 1 de enero de 2007.

Una de las principales aportaciones de esta Ley es la inclusión de un nuevo derecho universal y subjetivo para las personas en situación de dependencia. Ello va a significar que toda persona "protegible" por la Ley va a tener derecho a solicitar las prestaciones para su atención personal con independencia de su nivel económico. Este principio es análogo al derecho de los ciudadanos a los servicios sanitarios o educativos lo cual eleva la protección social a la dependencia al rango de "bien público". Ello significa un avance muy importante respecto a la situación actual en la que no existia el derecho a las prestaciones públicas y, solo se aplicaba una política asistencial para las personas más empobrecidas, lo cual implicaba la exclusión de las rentas medias y altas.

El acceso a los beneficios de la Ley está condicionado a que la persona sea "dependiente" según los requisitos que se establezcan. Para ello deberá ser evaluado por un grupo de técnicos que le aplicaran el "baremo" de la dependencia, lo cual significa evaluar la necesidad de ayuda para la realización de una o más AVD. La mayor o menor intensidad de ayuda para la realización de las AVD viene clasificada en tres grados: Grado I dependencia moderada, Grado II, dependencia severa y Grado III, gran dependencia. A su vez, cada uno de estos grados incluye dos niveles Nivel I, menor intensidad y Nivel II, mayor intensidad. Solo si la persona es catalogada como depen-

[24]Montserrat,J. & Rodríguez Cabrero,G. (2006): Luces y sombras del anteproyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia en sus aspectos organizativos y económicos. Cuadernos de información económica, nº 191, pgs:175-185.

diente por la Ley, se incluirá como beneficiaria del sistema. Esto puede dar lugar a que una persona aunque tenga cierta dependencia para la realización de las AVD, puede quedar excluida por el baremo de valoración, lo cual significa que aunque dependiente no seria lo suficientemente dependiente para ser beneficiaria según la Ley.

6.1. Población beneficiaria de los cuidados formales en España

La Ley de la dependencia tiene como objetivo incrementar la proporción de cuidados formales hasta alcanzar niveles similares a los de los países de centroeuropa, los cuales se sitúan en una situación intermedia entre los países nórdicos, con una política altamente intervencionista por parte del Estado, y los que tienen una cultura de asistencia familiar, en donde el Estado apenas interviene y la familia actúa como soporte social y económico de las personas dependientes. Con la promulgación de la Ley de la dependencia en España, el Estado tiene como objetivo ampliar su campo de protección social a las personas dependientes promoviendo acciones de prevención, ayuda y atención personal en los casos más graves.

Uno de los temas claves para hacer estimaciones del gasto es conocer cual será el número de la población protegida y los servicios que van a requerir para su cuidados. La estimación de la población dependiente, en España, ha sido, y es, objeto de críticas y cifras diferentes abarcando desde los más "optimistas" que cifran la población afectada, en el momento actual, alrededor de un millón de personas, hasta los más "pesimistas " que prevén una cifra, alrededor, de dos millones de personas25. Esta diferencia tan espectacular se debe tanto, a los diferentes procedimientos empleados, aunque los datos procedan de la misma fuente26, como a las diferentes fuentes utilizadas por diversos autores.

Las proyecciones realizadas por el Libro Blanco de la dependencia27 se sitúan del lado de los "optimistas" ya que estiman una cifra de un 1.125.190, en el 2005; esta cifra contrasta, también, con la realizada por la Unión Europea en el proyecto SHARE, el cual estima una población dependiente de 1.449.000 (año 2004), solo en el colectivo de más de 65 años.

La metodología utilizada en los diferentes estudios tiene una trascendencia importante en cuanto que los resultados definen cual es la prevalencia de las personas dependientes. Así, mientras que la UE28 estima que el 20% de la población mayor es dependiente, la proyección del Libro Blanco, estima dicha prevalencia en un 11,64% en los mayores de 65 años y, en un 8,46% en los menores de esa edad. Ello puede

---

[25] Palacios, E y Abellan,A.(2006): Diferentes estimaciones de la discapacidad y dependencia en España. Informe Portal Mayores, nº 56.

