

## CAPÍTULO II

# LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA: RAZONES PARA UNA REFORMA INELUDIBLE

A. MONTERO SOLER

*Profesor Ayudante de Economía Política*

**SUMARIO:** I. INTRODUCCIÓN.—II. TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS Y EVOLUCIÓN ESPERADA DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE EN ESPAÑA.—III. EL APOYO INFORMAL A LA DEPENDENCIA: LAS MUJERES SOPORTAN LA CARGA.—IV. EL DIFERENCIAL DE GASTO SOCIAL CON EUROPA: UNA ASIGNATURA PENDIENTE.—V. LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA.—VI. LA DIVERSIDAD DE MODELOS EUROPEOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.—VII. EL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: UNA REFORMA NECESARIA.—VIII. A MODO DE CONCLUSIÓN.

### I. Introducción

La aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia constituye, sin lugar a dudas, un gran avance en materia de política social en nuestro país.

La desatención institucional a la que estaba condenada una gran parte de las personas en situación de dependencia exigía la aprobación de un instrumento que paliara, al menos en parte, esa situación y que, además, enfrentara la perspectiva de que el número de personas dependientes irá incrementándose en el futuro como consecuencia de la evolución esperada de la demografía española. Esa evolución apunta inequívocamente hacia un progresivo envejecimiento de la población y, con ello, de las personas que en un futuro se encontrarán en situación de dependencia.

Y es que, a pesar de que la dependencia no se circunscriba exclusivamente a las personas mayores y pueda afectar a cualquier persona, sí que es cierto que se incrementa notablemente conforme la edad avanza. Así, el porcentaje de personas con problemas de autonomía para el desarrollo de sus tareas cotidianas aumenta a medida que se consideran grupos poblacionales de mayor edad y, especialmente, cuando ésta es superior a los 80 años, momento en el que se produce un salto cuantitativo importante en el porcentaje de personas que necesitan de asistencia.

Todo ello constituye un reto de la máxima importancia tanto para las familias como para la política social. Hasta el momento ha sido la

asistencia familiar, producto de nexos sustentados sobre la más básica solidaridad intra e intergeneracional, la que ha soportado la mayor parte de la carga asociada al cuidado y atención de las personas dependientes. Más concretamente, han sido las mujeres las que en mayor medida han asumido ese sufrido papel dentro del ámbito familiar.

De hecho, la presencia de un tupido tejido social fraguado en torno a la familia ha permitido que determinados Estados, singularmente los que han desarrollado un modelo «mediterráneo» de Estado de Bienestar, hayan podido rehuir la implementación de políticas para la atención directa a las personas dependientes, remitiendo el problema hacia el núcleo familiar y, a lo sumo, diseñando un tejido meramente asistencial de atención a la dependencia. Además, las políticas públicas de esos países han carecido de una perspectiva integral que abordara el problema en toda su complejidad y tenían, en el mejor de los casos, un carácter meramente subsidiario con respecto a la solidaridad familiar.

Sin embargo, las familias se encuentran cada vez más al límite de su potencial de cuidados y no pueden seguir soportando solas la carga que supone la atención de las personas dependientes de su entorno. Ese límite se ha ido aproximando con mayor celeridad en las últimas décadas como consecuencia de la confluencia de dos tendencias sociales de especial impacto sobre el fenómeno de la dependencia.

Por un lado, hay que destacar las propias transformaciones experimentadas por la estructura familiar tradicional. Esas transformaciones se manifiestan tanto en una progresiva «atomización», con la extensión de las familias monoparentales, como en su «verticalización», es decir, la existencia de un menor número de descendientes, de una mayor longevidad de los ascendientes y de un mayor número de generaciones de la misma familia conviviendo en el hogar.

Y, por otro lado, también hay que resaltar el proceso de incorporación de las mujeres al mercado de trabajo con la firme intención y el deseable objetivo de que puedan desarrollar una carrera profesional en igualdad de condiciones que los hombres.

Con la aprobación de la nueva Ley la solidaridad familiar se complementará con un instrumento de intervención directa de los poderes públicos en materia de dependencia que permitirá aliviar la carga soportada por las familias y contribuirá a que, por fin, comience a superarse ese gran desfase existente en España entre el discurso retórico que considera que las familias son el centro de la sociedad y las intervenciones del Estado a favor de éstas.

## II. Tendencias demográficas y evolución esperada de la población dependiente en España

La importancia de la aprobación de la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia radica, de entrada, en la magnitud del colectivo afectado tanto de forma directa como indirecta por esta problemática.

Las estimaciones sobre el número de personas dependientes en España comienzan ya a ser abundantes como producto de la multiplicación de investigaciones al respecto durante los últimos años.

Sin embargo, los resultados de esas estimaciones no siempre son coincidentes, justificándose el origen de esas divergencias en cuestiones que van desde la delimitación conceptual del objeto de estudio a las fuentes estadísticas empleadas para su medición.

Así, en primer lugar, existe aún un amplio debate sobre el alcance conceptual del propio término «dependencia» y su distinción de otros conceptos semánticamente muy próximos como, por ejemplo, el de «discapacidad».

En este sentido, y siguiendo la definición adoptada por el Consejo de Europa, el concepto de dependencia se refiere a «aquel estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal».

Esto significa, por lo tanto, que no todos los discapacitados son dependientes pero sí todos los dependientes presentan algún tipo de discapacidad que les obliga a necesitar asistencia para el desarrollo de su cotidianeidad.

Para ser más precisos, y en la terminología utilizada por la Organización Mundial de la Salud, la dependencia se entiende como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente y que comporta una limitación en la actividad. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Y, en segundo lugar, también existen divergencias derivadas de las diferencias existentes en las fuentes estadísticas empleadas para tratar de medir el fenómeno, en el tamaño y naturaleza de los espacios muestrales contemplados en esas fuentes, en la metodología que utiliza cada una de las encuestas y en la metodología propia de cada una de las estimaciones.

Las principales y más recientes fuentes estadísticas utilizadas por numerosos grupos de investigación para estimar el número de personas dependientes en España son la «Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud» (EDDES) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, el IMSERSO y la Fundación ONCE en 1999; las «Encuesta sobre condiciones de vida de las personas mayores» y la «Encuesta sobre apoyo informal» realizadas por el IMSERSO en 2004; y la «Encuesta nacional de salud» desarrollada por el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Centro de Investigaciones Sociológicas.

En cualquier caso, y a pesar de las divergencias en los resultados atribuibles a las distintas metodologías empleadas, el panorama que se desprende de las diferentes estimaciones realizadas a partir de estas encuestas es, más o menos, parecido.

Ese panorama muestra que la proporción de personas mayores de 65 años con discapacidad severa o discapacidad para la realización de actividades básicas de la vida diaria oscila entre el 12% y el 25% de la población.

