

Análisis comparativo de los servicios de atención a la dependencia en España y Suecia

Guillem López-Casasnovas
Laia Cirera i Crivillé
Marina Soley i Bori



Renuncia de Responsabilidad

Los artículos publicados en esta serie de Documentos de Trabajo (DT) deben entenderse como una contribución a la investigación actual. El trabajo y las ideas expuestas pueden no siempre representar la posición final y, como tal, a veces deben ser tratados como trabajo en progreso. Asimismo, la responsabilidad del material y las opiniones expresadas en los DT corresponden exclusivamente a sus autores y no deben identificarse necesariamente con la opinión colectiva del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF).

Copias Adicionales

Copias de este documento están disponibles para descargar gratuitamente desde el sitio web de www.upf.edu/cres. El acceso al material descargado se proporciona en el entendimiento de que es para uso personal. Copias de los documentos descargados pueden ser distribuidas a terceros con la condición de que la fuente de publicación CRES esté correctamente reconocida y que dicha distribución no esté sujeta a ningún pago.

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF)
C/ Ramon Trias Fargas, 25-27 (Edifici Mercè Rodoreda)
Universitat Pompeu Fabra
08005 Barcelona, España
www.upf.edu/cres
©

Análisis comparativo de los servicios de atención a la dependencia en España y Suecia

Guillem López-Casasnovas^(*)

Laia Cirera i Crivillé^(*)

Marina Soley i Bori⁽¹⁾

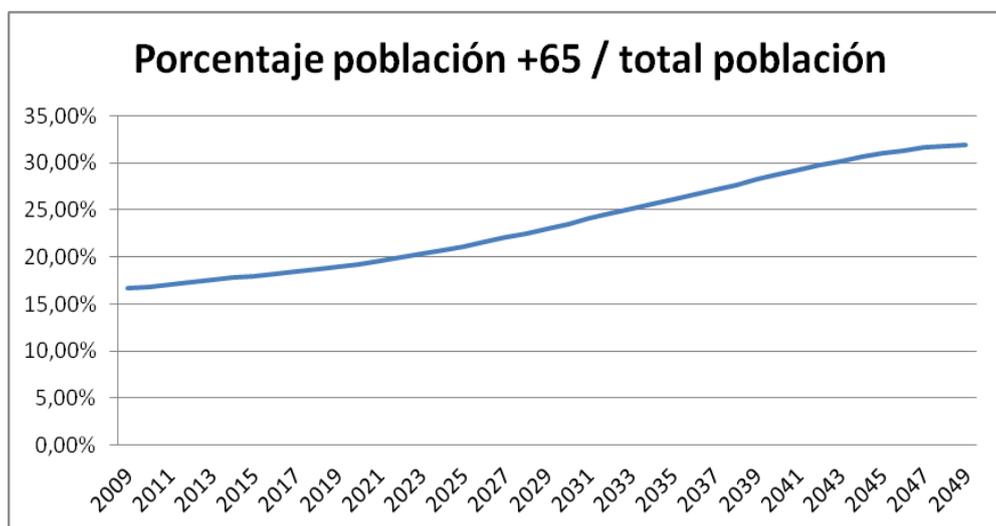
^(*) Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF)
Departamento de Economía y Empresa. Universitat Pompeu Fabra

^(†) Boston University School of Public Health

1. Introducción

Los países desarrollados vienen experimentando un progresivo envejecimiento demográfico, cuyos impactos sociales y económicos futuros suscitan gran interés. Si las tendencias demográficas se mantienen, el número de personas mayores (+65) en la Unión Europea se doblará, pasando de 85 a 151 millones entre 2010 y 2060. La población mayor de 80 años, se proyecta que aumentará a un ritmo aún mayor, casi triplicándose y alcanzando los 61 millones en 2060, lo que supondría un incremento muy relevante respecto a los 22 millones actuales (Eurostat, 2011). En España, según datos del INE (2010), se estima que en el año 2060 la población de más de 65 años pasará de representar el 17% de la población en la actualidad a representar el 32%, con más de 15 millones de personas (gráfico 1).

Gráfico 1. Evolución de la población mayor respecto la población total



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE (2010)

Las causas que hay detrás de este fenómeno son comunes en todos los países de la Unión Europea y se pueden resumir en la interacción de 4 factores demográficos principales. En primer lugar, en todos los países de la Unión Europea, los ratios de fertilidad, que se prevé crecerán de 1,52 a 1,6 entre 2008 y 2030, están por debajo de la tasa natural de sustitución necesaria para estabilizar la dimensión y la estructura demográfica actual de la población, que se sitúa en 2,1 hijos por mujer (Eurostat, 2011). Adicionalmente, la entrada en la edad de jubilación de la generación del “baby boom” se corresponde con la generación con bajas tasas de fertilidad, lo cual incidirá directamente en el ratio de dependencia². Concretamente, se prevé que el ratio de dependencia se duplique, pasando del 26% en la actualidad al 53% en 2060 (Comisión Europea, 2009). Tercero, la esperanza de vida se estima que incrementará en otros 6,3 años para los hombres y 5,1 años para las mujeres hasta 2050, dada una reducción de la mortalidad en las edades más avanzadas. Por último, los flujos netos de inmigración, aunque tienen una

² La Comisión Europea utiliza el término “ratio de dependencia” para referirse al porcentaje de población mayor de 65 años sobre el total de población entre 15 y 64 años.

clara incidencia en la estructura demográfica, son insuficientes para estabilizar la pirámide de la población.

Adicionalmente, a pesar del logro social de aumentar la esperanza de vida de la población, este proceso de envejecimiento demográfico también ha propiciado un incremento del número de ancianos que pasan los últimos años en situaciones de dependencia. Así, una de las mayores preocupaciones derivadas del proceso de envejecimiento es la creciente demanda de los cuidados de larga duración y, consecuentemente, la capacidad del estado para satisfacer estas necesidades y proporcionar los servicios adecuados al colectivo de personas en situación de dependencia.

En este contexto, a finales del 2006 y siguiendo la estela de los países escandinavos, España aprobó la denominada *Ley de Dependencia* (La Ley 39/2006, de 14 de Diciembre) de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD), a fin de dar respuesta a la creciente demanda de servicios de atención a la dependencia. Aunque la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) constituye un paso importante hacia la creación del llamado cuarto pilar del estado del bienestar, el modelo afronta difíciles retos planteados por nuevos escenarios demográficos, que cuestionan los niveles de protección social previstos por el SAAD y amenazan la sostenibilidad financiera del propio sistema.

Concretamente, según estimaciones de la Comisión Europea (2009), el gasto público en cuidados de larga duración para los estados miembros de la OCDE como porcentaje del PIB, se estima que como mínimo se duplicará en el 2050 y pasará a representar entre el 2,2% y el 2,9%. No obstante, se estima que estas tendencias evolucionaran a ritmos y niveles distintos para los distintos países miembros de la Unión Europea en función de una serie de factores característicos de cada país (Comisión Europea, 2009). Resulta de gran utilidad identificar, definir y cuantificar el peso de los principales elementos que componen el coste de los cuidados de larga duración. Concretamente, un estudio y seguimiento de los sistemas de protección social de los países más avanzados de nuestro entorno, puede proporcionar un conjunto de consideraciones que contribuyan de forma significativa en el proceso de definición, desarrollo y consolidación del cuarto pilar del estado del bienestar.

El presente documento pretende contribuir a tal fin, a través de discutir, analizar y valorar el actual Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), en base a un análisis comparativo con la experiencia Sueca. Concretamente, el estudio persigue dos objetivos; por un lado, hacer una breve síntesis descriptiva de la organización, financiación y provisión de los servicios de atención a la dependencia en los sistemas español y sueco. Por otro lado, y partiendo del modelo desarrollado por la Comisión Europea (2009), proyectar la evolución futura del gasto público español en cuidados a la dependencia para el período 2010-2060. Adicionalmente, se formulan distintos escenarios en los que se analiza la repercusión sobre las finanzas públicas españolas que tendría la hipotética implantación de un modelo con unos parámetros similares a los del sistema sueco.

El estudio se estructura de la siguiente manera. En el apartado 2 se hace una síntesis en clave comparativa de ambos sistemas de atención a la dependencia acerca de sus orígenes, el sistema de prestaciones, cobertura y criterios de elegibilidad, así como sus respectivos mecanismos de financiación. En la sección 3 se desarrollan proyecciones de gasto público en materia de atención a la dependencia para España y se simula el impacto que tendría la adopción de un modelo con tasas de cobertura, distribución, calidad y costes unitarios equivalentes a los servicios ofrecidos en Suecia. En el último apartado se hace una síntesis de los puntos de interés del estudio comparativo, se exponen los

principales resultados e implicaciones del ejercicio de simulación y se concluye con una serie de reflexiones finales acerca del sistema de costes y el futuro desarrollo del SAAD.

2. Síntesis descriptiva y comparativa de los sistemas de atención a la dependencia en España y Suecia

En la Unión Europea existe una gran diversidad de políticas de atención a las personas dependientes. Procurar encuadrar a los países dentro de un determinado modelo o patrón resulta una tarea difícil y poco precisa. No obstante, es innegable que los factores institucionales, culturales, sociales y económicos característicos de cada país, constituyen un determinante importante en la definición de los mecanismos de financiación, regulación y utilización de los cuidados formales, y en última instancia, en el gasto público destinado a los cuidados de larga duración. En el contexto del presente trabajo, los apartados 2.1, 2.2 y 2.3 analizan, a grandes rasgos, estos aspectos para España y Suecia.

2.1 Orígenes de los dos modelos

Antes de que se aprobara la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de 2006, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), España ya disponía de normativa relativa a la protección de las personas en situación de dependencia y las distintas Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales tenían regulados varios sistemas parciales de protección para personas mayores. No obstante, las primeras leyes de servicios sociales no trataban de forma explícita sobre la dependencia aunque sí se referían a las personas con discapacidad. Adicionalmente, el alcance de estos servicios sociales, de carácter básicamente asistencialista, se limitaba a los casos en los que el círculo familiar del dependiente no podía proporcionar los cuidados necesarios y el afectado no tenía los recursos económicos suficientes para acudir al sector privado. En consecuencia, la administración asumía una función subsidiaria y la familia se conformaba como la principal institución proveedora de cuidados (Libro Blanco, 2005). Según datos del IMSERSO, aunque en 2004 un 12% de los ancianos recibía tales cuidados informales en combinación con otras fuentes de ayuda de carácter formal, lo más llamativo es que casi un 65% de las personas mayores dependientes satisfacía exclusivamente sus necesidades de atención a través del apoyo informal.

El continuo aumento de las situaciones y de la complejidad de las personas en situación de dependencia en la última década, así como la progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral, disparó la demanda de cuidados de larga duración y desbordó las posibilidades del sistema para afrontar las nuevas demandas sociales. Ante la magnitud de tal fenómeno, surgió la eminente necesidad de incrementar las medidas legales y financieras, y consolidar un modelo en el ámbito de la autonomía-dependencia capaz de afrontar la situación y proporcionar al colectivo de personas dependientes el derecho a los servicios que les garantizaran una vida digna.

En este contexto, la LAPAD (Ley 39/2006) irrumpió con fuerza en los sistemas de servicios sociales vigentes hasta el momento, afectando y transformando a muchos de sus elementos en el ámbito de la promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia. El contenido de esta Ley tiene, sobre todo, una gran trascendencia social, dado que introduce el derecho subjetivo de toda persona en situación de dependencia a acceder a los servicios públicos necesarios para paliar su problema. En resumen, la LAPAD ha provocado profundas reformas en los aspectos normativos, organizativos y

financieros de los servicios de atención a la dependencia, generando un nuevo paradigma, que tiene como ejes centrales el derecho subjetivo y el principio de universalidad (Ley 39/2006).