[26] La mayoria de autores utilizan la encuesta EDDES de 1999 para estimar la población dependiente; lo que varia es la elección de las variables así como la ponderación de ellas.

[27] Libro Blanco de la dependencia es el estudio preliminar que el Gobierno realizó para estudiar las necesidades y los recursos actuales y futuros que se requerían.

[28] El proyecto SHARE solo estima la población dependiente dentro del grupo de +65 años.

deberse al diferente alcance que se de al concepto de la dependencia ya que mientras en el primer caso, la dependencia se considera en un sentido más amplio, abarcando todos aquellos que tienen alguna limitación para las ABVD29, en cambio, el Libro Blanco concibe como "población protegible" solo los dependientes más afectados excluyendo de su campo de protección a los dependientes "menos afectados". La repercusión en las proyecciones del gasto puede ser importante.

La población estimada en el Libro Blanco para los años 2005 y 2015 es la que se expone a continuación. Ver cuadro 6.

Cuadro 6. Población dependiente protegible según Ley de la dependencia

	Población "protegible". Año 2005				
	%dep/total grupo edad	Moderada	Severa	Gran depend.	TOTAL (1)
Menores de 65 años	**8,46**	188.967	78.498	31.174	298.639
Mayores de 65 años	**11,64**	371.112	292.105	163.334	826.551
TOTAL		**560.079**	**370.603**	**194.508**	**1.125.190**
%beneficiarios/total		(50)	(33)	(17)	(100)
	Población "protegible". Año 2015				
	%dep/total grupo edad	Moderada	Severa	Gran depend.	TOTAL (1)
Menores de 65 años	**8,46**	209.689	85.555	31.594	326.838
Mayores de 65 años	**11,64**	438.753	386.906	220.751	1.046.410
TOTAL		**648.442**	**472.461**	**252.345**	**1.373.248**
%beneficiarios/total		(47)	(35)	(18)	(100)

(1) Número de beneficiarios según Memoria Económica de la Ley
Fuente: Libro Blanco y elaboración propia

La importancia de estimar una determinada prevalencia de la dependencia viene determinada por la repercusión que pueda tener en las estimaciones del gasto; asimismo, el desglose entre los diferentes grados, también tiene su importancia ya que los costes aumentan a medida que la gravedad de la dependencia aumenta.

6.2. Efecto de la Ley de la autonomía personal y atención a la dependencia en el gasto público

La aplicación de la Ley de la dependencia va a originar una ampliación de la protección social porqué un mayor número de personas se van a beneficiar de las prestaciones públicas. La Ley no innova en cuanto a la tipología de los servicios que se ofrecen ya que estos continúan siendo los mismos que los de la etapa previa. En cambio, la novedad se da en el abanico de las prestaciones económicas apenas existentes30 anteriormente, tanto en el ámbito contributivo como en el no contributivo.

[29] ABVD son las Actividades básicas para la vida diaria.
[30] Antes de la Ley existian algunas prestaciones económicas en el ambito de la Seguridad

La Ley prevé un modelo de prestaciones donde la provisión de servicios sea la política principal. En cambio, las prestaciones económicas a los cuidadores informales o aquellas vinculada al servicio deberían ser excepcionales y solo se prescribirían cuando esta sea la mejor alternativa, o no haya servicios públicos disponibles en el entorno donde vive el usuario. Las únicas prestaciones económicas que parece no tienen ese carácter de excepcionalidad son las relacionadas con el asistente personal para atender a las personas discapacitadas menores de 65 años.

Las prestaciones en servicios se recogen en el catálogo (art. 15) y comprenden los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia e incluyen los siguientes servicios: a) servicios de prevención, servicios de teleasistencia, c) servicios de ayuda al domicilio, d) servicios de centro de dia y noche, e) servicios de atención residencial

Las prestaciones en metálico incluidas el proyecto de ley están reguladas en tres artículos diferentes: prestación económica vinculada al servicio (cheque-servicio) (art. 17), compensación para cuidados en el entorno familiar y apoyo a los cuidadores no profesionales (familiares y vecinos) (art.18) y para la asistencia personal (asistente personal para los grandes disminuidos físicos) (art. 19).