Por ser más concreto, y remitiéndonos a las estimaciones contenidas en el Libro Blanco sobre Dependencia, se advierte que casi dos millones y medio de personas padecen discapacidades para la realización de las actividades de la vida cotidiana y un millón y medio necesita ayuda para el desarrollo de las tareas domésticas. De ellas, casi 960 mil son consideradas dependientes en algún grado y, por ende, necesitan apoyo para la supervivencia. Se trata, fundamentalmente, de personas mayores de 65 años y que viven en domicilios particulares, siendo atendidos mayoritariamente de manera informal.

Como contraste a las estimaciones del Libro Blanco, en el estudio de ABELLÁN Y PUGA se ofrecen cifras aún más abultadas y se estima que, para ese mismo año, existían en España más de 1.650.000 personas dependientes, de las cuales más de 473 mil presentaban dependencia severa y requerirían de ayuda continuada. Entre los mayores de 65 años, la dependencia alcanzaba a 1.115.257 personas, es decir, dos de cada tres personas necesitadas de algún tipo de asistencia eran personas de edad y la mayoría de ellas eran mujeres.

Con independencia de las diferencias que pudieran derivarse de la fuente estadística utilizada no puede obviarse que la cifra es muy elevada y que la tendencia es al alza como consecuencia, entre otros factores, del proceso acelerado de envejecimiento de nuestra población. De hecho, el propio Libro Blanco recoge estimaciones de los posibles escenarios demográficos para los próximos años y de ellos se deduce que el colectivo con mayor crecimiento para las próximas décadas será el de los mayores de 65 años, si bien el aumento sostenido del mismo no comenzará a producirse hasta el año 2011 y será a partir del año 2020 cuando

su tasa de crecimiento se acelerará como consecuencia de la llegada a la edad de jubilación de las primeras generaciones del «baby boom», que en España comenzó a finales de los años cincuenta.

Asimismo, también hay que tener en cuenta que una característica demográfica que se irá agudizando con el paso del tiempo es el denominación «envejecimiento del envejecimiento», es decir, el aumento del grupo de personas de 80 y más años. Baste con señalar que el número de personas que integran ese grupo poblacional se ha duplicado en sólo veinte años (entre 1970 y 1990) y las previsiones apuntan a que su número alcanzará los casi tres millones de personas en el año 2006, esto es, casi un 6,1% de la población española de ese año.

Por otro lado, no puede olvidarse que la dependencia no es tan sólo de forma automática una consecuencia del envejecimiento sino que también puede ser la resultante de otros factores, tales como el mantenimiento de hábitos poco saludables durante la vida. Por lo tanto, la corrección de esos hábitos, los avances médicos y las actuaciones preventivas bien podrían generar una reducción paulatina de las situaciones de dependencia que contrarrestara, en cierta medida, la tendencia hacia el incremento de la dependencia derivado de la referida evolución demográfica de la población española.

En cualquier caso, y una vez ponderada la influencia opuesta que este último factor pudiera aportar, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales presenta en el Libro Blanco un panorama futuro marcado inequívocamente por un incremento de la magnitud del colectivo de personas dependientes: en 2010 éste se habría incrementado, sobre los datos de 1999, en más de 286 mil personas; en 2015 lo habría hecho en más de 413 mil personas y para 2020 habría que añadir a las cifras de 1999 más de medio millón de personas.

Ésa es, en mayor o menor medida, la evolución esperada que muestran también otros estudios diferentes al del Ministerio. Algunas proyecciones aventuran que en el año 2025 la demanda de cuidados de la población mayor de 64 años aumentará en un 44% respecto a la del año 2001.

### **III. El apoyo informal a la dependencia: las mujeres soportan la carga**

El breve esbozo realizado de la tendencia seguida por el número de personas dependientes en España durante los últimos años ha de complementarse necesariamente con una descripción del otro grupo poblacional directamente afectado por este problema: el de las personas que atienden las necesidades de aquéllas y que integran lo que en la literatura se denomina como el «apoyo informal».

El «apoyo informal» es el prestado normalmente por parientes, amigos y vecinos –aunque también suelen incluirse dentro del mismo a las asociaciones de ayuda mutua y el voluntariado–, que suelen mantener una relación de afectividad con la persona dependiente y un compromiso de permanencia o duración en la realización de las tareas de atención a dichas personas.

Dentro de ese grupo, la familia es quien suele soportar la mayor carga de la asistencia y, dentro de la familia, el papel preponderante corresponde a la mujer. Así lo corroboran las investigaciones realizadas al respecto por el IMSERSO y el INE sobre apoyo informal y en donde se pone de manifiesto que la mayor parte de los cuidados que requieren las personas mayores dependientes (el 83,5% del total) son asumidos casi exclusivamente por sus familiares y allegados.

Por otra parte, el perfil de la persona cuidadora es muy expresivo de la continuidad en el desigual y sexista reparto de las tareas en el seno familiar: el 84% de los cuidadores eran mujeres y tan sólo un 66% de ellas son apoyadas en tales tareas por otros miembros de la familia.

Se trata de mujeres que presentan muy bajos niveles de estudios (el 60% de ellas no tenía estudios o sólo poseía estudios primarios y sólo el 7% de esas mujeres tenían estudios universitarios); que, además, mayoritariamente (un 73%) no tienen una actividad laboral retribuida a pesar de que se encuentran en edad laboral; y que suelen convivir con la persona que atienden (en más de un 60% de los casos así ocurre), de hecho, suelen ser normalmente las hijas de la persona atendida.

El tiempo diario que los cuidadores dedican a la atención de las personas dependientes es muy elevado (entre otras razones porque suele implicar labores de cuidado de la salud puesto que la mayor parte de las personas dependientes mayores padece alguna enfermedad o sigue un tratamiento médico), como también lo es el período de tiempo durante el que se alargan esos cuidados. Así, ese período suele extenderse durante una media de 6 años, lo que justifica su consideración como «cuidados de larga duración»; pero, además, requiere en torno a 10 horas de media de atención diaria según suelen declarar los cuidadores en las encuestas realizadas al respecto.

Estas atenciones, que implican un coste para las familias, pueden ser fácilmente monetizado multiplicando la cantidad de horas que dedican a la atención a las personas dependientes a su cargo por el precio medio de ese servicio si fuera prestado por un profesional. De hecho, RODRÍGUEZ ha realizado una estimación para el año 2004 y el resultado es que la aportación de las familias cuidadoras de personas mayores fue durante ese año, como media, de 32.400 euros por persona en situación de dependencia.

Estos costes directos derivados de la atención familiar a las personas dependientes deben ser complementados con otra serie de costes de más difícil cuantificación y que también recaen mayoritariamente sobre las mujeres.