Por el contrario, el origen del cuarto pilar del estado del bienestar en Suecia, cuenta con un largo bagaje que se remonta en 1982 con la aprobación de la *Health and Medical Services Act* (1982:763, de 30 de Junio), ley que reconoció el derecho universal de las personas en situación de dependencia a recibir cobertura y asistencia pública en base a sus necesidades de ayuda, sin considerar la presencia de soporte familiar potencial ni de su situación económica. En el marco europeo, Suecia se convirtió en uno de los países pioneros en el desarrollo de un sistema universal de atención a la dependencia.

A lo largo de los años 90, el modelo y estructura de la atención a la dependencia experimentó importantes cambios vinculados a la Reforma ÄDEL de 1992, una reforma que, con el fin de mejorar la coordinación y la calidad de los servicios de atención a las personas mayores, descentralizó y transfirió las responsabilidades y competencias en materia de atención social y sanitaria hacia los municipios. Asimismo, el sistema pasó a financiarse básicamente con los impuestos locales. No obstante, las fuertes turbulencias económicas a lo largo de los años 90 provocaron que la generosidad del sistema se fuese debilitando, y un modelo mixto caracterizado por la progresiva colaboración público-privada, tanto en la financiación como en la gestión se fue consolidando. Paralelamente, y a fin de aliviar la carga sobre las finanzas públicas, se empezó a divisar un redescubrimiento del papel de la familia como proveedora de cuidados, tendencia reforzada por la introducción de nuevas políticas de promoción de cuidados familiares a lo largo de los años 90s, como la intervención Anhörig 300³.

En resumen, el sistema de atención a la dependencia que emergió durante los años 80, en un contexto de bonanza económica y explosión del estado del bienestar, se debilitó a lo largo de los años 90, consecuencia de la dificultad de combinar un elevado nivel de prestaciones públicas con una tasa elevada de envejecimiento de la población e importantes periodos de contracción económica. Estas tendencias han llevado al país nórdico a optar por un sistema más reservado, más limitado en su cobertura, y con una creciente presencia, tanto en la gestión como en la provisión, del sector privado en colaboración con la administración pública (Trydegård G et al, 2010). A pesar de ello, el sistema actual mantiene la esencia de sus orígenes y Suecia sigue posicionándose como país referente en el contexto europeo, tanto por sus elevados niveles de cobertura e intensidad, como por la calidad de sus servicios.

2.2 Elegibilidad, prestaciones y nivel de elección de la persona dependiente

El propósito de este apartado es ofrecer una breve descripción del modo en el que se ha venido atendiendo hasta el momento a las personas dependientes, pues sólo desde el conocimiento de la situación actual y desde una perspectiva comparada es posible valorar las importantes implicaciones y retos que supone el desarrollo del SAAD. El modo en que se satisfacen estas necesidades puede describirse a partir de tres variables fundamentales. La primera tiene que ver con los criterios básicos de elegibilidad y el derecho de acceso a los servicios y prestaciones monetarias. La segunda variable está referida al porcentaje de individuos que reciben los distintos tipos de ayuda formal, principalmente la atención residencial y domiciliaria, así como el peso del apoyo informal. Por último, tanto en el caso de las personas institucionalizadas como en el de aquellas que reciben

³ Anhörig 300: Plan de apoyo gubernamental a los cuidadores familiares en colaboración con los ayuntamientos, las ONG's, la atención primaria y las familias. El gobierno destinó 300 millones de coronas suecas entre 1999-2001.

atención domiciliaria, el grado de libertad de los usuarios en la elección de los distintos servicios y prestaciones constituye un elemento importante en la caracterización de los distintos modelos.

Tanto en España como en Suecia, los sistemas de atención a la dependencia se fundamentan en los principios de universalidad y de acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad. Esto es, cualquier persona que se encuentre en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos por la ley, tiene derecho a recibir los servicios y prestaciones para cuidados de larga duración adecuados en función de sus necesidades y nivel de dependencia. Concretamente, en España, este acceso a los servicios de atención a la dependencia está condicionado por un órgano de evaluación de la correspondiente Comunidad Autónoma, que en base a informes sobre el estado de salud y el entorno del solicitante, emite un dictamen determinando el nivel de dependencia y de cuidados necesarios. Como herramienta de valoración se utiliza el baremo definido en la ley (Real Decreto 504/2007, de 20 de abril). En España, el baremo de valoración de la Dependencia permite diferenciar tres niveles:

1. Dependencia Moderada (Grado I): la persona necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (AVBD) al menos una vez al día (nivel 1: 25-39 puntos; nivel 2: 40-49 puntos);
2. Dependencia Severa (Grado II): necesita ayuda para las ABVD dos o tres veces al día (nivel 1: 50-64 puntos; nivel 2: 65-74);
3. Gran Dependencia (Grado III): necesita ayuda para las ABVD varias veces al día (nivel 1: 75-89; nivel 2: 90-100 puntos).

Por último, en base al grado y nivel de dependencia asignado, así como de la situación económica, demográfica y sociosanitaria, se elabora un Plan de Atención Individualizado (PIA), que es una propuesta personalizada compuesta por una o varias prestaciones siendo éstas las que supuestamente mejor se adecuan a las necesidades de la persona dependiente. No obstante, algunos expertos alertan que la excesiva generosidad en los criterios de reconocimiento y la inadecuada aplicación de los baremos de valoración, pueden hacer que una Ley que ha nacido para garantizar derechos termine siendo meramente declarativa por problemas de sostenibilidad (Jiménez et al, 2010).

La provisión de cuidados de larga duración en el sistema sueco se gestiona y articula principalmente a nivel municipal. El procedimiento de elegibilidad y asignación de los recursos presenta fuertes similitudes con el caso español, aunque en este caso son los gerentes de la oficina municipal de bienestar social quienes, a través de una reunión con el solicitante en su propio domicilio, identifican sus necesidades y determinan el tipo y la intensidad de servicios que necesita la persona en cuestión. Igual que en España, el nivel de dependencia así como el grado de deterioro cognitivo son los elementos más decisivos para determinar el tipo e intensidad de las prestaciones a percibir. A este respecto, se ha observado cierto retroceso de la cobertura universal y endurecimiento de los criterios de concesión de las prestaciones públicas en la última década, concentrándose entre los dependientes más severos y trasladando parte de los cuidados a las familias. Adicionalmente, la ambigüedad de los marcos legales nacionales sobre los criterios de acceso al sistema ha derivado en pronunciadas desigualdades en los servicios de atención a la dependencia entre los municipios⁴. Esta situación de divergencia geográfica existe también en España, puesto que los criterios de composición y actuación de los órganos de valoración son competencia de las CCAA.

⁴ Para información más detallada acerca de los criterios de valoración en Suecia consultar Jönsson et al (2009)

En referencia a las oferta de servicios, el artículo 14 de la LAPAD (Ley 39/2006) establece dos grupos principales de prestaciones: por un lado, un catálogo de servicios prestados a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales de las respectivas Comunidades Autónomas y, por el otro, tres tipos de prestaciones económicas, tal como indica la siguiente tabla:

Tabla 1: Principales servicios y prestaciones económicas, España

CATÁLAGO DE SERVICIOS	PRESTACIONES ECONÓMICAS (€/ mes, nivel estatal, 2011)			
	Grado III		Grado II	
	N2	N1	N2	N1
-Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal	Prestación económica vinculada al servicio			
-Servicio de teleasistencia	733	573	441	377
-Servicio de ayuda a domicilio	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales			
-Atención de las necesidades del hogar	477	392	319	287
-Cuidados personales				
-Centros de Día/Noche	Prestación económica de asistencia personal			
-Centro de día para mayores	765	615		
-Centro de día para menores de 65 años				
-Centro de día de atención especializada				
-Centro de noche				

Fuente: Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y datos del IMSERSO (2011)

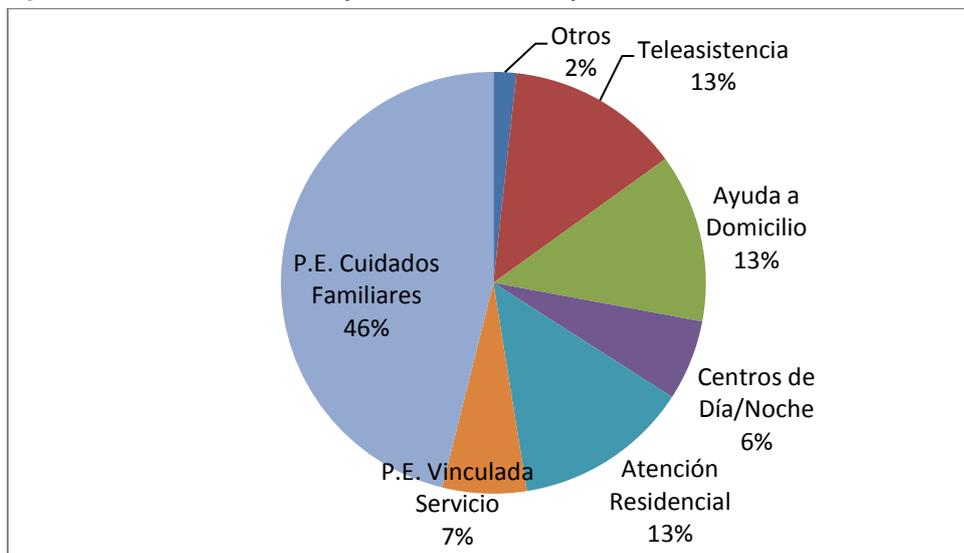
El tipo e intensidad de las prestaciones principalmente depende del grado de dependencia (usando el baremo como principal herramienta de valoración) y de la condición económica de las personas mayores. En la primera fase de aplicación de la ley, se está dando prioridad a los casos más graves (grado III-gran dependencia y grado II-dependencia severa) y según datos del IMSERSO, a inicios del 2011 había un total de 668.578 personas cubiertas por el sistema, 386.093 personas calificadas con grado III de dependencia y 282.311 personas con grado II o dependencia severa. Si usamos las tasas de discapacidad proporcionadas por Eurostat (2011), estos datos se traducen en una cobertura del 21,87%. El objetivo del gobierno es alcanzar una cobertura para el 2015.

La distribución de los distintos servicios y prestaciones otorgados durante los 4 primeros años de aplicación de la Ley 39/2006, que suman un total de 911.050, se reflejan en el Gráfico 2. La prestación más reconocida es la de cuidados en el entorno familiar, representando un 46% del total de las prestaciones (419.787). Esta cifra es un poco sorprendente dado que la Ley resalta la excepcionalidad del cuidador informal y apuesta claramente por la atención profesional (Edad&Vida, 2009). En concreto, el artículo 14 de la LAPAD reconoce que el catálogo de servicios tendrá un carácter prioritario y que el beneficiario de la Ley podrá recibir una prestación económica por ser atendido por cuidadores no profesionales, pero de manera excepcional.

También destaca la atención residencial con un total de 121.685 prestaciones, seguida por la ayuda a domicilio y la teleasistencia, con 120.750 y 117.670 prestaciones respectivamente. Los centros de día y noche y las prestaciones vinculadas al servicio quedan en un discreto segundo plano. El uso de la atención residencial se concentra en las personas con un mayor grado dependencia puesto que un

23,48% de las personas reconocidas con grado III reciben este servicio; mientras que la teleasistencia y la ayuda a domicilio tienen un mayor uso entre los grados de dependencia menos graves.

Gráfico 2: Distribución de las prestaciones en España, datos a 1 de octubre de 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas SAAD-IMSERSO a 1 de octubre de 2011.

Aunque a lo largo de la última década las aportaciones de recursos se hayan estabilizado, e incluso reducido puntualmente, Suecia continúa gozando de un desarrollado sistema de servicios públicos para las personas mayores y con discapacidad, que cubre a casi la mitad de las personas (49,03% concretamente) dentro de este colectivo. La siguiente tabla contiene los principales servicios y prestaciones económicas ofrecidas por el sector público:

Tabla 2: Principales servicios y prestaciones económicas, Suecia.