Para la Administración, el coste unitario de las prestaciones en servicios es mayor que el coste de las prestaciones en metálico. Siguiendo el modelo alemán, el importe de las prestaciones en metálico no llegan a alcanzar la mitad del coste de la prestación en servicios que le correspondería al afectado. Es por ello que un modelo basado en servicios públicos será más costoso para la Administración que un modelo estructurado, mayoritariamente, en prestaciones económicas.

6.2.1. Un Modelo de consumos de servicios formales para la proyección de los gastos de acuerdo con la Ley

A efectos de estimar cual puede ser el gasto para la Administración Pública derivado de los efectos de la implantación de la Ley de la dependencia y debido a la falta de estadísticas nacionales que pudieran proporcionar datos de consumos de servicios formales, se ha tenido que recurrir al examen de modelos en otros países y, a la construcción de un "Modelo" para nuestro país. Se parte de la hipótesis de que la Ley da prioridad al consumo de servicios formales en lugar de las prestaciones económicas, estableciendo la proporción del 70% y 30%, respectivamente.

Social para "ayuda a tercera persona" y en el el Regimen de Clases Pasivas.

El Modelo de consumos de servicios formales propuesto por la autora[31] combina los servicios institucionalizados y no institucionalizados en diferente proporción según los grados de dependencia. Asimismo, da intensidades diferentes de ayuda domiciliaria de acuerdo con la gravedad de la dependencia. Así, a grandes rasgos, las hipótesis del Modelo son: a) distribuye la demanda de prestaciones entre, una tercera parte para servicios institucionalizados (residencias) y dos terceras partes para los servicios prestados en el domicilio, b) se distribuye el peso de los diferentes servicios (institucionalizados y no institucionalizados) entre los diferentes grados de dependencia[32] de forma que el peso de servicios en el domicilio aumenta a medida que el grado de dependencia incrementa, Ver cuadro 7.

Cuadro 7. Modelo de consumos de servicios formales por grados de dependencia (en % de población)

	Grado I	Grado II	Grado III
% beneficiarios SAD	90	70	50
% beneficiarios centros día / noche	20	30	10
% beneficiarios estancias temporales	10	15	20
% beneficiarios residencias	10	30	50

Fuente: J.Montserrat (2005)
En porcentaje sobre la población protegible asignada a cada grado.
Se aplica a toda la población dependiente.

En el servicio de ayuda a domicilio se aplica un margen de horas de atención para cada uno de los grados; así, la intensidad media del Grado I es de 8 horas a la semana, 15 horas para el Grado II y de 23 horas para el Grado III. Los resultados de la intensidad de la ayuda domiciliaria aplicada en el Modelo se compararon con la del modelo alemán y se constata que hay una gran similitud entre ambos. Ver cuadro 8.

Cuadro 8. Media de horas semanales de ayuda domiciliaria

	Horas semana ayuda a domicilio		
	Grado I	Grado II	Grado III
Modelo español	8	15	23
Modelo alemán	7,5	15	25

Fuente: Elaboración propia

[31] Montserrat, J (2005): El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo, en Presupuesto y Gasto Público, 39/2005: 309-327.
[32] En el momento de realizar los calculos, todavia, no habia aparecido la diferenciación entre niveles aunque ello no resta validez al Modelo.

De acuerdo con el Modelo expuesto, el número de beneficiarios distribuidos entre los dos grandes grupos de prestaciones (servicios y económicas) y por grados de dependencia es la que se muestra en el cuadro siguiente. Se parte de la consideración que la totalidad de la población protegible solicitaran y serán objeto de alguna prestación pública. Se ha tomado la población del año 2015 porque es cuando el Gobierno estima que la Ley estará totalmente desplegada. Ver cuadro 9.