En este sentido, no puede olvidarse que son ellas las que ven cómo sus perspectivas laborales se ven drásticamente reducidas. Esta situación limita la libertad de las mujeres para la elección de su actividad y de su carrera profesional y, en el caso de compatibilizar la atención doméstica a las personas dependientes a su cargo con el trabajo remunerado fuera del hogar, aumenta su carga de trabajo debido a la suma de obligaciones laborales y familiares y a la falta de apoyo que suele recibir de su pareja.

Además, son ellas las que soportan la carga física de la tarea y las que, en consecuencia, ven resentirse su salud.

Y, finalmente, son también las mujeres las que, además, sufren el deterioro de su vida afectiva y relacional. Baste con señalar que el 64% de ellas declara que se ha visto obligada a reducir su tiempo de ocio.

Pero no sólo es preocupante el desproporcionado e injusto peso otorgado por el sistema social a la mujer en el mantenimiento de unas condiciones de vida mínimamente dignas para un colectivo tan amplio de población. También lo es que el sistema de apoyo informal sobre el que se asienta la atención a la dependencia en nuestro país ha comenzado a mostrar síntomas de quiebra desde hace tiempo.

Las tendencias demográficas de la población española muestran, por un lado, un incremento de la esperanza de vida —y, con ello, un aumento del número de personas que necesitan de asistencia— y, por otro lado, una caída en las tasas de fecundidad —y, por ende, de las personas que pueden prestar dicha atención—. La resultante, evidentemente, será una disminución del denominado «potencial de cuidados familiares».

A ese fenómeno hay que unir otras tendencias que redundarán en una menor capacidad futura del sistema de apoyo informal para atender las situaciones de dependencia como son: las grandes transformaciones ocurridas en los modelos de familia apuntadas más arriba; el tamaño más reducido de las viviendas o las dificultades para acceder a ellas; el valor social otorgado a la autonomía e independencia en los modos de vida; y, sobre todo, la transformación radical de la posición social de las mujeres y de su rol dentro y fuera del hogar.

Todo ello invita a la transformación del modelo sobre el que se ha sustentado la asistencia a las personas dependientes en España. No sólo porque realiza una atribución excesiva de responsabilidad a las familias y, más concretamente, a las mujeres en la producción de bienestar social. Sino también porque, tal y como ha funcionado hasta ahora el modelo,

se incurre en una paradoja que, precisamente, tiende a fomentar la perpetuación del mismo en detrimento de soluciones institucionales alternativas.

En efecto, el peso tan relevante que tiene en nuestro país el apoyo informal en la provisión de atención a las personas dependientes tiene como consecuencia que el Estado haya desatendido en gran medida la provisión de servicios sociales de atención a ese colectivo. De esta forma, allí donde se viene produciendo un mayor apoyo informal por parte de las familias a las personas dependientes es, precisamente, donde existen menores prestaciones públicas de apoyo a las familias. Por ser más precisos, dentro de la Unión Europea a 15 países (UE-15), España, que es el país donde la familia es la máxima proveedora de atención y cuidados a las personas dependientes de su entorno, es el último país en gasto social de apoyo familiar en porcentaje del PIB.

En este sentido, la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia puede ser considerada como un primer y esperanzador paso en la transformación de este modelo de asistencia a las personas dependientes.

#### **IV. El diferencial de gasto social con Europa: una asignatura pendiente**

Como acaba de señalarse, el predominio que existe en España de asistencia informal a las personas dependientes puede ser considerado sobre todo la consecuencia pero, también, parcialmente la causa del limitado desarrollo que esta política social ha tenido en nuestro país y, por consiguiente, del escaso gasto público que se le ha asignado a la misma.

Esta circunstancia no viene sino a confirmar el reducido grado de desarrollo que el Estado de Bienestar tiene en España; fenómeno que se hace mucho más evidente cuando se toma como referente la dimensión y alcance de los Estados de Bienestar de la mayor parte de los restantes países que integran la Unión Europea.

Así, según los últimos datos publicados por Eurostat y que se refieren al año 2003, en España sólo se gasta en torno al 19,7% del PIB en los servicios públicos y las transferencias asociadas al gasto social propio del Estado de Bienestar (excluyendo educación). Este porcentaje es mucho más bajo que en el promedio de países de la UE-15, en donde se gasta de media en dichas partidas alrededor del 28% del PIB.

Estas diferencias se vuelven más pronunciadas si en lugar del gasto social como porcentaje del PIB se toma el gasto público social por habitante expresado en unidades de poder de compra. En ese caso, mientras que el gasto social por habitante de la media de la UE-15 es de 6.926

unidades de poder de compra, el de España es de 4.186 unidades, es decir, el gasto social por habitante en España apenas supera el 60% del gasto social medio en la Unión Europea.

Por otro lado, y como factor indicativo adicional del importante déficit social que sigue manteniendo nuestro país, hay que tener en cuenta que el PIB per cápita en unidades de poder de compra de España era el año 2003 el 89,7% del de la UE-15. Ese diferencial en el grado de desarrollo de nuestra economía con respecto a la media comunitaria debería ser, lógicamente, el que también mostrara el gasto social en España con respecto al europeo porque ése es, teóricamente, el gasto social que le correspondería a este país dado su nivel de desarrollo.

Quiere decirse con ello que el gasto social per cápita en España debería ser el 89,7% del gasto social per cápita europeo. Sin embargo, y como se ha señalado más arriba, nuestro gasto social per cápita apenas superaba para el año 2003 el 60% de la media comunitaria. Este diferencial de casi 30 puntos ofrece una idea bastante precisa del desfase tan importante que presenta el Estado de Bienestar español con respecto a los de los países de su entorno político y económico.

Este déficit en el gasto público social se manifiesta en todas las partidas del mismo, a excepción del gasto por habitante en desempleo que, en 2003, superaba la media europea como consecuencia del mayor nivel de paro existente en España. La respuesta hay que buscarla no sólo en factores estructurales, como puede ser el menor tamaño de nuestro sector público, sino también hay que atribuir la cuota de responsabilidad correspondiente a los gobiernos que aplicaron una fuerte restricción presupuestaria para alcanzar el equilibrio presupuestario en el contexto del Pacto de Estabilidad y Crecimiento firmado tras la creación del euro y que, a tal fin, frenaron drásticamente la tasa de crecimiento del gasto social cuando no lo contrajeron directamente.

Precisamente, y en relación con el tema que nos ocupa, el diferencial es más acusado en la partida de gasto dirigido a la familia e infancia, donde el gasto en España suponía únicamente el 26,7% de la media europea para el año 2003. No en vano, como destaca el Consejo Económico y Social, existe una importante carencia de servicios de ayuda a las familias en España; carencia que se agrava cuando se contempla el caso de los servicios de ayuda a las familias con personas dependientes a su cargo.

Así, sólo un 3% de las personas ancianas tiene algún tipo de atención domiciliaria comparada con un 18% en el promedio de la UE-15. De nuevo España es, según el último informe de la OCDE sobre servicios públicos a los ancianos de 2004, el país europeo que presenta el nivel de gasto público en atención domiciliaria y servicios de atención a las personas con discapacidades más bajo de la Unión Europea.