CATÁLOGO DE SERVICIOS	PRESTACIONES ECONÓMICAS
-Servicio de prevención de las situaciones de dependencia	-Excedencia de cuidados
-Servicio de Teleasistencia (alarmas de seguridad personales)	-Prestación económica de asistencia a la persona dependiente
-Centros de Día/Noche	-Prestación económica al cuidador
-Servicio especial de transporte	
-Servicio de atención y alojamiento a corto plazo	
-Servicio de ayuda a domicilio	
-Atención de las necesidades del hogar	
-Cuidados personales	
-Servicio de Atención Residencial	

Fuente: Swedish Association of Local Authorities and Regions (2009)

Observamos un amplio catálogo de servicios, que incluye servicios como los *de atención y de alojamiento a corto plazo o el servicio especial de transporte*. Los primeros plantean una etapa intermedia entre la ayuda a domicilio, la atención hospitalaria y la atención residencial. Este tipo de servicio es una práctica que tiene múltiples facetas: se utiliza para la rehabilitación, la recuperación después de una estancia en el hospital, la convalecencia o cuidados paliativos. Por otro lado, desde 1982, con la introducción de la *Social Services Act (1982:763)*, los ayuntamientos están obligados a proporcionar transportes adaptados a las personas con discapacidad. Desde el 1982 (*Social Services Act, 1982: 763*), los municipios también son responsables de la gestión de residencias y otros centros institucionales, así como de la administración de las distintas ayudas económicas.

En referencia a las prestaciones económicas, existen básicamente dos grupos en función del origen de la ayuda económica. En primer lugar, bajo la *Care Leave Act* de 1989, el Sistema de Seguridad Social ofrece a aquellas personas que cuidan a un familiar mayor con una enfermedad terminal una *excedencia de cuidados* que permite abandonar temporalmente su trabajo durante un máximo de 100 días percibiendo, en promedio, un 80% del sueldo. En caso de necesitar un cese provisional del trabajo más largo, deben optar por una excedencia no remunerada durante un máximo que oscila entre dos y tres años. Mientras los cuidadores informales suecos tienen mayor facilidad para combinar su trabajo con el cuidado de una persona dependiente, en España sólo se dispone de una prestación similar (pagada por la empresa) durante 2 días en el sector privado o 3 en el sector público.

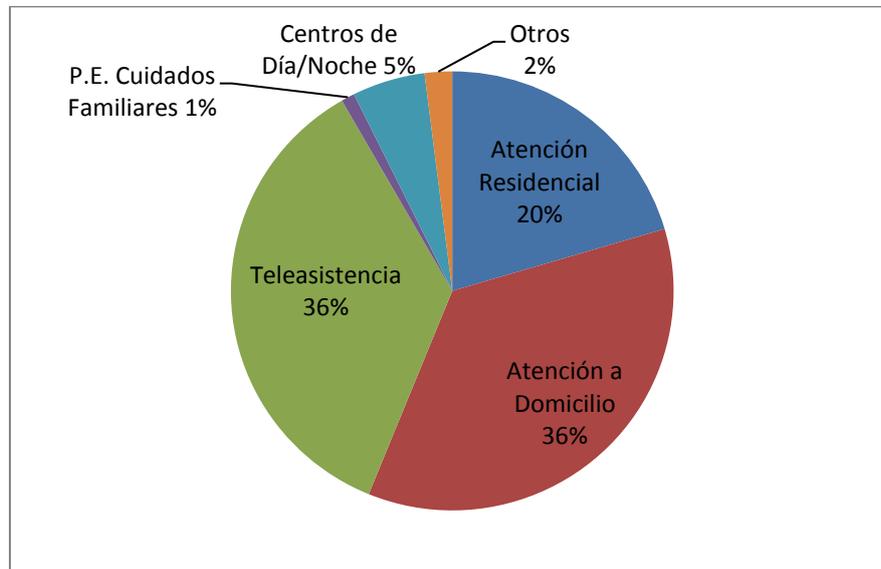
En segundo lugar, los municipios suecos ofrecen unas prestaciones adicionales entre las que diferenciamos dos programas principales. Por un lado, la *prestación de asistencia* es una retribución de unos 550€ exenta de impuestos que la persona dependiente recibe para pagar a su cuidador. La elegibilidad depende del nivel de dependencia. Por otro lado, la *prestación al cuidador* consiste en una remuneración al cuidador que está sujeta a impuestos y proporciona una protección social similar a la de los trabajadores en el sector formal. Este tipo de prestaciones son competencia municipal, por lo que su existencia y generosidad varía entre municipios.

Paralelamente, existe un soporte 'no monetario' al cuidador informal (*cuidados de relevo*), así como un soporte a nivel psicológico para la persona dependiente y su círculo más cercano, que se articula a través de varias organizaciones de voluntarios expertos en este ámbito. En algunos municipios incluso se ha desarrollado la figura del *consultor del cuidador*, encargado de coordinar los contactos entre los servicios formales y los cuidadores y los *Centros para los Cuidadores*, destinados a ser un punto de encuentro común para los servicios formales, los cuidadores y las organizaciones voluntarias. Como consecuencia de este conjunto de políticas, las tendencias más recientes muestran una expansión importante del cuidado informal en los últimos años.

La distribución de las prestaciones –asistenciales y económicas– queda representada en el *Gráfico 3*. La atención domiciliaria, seguida por la teleasistencia, son los cuidados con mayor peso. Concretamente, en 2009, 158.728 personas estaban recibiendo atención domiciliaria, con una intensidad promedio por persona de 23 horas mensuales (Socialstyrelsen, 2010). Por último, destacar el elevado peso de la

atención residencial (20%), mientras que las prestaciones económicas en el entorno familiar⁵ apenas representan un 1% de la totalidad de prestaciones públicas.

Gráfico 3: Distribución de las prestaciones en Suecia, datos a noviembre de 2010



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad y Política Social de Suecia

España y Suecia presentan un panorama muy distinto en relación a la cobertura, distribución e intensidad de los distintos servicios de atención a la dependencia. Los resultados del análisis desarrollado en la siguiente sección indican que, mientras la cobertura en España solo alcanza el 21,48% de las personas dependientes, en Suecia los servicios cubren a la mitad de ese colectivo. Adicionalmente, en España predominan ampliamente las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar y tanto la atención domiciliaria como la residencial tienen un papel limitado. Por el contrario, en Suecia la mayor parte de la demanda de cuidados de larga duración es cubierta a través de la atención formal domiciliaria, así como la atención residencial y la teleasistencia. En este caso, las prestaciones económicas para los cuidados informales no llegan a representar el 1% del total de las prestaciones.

Estas tendencias vienen condicionadas por factores económicos, políticos y demográficos, pero sobretudo por una serie de valores sociales y culturales que determinan las expectativas sobre el rol de la familia en la atención a las personas dependientes y en última instancia, el papel que juega la administración pública en la provisión de los distintos servicios formales de atención a la dependencia. En primer lugar, en las sociedades Suecas se observa que casi el 50% de la población de más de 65 años vive sola, mientras en España este porcentaje se reduce a menos de la mitad. Específicamente, según la *Swedish Association of Local Authorities and Regions* (2010), 700.000 personas mayores vivían solas en 2009, lo que representa un 48% de la población de más de 65 años. En España, el último censo de población⁶ cifra en 1.358.937 las personas mayores de 65 años que viven solas, lo que representa un

⁵ Las prestaciones económicas municipales (prestación económica de asistencia a la persona dependiente y al cuidador) no se han considerado en el análisis debido a la no disponibilidad de estos datos.

⁶ Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es) *Datos de Población. Padrón Municipal 2010*.

19,9% dentro de este colectivo. Otro aspecto relevante es el rol de las mujeres en las sociedades y la participación en el mercado laboral. Según datos del Eurostat (2010), el ratio de ocupación entre las mujeres españolas de 15 a 64 años es del 52,8%, mientras en Suecia es del 70,2%. Estas diferencias se acentúan más si nos centramos en el tramo de mujeres de los 55 a los 64 años: mientras en España este ratio de ocupación es del 32,3%, en Suecia se duplica y alcanza el 66,7%.

Como resultado, observamos que en España se ha conformado un sistema fundamentado y sustentado principalmente por el núcleo familiar –un 80% de la demanda de cuidados de larga duración se satisfacen con el apoyo informal-, dónde la solidaridad entre familiares, y concretamente por parte de las mujeres, cubre las carencias en la provisión y cobertura del sistema público. Por el contrario, en Suecia, el estado actúa como principal proveedor de los servicios de dependencia y, aunque los cuidados informales continúan teniendo un peso relativo importante –según datos de la OECD (2011), un 12,7% las personas dependientes reciben únicamente este tipo de apoyo-, la generosidad del sistema permite a las mujeres poder compaginar la vida laboral con la vida familiar.

El nivel de elección de las personas dependientes es otro factor relevante en el presente análisis. En Suecia, y concretamente en los servicios domiciliarios y los alojamientos especiales, existe un modelo de libre elección. Es decir, una vez los órganos de valoración correspondientes han determinado el grado de atención necesaria, la persona dependiente tiene total libertad para escoger el proveedor y poder cambiar de proveedor en caso que no quede satisfecho con la calidad del servicio prestado. La autoridad local se limita a determinar el precio de los servicios y, consecuentemente, la provisión de los servicios se basa en la competencia en calidad entre los distintos proveedores públicos y privados.

En 2007, un total de 32 localidades habían implementado un modelo de alta libertad de elección y 38 estaban planificando su aplicación. Adicionalmente, en 2008, el *National Board of Health and Services* puso unos 280 millones de euros a disposición de aquellas localidades que quisieran investigar e implementar un modelo de elección del consumidor con mayor grado de libertad que el vigente e incluso se creó un *Comité sobre Elección del Consumidor*, con la voluntad de ejecutar programas de soporte a los miembros que buscasen nuevas alternativas para mejorar el modelo de elección. Finalmente, desde inicios de 2009, con la introducción de la *Law on System of Choice in the Public Sector (2008:962)*, el modelo Sueco ha consolidado un sistema de libre elección del usuario, al mismo tiempo que ha facilitado la entrada de distintos actores privados en la provisión de los servicios en el mercado de cuidados de larga duración, y en última instancia, promocionado el suministro de unos servicios más eficientes y con una notable mejora en términos cualitativos.

Por el contrario, en España, aunque la participación activa y la libertad de elección en las prestaciones por parte de la persona afectada o sus tutores se presenten como piezas centrales del sistema de gestión, en la práctica no se están garantizando estos derechos (IMSERSO, 2011). Por un lado, aunque la ley contemple la excepcionalidad de las prestaciones económicas, la crisis económica y el coste inferior de las prestaciones económicas ha favorecido una estrategia hacia este tipo de prestaciones económicas. Como consecuencia, la libertad de elección está siendo condicionada por la familia y por los recursos públicos. Este desarrollo es objeto de debate por parte de los sindicatos y determinadas organizaciones sociales en la medida en que refuerza el papel tradicional de la mujer cuidadora y no facilita la creación de empleo en el sector de los servicios sociales. Adicionalmente, el déficit de servicios sociales adecuados en todos los niveles, pero especialmente en los ámbitos de la discapacidad y la enfermedad mental, contribuyen a limitar el derecho efectivo de libre elección de los usuarios.

2.3 Características del sistema de financiación

El envejecimiento de la población también suscita desafíos importantes respecto a la financiación de los cuidados de larga duración. Según datos de la Comisión Europea (2011), el ratio entre la población mayor inactiva y la población activa empleada, que refleja el impacto del envejecimiento en el deterioro de las finanzas públicas futuras, se estima que aumentará desde el 40% hasta el 74% entre 2010 y 2060 en el conjunto de la EU27. En esta línea, uno de los aspectos más complejos y controvertidos de la Ley 39/2006 es el de la financiación del SAAD. Los principales mecanismos de gestión y financiación del SAAD se han basado en criterios de descentralización de la gestión, financiación compartida por la Administración General del Estado (AGE), las CCAA, los ayuntamientos y por la participación de los ciudadanos en el pago de servicios de acuerdo con sus recursos.