Cuadro 9. Estimación número de beneficiarios en el 2015

	Grado I	Grado II	Grado III	TOTAL
Servicios	453.909	330.723	176.642	961.274
Prestaciones económicas	194.533	141.738	75.704	411.974
TOTAL	**648.442**	**472.461**	**252.345**	**1.373.248**

Hipótesis del peso de las prestaciones:70% servicios + 30% prestaciones económicas
Población según el Libro Blanco de la dependencia
Fuente: Elaboración propia

La distribución de los usuarios siguiendo el Modelo expuesto muestra que dos tercera partes de los beneficiarios (66%) recibirán ayuda a domicilio mientras que la tercera parte restante (34%), estarán en una residencia. En los servicios concurrentes (centros de dia/noche y estancias temporales) se estima que el 22% de los usuarios demandaran centro de día/ noche y, un 13% de ellos, disfrutaran de estancias temporales. Cabe observar que la suma de servicios ayuda domiciliaria y servicios residenciales suman 100 pero la suma total en vertical da más de 100 porque se ha previsto que un usuario, en ocasiones, pueda disfrutar de dos servicios a la vez (ej. centro de dia y ayuda a domicilio).

6.2.2. Estimación del coste total y costes unitarios de atención a la dependencia según el Modelo

El objetivo del Modelo es estimar los costes medios33unitarios por los dos grandes grupos de prestaciones y de acuerdo con el grado de dependencia ya que ello facilitará la confección de los presupuestos de gastos (gasto total antes de los copagos). Los costes34 de los servicios que se han utilizado en el Modelo expuesto se han

[33] La metodología se puede consultar en Montserrat,J. (2005) op. Cit.
[34] Costes medios utilizados en el Modelo: ayuda a domicilio, 12€/hora; centro de día, 680€/mes; centro de día psicogeriatrico, 816 €//mes; residencia dep. moderada, 1.275€/mes; residencia dep. grave,1.500€/mes y residencia dep. muy grave,1.900€/mes. Prestación económica Grado I, 270€/mes, de Grado II, 400€/mes y Grado III, 540€/mes

obtenido de los costes medios de los servicios concertados por la Administración recogidos en la información estadística del Observatorio de Mayores y, actualizados al año 2005. En cuanto a las prestaciones en metálico siguiendo el modelo alemán, se han estimado en el 50%, aproximadamente de lo que resultaría, si la prestación fuese en servicios.

Los resultados de los costes medios de acuerdo con el Modelo de consumos y desglosado por grados de dependencia dan los resultados que se muestran en el cuadro 10. Estos resultados son iguales con independencia del número de beneficiarios ya que la cifra del coste medio es un factor derivado de las hipótesis que se hayan considerado en el Modelo. Así, el coste medio no se ve influido por el número de población "protegible" que se elija. Ver cuadro 10.

Cuadro 10. Coste medio de las prestaciones por grados de dependencia (euros por individuo y año)

	Grado I	Grado II	Grado III	Coste medio
COSTE MEDIO SERVICIOS	**8.957**	**15.456**	**19.450**	**12.912**
COSTE PRESTACIONES ECONOMICAS	**3.240**	**4.800**	**6.480**	**4.314**

Fuente: Elaboración propia
Nota: Costes año 2005.

El gasto total anual estimado de las prestaciones de la dependencia, en el 2015, con la hipótesis de cobertura total de la población protegible, seria, alrededor de, 14.414,18 millones de euros. Ello no significa que fuese el gasto para la Administración Pública ya que, de acuerdo con la Ley, los beneficiarios deberían aportar un copago por los servicios. Si se aplicara el retorno de los copagos, del orden del 20% del importe de las prestaciones en servicios35, resultaría que el coste "neto"36 para el Estado seria de 11.891,58 millones de euros37, aproximadamente. No obstante, se deberían añadir otros gastos colaterales como, los relativos a los equipos de evaluación, la formación de los profesionales, las ayudas técnicas, el aumento de los profesionales gestores de los casos y los incrementos previsibles de los costes de los servicios por el efecto del incremento de la demanda y los bajos salarios actuales. Todo ello sin entrar a considerar la inversión necesaria. Ver cuadro 11.

[35] Existen muchas dudas sobre la efectividad de que el retorno alcance el 30% del coste tal como prevé la Memoria económica de la Ley; es por ello que se toma el 20%.
[36] Coste neto es el coste total de las prestaciones menos el retorno por los copagos de los usuarios.
[37] Este calculo está realizado con precios del año 2005.