Esta situación, como ya se ha señalado, afecta especialmente a las mujeres, con un coste considerable para las mismas en términos personales, sociales y económicos, como reflejan sus menores tasas de fecundidad y de acceso al mercado de trabajo en relación con la media europea. De hecho, y como destaca Navarro, «las familias, y muy en particular las mujeres españolas, son las que cubren las enormes insuficiencias del Estado de Bienestar español, y ello a un elevado coste humano, social y económico».

Por otro lado, la carencia de infraestructuras de servicios de apoyo a las familias tiene costes económicos que no sólo son soportados por las mujeres sino que repercuten sobre toda la sociedad. Así, según Eurostat, el porcentaje de mujeres en el mercado laboral era en el año 2005 del 51,2% cuando la media de la UE-15 es del 57,4%. Esto significa, por expresarlo en términos más gráficos, que si España, gracias a una política más activa de apoyo a las familias, tuviera el porcentaje de mujeres trabajadoras que tiene, por ejemplo, Suecia habría en nuestro país seis millones más de trabajadoras creando riqueza y contribuyendo a financiar un Estado de Bienestar mucho más extenso y no, como ocurre ahora, supliendo a base de buena voluntad las carencias de nuestro raquítico gasto social.

En definitiva, estos diferenciales en términos de gasto social de asistencia a las familias mantenidos por España con respecto a sus socios europeos constituyen en una rémora que necesita ser superada porque, entre otras razones, hipotecan el bienestar futuro de todos. Las tendencias sociodemográficas y las insuficiencias del sistema de apoyo informal exigen una participación activa de los poderes públicos en la atención a la dependencia que si hasta el momento ha sido cubierta sobre la base de la solidaridad intergeneracional cada vez precisa en mayor medida de servicios formales comunitarios y residenciales y, por lo tanto, de mayor asignación presupuestaria pública.

## **V. La situación de la atención a la dependencia en España**

El marco del sistema español de protección de las situaciones de dependencia es, como se acaba de comprobar, manifiestamente insuficiente desde el punto de vista de su dotación presupuestaria.

Pero, además, también se caracteriza, según concluye acertadamente RODRÍGUEZ CABRERO y puede comprobarse con un rápido repaso del mismo, por tres rasgos esenciales: débil extensión, baja intensidad y descoordinación.

De entrada, debe señalarse que aunque hay algunas situaciones de dependencia que están protegidas de manera obligatoria –aquéllas originadas como consecuencia de accidentes laborales o en las que el grado de minusvalía imposibilita para trabajar–, se desatienden todos los casos

en los que la dependencia deriva de la edad o es consecuencia de una enfermedad, salvo si se demuestra que la persona en cuestión carece de cualquier tipo de recurso económico que le permita hacer frente a su situación.

Además, el déficit es especialmente significativo tanto en materia de oferta de servicios sociales que complementen a los sanitarios como en el escaso impacto e importancia que tienen las prestaciones monetarias por dependencia.

En concreto, las prestaciones monetarias de la Seguridad Social relacionadas con la dependencia muestran una casuística especialmente compleja y en donde su cuantía no guarda ningún tipo de relación objetiva con la situación de dependencia que trata de proteger. Además, dicha cuantía dependerá de si se proviene del régimen contributivo o del no contributivo, del tipo de colectivo al que se pertenezca y, en el caso de las personas jubiladas, también estará en función de la cuantía de la pensión que perciban.

Y, en relación con la provisión de servicios sociales que complementen a los sanitarios, hace años que se denuncian tres carencias importantes.

En primer lugar, hay que destacar que son manifiestamente insuficientes. Esta situación era ya advertida en el Informe de 1999 del Defensor del Pueblo en donde se afirmaba que la oferta, tanto pública como privada, de servicios sociales en España era insuficiente en su conjunto y se hacía hincapié en que la oferta pública no se correspondía ni con el grado de desarrollo económico y social de este país ni con las necesidades de atención de las personas dependientes.

En segundo lugar, también se denuncia el excesivo carácter asistencialista que presentan estos servicios, desestimándose el hecho de que la dependencia afecta a todas las clases sociales por igual y generándose, en última instancia, situaciones que sólo pueden ser catalogadas como injustas. Así, mientras que, por un lado, se garantiza la protección para las personas sin recursos —lo que no puede valorarse más que positivamente—, por otro se desatienden las necesidades de personas que, aun poseyendo recursos, éstos resultan insuficientes para que puedan proseguir de asistencia en el sector privado.

Y, en tercer lugar, hay que resaltar negativamente el hecho de que gran parte de las competencias en materia de servicios sociales correspondan a las Comunidades Autónomas. Esta situación está generando una creciente desigualdad territorial y una amplia dispersión en las tasas de cobertura para la población dependiente; desigualdad territorial que también se manifiesta en aspectos como los requisitos de acceso a los servicios y las aportaciones que debe realizar el usuario para su financiación.

En cualquier caso, la transferencia de las competencias en materia de servicios sociales a las Comunidades Autónomas no puede ser valorada en términos exclusivamente negativos. La razón es que han sido éstas las que en mayor medida han contribuido al crecimiento del gasto total en protección social a la dependencia en el conjunto del país. Así, el incremento interanual del mismo en el período 1995-2003 fue del 12,3% en euros corrientes y del 8,7% en euros constantes de 1997; sin embargo, el crecimiento de las prestaciones monetarias, que son competencia del Gobierno, experimentaron un crecimiento inferior al de los servicios sociales tanto en euros corrientes (6,1%) como en euros constantes (2,7%).

Finalmente, las estimaciones que se han realizado sobre el gasto en protección social a la dependencia en España vienen todas a coincidir en la necesidad de realizar un mayor esfuerzo presupuestario que permita una atención adecuada para este colectivo y que libere a las familias de la carga asumida al respecto.

A principios de siglo, y según diversas estimaciones, el gasto público neto total en prestaciones monetarias y servicios para las personas dependientes suponía en torno al 0,35% del PIB español. La mayor parte de ese gasto (en torno al 75%) se destinaba a la financiación de los servicios sociales, mientras que el 25% restante eran prestaciones monetarias. Por otro lado, un 65% del total de ese gasto o, lo que es lo mismo, en torno al 0,2% del PIB era absorbido por el colectivo de personas dependientes mayores de 65 años.

Esta situación dista mucho de ser plenamente satisfactoria por cuanto una gran cantidad de necesidades de la población dependiente se quedan sin atender o, como ya se ha insistido, son cubiertas desde el apoyo informal.

Si se tiene en cuenta que el porcentaje de población dependiente protegida en 2001 en España era del 25,6%, la universalización de la protección social para toda la población dependiente, con el nivel de prestaciones y datos de aquel año, exigiría elevar el gasto social hasta casi el 1,2% del PIB.