El artículo 7 de la Ley de Dependencia establece la existencia de tres niveles básicos de protección con un sistema de financiación propio. En primer lugar, la AGE financia el nivel mínimo de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios a los que se les ha reconocido su situación de dependencia, según su grado, nivel y fecha de efectividad de su reconocimiento. Las cuantías del nivel mínimo garantizado están reguladas por el Real Decreto 373/2010, de 26 de marzo (BOE nº 75 de 27 de marzo de 2010).

En segundo lugar, existe un nivel acordado y financiado entre la propia AGE y las CCAA. La cuantía del nivel acordado es cierto y conocido a través de la Resolución de 15 de julio del IMSERSO (BOE nº 176 de 21 de julio de 2010) que establece la fórmula de cálculo y la cantidad exacta a transferir a cada Comunidad Autónoma. Por su parte, las CCAA asumen el compromiso de aportar cada año, al menos una cantidad igual a la de la Administración General del Estado en su territorio en concepto de nivel mínimo y nivel acordado.

Por último, existe un nivel adicional que pueden establecer las comunidades que así lo consideren conveniente y que es financiado por las mismas, así como un Fondo Especial del Estado (Real Decreto-Ley 9/2008) para la dinamización de la economía y el empleo, que tiene por objeto la realización de actuaciones vinculadas a la dependencia. Paralelamente, aunque prevalezca el criterio de universalidad en la prestación de los servicios de atención a la dependencia, los beneficiarios de las prestaciones participan también en la financiación de las mismas a través de un copago, en función de su capacidad económica. Se estima que el copago financia un 5 y un 15% del coste de las prestaciones económicas y los servicios, respectivamente (IMSERSO, 2011). No obstante, estos porcentajes varían ampliamente ya que es una competencia que corresponde a las diferentes CCAA.

Según datos del SAAD-IMSERSO (Tabla 3), la aportación financiera de la AGE ha superado las previsiones contempladas en la memoria económica de la Ley, cumpliendo con el objetivo de financiar el coste nuevo de la implantación del SAAD al 50%. Concretamente, desde la implantación del SAAD, el financiamiento por parte de la Administración General del Estado ha superado el 50% de la nueva financiación, situándose alrededor del 65% en 2008, el 88 % en 2010 y en 2009, incluso superó la totalidad de la financiación asociada a la implantación del SAAD⁷.

⁷ Sin lugar a dudas, existe fuerte controversia acerca de las aportaciones de las AGE en concepto de nivel mínimo y acordado. La memoria económica estipula una contribución en base al gasto "nuevo" del SAAD, obviando los gastos corrientes del sistema anteriores a la creación del SAAD e infravalorando el coste real del sistema.

Tabla 3. Financiación del Estado al SAAD

	Memoria Económica de Ley		Liquidaciones Presupuesto Administración General del Estado (AGE)	
	Financiación pública prevista total	Aportación AGE (50%)	Presupuesto final AGE	% Sobre el total previsto en la memoria económica
2007	800.000.000	400.000.000	400.000.000	50%
2008	1.370.370.793	678.685.396	889.894.299	65%
2009	1.958.729.234	979.364.617	2.051.824.253	105%
2010	2.320.661.624	1.160.330.812	2.048.792.116	88%
2011	3.090.851.227	1.545.425.613	-	-
2012	3.347.769.536	1.673.884.768	-	-
2013	3.752.061.129	1.876.030.564	-	-
2014	4.223.143.288	2.111.571.644	-	-
2015	4.425.808.795	2.212.904.397	-	-

Fuente: Datos Estadísticos del SAAD-IMSERSO a 1 de enero de 2011

En consecuencia, el estado ha contabilizado su contribución directa al sistema para el 2009 en más de dos mil millones de euros para la parte correspondiente al nivel mínimo y al acordado, y las CC.AA, algo por encima de los mil seiscientos. A ello cabe añadir las aportaciones en forma de copagos de los usuarios, que son diferentes entre CCAA y que difícilmente se estima superan el 20% del coste del sistema. No obstante, como señala Montserrat (2009), la suma aproximativa anterior (cercana a los cuatro mil millones y medio de euros) se contraponen al que sería el coste real de satisfacer toda la demanda reconocida (dictámenes efectuados), que de responderse según oferta prevista, alcanzaría la cifra de siete mil setecientos cincuenta millones de euros.

En otro estudio, Montserrat (2008) calcula el retorno financiero medio de los distintos agentes financiadores del SAAD. Por un lado, el retorno del Nivel mínimo representa una parte muy pequeña del coste total de la atención, que se sitúa aproximadamente entre un 20%-25% del coste total. Por otro lado, los retornos de los copagos de los beneficiarios, se sitúan entre el 15% y el 20% del coste del sistema. Ello significa que en el mejor de los casos, las CCAA aseguran una financiación de entre el 35-40% del coste total directo de las prestaciones, asumiendo una incertidumbre financiera que se ajusta aproximadamente a 2/3 partes del coste total. Según apunta la autora, el desplazamiento de la carga financiera de la AGE a las CCAA se agudizará a partir del 2015 momento en que la parte complementaria de financiación a través del Nivel acordado desaparecerá y las CCAA solo dispondrán del importe del Nivel Mínimo y la parte de los copagos de los usuarios.

En consecuencia, y en línea con el último informe de evaluación del gobierno (2011), el actual sistema presenta serios problemas de sostenibilidad, que se agudizaran a medida que avance el despliegue del SAAD. Esta situación viene determinada, sobre todo, por el planteamiento de origen, que hace depender la sostenibilidad del SAAD de las aportaciones desequilibradas por parte de las distintas administraciones intervinientes y de acuerdo a fórmulas que resultan cuantitativamente insuficientes para cubrir los costes reales asociados a la demanda social.⁸

⁸ Un análisis detallado de los contenidos más críticos acerca del sistema de financiación establecido por la Ley (39/2006), así como una serie de recomendaciones de reforma del sistema, se puede encontrar en el Informe de Expertos elaborado para el Congreso de Diputados (CERVERA et al (2009)) y en López-Casasnovas (2010)

La financiación de la atención a la dependencia en Suecia se realiza fundamentalmente a través de impuestos de carácter local. También colabora en la financiación el mismo estado sueco a través de tres formas: subvenciones a los municipios (el mecanismo de asignación de recursos tiene en cuenta factores como la estructura demográfica o la densidad de población anciana), subvenciones directas a la población y una compensación a los municipios con estructuras demográficas desfavorables. Concretamente, y según datos de la OECD (2010), un 85% de los gastos en cuidados de larga duración son financiados con impuestos locales y un 11% a través de subvenciones estatales. Adicionalmente, las personas dependientes participan en la cofinanciación de estos servicios, aunque, en su conjunto, el gasto en asistencia a personas dependientes se apoya mayoritariamente en la financiación local y únicamente el 4% de dicho gasto lo desembolsan los propios usuarios (Trydegård, 2010).

El marcado carácter local del sistema de financiación, es fruto, en parte, de las políticas adoptadas durante la recesión económica de los años 90s. Entre 1990 y 1993, el PIB disminuyó un 5%, la ocupación se redujo un 10% y el déficit público excedió el 15% del PIB (EUROSTAT, 2011), causando la mayor crisis económica desde 1930. Como respuesta, el estado limitó significativamente la dotación presupuestaria destinada a la atención de la dependencia, incrementó las tasas de copago y endureció notablemente los criterios de elegibilidad, dejando a los dependientes con necesidades menos extensivas fuera del sistema público. Ante este cambio de modelo y para proteger a los sectores más vulnerables, la reforma ÄDEL de 1992 introdujo un conjunto de medidas con la finalidad de limitar las cuantías anuales de desembolsos realizados por las personas dependientes. Adicionalmente, en esta misma ley se contempló la posibilidad que los municipios cargasen impuestos para complementar la financiación de los servicios de atención a la dependencia. La Reforma ÄDEL (1992) ha provocado la progresiva descentralización de la financiación hacia los municipios, que actualmente sufragan un 85% del coste total del sistema.

En esta sección hemos sintetizado los principales rasgos característicos de los sistemas de cuidados de larga duración en España y Suecia. Observamos que el modelo español participa, crecientemente, de la naturaleza institucional y desarrollo organizativo de los modelos más avanzados de la Unión Europea. No obstante, en la práctica, el SAAD manifiesta importantes debilidades estructurales para su efectivo desarrollo. Concretamente, según apunta el Observatorio Estatal para la Dependencia (2010), destacan las dificultades en satisfacer una creciente demanda social, establecer efectivos mecanismos de coordinación entre las distintas administraciones, así como desarrollar un sistema financiero sostenible a medio y largo plazo. En este sentido, el próximo apartado estima las tendencias futuras del gasto público social en España, aportando nueva evidencia acerca de los retos financieros que afronta el SAAD en los próximos años.

3. Proyecciones y simulaciones para el caso Español acerca del gasto público en atención a la dependencia

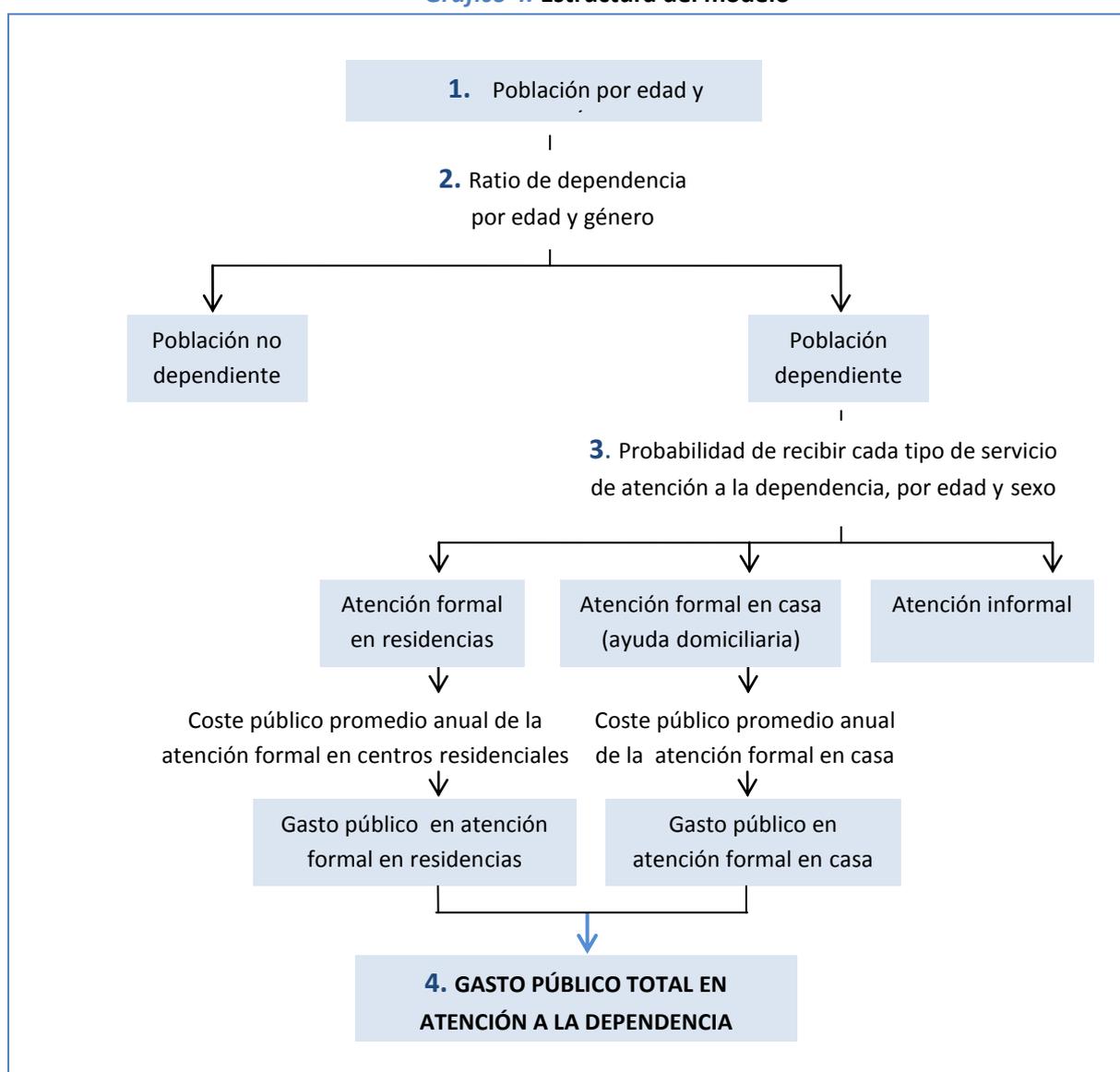
3.1 Proyecciones sobre el gasto público Español, 2010-2060

Los costes del SAAD se están disparando y la diferencia entre el gasto real y las aportaciones de las Administraciones Públicas es cada vez mayor. Estas tendencias crecen a un ritmo que cuestionan las disponibilidades presupuestarias del Ministerio para poder afrontar esta situación. Según estimaciones realizadas por Montserrat (2009), los costes generados para el ejercicio 2009 ascienden a más de seis

mil millones de euros, llegando a duplicar la previsión hecha por la Memoria de la Ley (2006). En la misma línea, un estudio reciente del Ministerio de Sanidad y Política Social de Suecia⁹ alerta sobre el creciente déficit del gasto público sueco en cuidados de larga duración y estima que los costes en materia de atención a la dependencia pueden llegar a representar un 4,5% respecto al PIB en 2050.