Cuadro 11. Coste total de las prestaciones de la dependencia en el 2015 (en miles de euros).

	Grado I	Grado II	Grado III	TOTAL	%/ PIB
Servicios	4.065.666	5.111.650	3.435.677	12.612.994	
Prestaciones econ.	630.286	680.344	490.559	1.801.188	
TOTAL GASTO	**4.695.952**	**5.791.994**	**3.926.236**	**14.414.182**	**1,59**
COSTE NETO				**11.891.583**	**1,31**

Fuente: Elaboración propia
Precios año 2005

La previsión del Gobierno del coste "neto" de las prestaciones en los Presupuestos de las AAPP, en el 2015, es de 6.729,80 millones de euros38, aproximadamente. Esta cifra es un 50% inferior a la que resulta del Modelo. Esta diferencia puede deberse a múltiples causas como, previsión de que las prestaciones no alcancen a la totalidad de la población protegible, precios de los servicios inferiores a los considerados en el Modelo, menor intensidad de las prestaciones, mayor proporción de prestaciones económicas, entre otras.

El efecto de la Ley de la dependencia supondrá un mayor alcance de la protección social a este colectivo, lo cual se traduce en un incremento del gasto público respecto a la cifra actual. Así, el gasto público "neto" estimado, en el 2015, alcanzaría, entre el 0,8 y el 1,3% del PIB39, según que se tome la cifra de gasto estimado por el Gobierno o la cifra estimada en el Modelo. La variación respecto al gasto actual se situaría entre, el 0,5 y el 1% del PIB. Todo ello sin considerar el incremento de los gastos colaterales (equipos de evaluación, formación, incremento de profesionales, etc.) derivados de la implantación del nuevo modelo de atención a la dependencia. Ver cuadro12.

Cuadro 12. Efecto de la Ley de la dependencia en el gasto público (en %/PIB)

	2005	*2015*	*Var.2005-2015*
Estimación coste antes de la Ley	*0,3 (*)*		
Estimación coste "neto" según Gobierno, con la Ley		*0,8*	*0,5*
Estimación coste "neto" según Modelo, con la Ley		*1,3*	*1,0*

Fuente: Elaboración propia
(*) Cifra estimada en el cap. VIII del Libro Blanco.

[38] En esta cifra no se incluye los copagos. Dicho importe resulta de la aportación de la AGE 2.212,90M€ más la aportación de las CCAA, 2.212,90M€ más la parte que se estima aportavan las CCAA (2.300M€.

[39] PIB (2005) 905.455M€. INE datos ultimo trimestre 2006.

7. EL IMPACTO DEL ENVEJECIMIENTO EN LOS GASTOS DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN EL HORIZONTE 2050 EN ESPAÑA

La estimación del gasto público de atención a la dependencia en el horizonte 2050 va a poner de manifiesto el impacto del envejecimiento de la población. Ello supondrá un incremento importante de los beneficiarios de la Ley que, según las previsiones de la Unión Europea, alcanzaran en España a 3.494 mil personas de más de 65 años. Esto supone multiplicar por 2,5 veces, la cifra actual de la población dependiente. Es el resultado del llamado efecto "envejecimiento".

No obstante, siguiendo la teoría del equilibrio dinámico, la UE ha realizado otra estimación más prudente del número de personas mayores dependientes que situarían dicha cifra en 2.224 mil personas. Esta teoría señala que los años de vida ganados, serian años libres de discapacidad por el mejoramiento de la salud de la población con lo que el número de años con discapacidad permanecería igual al estimado en el 2005. Este es el efecto "discapacidad constante".

A efectos de estimar el gasto en el 2050 y que se pueda comparar con la estimación realizada en el 2005, se asumen las mismas hipótesis que las expuestas en el Modelo. Los resultados del gasto en los dos escenarios de población considerados muestran que el gasto total en prestaciones, en el 2050, puede alcanzar cifras, entre el 1,7% y el 2,5% del PIB, según se considere el efecto de la "discapacidad constante" o el efecto "envejecimiento". Ahora bien, si continuamos considerando que existan retornos en forma de copagos40 en la misma proporción que la considerada en el año base, entonces el coste "neto" para la Administración Pública podría oscilar entre, 1,4% y 2,1% del PIB. Ver cuadros 13 y 14.