Es más, según estimaciones de Montserrat, el gasto del consumo de servicios sanitarios y sociales de las personas mayores dependientes, si todas ellas consumiesen externamente los servicios adecuados a sus necesidades, habría debido absorber para el año 2002 un 1,32% del PIB español, del cual un 0,89% correspondería al gasto en servicios sociales y un 0,43% sería el gasto en servicios sanitarios. Ese año el Estado aportaba cerca del 0,23% del PIB a la financiación de la dependencia, lo que significa que el restante 1,09% estaba siendo asumido por las familias o no se realizaba.

Esta situación, como puede imaginarse, no sólo dista mucho de lo deseable sino que, además, también dista mucho del gasto en protección social a la dependencia que realizan los países de nuestro entorno. Como denuncia el propio Libro Blanco, el esfuerzo público que actualmente está realizando el Estado en la atención a las personas con dependencia es bastante inferior al que realizan otros países vecinos y que van desde cifras alrededor del 0,7% del PIB en países como Italia (de igual tradición familista que España), Bélgica o Irlanda, al 1,2% de Alemania y Francia o al 2,8-3% de Holanda y los países nórdicos.

Todo ello se traduce en que, a pesar de que desde mediados de la década de los noventa el gasto público total en servicios sociales de atención a la dependencia ha ido creciendo de forma continuada, éste sigue siendo claramente insuficiente y crece a un ritmo excesivamente lento para dar respuesta a las nuevas necesidades sociales.

## **VI. La diversidad de modelos europeos de atención a la dependencia**

La exposición precedente justifica el que pueda afirmarse con rotundidad que en España la política social de atención a la dependencia está necesitada de un cambio que la aproxime a los patrones de protección de los países de nuestro entorno.

Ese cambio requiere tanto de una mayor asignación presupuestaria como de un viraje en el sentido de la misma. El objetivo de esa reforma debe ser lograr que la dependencia deje de ser contemplada como un problema individual y familiar y pase a ser considerada como un riesgo social que exige, necesariamente, de una atención pública integral y sistemática, es decir, conseguir para la dependencia el mismo grado de atención que en su momento consiguieron otros riesgos sociales que acabaron dando lugar al desarrollo de los sistemas contemporáneos de Seguridad Social.

En efecto, las tendencias sociales que han ido apuntándose hasta aquí (envejecimiento de la población, incremento de la esperanza de vida, incorporación de la mujer al mercado laboral, cambios en el tamaño y composición de las familias, etc.) indican, sin lugar a dudas, que la protección social a la dependencia debe ocupar un lugar central —no meramente residual— entre las políticas sociales.

Así ha ocurrido en diversos países europeos en donde, desde principios de la década de los noventa, se han desarrollado distintos sistemas de prestaciones sociales y ayudas a los cuidadores que configuran verdaderos sistemas sociales integrados de atención a la dependencia.

De hecho, fue la aprobación en 1995 de la ley alemana de dependencia la que trajo esta cuestión a la primera línea del debate sobre

política social en Europa. Es más, el modelo de atención a la dependencia recogido en esa ley se ha convertido en el gran referente tanto a imitar como modelo de Seguridad Social a nivel europeo; pero, también, en la vara de medida con la que comparar y evaluar los impactos sociales y financieros de modelos alternativos.

De esta suerte, en Europa han ido consolidándose durante estos años lo que podríamos considerar como diferentes modelos básicos de protección social a la dependencia que se incardinan, a su vez, en los distintos modelos de Estados de Bienestar existentes en el continente.

Estos modelos presentan importantes diferencias a nivel nacional. De entrada, suelen diferir en su grado de cobertura, el cual estará en función de si la dependencia es concebida como un riesgo particular inherente a la vejez o como un riesgo social susceptible de presentarse en cualquier momento de la vida. También se diferencian en el tipo de prestaciones al que se tiene derecho; ya que éstas reflejan, en última instancia, la concepción que se tenga sobre el estatuto jurídico-social del riesgo de dependencia y se traducen en que la prestación esté en función únicamente del nivel de la dependencia o se tenga también en consideración el nivel de renta. Otras diferencias surgen en relación con los mecanismos previstos de financiación pudiéndose distinguir aquí entre si ésta se produce exclusivamente vía impuestos, vía cotizaciones o de una forma mixta. Y, finalmente, también cabe establecer distinciones atendiendo al tipo de normativa que los regulan, las condiciones de elegibilidad de los servicios o, incluso, la propia forma de gestionar el sistema.

En este sentido, y atendiendo a su orientación básica (universalista o profesional), su ubicación geográfica y la concepción institucional de la protección social a la dependencia (asistencial o universal), pueden distinguirse cuatro modelos básicos de protección a la dependencia.

a) El modelo universal nórdico: no se encuentra regulado por leyes nacionales específicas sino que la protección a las situaciones de dependencia, considerada como un derecho subjetivo de ciudadanía, es el resultado de la progresiva ampliación de la cobertura de los servicios sociales y sanitarios. La cobertura del sistema es universal y se accede al mismo en función del grado de necesidad del demandante evaluado por profesionales y con independencia de cuáles sean sus recursos económicos. Por ello, el nivel de renta de la persona afectada sólo es tenido en cuenta para determinar, en su caso, el porcentaje de copago por los servicios recibidos. Además, se trata de un sistema que privilegia la prestación de servicios sociales frente a las prestaciones monetarias o el apoyo a los cuidadores.

El sistema se financia a partir de impuestos generales que comparten el Estado central y los gobiernos territoriales dado que son los municipios los principales suministradores de los servicios sociales a la población.

Hay que señalar, asimismo, que la intensidad protectora es muy elevada y ello se traduce, en consecuencia, en que el gasto público destinado a dichas partidas se sitúa en torno al 2%-3% del PIB de esos países, el más elevado de la Unión Europea.

b) El modelo universal de Seguridad Social continental: es el aplicado en países como Alemania, Francia, Luxemburgo, Austria o Bélgica que han decidido transformar sus modelos asistenciales en sistemas universales y, para ello, han incluido la protección social a la dependencia, reconocida como derecho subjetivo, en el ámbito de la Seguridad Social siendo gestionada y financiada en ese marco.

Su objetivo es, por lo tanto, la protección universal de las situaciones de dependencia y, especialmente, de las personas mayores a partir del apoyo activo a la familia cuidadora y con independencia de su nivel de recursos económicos.

En este modelo se otorga una amplia libertad para que la persona afectada o su familia elijan la combinación protectora que deseen entre servicios sociales y prestaciones monetarias, aunque tiende a incentivarse la permanencia de la persona dependiente en su domicilio y, con ello, la prestación de servicios frente a la monetaria. La gestión de las prestaciones económicas suele estar centralizada mientras que la de los servicios está descentralizada en las administraciones territoriales.