Varios son los factores que explican estas tendencias, como el progresivo envejecimiento de la población, el incremento en el número de personas reconocidas en situación de dependencia, la mejora del nivel de cobertura, o el coste de los mismos. Acogiéndonos a estos parámetros, y dada la relevancia de la temática, en este apartado aproximamos el gasto futuro español en cuidados de atención a la dependencia para el período 2010-2060. A fin de realizar tales proyecciones, empleamos una adaptación del modelo desarrollado por la Comisión Europea en el *Ageing Report* (2009). El siguiente gráfico muestra la estructura principal del modelo adaptado:

Gráfico 4. Estructura del modelo



Fuente: Elaboración propia a partir del *Ageing Report* (2009)

⁹ The Future Need for Care. Results from the LEV Project, (2010)

Los pasos principales en las proyecciones de gasto público son los siguientes: siguiendo la metodología empleada en el *Ageing Report* (2009) pero con datos más recientes, a partir de las proyecciones de población y los ratios de discapacidad (Eurostat, 2011) estimamos el número de población dependiente para el período 2010-2060, extrapolando los ratios de dependencia sobre las proyecciones de población. Adicionalmente, y a diferencia del procedimiento usado por la Comisión Europea, calculamos las tasas de cobertura¹⁰ de los servicios formales de atención a la dependencia –por edad y sexo- para un año base, y extrapolamos esas tasas de cobertura sobre las proyecciones de población, a fin de obtener una estimación de la evolución del número de usuarios del sistema. Una vez se ha estimado el número de beneficiarios de cada tipo de servicio (asumiendo que se mantiene la tasa de cobertura fija a lo largo del período objeto de estudio) y en base al coste unitario promedio anual de los servicios, calculamos la evolución del gasto público en atención a la dependencia para el período objeto de estudio.

La lógica del modelo de proyecciones es simple. Puesto que podemos obtener, con relativa facilidad, información sobre los distintos parámetros que componen las proyecciones del gasto para el esquema sueco (tasa de dependencia, cobertura, distribución de los servicios formales de atención a la dependencia y coste unitario de los mismos), es suficiente aplicar dichos parámetros a los datos españoles disponibles para obtener una estimación del coste que representaría implantar un sistema equivalente al sueco. En el apartado 3.2 se presentan distintos escenarios e hipótesis que analizan y reflejan en qué medida influirían cada uno de estos parámetros en el incremento del gasto público total.

¹⁰ Siguiendo la definición de la Comisión Europea, definimos la tasa de cobertura como el porcentaje de personas mayores dependientes que reciben cada tipo de servicio de atención a la dependencia.

1) Composición por edad y sexo de la población mayor a 65 años

En primer lugar, obtenemos la distribución de la población por edad y sexo a partir de las proyecciones realizadas por Eurostat (2011) para cada año en cuestión. El periodo de análisis considerado comprende desde el 2010 hasta el 2060, en intervalos de 5 años. Una descripción de la metodología usada para proyectar los ratios de fertilidad, esperanza de vida y movimientos migratorios, se puede encontrar en el mismo estudio¹¹. Para España, las proyecciones reflejan la siguiente evolución demográfica:

Tabla 4: Evolución de la población mayor de 65 años

AÑO	HOMBRES					MUJERES					TOTAL +65	Población +65/ Total (%)
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	65-69	70-74	75-79	80-84	85+		
2010	952.268	808.085	729.609	477.306	326.876	1.063.191	977.935	977.269	749.488	683.540	7.745.567	17%
2015	1.090.182	865.181	686.781	550.724	423.550	1.224.602	1.024.278	907.536	834.957	840.192	8.447.983	18%
2020	1.156.115	1.001.105	749.067	528.942	517.946	1.284.248	1.184.523	958.889	784.077	990.881	9.155.793	19%
2025	1.342.275	1.071.150	876.648	590.594	552.356	1.468.871	1.246.871	1.114.460	840.713	1.037.697	10.141.635	21%
2030	1.543.186	1.250.389	947.244	700.694	616.759	1.647.605	1.428.760	1.178.712	985.058	1.113.388	11.411.795	23%
2035	1.711.617	1.444.674	1.115.973	768.831	734.483	1.769.951	1.605.417	1.356.520	1.051.631	1.286.888	12.845.985	25%
2040	1.873.443	1.610.082	1.299.575	919.158	851.664	1.876.497	1.727.739	1.529.792	1.221.024	1.458.920	14.367.894	28%
2045	1.963.030	1.770.358	1.459.226	1.083.659	1.025.625	1.954.925	1.834.953	1.652.120	1.387.018	1.701.817	15.832.731	30%
2050	1.719.743	1.862.065	1.615.800	1.230.981	1.245.357	1.752.724	1.914.198	1.760.448	1.508.144	1.993.399	16.602.859	32%
2055	1.492.027	1.637.753	1.709.821	1.378.660	1.477.593	1.523.118	1.718.922	1.841.558	1.617.949	2.276.561	16.673.962	32%
2060	1.454.685	1.427.078	1.512.943	1.472.939	1.718.331	1.457.278	1.496.506	1.658.493	1.702.093	2.541.962	16.442.308	31%

Fuente: Eurostat (2011)

Tal como hemos visto, los datos muestran un fuerte incremento de la población de más de 65 años en las próximas décadas, que aumenta de los 7,7 millones de personas en el 2010 hasta 16,4 millones en el 2060. En consecuencia, este sector de población pasaría de representar un 17% sobre el total de la población en el 2010, a representar un 31% en el 2060. Destaca especialmente la intensidad de crecimiento observado en las cohortes de edad más avanzadas (80-84 años y más de 85 años).

2) Ratios de discapacidad

Una vez disponemos del número total de individuos por género y segmento de edad para el periodo 2010-2060, y siguiendo el modelo utilizado en el Ageing Report (2009), estimamos el porcentaje y el número de individuos en situación de dependencia. Para obtener la fracción de personas mayores que necesitan cuidados de atención a la dependencia, utilizamos los ratios de discapacidad¹². Estos ratios

¹¹ Eurostat (2011), 'Eurostat Population Projections 2010-based 'EUROPOP2010': Methodology and results of a long-term scenario of demographic convergence

¹² Los ratios de discapacidad son normalmente medidos a través de la incapacidad de realizar una o más actividades de la vida diaria, definidas como el conjunto de conductas que una persona ejecuta todos los días o con frecuencia casi cotidiana para vivir de forma autónoma e integrada en su medio ambiente y cumplir su papel social. Teniendo en cuenta la complejidad de estas actividades, se dividen en *actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y avanzadas*.

nos los proporciona la base de datos del SHARE (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), una encuesta longitudinal de ámbito europeo iniciada en 2004, que contiene información acerca del porcentaje de personas que presentan dificultades para realizar, como mínimo, una actividad de la vida diaria¹³. En España, estos ratios varían desde 0,07 para el caso de de los hombres entre 65-69 años, hasta un 0,48 en las mujeres de más de 80 años. Si extrapolamos las ratios de discapacidad sobre las proyecciones de población presentadas en la tabla anterior, obtenemos las siguientes proyecciones acerca del número de personas dependientes:

Dado el progresivo envejecimiento demográfico, y teniendo en cuenta que consideramos unas tasas de discapacidad constantes a lo largo del período objeto de análisis, observamos un aumento en el porcentaje de personas mayores (+65) en situación de dependencia a lo largo de los años, concentrándose especialmente en los tramos de edad más avanzados. Mientras en 2010 las personas dependientes de más de 80 años representan aproximadamente un 53% del total de las personas mayores dependientes (+65), este porcentaje se estima en torno al 69% para el 2060.

Tabla 5: Evolución de la población dependiente

	HOMBRES					MUJERES					Población dependiente +65 años	% Población dependiente
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	65-69	70-74	75-79	80-84	85+		
Ratio	0,07	0,12	0,19	0,37	0,39	0,13	0,19	0,26	0,48	0,48		
2010	66.659	96.970	138.626	176.603	127.482	138.215	185.808	254.090	359.754	328.099	1.872.305	24%
2015	76.313	103.822	130.488	203.768	165.185	159.198	194.613	235.959	400.779	403.292	2.073.417	25%
2020	80.928	120.133	142.323	195.709	201.999	166.952	225.059	249.311	376.357	475.623	2.234.393	24%
2025	93.959	128.538	166.563	218.520	215.419	190.953	236.905	289.760	403.542	498.095	2.442.254	24%
2030	108.023	150.047	179.976	259.257	240.536	214.189	271.464	306.465	472.828	534.426	2.737.211	24%
2035	119.813	173.361	212.035	284.467	286.448	230.094	305.029	352.695	504.783	617.706	3.086.432	24%
2040	131.141	193.210	246.919	340.088	332.149	243.945	328.270	397.746	586.092	700.282	3.499.842	24%
2045	137.412	212.443	277.253	400.954	399.994	254.140	348.641	429.551	665.769	816.872	3.943.029	25%
2050	120.382	223.448	307.002	455.463	485.689	227.854	363.698	457.716	723.909	956.832	4.321.993	26%
2055	104.442	196.530	324.866	510.104	576.261	198.005	326.595	478.805	776.616	1.092.749	4.584.974	27%
2060	101.828	171.249	287.459	544.987	670.149	189.446	284.336	431.208	817.005	1.220.142	4.717.810	29%

3) Uso de los servicios de atención a la dependencia

El tercer paso consiste en determinar el número de usuarios para el año base, calcular las distintas tasas de cobertura correspondientes y en base a estas tasas estimar el número de usuarios de cada tipo de servicio, por edad y sexo, a lo largo del período estudiado¹⁴.

La información oficial del SISAAD (Sistema de Información del Sistema para Autonomía y Atención a la Dependencia), que se elabora y difunde mensualmente desde el IMSERSO, se convierte en una fuente

¹³ Información mas detallada puede encontrarse en la página del SHARE: <http://www.share-project.org/>

¹⁴ Hasta este punto, se replica el procedimiento usado en el *Ageing Report* (2009). No obstante, los últimos pasos consisten en una adaptación propia del modelo que difiere significativamente de aquel adoptado por la Comisión Europea.

de información indispensable, ya que proporciona de forma regular, información sobre el número de atenciones prestadas, el tipo de servicio y su evolución por Comunidades Autónomas. Los datos del IMSERSO¹⁵ a 1 de octubre de 2011, indican que a tal fecha, 538.346 personas recibían algún tipo de servicio o prestación de atención domiciliaria (concretamente, 117.670 personas recibían ayuda a domicilio, 889 recibían prestaciones económicas de asistencia personal y 419.787 personas recibían prestaciones económicas para cuidados en entornos familiares). Paralelamente, 179.929 individuos recibían algún servicio o prestación de atención residencial (concretamente, 121.685 individuos recibían atención residencial y 58.244 recibían prestaciones económicas vinculadas al servicio)¹⁶.