Cuadro 13. Proyección gasto cuidados larga duración. "Efecto envejecimiento"

Año 2050	Beneficiarios	Coste /año (euros)	Coste total (miles euros)	%/PIB
Prestaciones servicios	1.559.330	12.912	20.134.066	
Prestaciones económicas	668.284	4.314	2.882.978	
TOTAL GASTO	**2.227.614**		**23.017.044**	**2,54**
COSTE NETO			**18.990.231**	**2,09**

Hipótesis. 70% prestaciones en servicios y 30% prestaciones económicas
Costes calculados a precios 2005
Fuente: Elaboración propia

[40] La hipótesis considerada era un retorno del 20% en las prestaciones por servicios.

Cuadro 14. Proyección gasto cuidados larga duración. "Efecto discapacidad" constante

Año 2050	Beneficiarios	Coste /año (euros)	Coste total (miles euros)	%/PIB
Prestaciones servicios	1.052.601	12.912	13.591.178	
Prestaciones económicas	451.115	4.314	1.946.108	
TOTAL GASTO	**1.503.715**		**15.537.286**	**1,72**
COSTE NETO			**12.819.050**	**1,42**

Hipótesis. 70% prestaciones en servicios y 30% prestaciones económicas
Costes calculados a precios 2005
Fuente: Elaboración propia

En el horizonte 2050, el coste social "neto" en la atención a la dependencia incluyendo el efecto de la Ley y el efecto del envejecimiento, puede alcanzar la cifra, entre 1,4 y 2,1% del PIB, según se considere el efecto de la discapacidad constante o, el efecto envejecimiento. Teniendo en cuenta que la implantación de la Ley de la dependencia, se estima que incida en un incremento de un punto del PIB, ello significa que el efecto demográfico añadiría a dicho gasto social, un incremento entre, medio y un punto del PIB, aproximadamente. Ver cuadro 15.

Cuadro 15. Gasto y variación del gasto público atención dependencia. Periodo 2005-2050 (en%/ PIB).

	Gasto público dependencia				
	2005	**2015**	**2050**	*Var.Ley depend.*	*Var. Efecto demográfico*
Gasto actual	0,3				
Gasto Efecto Ley dependencia (1)		1,0		*0,7*	
Gasto Efecto discapacidad constante			1,4		*0,4*
Gasto Efecto envejecimiento			2,1		*1,1*

(1) Es la media entre el 0,8 y el 1,3% del PIB, según hipótesis oficial y la del Modelo..
Fuente: Elaboración propia

El efecto de la Ley de la dependencia junto con el efecto demográfico se hacen sentir en las proyecciones del gasto de atención a las personas en situación de dependencia. La cifra estimada en el modelo sitúa el gasto público, en el 2050, en una horquilla, entre el 1,4% y el 2,1% del PIB, cifra muy superior al 0,8% del PIB proyectada en el estudio de la UE41 que no tuvo en cuenta los cambios en la estructura de los cuidados formales e informales.

Los informes realizados por el grupo de trabajo del envejecimiento de la UE en los años 2001 y 2006, coinciden en apuntar que los gastos conjuntos de sanidad y

[41] Ver cuadro 5 de este artículo.

de larga duración incrementaran, en los cincuenta años siguientes, alrededor del, 2,3% del PIB, lo cual supone un crecimiento medio anual de 0,05% del PIB. Así, la suma del gasto sanitario y el de cuidados de larga duración, en el 2050, alcanzaría la cifra de 9,6% del PIB. Asimismo, el informe sobre la sostenibilidad de las Finanzas públicas42 concluye que el envejecimiento de la población ejercerá un impacto importante en el crecimiento del gasto total de protección social, pero mientras que en la mayoría de los países se estima un incremento entre el 3% y el 7% del PIB, en España, se prevé una variación del 8,5% del PIB, una de las más altas de los países de la UE. De acuerdo con estas proyecciones, la Comisión propone impulsar reformas fiscales y estructurales para lograr ajustes presupuestarios que contribuyan a mejorar la sostenibilidad de las finanzas públicas. No obstante, esta recomendación se ve contestada por la necesidad de alcanzar mayores cotas de protección social en aquellos paises que como España, todavía no han logrado la universalidad de algunos servicios sociales y el nivel del gasto social está por debajo de los estandares de los paises desarrollados de la UE.