Sus niveles de gasto no son muy elevados (en torno al 1% del PIB) y la forma de financiación del sistema es mixta, con cotizaciones a la Seguridad Social de los trabajadores en activo (y, en algunos países, también con las de empresarios y de los propios pensionistas) e impuestos generales (cuyo fin sería equilibrar financieramente el sistema y cubrir las prestaciones no contributivas), aunque también se ha dado cabida al copago como forma encubierta de contención del gasto por la vía de desincentivar la demanda del servicio.

c) El modelo asistencial-liberal de los países anglosajones (Reino Unido e Irlanda) y de parte de la región báltica: se trata de un sistema asistencial ampliado en donde sólo las personas dependientes más necesitadas tienen acceso gratuito a los servicios sociales. El resto de la población dependiente puede obtener ayudas, aunque lo más frecuente es el pago de los servicios o unos niveles de copago elevados.

La separación entre los ámbitos sanitario y social de atención a la dependencia y el desigual grado de cobertura que ofrecen los mismos ha dificultado la coordinación entre ambos sectores y ha provocado un desplazamiento de la carga de la atención desde el sistema sanitario hacia los servicios sociales y, de ahí, hacia el individuo y la familia.

El coste del sistema, como puede suponerse, no es excesivamente elevado y también se sitúa en torno al 1% del PIB.

d) El modelo de los países del Sur de Europa y del Mediterráneo en general: se trata de un modelo público eminentemente asistencial e, incluso, residual en países como Italia o España en donde la familia —y, más concretamente, la mujer— ha cargado de forma tradicional con el peso de la dependencia.

Se financia fundamentalmente a través de impuestos. El modelo se sustenta sobre una combinación de prestaciones monetarias de la Seguridad Social y servicios sociales municipales y autonómicos, es decir, un modelo de protección público mixto de carácter contributivo y asistencial. En cualquier caso, la cobertura es bastante limitada y destinada a cubrir las necesidades básicas de los ciudadanos en situación de dependencia que carecen de recursos económicos. La consecuencia es un importante déficit de servicios, sobre todo de los comunitarios, y notables desequilibrios territoriales como consecuencia de la descentralización de los servicios de atención.

Se repite en este modelo lo ya referido para el caso del modelo anglosajón: el contraste entre un sistema sanitario universal y un insuficiente sistema asistencial de servicios sociales que acaba provocando situaciones de desprotección que son amortiguadas gracias a la intervención solidaria de las familias y, en los últimos tiempos, mediante el recurso a la contratación de mujeres inmigrantes en estos países.

Esas situaciones de desatención afectan sobre todo a las clases medias porque, por una parte, los requisitos de acceso, basados en la renta disponible, les impiden acceder a los servicios de provisión pública y, por otra, sus ingresos son insuficientes para acceder en el ámbito privado a esos mismos servicios.

El sistema ha llegado, en este sentido, a sus límites sociales y económicos y se encuentran en una fase de transición de donde debe resultar una nueva política social de socialización del riesgo a través de un sistema protector universal, suficiente y sostenible.

Tras este breve repaso, y una vez constatada la diversidad de modelos de atención a la dependencia presentes en Europa, hay que señalar que, en sentido contrario, existen una serie de factores que actualmente tienden a promover una cierta convergencia entre ellos. De hecho, la tendencia que se desprende de la discusión colectiva y el intercambio de experiencias que durante los últimos años viene desarrollándose en Europa en relación con los sistemas de atención a la dependencia muestra una cierta propensión hacia la convergencia en los planteamientos y la construcción de un acervo común en la materia.

Esa tendencia convergente estaría reforzada, en primer lugar, por la preocupación común que despierta el progresivo envejecimiento de la población y, con ello, el aumento del número de personas dependientes y el riesgo social que ello conlleva.

En segundo lugar, hay que destacar que los cambios en la estructura socio-familiar también son comunes en toda Europa; cambios que, en gran medida y como consecuencia de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, han alterado la oferta social que ha dado habitualmente respuesta a los problemas de dependencia y que descansaba sobre la responsabilidad femenina en los cuidados sociales. De esta forma, la solidaridad institucional provista desde las administraciones públicas deberá ser necesaria y crecientemente complementar de manera activa a los cuidados informales suministrados desde el entorno familiar de la persona dependiente.

En tercer lugar, también hay que tener en cuenta las propias demandas sociales de la población europea que presiona para que estas políticas superen su tradicional dimensión asistencial y acabe predominando la universalización de los servicios y prestaciones. Se trata de una perspectiva que concibe la protección a la dependencia como un derecho social subjetivo que debería posibilitar el acceso a una serie de prestaciones básicas. En este sentido, hay que destacar que el aumento de la renta per cápita y la importancia electoral de la población mayor han contribuido a reforzar estas demandas en toda Europa.

En cuarto lugar, la desconexión existente en varios de los modelos de protección a la dependencia entre su dimensión sanitaria y su dimensión de servicios sociales exige también de una reformulación que perciba y trate el problema desde una perspectiva integral, promoviendo los sistemas de doble intervención –sanitaria y social– y evitando, con ello, los fallos de atención provocados por la descoordinación entre ambos sistemas. Esto redundará en su mayor efectividad social y en una mejora de la eficiencia económica global. Para ello es necesario, por un lado, universalizar los servicios sociales (pues la sanidad ya lo suele estar en la mayoría de los casos) y, por otro, crear mecanismos de coordinación sociosanitaria. Del éxito de esa tarea dependerá, no sólo la calidad de los servicios prestados, sino también la propia viabilidad del sistema a largo plazo.

Y, por último, también hay que tener en cuenta que el proceso de búsqueda de soluciones que aseguren la sostenibilidad financiera tanto actual como futura del sistema y que ineludiblemente apuntarán hacia una salida común por cuanto los sistemas de financiación de la protección social a la dependencia suelen ser similares: financiación pública de un conjunto de prestaciones básicas según el grado de dependencia cohabitando con diversas fórmulas de copago. Como común resulta ser también el contexto generalizado de contención del gasto social y de estabilidad presupuestaria impuesta por el Pacto de Estabilidad y Crecimiento en la Unión Europea.

Todos estos factores, que inducen a pensar en la progresiva convergencia futura de los modelos europeos de protección social a la depen-

dencia, se ven contrarrestados por otras tendencias, sobre todo al interior de cada uno de los Estados, que apuntan en sentido contrario.

Así, hay que tener en cuenta que los distintos modelos de protección a la dependencia constituyen el fiel reflejo de los diferentes tipos de Estados de Bienestar presentes en Europa y que éstos, a su vez, son deudores de las largas tradiciones de construcción y reforma social presentes en cada uno de los Estados.