Según las últimas estadísticas del SAAD proporcionadas por el IMSERSO (2011), las personas beneficiarias son mayoritariamente mujeres y representan un 67% del total de personas beneficiarias. También se dispone de información acerca de la distribución de las prestaciones por grupos etarios: un 28 % de las prestaciones recaen sobre las personas entre 65-80 años y un 72% en personas de más de 80 años. Sin embargo, la escasez de datos acerca del perfil de la persona beneficiaria según el tipo de servicio, nos obliga a mantener la misma distribución (por edad y género) por ambos servicios, así como la misma distribución a lo largo del periodo objeto de estudio:

Tabla 6: Distribución de los servicios formales, 2011

	Hombres		Mujeres		Total
	65-80	80+	65-80	80+	
Atención Domiciliaria	9%	24%	19%	48%	75%
	38.178	96.946	77.513	196.830	409.466
Atención Residencial	9%	24%	19%	48%	25%
	12.760	32.402	25.907	65.785	136.854

Una vez tenemos el número de usuarios de cada tipo de servicio (por edad y género) en base a datos del 2011, calculamos las tasas de cobertura, entendidas como el porcentaje de población dependiente que recibe cada tipo de servicio, para los distintos segmentos de edad y género:

Tabla 7: Tasas de cobertura de los servicios formales, 2011

	Tasa cobertura hombres		Tasa cobertura mujeres	
	65-80	80+	65-80	80+
Atención Domiciliaria	12,63%	31,88%	13,41%	28,62%
Atención Residencial	4,22%	10,66%	4,48%	9,56%

¹⁵ Estadísticas del SAAD a 1 de octubre de 2011. Disponible en el Portal de Personas Mayores del IMSERSO: <http://www.imsersodependencia.csic.es/estadisticas/saad/index.html>

¹⁶ A fin de homogeneizar los datos disponibles en España y Suecia y llevar a cabo el ejercicio empírico, incluimos tanto la provisión de los servicios en especie como las prestaciones económicas (Nota: detalles sobre las prestaciones en especie y monetarias de ambos países se han proporcionado en el apartado 2.2).

Observamos marcadas diferencias de cobertura entre la atención domiciliaria y la residencial: la atención residencial cubre a un 21,87% de las personas mayores dependientes, mientras que solo un 7,31% de las personas mayores dependientes hacen uso de los servicios residenciales. Las diferencias también son notables entre los distintos tramos de edad. A partir de estas tasas de cobertura, que asumimos fijas a lo largo del tiempo, y en base a las proyecciones sobre las personas dependientes, extrapolamos estas tasas para todo el período objeto de estudio y calculamos la evolución del número de beneficiarios. Las Tablas 8 y 9 presentan los principales resultados:

Tabla 8: Evolución del número de usuarios de atención doméstica

AÑO	Hombres		Mujeres		Total usuarios
	65-80	80+	65-80	80+	
2010	38.178	96.946	77.513	196.830	409.466
2015	39.235	117.626	79.076	230.085	466.022
2020	43.373	126.794	85.988	243.794	499.949
2025	49.142	138.345	96.217	258.004	541.708
2030	55.330	159.340	106.206	288.226	609.102
2035	63.813	182.015	119.038	321.201	686.066
2040	72.157	214.317	130.051	368.096	784.622
2045	79.210	255.352	138.414	424.258	897.234
2050	82.207	300.051	140.685	480.945	1.003.887
2055	79.050	346.346	134.536	534.919	1.094.851
2060	70.802	387.400	121.340	582.930	1.162.472

Tabla 9: Evolución del número de usuarios de atención residencial

AÑO	Hombres		Mujeres		Total usuarios
	65-80	80+	65-80	80+	
2010	12.760	32.402	25.907	65.785	136.854
2015	13.113	39.314	26.429	76.900	155.757
2020	14.496	42.378	28.739	81.482	167.096
2025	16.425	46.238	32.158	86.231	181.053
2030	18.493	53.255	35.497	96.333	203.578
2035	21.328	60.834	39.785	107.353	229.301
2040	24.117	71.630	43.466	123.027	262.241
2045	26.474	85.345	46.261	141.798	299.879
2050	27.476	100.285	47.020	160.744	335.525
2055	26.420	115.758	44.965	178.784	365.927
2060	23.664	129.479	40.555	194.830	388.528

Como puede observarse en los gráficos anteriores, tanto para el caso de la atención domiciliaria como la atención residencial, el número total de beneficiarios del sistema aumentará considerablemente a lo largo del tiempo. Concretamente, se estima que el número de beneficiarios llegará casi a triplicarse, pasando de un total de 546.320 beneficiarios en 2010 a un total de 1.551.000 beneficiarios en 2060. Es interesante comprobar cómo esta tendencia está directamente marcada e influenciada por el crecimiento de las prestaciones destinadas a las personas de más de 80 años, que en el 2060 se calcula que absorberán un 84% del total de prestaciones destinadas a las personas mayores (+65).

4) Gasto público total de los servicios de atención a la dependencia

Como último paso para proyectar el coste público total de la atención formal, necesitamos una aproximación a los costes directos de los distintos servicios de atención a la dependencia.

Los costes de cada servicio o prestación vienen determinados por la normativa reguladora del SAAD y por los modelos de coste para cada servicio que elaboran los distintos operadores, tanto públicos como privados, del sector. No obstante, los distintos servicios ofrecidos por el SAAD tienen costes muy diferenciados entre CCAA. Asimismo, aspectos tan importantes para la determinación de los costes como un desglose de los mismos, no están disponibles. Por otro lado, existe una enorme variabilidad en los precios de concertación de estos servicios entre la administración pública y el mercado del sector. En consecuencia, y siguiendo el trabajo realizado por el Observatorio Estatal de la Dependencia (2010)¹⁷, hemos obtenido una aproximación de los costes de atención del SAAD considerando, además de la información proporcionada por el IMSERSO y las estadísticas disponibles en el Portal Mayores, estudios varios del sector, como el de Deloitte (2008), Price Waterhouse Cooper (2010) y Fundación Edad&Vida (2010). Según el mencionado estudio del Observatorio Estatal de la Dependencia (2010), el coste promedio de los servicios de ayuda a domicilio es de 634€ al mes. Esta aproximación se obtiene considerando las intensidades horarias por grado y nivel de dependencia presentados por el IMSERSO a 1 de marzo de 2010. El precio hora de referencia es de 16,75€.

Para aproximar el coste promedio mensual de la atención residencial, se ha utilizado el coste propuesto por un estudio de *Price Waterhouse Coopers*¹⁸. Considerando los promedios del coste por plaza residencial por día expuestos en el estudio, obtenemos un promedio mensual de 2.017€ por usuario. Estos resultados son similares a los obtenidos por la Fundación Edad&Vida (2010), que a través de un elaborado modelo de costes, estiman un coste promedio diario de 70,89€ en la atención residencial¹⁹. Cabe mencionar que estas cifras hacen referencia a los costes directos asociados a la atención a la dependencia y no incorporan los costes de personal de valoración y gestión, ni tampoco los gastos de inversión realizados en 2010.

Adicionalmente, se precisa estimar la tasa de crecimiento de los costes unitarios a lo largo del período objeto de estudio. Puesto que resulta imposible prever la evolución futura de algunas variables, nos

¹⁷ Financiación y costes de la ley 39/2006. Aproximación a los costes del SAAD en 2010 y aportación de los financiadores.

¹⁸ Para detalles sobre la metodología utilizada en la estimación del coste, consultar el informe Situación del Servicio de Atención Residencial en España. Servicios de Atención a la Dependencia, 2010”

¹⁹ Para detalles sobre la metodología utilizada en la estimación del coste, consultar el informe “Análisis de los costes sanitarios en centros residenciales privados para personas mayores (2010)

vemos obligados a establecer hipótesis sobre el comportamiento dinámico de cada una de ellas. En concreto, dada la fuerte presencia e intensidad del factor humano en los servicios de atención a la dependencia, el *Ageing Report* (2009) sugiere aproximar la tasa de crecimiento de los costes unitarios futuros a través de la tasa de crecimiento del PIB por trabajador. Una vez hemos aproximado la evolución del coste unitario, calculamos el coste total de cada tipo de servicio a lo largo de los años, multiplicando el coste unitario por el número de usuarios estimados a lo largo de los años. Finalmente, las proyecciones sobre el coste público total de los servicios de atención a la dependencia, se obtienen sumando el coste total de la atención doméstica y de la atención residencial (Tabla 10).

Tabla 10: Evolución del coste público total de los servicios de atención a la dependencia

Año	ATENCIÓN DOMÉSTICA (AD)			ATENCIÓN RESIDENCIAL (AR)			COSTE TOTAL ATENCIÓN FORMAL (AD+AR)
	Usuarios	Coste unitario(€) ^[1]	Coste total AD	Usuarios	Coste unitario(€)	Coste total AR	
2010	409.466	7.661	3.137.023.601	136.854	24.373	3.335.601.052	6.472.624.653
2015	466.022	7.799	3.634.582.909	155.757	24.812	3.864.656.476	7.499.239.385
2020	499.949	8.002	4.000.559.956	167.096	25.457	4.253.800.320	8.254.360.275
2025	541.708	8.186	4.434.414.329	181.053	26.043	4.715.118.208	9.149.532.537
2030	609.102	8.342	5.080.834.395	203.578	26.538	5.402.457.459	10.483.291.854
2035	686.066	8.492	5.825.842.796	229.301	27.015	6.194.625.808	12.020.468.604
2040	784.622	8.645	6.782.675.050	262.241	27.502	7.212.026.720	13.994.701.770
2045	897.234	8.791	7.888.005.621	299.879	27.969	8.387.326.075	16.275.331.696
2050	1.003.887	8.941	8.975.673.903	335.525	28.445	9.543.845.097	18.519.519.000
2055	1.094.851	9.093	9.955.392.744	365.927	28.928	10.585.581.345	20.540.974.089
2060	1.162.472	9.247	10.749.958.075	388.528	29.420	11.430.443.638	22.180.401.713

Según nuestras proyecciones, el gasto público en servicios de atención a la dependencia aumentará más del triple durante el 2010 y el 2060, pasando de los 6.472.624.653€ a los 22.180.401.473€. Estas proyecciones se han obtenido bajo los supuestos de unas tasas de dependencia, tasas de cobertura, costes unitarios y distribución de los servicios constantes a lo largo del tiempo. Así, el incremento del gasto público en cuidados de larga duración se explica básicamente vía un mayor envejecimiento de la población. Por otro lado, los resultados del *Ageing Report* (2009) indican que bajo un escenario demográfico puro (tan solo considerando el impacto de los cambios en el tamaño y la estructura por edades de la población), los gastos en cuidados de larga duración pasarían de representar el 0,7% del PIB en 2010 a representar el 1,5% en 2060, lo que supondría un aumento del 114% en términos relativos al PIB. Si seguimos las estimaciones de Eurostat (2011) y asumimos un crecimiento del PIB del 8% a lo largo del período 2010-2060, los cuidados de larga duración aumentarían un 130% en términos absolutos, magnitud inferior a los resultados del presente estudio, que estiman un aumento del gasto del 243%. Parte de estas diferencias vienen explicadas por la utilización de datos diferentes y en base a distintos años, así como metodologías alternativas.

Con la finalidad de aportar más evidencia acerca de la evolución futura de los gastos en atención a la dependencia, y dada la controversia que plantea la hipótesis de mantener constantes las principales variables que componen el gasto público en atención a la dependencia, el próximo apartado plantea escenarios alternativos bajo supuestos de modificación de algunas de estas variables.