8. CONCLUSIONES

La Comisión Europea alerta de que las finanzas públicas de los países miembros (UE-25), en el horizonte 2050, pueden verse abocadas a déficits presupuestarios debido al envejecimiento de la población que hará doblar el ratio de dependencia pasando de, una media del 24,5% a otra del 51,4%. Ello podría significar una importante disminución de los ingresos fiscales frente a un incremento de los gastos sociales. España es uno de los países que más le afectará el envejecimiento de la población repercutiendo en mayor medida en el aumento del ratio de dependencia, el cual casi se triplicará pasando del 24,6% al 65,4%.

El reciente estudio sobre la sostenibilidad de las finanzas públicas destaca que debido al envejecimiento de la población, en el periodo 2005-2050, el gasto de protección social puede incrementar entre el 3% y el 7% del PIB. En cambio, en España, se prevé una variación del 8,5% del PIB, una de las más altas de los países de la UE. No obstante, dichas estimaciones del gasto pueden verse alteradas por variaciones en las propias hipótesis y, especialmente, por otras circunstancias no previstas como pueden ser las modificaciones legislativas que hagan variar el alcance de la política de protección social.

Aquellos países que siguiendo las recomendaciones de la UE introduzcan cambios en sus políticas de protección social mejorando y ampliando la cobertura social a las

[42] European Economy. Report nº4/2006. Long-term sustanibility of public finances in the European Union.

personas en situación de dependencia, originaran un aumento en el gasto público cuyo efecto se sumará al provocado por el propio del envejecimiento. Este efecto será mayor en aquellos países donde menor sea el gasto social actual en dicho colectivo.

En España, la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia permitirá mejorar nuestro sistema de protección social y acercarnos a los niveles de gasto medio de los países más desarrollados de la UE produciendo un efecto adicional en el gasto público actual, el cual se cifra entre, medio punto y un punto del PIB. Ello significa alcanzar un gasto público, entre el 0,8% y el 1,3% del PIB cuando la Ley este desplegada en su totalidad (2015). No obstante, esta cifra incrementará si añadimos los costes indirectos que se generaran por la implantación de la Ley.

El gasto social también se verá afectado por el efecto demográfico que se prevén en los próximos cincuenta años. El gasto es muy sensible alas variaciones de la tasa de la prevalencia de la dependencia; así, las teorias optimistas apuntan que el incremento de esperanza de vida no producirá aumento de años de dependencia "efecto discapacidad constante" mientras que los pesimistas apuntan que el número de años de vida ganados seran años con dependencia "efecto demográfico". En España, el impacto del efecto demográfico en el gasto social puede ser muy diferente según se considere la primera o la segunda teoría yendo desde, una variación del 0,4% al 1,1% del PIB.

El efecto de la Ley de la dependencia junto con el efecto demográfico se hacen sentir en las proyecciones del gasto de los cuidados de larga duración. La cifra estimada en el horizonte 2050, según el modelo expuesto en el artículo, sitúa el gasto público por encima del 1,5% del PIB (entre el 1,4% y el 2,1% del PIB), el cual es muy superior a la cifra del 0,8% del PIB proyectada en el estudio de la UE que no tuvo en cuenta los cambios que se podrían producir en la estructura de los cuidados formales e informales derivados de las modificaciones legislativas en las políticas sociales de atención a la dependencia.

Las recomendaciones de la UE de que los países introduzcan cambios estructurales para intentar frenar el crecimiento del gasto social no siempre será posible aplicarlas en toda su extensión sobretodo en aquellos países que como España, todavía, no han alcanzado la universalidad de algunos servicios sociales y el nivel del gasto social es muy inferior al de la media de los paises desarrollados de nuestro entorno.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABELLÁN, A. (2002): La situación de la dependencia y necesidades asistenciales de las personas mayores en España". Fundación Pfizer. Madrid.