Por otro lado, debe destacarse que en esta materia rige el principio de subsidiariedad y que, por lo tanto, su desarrollo es competencia exclusiva de los Estados miembros a pesar de que la Comisión Europea les ha invitado a impulsar estrategias comunes de desarrollo de los sistemas sanitarios y de cuidados de larga duración. Esa invitación promueve la realización de reformas institucionales que garanticen una atención sanitaria y unos cuidados personales que tengan como criterios definitorios el acceso universal, la calidad asistencial y su viabilidad financiera a largo plazo.

Tampoco puede despreciarse como factor de divergencia la progresiva descentralización a la que están siendo sometidos los servicios sociales. Esto ha provocado que, en términos generales, los sistemas de bienestar se encuentren estructurados en dos niveles: de un lado, una regulación básica de carácter estatal y un fondo de equilibrio territorial; y, de otro, una regulación ampliada, una planificación y una gestión de los servicios descentralizada hacia niveles inferiores de gobierno. Esta situación está conduciendo a la progresiva regionalización del bienestar y, con ello, dificultará enormemente la homogeneización institucional en los niveles de gobierno superiores.

En definitiva, puede afirmarse que convergencia y diversidad se combinan en un contexto generalizado de extensión de la acción protectora en el espacio europeo. Y, aunque se está avanzando hacia la consolidación de un nuevo derecho social de protección del riesgo de dependencia, no puede obviarse que siguen existiendo problemas prácticos de universalización real del mismo que se manifiestan en problemas de accesibilidad a los servicios, de calidad de éstos, de coordinación entre las instituciones y de financiación.

## **VII. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: una reforma necesaria**

La reforma del sistema de atención a la dependencia emprendida en España para tratar de equiparlo a los estándares de nuestro entorno ha acabado impregnada de los términos del debate sobre la recomposición de los modelos de protección que se ha generalizado en toda Europa. En este sentido, esa reforma se ha acometido intentando configurar un sistema que, de cara al futuro, garantice una universalización real

de la cobertura de este problema, con prestaciones suficientes y de calidad y que se encuentre en consonancia con los sistemas vigentes en otros países de la Unión Europea.

Bien es cierto que esta cuestión podía y debía ser abordada mucho antes y hubo ocasión de haberlo hecho así cuando se negociaron los Pactos de Toledo en 1994, momento en el que se desarrollaron las principales reformas encaminadas a la modernización del sistema de protección social en España. Sin embargo, el problema de la protección a la dependencia fue dejado de lado como consecuencia de la prioridad que se le otorgó en la negociación de dichos Pactos a la búsqueda de acuerdos que permitieran garantizar la viabilidad del sistema de pensiones.

En todo caso, no tardaron en sucederse una serie de iniciativas desde distintos ámbitos que confluían en la necesidad de abordar la protección de la dependencia en España.

Todas esas iniciativas coincidían en la necesidad de elaborar un sistema integrado de protección que abordara desde una perspectiva global el fenómeno de la dependencia. La participación activa del conjunto de la sociedad y la implicación de todas las instancias territoriales de la Administración Pública eran las condiciones necesarias para la aprobación de una política integral de atención a la dependencia en donde quedara perfectamente definido el papel que debían desempeñar los distintos agentes del sistema de protección social en su conjunto.

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

Una Ley que constituye un importante avance, no exento de hipotecas, en la regulación y protección del colectivo de personas dependientes en nuestro país y cuyos grandes principios rectores se sintetizan a continuación.

Así, la Ley regula, en primer lugar, las condiciones básicas de apoyo y atención a las personas dependientes sobre la base de los principios de universalidad, equidad e igualdad. A tal efecto se plantea un estatus jurídico de la persona en situación de dependencia común para todo el Estado y en donde se regulan sus derechos básicos. El derecho de acceso a las prestaciones públicas será, entonces, un derecho subjetivo que derivará directamente de la condición de dependencia de los beneficiarios y no de otros factores.

En concreto, las prestaciones estarán en función del grado y nivel de dependencia, de la adecuación del servicio a las necesidades del solicitante y del nivel de renta del beneficiario.

En segundo lugar, la Ley define las prestaciones básicas que los poderes públicos de todo el Estado deberán proporcionar a los ciudadanos

en situación de dependencia y, en este sentido, busca aglutinar en sí misma y como única norma el marco general y común del derecho a tales prestaciones sociales. Para determinar el nivel de acceso a esas prestaciones se establecen unos determinados grados de dependencia cuya evaluación responde a unos criterios predeterminados de aplicación uniformes en todo el Estado.

Y, por último, la Ley promueve la integración y normalización del colectivo de personas dependientes desarrollando para ello un sistema de atención integral e integrado: el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Este Sistema reviste carácter público y deberá contar con la participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias. El Sistema estará constituido por una red de utilización pública diversificada y que integrará de forma coordinada, centros y servicios públicos y privados debidamente acreditados.

En este sentido, y como ha destacado el Consejo Económico y Social, este Sistema supondrá un cambio sustancial en el modelo español de protección social por cuanto descansará sobre un conjunto de equipamientos y servicios profesionalizados que cubrirán necesidades de atención que hasta ahora se atendían mediante el apoyo informal prestado por las familias.

A tal efecto, el Sistema debe promover la coordinación, no sólo territorial, sino también entre las dimensiones sanitaria y social de la protección a las personas dependientes.

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se configuraría, por lo tanto, como una nueva modalidad de protección social que ampliaría y complementaría la acción protectora de la Seguridad Social y del Estado, dando cuerpo a lo que ha sido considerado como el «cuarto pilar» del Estado de Bienestar junto a los sistemas sanitario, educativo y el de la Seguridad Social.

Este Sistema se sustentará, a su vez, sobre los siguientes principios básicos:

- a) Universalidad de la prestación, es decir, todas las personas en situación de dependencia, sea cual sea su edad, el origen de la dependencia y su situación económica y social podrán acceder a las prestaciones del sistema en las condiciones y con los requisitos que se establezcan.
- b) Las prestaciones tendrán carácter público con independencia de las formas de financiación y de las que adopte la gestión concreta de cada prestación.
- c) Se garantiza la igualdad básica en el acceso a las prestaciones de todas las personas con independencia del lugar de residencia si bien las administraciones autonómicas y locales podrán, con cargo a sus presupuestos, ampliar o mejorar las condiciones básicas.

d) Se contemplará la cofinanciación por parte de los usuarios en las condiciones que se establezcan.

En definitiva, el sistema tiende hacia un sistema de protección universal, ya que no plantea requisitos específicos de afiliación o cotización a los beneficiarios, asimilándose la protección de la situación de dependencia al derecho universal a la asistencia sanitaria y tratándose de superar, con ello, las limitaciones del modelo asistencialista anterior.

En cuanto a las prestaciones consideradas en la Ley es de prever que se traducirán en una serie de mejoras importantes en la protección social de las personas dependientes. De hecho, se prevé un incremento relevante en los servicios tanto de atención en el domicilio como de los centros de día y de teleasistencia; también se espera un incremento de las prestaciones a los cuidadores informales de las personas dependientes que viven en su domicilio y se estima que se duplicará el número de plazas residenciales.