3.2 Efectos de la hipotética implementación del modelo sueco en España

En este apartado se analiza el impacto que experimentarían las proyecciones anteriores si se adoptase un modelo con unos parámetros equivalentes a los existentes en el sistema sueco de atención a la dependencia. Concretamente, queremos identificar en qué medida cambiaría el gasto público español en atención a la dependencia, si se modificaran los parámetros siguientes por parámetros similares a los del sistema Sueco: la tasa de dependencia; la distribución de los servicios de atención a la dependencia; la cobertura de los servicios de atención a la dependencia y los costes unitarios directos. A fin de analizar e identificar el impacto de los distintos factores, se desarrollan 4 hipotéticos escenarios.

a) Cambios en el ratio de discapacidad

Mejoras en el ratio de discapacidad de las personas mayores mitigan el aumento de la demanda de servicios de atención a la dependencia, y en consecuencia, el aumento del gasto público asociado al progresivo envejecimiento de la población. Este es el caso de Suecia, que tiene unos ratios de discapacidad inferiores a España (excepto para las mujeres mayores de 85):

Tabla 11: Ratios de discapacidad en España y Suecia, 2010

	Hombres					Mujeres				
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	65-69	70-74	75-79	80+	85+
Ratios discapacidad Suecia	0,06	0,09	0,18	0,29	0,38	0,05	0,16	0,12	0,4	0,51
Ratios discapacidad España	0,07	0,12	0,19	0,37	0,39	0,13	0,19	0,26	0,48	0,48

Bajo un nuevo escenario con los ratios de discapacidad existentes en Suecia, podemos esperar un menor número de personas en situación de dependencia y, asumiendo que mantenemos fijas las tasas de cobertura, un menor número de usuarios a lo largo del tiempo. En consecuencia, el gasto público también disminuirá, aunque esta reducción se irá mitigando a lo largo de los años. Las tablas 12 y 13 reflejan estas tendencias:

Tabla 12: Evolución del número de usuarios

Año	ATENCIÓN DOMÉSTICA (AD)		ATENCIÓN RESIDENCIAL (AR)	
	Usuarios escenario base	Usuarios escenario a)	Usuarios escenario base	Usuarios escenario a)
2010	409.466	345.571	136.854	109.457
2015	466.022	398.236	155.757	133.101
2020	499.949	431.799	167.096	144.318
2025	541.708	465.114	181.053	155.453
2030	609.102	521.860	203.578	174.419
2035	686.066	589.966	229.301	197.182
2040	784.622	675.776	262.241	225.862
2045	897.234	777.155	299.879	259.745
2050	1.003.887	878.308	335.525	293.553
2055	1.094.851	967.058	365.927	323.215
2060	1.162.472	1.037.606	388.528	346.794

Tabla 13: Evolución del coste público total de los servicios de atención a la dependencia

Año	Coste Total Atención Doméstica	Coste Total Atención Residencial	Coste Total Escenario a)	Coste Total Escenario base	% Variación coste
2010	2.647.508.778	2.667.854.286	5.315.363.064	6.472.624.653	-17,88%
2015	3.105.903.562	3.302.511.076	6.408.414.638	7.499.239.385	-14,55%
2020	3.455.231.533	3.673.951.937	7.129.183.470	8.254.360.275	-13,63%
2025	3.807.415.550	4.048.429.635	7.855.845.185	9.149.532.537	-14,14%
2030	4.353.105.078	4.628.661.981	8.981.767.059	10.483.291.854	-14,32%
2035	5.009.795.181	5.326.921.376	10.336.716.557	12.020.468.604	-14,01%
2040	5.841.756.816	6.211.547.205	12.053.304.021	13.994.701.770	-13,87%
2045	6.832.335.790	7.264.831.046	14.097.166.837	16.275.331.696	-13,38%
2050	7.852.889.220	8.349.986.764	16.202.875.984	18.519.519.000	-12,51%
2055	8.793.376.662	9.350.008.217	18.143.384.879	20.540.974.089	-11,67%
2060	9.595.260.828	10.202.652.637	19.797.913.465	22.180.401.713	-10,74%

b) Cambios en la distribución de los servicios de atención a la dependencia

Este escenario explora una hipótesis alternativa centrada en la distribución de los diferentes servicios de atención a la dependencia, por edad y género, para el año base. Los datos muestran que los individuos mayoritariamente prefieren ser cuidados en su domicilio. No obstante, esta tendencia es más acentuada en España que en Suecia, donde el 75% de las personas que reciben cuidados de larga duración los reciben en su domicilio, mientras en Suecia es del 64%. Adicionalmente, como muestran las tablas 14 y 15, si se adoptase el patrón de distribución existente en Suecia, la distribución sería más equitativa entre distintos segmentos de edad y género, aunque continuaría centrándose en los tramos de edad más avanzados y en las mujeres. La distribución de los servicios para Suecia, la hemos obtenido a través de las estadísticas proporcionadas por el Socialstyrelsen a 1 de noviembre de 2010.

Tabla 14: Distribución de los servicios de atención a la dependencia en España, 2011

	Hombres		Mujeres		Total
	65-80	80+	65-80	80+	
Atención Domiciliaria	9%	24%	19%	48%	75%
	38.178	96.946	77.513	196.830	409.466
Atención Residencial	9%	24%	19%	48%	25%
	12.760	32.402	25.907	65.785	136.854

Tabla 15: Distribución de los servicios de atención a la dependencia, escenario b)

	Hombres		Mujeres		Total
	65-80	80+	65-80	80+	
Atención Domiciliaria	19%	13%	33%	34%	64%
	66.516	46.834	116.891	119.405	349.645
Atención Residencial	16%	15%	24%	45%	36%
	30.805	28.965	47.806	89.099	196.675

Como consecuencia de la modificación del patrón de distribución de los servicios de atención a la dependencia, aunque el número de usuarios para el año base no variaría, sí que lo harían las tasas de cobertura. A grandes rasgos, si España adoptase una distribución similar al sueco, aumentaría la cobertura de los servicios residenciales, que pasarían a cubrir el 10,50% de las personas mayores en situación de dependencia, en detrimento de la atención domiciliaria, que disminuiría del 21,87% al 18,67%, así como una tendencia a uniformizar la cobertura entre los distintos segmentos de edad.

Tabla 16: Tasa de cobertura de los servicios de atención a la dependencia

		Tasa cobertura hombres		Tasa cobertura mujeres		TOTAL
		65-80	80+	65-80	80+	
Escenario base	Atención Domiciliaria	12,63%	31,88%	13,41%	28,62%	21,87%
	Atención Residencial	4,22%	10,66%	4,48%	9,56%	7,31%
Escenario b)	Atención Domiciliaria	22,01%	15,40%	20,22%	17,36%	18,67%
	Atención Residencial	10,19%	9,53%	8,27%	12,95%	10,50%

En base a estas tasas de cobertura, que se mantienen fijas a lo largo del período 2010-2060, estimamos el número de usuarios para este período y calculamos el coste total asociado. Tal y como muestra la siguiente tabla, un cambio en la distribución de los servicios que propicia un aumento en la cobertura de la atención residencial, se traduce en una disminución de los costes de la atención domiciliaria (AD) y un incremento de los costes de la atención residencial (AR). En conjunto, los costes totales aumentan, dado que el coste unitario residencial, es notablemente superior al coste de la atención domiciliaria.

Tabla 17: Evolución del coste público total de los servicios de atención a la dependencia

Año	Coste Total AD escenario b)	Coste Total AR escenario b)	Coste Total escenario b)	Coste Total escenario base	% Variación coste
2010	2.678.718.150	4.793.648.519	7.472.366.670	6.472.624.653	15,45%
2015	2.994.942.175	5.451.846.586	8.446.788.762	7.499.239.385	12,64%
2020	3.315.894.648	6.014.825.378	9.330.720.026	8.254.360.275	13,04%
2025	3.716.967.807	6.696.099.182	10.413.066.989	9.149.532.537	13,81%
2030	4.240.702.116	7.648.824.220	11.889.526.336	10.483.291.854	13,41%
2035	4.869.738.517	8.771.483.783	13.641.222.300	12.020.468.604	13,48%
2040	5.607.462.964	10.150.573.416	15.758.036.380	13.994.701.770	12,60%
2045	6.395.491.824	11.680.516.017	18.076.007.841	16.275.331.696	11,06%
2050	7.082.038.719	13.097.465.192	20.179.503.911	18.519.519.000	8,96%
2055	7.569.195.460	14.243.653.323	21.812.848.783	20.540.974.089	6,19%
2060	7.833.701.559	15.050.811.246	22.884.512.805	22.180.401.713	3,17%

c) Cambios en las tasas de cobertura de los servicios de atención a la dependencia

Este escenario ilustra el impacto de una variación en la tasa de cobertura. Para España, ya calculamos estas tasas en el apartado anterior. Para Suecia, hacemos el mismo procedimiento, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 18: Tasa de cobertura de los servicios de atención a la dependencia

		Tasa cobertura hombres		Tasa cobertura mujeres		TOTAL
		65-80	80+	65-80	80+	
España	Atención Domiciliaria	12,63%	31,88%	13,41%	28,62%	21,87%
	Atención Residencial	4,22%	10,66%	4,48%	9,56%	7,31%
Suecia	Atención Domiciliaria	53,96%	35,55%	60,22%	37,86%	46,09%
	Atención Residencial	25,43%	22,38%	34,07%	28,75%	28,07%

Existen significantes diferencias en las tasas de cobertura entre ambos países. Suecia se caracteriza por ofrecer unos servicios que en conjunto cubren a la mayor parte de la población en situación de dependencia. Concretamente, la atención domiciliaria cubre al 46,09% de la población, y los servicios residenciales al 28,07%. Por el contrario, en España sólo un 21,87% y un 7,31% de las personas mayores en situación de dependencia reciben atención domiciliaria y atención residencial, respectivamente.

Tabla 19: Evolución del coste público total de los servicios de atención a la dependencia

Año	Coste Total AD escenario c)	Coste Total AR escenario c)	Coste Total escenario c)	Coste Total escenario base	% Variación coste
2010	6.740.323.839	13.153.164.071	19.893.487.910	6.472.624.653	207,35%
2015	7.474.678.849	14.730.495.944	22.205.174.793	7.499.239.385	196,10%
2020	8.285.854.399	16.287.193.550	24.573.047.949	8.254.360.275	197,70%
2025	9.313.656.975	18.224.258.727	27.537.915.701	9.149.532.537	200,98%
2030	10.614.218.246	20.771.630.651	31.385.848.897	10.483.291.854	199,39%
2035	12.187.632.617	23.812.828.314	36.000.460.931	12.020.468.604	199,49%
2040	13.990.580.245	27.392.538.366	41.383.118.612	13.994.701.770	195,71%
2045	15.879.139.751	31.233.542.312	47.112.682.063	16.275.331.696	189,47%
2050	17.471.030.656	34.612.704.287	52.083.734.943	18.519.519.000	181,24%
2055	18.513.116.598	37.073.963.884	55.587.080.482	20.540.974.089	170,62%
2060	18.964.751.703	38.495.998.459	57.460.750.162	22.180.401.713	159,06%

Como muestra la tabla anterior, la adopción de unas tasas de cobertura equivalentes a las del sistema sueco provocarían un drástico incremento en el número de usuarios y en el gasto público español: el coste total llegaría a triplicarse para el año base (2010) y, aunque iría mitigándose a lo largo de los años, experimentaríamos incrementos entre el 160% y el 201%.

Otro aspecto crucial para valorar los efectos económicos que comportaría el desarrollo de un sistema de atención a la dependencia como el Sueco, son los costes unitarios de los servicios de atención a la dependencia. En España, como se ha señalado anteriormente, los costes unitarios mensuales son de 7.608€ para la atención domiciliaria y 24.204€ para los servicios residenciales. Según un informe publicado por la Socialstyrelsen (2010)²⁰, en Suecia estos costes se sitúan en 14.233€ y 60.415€, respectivamente. Los datos reflejan que la adopción de unos costes unitarios equivalentes a los existentes en el modelo sueco, contribuiría a aumentar el gasto público más del doble, pasando de 6.472.624.653€ en la actualidad, a 14.194.635.113€. No obstante, aunque los costes unitarios reflejan intrínsecamente la intensidad de los distintos servicios, así como la calidad y productividad marginal del sector, éstos también vienen condicionados por el nivel de precios propios de la economía sueca. En consecuencia, la incorporación de hipótesis sobre costes unitarios sin descomponer los factores de productividad y nivel de precios, puede proporcionar unos resultados imprecisos y poco realistas.