CASADO, D. (dir) (2004): Respuestas a la dependencia. Edit. CCS. Madrid.

CASADO, D. Y LOPEZ CASASNOVAS,G.(2001): Vellesa, dependència i atencions de llarga durada. Situació actual i perspectivas de futur. Fundació La Caixa. Colecció Estudis Social,nº 6.

COM (2001) 723: El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera.

COM (2002) 774: Asistencia sanitaria y atención a las personas mayores: apoyar las estrategias nacionales para garantizar un alto nivel de protección social.

DEFENSOR DEL PUEBLO (2000): La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Informes, estudios y documentos del Defensor del Pueblo. Madrid.

EUROPEAN COMMISSIÓN (2006): Special report nº1 "The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU-25 Member States on pensions, healthcare, long-term car, education and unemployment transfers (2004-50).

EUROPEAN COMMISSION (2006): European Economy. Report nº 4. Long-term sustanibility of public finances in the European Union.

EPC(2001): Budgetary Challenges posed by ageing populations: the impact of public spending on Pensions, Health and Long-term care

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2005): Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España.

MONTSERRAT, J. (2006): "La Ley de atención a la dependencia: Análisis crítico desde la perspectiva económica" en Revista de Servicios Sociales y Política Social, nº 73/2006.

MONTSERRAT, J. (2006): El coste y el modelo de los cuidados de larga duración en la Ley de la dependencia. Revista Española del Tercer Sector, nº3/2006.

MONTSERRAT, J. (2006): "La ley de la dependencia: costes y financiación" en Documentación Social, nº 138 / 2006.

MONTSERRAT, J. & RODIGUEZ CABRERO,G.(2006):"Luces y sombras del anteproyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia en sus aspectos organizativos y económicos" en Cuadernos de Información económica, nº 191/2006.

MONTSERRAT, J. (2005) "El reto de un sistema universal de protección a la dependencia: una estimación del coste del modelo" en Revista de Presupuesto y Gasto Público. Instituto de Estudios Fiscales. 39/2005.

MONTSERRAT, J. (2003): El impacto de la vejez en el gasto social. Revista de Presupuesto y Gasto Público. Instituto de Estudios Fiscales del Ministerio de Hacienda, 33/ 2003.

MONTSERRAT, J. (2003): Los costes de la protección social de la dependencia para la población mayor: Gasto razonable versus gasto actual, en D. Casado (dir.): *Respuestas a la dependencia.* CCS.2003.

OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES (2004): Las personas mayores en España. Informe 2003.

OCDE (2001): Estudios económicos de la OCDE 2000-2001. España.

OCDE (2003): Estudios económicos de la OCDE 2003. España

PALACIOS, E. Y ABELLAN, A.(2006): Diferentes estimaciones de la discapacidad y dependencia en España. Informe Portal Mayores, nº 56.

RODRIGUEZ CABRERO, G.(2005): La protección social de las personas dependientes como desarollo del estado de bienestar en España en Panorama Social, número 2/2005.

RODRIGUEZ CABRERO, G. (coord.)(2005): Un modelo de gestión de la dependencia aplicable a España. Universidad de Alcalá de Henares.

RODRIGUEZ CABRERO, G. (2004): Protección social de la dependencia en España. Fundación Alternativas. Documento de trabajo 44/2004.

RODRÍGUEZ CABRERO, G. Y MONTSERRAT, J. (2002): Los modelos de atención sociosanitaria: Una aproximación a los costes de la dependencia. MTAS. Madrid.

RODRIGUEZ CABRERO, G. (Coord.) (1998): La protección social de la dependencia. MTAS. Madrid.

SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN (2003):Estimación del coste del seguro de la dependencia en la CAPV.

SINGER BH, MANTON, KG. (1998): The effects of health changes on projections of health service needs for elderly population of the United States. *Proc Natl Acad Sci USA 1998.*

WITTENBERG, R., PICKARD, L., COMAS-HERRERA, A., DAVIES, B.,& DARTON, R. (1998): Demand for long term care: Projections of long term care finance for elderly people.