El modelo de prestaciones sociales previsto en la Ley (artículo 14) se sustenta fundamentalmente sobre la base de las prestaciones en servicios y contempla el caso de las prestaciones monetarias, tanto las vinculadas a un servicio como las destinadas a los cuidadores no profesionales, para ocasiones excepcionales.

La provisión de los servicios corresponderá casi en exclusiva al Estado que asumirá todos los papeles en el proceso: la evaluación del grado de dependencia, la prescripción del servicio que se estime más conveniente —es por ello que el modelo ha sido tachado de excesivamente «autelar»—, la financiación y provisión de dicho servicio e, incluso, en algunos casos, hasta la gestión del mismo.

Sin embargo, dado que la oferta de los distintos tipos de servicios sociales deberá aumentar muy rápidamente para poder ajustarse al cronograma de aplicación de la Ley parece poco plausible que la Administración pueda asumir ese incremento de la oferta a partir del aumento del número de centros públicos gestionados directamente por ella. Esto estimulará el proceso de concertación de los distintos tipos de servicios públicos de atención a la dependencia. De hecho, el artículo 16 de la Ley incluye dentro del Sistema público a los centros privados concertados debidamente acreditados.

Por su parte, las prestaciones económicas pueden ser de tres tipos: prestaciones monetarias vinculadas a la adquisición de un servicio cuando éste no pueda ser provisto por la Administración (art. 17); compensaciones económicas para cuidadores en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales cuando se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así sea prescrito por los correspondientes responsables (art. 18); y compensaciones económicas para la contratación de un asistente personal (art. 19).

Hay que advertir que las dos primeras revisten carácter excepcional: sólo cuando la Administración no pueda suministrar el servicio o así expresamente lo determine la persona tendrá derecho a una prestación económica para la contratación de dicho servicio en el ámbito privado o la remuneración de un cuidador no profesional. Sin embargo, sí se considera como un caso normal la contratación de un asistente personal para las personas dependientes menores de 65 años.

La financiación del Sistema es, en principio, pública y correrá a cargo del sistema impositivo del Estado que fijará en la Ley de Presupuestos Generales del Estado los recursos económicos necesarios para financiar el nivel mínimo de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios del Sistema, según el grado y nivel de su dependencia (art. 9).

Esto significa que la Administración General del Estado asumirá íntegramente el coste derivado de la cobertura de ese nivel mínimo de protección y, a partir de ahí, establecerá convenios con las Comunidades Autónomas en donde se determinarán las obligaciones asumidas por cada una de las partes para la financiación de los servicios y prestaciones del Sistema (art. 32).

Pero, además, la Ley también prevé un mecanismo de «copago», esto es, la participación de los beneficiarios en la financiación de las prestaciones del Sistema según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal (art. 33).

La implantación de este Sistema se hará de forma gradual tratando de buscar un cierto equilibrio entre los niveles de cobertura que garantizará la Ley, la suficiencia de la atención ofrecida y la sostenibilidad financiera del Sistema. El cronograma establece la implantación completa de la Ley para el año 2015; hasta ese año se irán incrementando progresivamente los niveles de asistencia a las situaciones de dependencia comenzando, evidentemente, por la atención a aquellas personas que presentan unos niveles más severos de dependencia y concluyendo por las situaciones de dependencia moderada.

### VIII. A modo de conclusión

El escaso tiempo transcurrido desde la entrada en vigor de la Ley impiden, evidentemente, realizar cualquier tipo de análisis de sus efectos. De hecho, ni siquiera se ha conformado aún el órgano encargado de la coordinación de todo el sistema, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Es por ello que este trabajo se ha centrado en la exposición de los argumentos que avalaban la necesidad de una reforma urgente del sistema de atención a la dependencia; reforma que debía aproximar los niveles de bienestar de la población dependiente española a los que

gusan las personas que padecen ese problema y viven en los países de nuestro entorno político y económico más próximo.

En cualquier caso, sí que puede señalarse que el modelo de atención que perfila la Ley se caracteriza por tres rasgos esenciales.

En primer lugar, otorga un elevado grado de intervencionismo a la Administración en sus diferentes niveles de gobierno. Esta circunstancia no tiene por qué ser considerada necesariamente como negativa salvo que acabe degenerando en un exceso de burocracia paralizante e incapaz de atender las necesidades de los afectados con el suficiente grado de flexibilidad que exige su problemática.

En segundo lugar, se trata de un modelo excesivamente tutelar y que, por lo tanto, deja un margen muy reducido a la soberanía del consumidor a la hora de optar por los distintos tipos de prestaciones posibles. Serán los profesionales públicos quienes tomen todas las decisiones relacionadas con el tipo de prestación y el lugar en el que debe realizarse la misma sin que los afectados puedan elegir.

Y, finalmente, el modelo realiza una clara opción por las prestaciones en servicios frente a las prestaciones monetarias. Para ello se espera un incremento importante en los servicios de atención domiciliaria (hasta llegar a cuatro veces el nivel actual); la ampliación de la red existente de centros de días; la duplicación de la cobertura de plazas residenciales y la extensión universal de los servicios de teleasistencia.

Por otro lado, y ya en el ámbito financiero, hay que destacar el importante esfuerzo presupuestario que requerirá la implementación efectiva de la Ley. Ello exige que los principios de suficiencia y sostenibilidad financiera, que deberán ser cuidadosamente preservados mediante la consignación de partidas presupuestarias adecuadamente estimadas en los Presupuestos Generales del Estado, sean esenciales para la correcta atención de las necesidades de la población dependiente.

Sin embargo, hay que hacer una llamada de atención en esta materia por cuanto los primeros estudios que se están elaborando al respecto indican que el Gobierno ha minusvalorado considerablemente los recursos necesarios para la implementación del sistema.

Sería lastimoso que por causa de una incorrecta estimación presupuestaria, sobre todo en el momento histórico de saneamiento que experimentan las finanzas públicas españolas, se frustrara la aplicación de los mecanismos de protección previstos en esta Ley.

Y es que, reiterándonos en lo ya argumentado más arriba, el diferencial español en esta materia con respecto a la Unión Europea es tan acusado que la aprobación de esta Ley ha despertado expectativas entre la población afectada que difícilmente van a ser sosegadas si no es con

### la implementación efectiva del referido Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Esas expectativas constituyen el fiel reflejo de la situación de urgencia social en la que se encuentran tanto las personas afectadas por problemas de dependencia como aquellas que las atienden de una forma solidaria sacrificando, en ello, parte de su vida. La importancia, de que esta Ley no quede en papel mojado es, pues, esencial. Todos somos sus potenciales beneficiarios y a todos nos corresponde, por ello, impulsar su aplicación.