En resumen, una primera exploración de las diferentes características que componen el gasto en cuidados de larga duración en ambos países, permite destacar la relevancia de estos factores, que repercuten en importantes diferencias en las proyecciones del gasto público. Las principales conclusiones que cabe extraer de la lectura conjunta de los resultados del modelo de simulación se presentan en el siguiente apartado.

3.3 Principales resultados

La incorporación de nuevas hipótesis basadas en el modelo sueco acerca del número de personas dependientes, la distribución de los servicios formales de atención a la dependencia, la tasa de cobertura y los costes unitarios de estos servicios, arroja interesantes resultados.

Hay varios aspectos que merece la pena señalar. En primer lugar, bajo cualquier hipótesis que hayamos formulado, el gasto público en atención a la dependencia sigue una clara tendencia creciente a lo largo del período objeto de estudio. Concretamente, observamos que los ratios de discapacidad, mayores en España, constituyen un componente importante del gasto público español. Ratios similares a los de Suecia permitirían disminuir el gasto actual casi en un 18%, aunque este efecto se aminoraría a lo largo de los años. Por el contrario, una distribución de los servicios similar a la de Suecia, con un mayor peso de la atención residencial y una distribución más uniforme entre los distintos segmentos de edad, contribuiría a aumentar el gasto público en un 15,45%, aunque el efecto también se iría amortiguando a lo largo de los años.

Sin lugar a dudas, los componentes que difieren más entre España y Suecia y que contribuirían en mayor medida a disparar el gasto público español en atención a la dependencia, son las tasas de cobertura y los costes unitarios. Por un lado, Suecia presume de unas tasas de cobertura que cubren a la mayor parte de las personas dependientes y que en algunos casos cuadruplican a las tasas presentes en España. Si se quisiera alcanzar este nivel de cobertura, la financiación requerida sería tres veces mayor a la actual. Por otro lado, los costes unitarios de los servicios formales (atención doméstica y atención residencial) también presentan contrastes significativos, que se traducirían en un aumento del gasto público español del 119%, en caso que España incurriese en los costes unitarios suecos.

²⁰ Vad kostar verksamheten i din kommun, Bokslut 2010? (2010)

En consecuencia, el impacto conjunto de estos factores (excluyendo la hipótesis de los costes unitarios, por los motivos mencionados anteriormente) en las finanzas públicas españolas sería muy relevante, puesto que supondría un incremento del gasto del 145% en 2010, magnitud a lo largo del período objeto de estudio. Concretamente, mientras bajo el actual escenario se estima que el gasto público total en servicios de atención formal se situará en 22.180.401.713€ para el 2060, si se asumen los ratios de discapacidad y las tasas de cobertura del sistema sueco, estas proyecciones se dispararían a 48.284.273.361€²¹. La siguiente tabla proporciona datos específicos para los años objeto de estudio:

Tabla 20: Evolución del coste público total de los servicios de atención a la dependencia

Año	Coste Total Atención Doméstica	Coste Total Atención Residencial	Coste Total modelo simulación	Coste Total escenario base	% Variación coste
2010	5.624.981.204	10.243.475.772	15.868.456.976	6.472.624.653	145%
2015	5.826.888.009	11.715.866.752	17.542.754.761	7.499.239.385	134%
2020	6.518.232.547	13.078.776.962	19.597.009.509	8.254.360.275	137%
2025	7.267.296.306	14.511.276.663	21.778.572.969	9.149.532.537	138%
2030	8.289.844.386	16.544.706.380	24.834.550.766	10.483.291.854	137%
2035	9.552.639.868	19.034.038.445	28.586.678.313	12.020.468.604	138%
2040	11.009.316.341	21.976.135.654	32.985.451.995	13.994.701.770	136%
2045	12.602.410.085	25.272.605.735	37.875.015.820	16.275.331.696	133%
2050	14.071.014.551	28.419.855.368	42.490.869.918	18.519.519.000	129%
2055	15.114.909.103	30.860.618.467	45.975.527.570	20.540.974.089	124%
2060	15.728.855.698	32.555.417.662	48.284.273.361	22.180.401.713	118%

4. Conclusiones

La dependencia y la consiguiente demanda de servicios de atención a la dependencia adquieren una importancia creciente, por su extensión cuantitativa y por sus implicaciones sociales y económicas. Estas tendencias tienen especial potencial de crecimiento en los países del sur de Europa, debido a la baja cobertura actual, la creciente demanda y presión social y la aspiración a lograr cierta convergencia real con las tasas de atención y la calidad de las prestaciones existentes en los países de nuestro entorno con sistemas de bienestar más avanzados. El presente estudio profundiza en la caracterización de algunos de estos modelos, con la finalidad de plasmar las particularidades de los sistemas más avanzados en este ámbito y permitir una primera visión de las diferencias existentes respecto al modelo español.

La primera parte del trabajo describe y sintetiza las principales características comunes y diferenciadoras de los modelos de atención a la dependencia en España y Suecia, así como su evolución en los últimos años, con la voluntad de poder divisar algunos posibles puntos de mejora para el desarrollo futuro del SAAD. El análisis comparativo evidencia dos modelos de cuidados de larga duración que comparten importantes retos socio-demográficos y persiguen un mismo objetivo basado en los principios de igualdad y universalidad, donde el Estado regula el conjunto del sistema y asume la

²¹ Si tuviéramos en consideración la hipótesis de los costes unitarios suecos, además de los ratios de discapacidad y las tasas de cobertura, la proyección de costes para 2060 quintuplicaría los costes proyectados bajo el escenario base (22.180.401.713€), situándose en 110.686.212.396€.

responsabilidad de suministrar los servicios de atención a las personas en situación de dependencia, mediante transferencias y servicios públicos, que son financiados mayoritariamente vía impuestos y en menor medida a través de la financiación privada de los usuarios. Adicionalmente, el sector privado, mercantil y la economía social, colaboran con el Estado en la gestión de los servicios sociales dentro de redes públicas en las que el sector público tiene un mayor o menor peso directo según el país.

A pesar de compartir algunos rasgos fundamentales, los modelos se articulan sobre unos mecanismos de financiación, gestión y provisión muy peculiares derivados de la historia de su propia política así como de una multitud de factores demográficos, sociales, económicos y culturales específicos, que se traducen, en la práctica, en unos modelos con niveles de cobertura, distribución, intensidad y calidad de los servicios de atención a la dependencia muy dispares.

La magnitud de estas diferencias y el consiguiente impacto de los distintos factores en las proyecciones de gasto público para el período 2010-2060, han sido analizados en el ejercicio de simulación. A este respecto, conviene realizar las observaciones siguientes. En primer lugar, los resultados reflejan un crecimiento continuado de la demanda de cuidados de larga duración, y del gasto, que se estima que se triplicará del 2010 al 2060 en España. En segundo lugar, el modelo de simulación proporciona unos resultados aún más alarmantes, pudiendo alcanzar un gasto promedio para el 2060 aproximadamente 5 veces superior en relación al escenario base. Concretamente, las tasas de cobertura y los costes unitarios, que difieren significativamente en ambos países, constituyen los principales factores responsables del incremento presupuestario.

En cualquier caso, e independientemente de que se opte o no por un sistema de atención a la dependencia con las mismas características que el modelo Sueco, los datos muestran que, bajo todas las hipótesis formuladas, nuestra sociedad está marcada y condicionada a destinar un volumen creciente de recursos a la provisión de cuidados de larga duración. En consecuencia, el debate real en última instancia, escriba en replantear un nuevo modelo capaz de sufragar la demanda y los costes futuros a los que se ve evocado el actual sistema.

Referencias

- Cervera Macià, M; Herce San Miguel, J; López Casanovas, G; Rodríguez Cabrero, G; y Sosvilla Rivero, S. (2009). Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
- Deloitte (2008). Perspectivas de futuro de los servicios de atención a la dependencia. El servicio de Atención a Domicilio (SAD). Estudio del marco conceptual, oferta, demanda y modelo de costes, Accesible en www.deloitte.es.
- Comisión Europea (2009). The 2009 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), European Economy, No. 2/2009, Directorate General Economic and Financial Affairs.
- Comisión Europea (2011). 2012 Ageing Report. Underlying Assumptions and Projection Methodologies” European Economy.
- Eurostat (2011). Eurostat Population Projections 2010-based 'EUROPOP2010': Methodology and results of a long-term scenario of demographic convergence (forthcoming)
- Fundación Edad&Vida (2009). Posicionamiento de Edad&Vida sobre el desarrollo de la Ley de Dependencia y la implantación del SAAD.
- Fundación Edad&Vida (2010). Análisis de los costes sanitarios en centros residenciales privados para personas mayores.
- Health and Medical Services Act 1982:763. Promulgated 30th June 1982. Ministry of Health and Social Affairs, Sweden
- Jímenez, A; Rodríguez Castedo, A. (2010). La atención a la dependencia y el empleo. Documento de trabajo 159/2010
- Jönsson, I; Daune-Richard, A-M. 2009. “Becoming dependent: How is eldercare implemented in France and Sweden?” RC19 Montréal 2009. Social Policies: Local Experiments, Travelling Ideas. Session: Embedding new ideas-the example of ageing.
- Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. BOE núm 299.
- López-Casanovas, G. (2010). La Ley de Autonomía y Dependencia. Un análisis crítico y recomendaciones para mejorar su aplicación futura. Documentos de Trabajo Fundación CASER-CRES nº3, diciembre 2010. Working Paper nº 66. Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES).
- Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad (2005). Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia, Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

- Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad (2006). Anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia. Memoria del análisis de impacto normativo, económico, de género e igualdad de oportunidades
- Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad (2011). Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y la Atención a las Personas en situación de dependencia. 4 de Noviembre, 2011.
- Montserrat Codorniu J. (2008). El impacto de la Ley de la dependencia en las rentas de los usuarios mayores de 65 años: incidencia del copago en Documentos del instituto de Estudios Fiscales, n.º 20
- Montserrat Codorniu J. (2009). La tercera vía de financiación: la contribución económica del usuario, Presupuesto y Gasto Público, 56: 127-143
- Observatorio Estatal de la Dependencia (2010). Informe de Seguimiento del SAAD a Mayo de 2010, Asociación de directores y gerentes de servicios sociales en España.
- Observatorio Estatal de la Dependencia (2010). Financiación y costes de la ley 39/2006. Aproximación a los costes del SAAD en 2010 y aportación de los financiadores. Asociación de directores y gerentes de servicios sociales en España.
- Observatorio para el desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2011). VI Dictamen del Observatorio. Desarrollo e implantación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, Asociación de directores y gerentes de servicios sociales en España.
- Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (2011). "Help Wanted? Providing and paying for long-term care". OECD Publishing.
- PricewaterhouseCoopers (2010). Situación del Servicio de Atención Residencial en España. Servicios de Atención a la Dependencia. Project", Government Offices of Sweden, September.
- Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
- Socialstyrelsen: The National Board of Health and Welfare (2010). Äldre – vård och omsorg den 1 november 2010 Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen.
- Socialstyrelsen: The National Board of Health and Welfare (2010). Vad kostar verksamheten i din kommun, Bokslut 2010?" (what is the cost of the business in your municipality 2010?)
- Swedish Association of Local Authorities and Regions (2009). Developments in Elderly Policy in Sweden.
- Trydegård, G (2010). "Welfare services for the Elderly in Sweden at the Beginning of the 21st Century – Still in Line with the Nordic Welfare State Model?".
- Trydegård, G; Thorslund, M. (2010). "One Uniform Welfare State or a Multitude of Welfare Municipalities? The Evolution of Local Variation in Swedish Elder Care." Social Policy & Administration 44(4): 495-511.

