

La corresponsabilidad individual en la atención a la dependencia: evidencia y recomendaciones

*David Casado Marín**

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES),

Departament d'Economia i Empresa, Universitat Pompeu Fabra (UPF), Barcelona

161

1. Introducción

El resto de contribuciones que componen esta monografía se han centrado en el análisis de los copagos en el ámbito de la atención sanitaria. El presente trabajo, aunque analiza los mismos aspectos ya tratados en capítulos anteriores (lógica de los copagos, cómo implementarlos, efectos de los mismos...), centra su atención en un ámbito relacionado con la asistencia sanitaria pero con características bien diferenciadas: los servicios de atención a la dependencia. Este tipo de servicios, que comparten entre sí el objetivo de proporcionar cuidados a quienes no pueden valerse por sí mismos para realizar ciertas actividades cotidianas¹, incluye desde los centros de día a las residencias de asistidos, pasando por los servicios de ayuda a domicilio o los dispositivos de telealarma.

Los servicios de atención a la dependencia difieren de la asistencia sanitaria en varios aspectos. En primer lugar, puesto que los requerimientos humanos y tecnológicos para proporcionar los cuidados que las personas dependientes necesitan son poco sofisticados, en todos los países, sin excepción, la principal fuente de ayuda es la que proporciona la familia de forma no remunerada (cuidado informal). Por otro lado, en el caso de nuestro país, pero también en el de algunos de nuestro entorno (Portugal, Italia, Grecia...), la utilización de los servicios formales mencionados (centros de día, residencias, atención domiciliaria...) se realiza de manera mayoritaria a través de proveedores privados que no reciben financiación pública alguna. Por último, aunque con diferencias notables de unos países a otros como se verá más adelante, los usuarios de los servicios que reciben financiación pública están obligados a realizar aportaciones muy superiores a las que se observan en el caso de la atención sanitaria.

Algunas cifras sobre las cuestiones anteriores pueden ayudarnos a concretar los rasgos del sistema de atención a la dependencia que hoy tenemos en España (Casado, 2006). En primer lugar, sobre el total de personas mayores dependientes que actualmente hay en nuestro país, un 65% de las mismas sólo recibe ayuda por parte de cuidadores informales, y está también el apoyo informal presente en el 60% de los casos de aquellos que utilizan alguno de los servicios de carácter comunitario antes mencionados (centros de día y atención domiciliaria). Por otro lado, de entre el 35% de personas que utilizan servicios de carácter formal, ya sean estos de carácter comunitario o institucional, sólo un 37% de las mismas es usuaria de servicios que reciben financiación pública de algún tipo. Finalmente, debido a que todos los servicios de atención a la dependencia públicos están sometidos a copagos, los gobiernos autonómicos y municipales recuperan por esta vía porcentajes importantes del gasto efectuado: entre un 15-20% en el caso de los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD), un 20-30% en los centros de día, y entre un 35-40% en el caso de las residencias de asistidos.

El nuevo proyecto de Ley de dependencia, aprobado por el Consejo de Ministros en abril de 2006, modificará de manera sustancial el tipo de intervención que ha venido desarrollando hasta el momento el sector público en este ámbito. Así, siguiendo la estela de otros países europeos, como Alemania, Austria, Holanda o Suecia, el citado proyecto prevé el desarrollo gradual (2007-2015) de un nuevo Sistema Nacional de Dependencia (SND) que ofrecerá cobertura a las personas dependientes de nuestro país, sea cual sea su situación económica. No obstante, con el propósito de garantizar la viabilidad económica del nuevo esquema, la memoria económica que acompaña al proyecto cita entre las fuentes de financiación del mismo las aportaciones de los usuarios; en concreto, además de mencionar que estas variarán de acuerdo a la renta y el patrimonio de los beneficiarios, sitúa en un 40% del gasto total el porcentaje global que las CCAA —encargadas de gestionar el nuevo SND— deberán recuperar vía aportaciones de los usuarios.

El principal objetivo del artículo es proporcionar información y reflexiones útiles de cara al diseño e implementación del esquema de copagos previsto en el nuevo SND. Así pues, en la sección que sigue a esta introducción, se realiza una descripción de los esquemas de copago que actualmente utilizan los distintos países europeos, incluida España, en el ámbito de los servicios de atención a la dependencia. Tras ello, desde una perspectiva teórica, aunque teniendo en cuenta la poca

evidencia empírica disponible al respecto, la tercera sección aborda las ventajas que pueden tener los copagos como mecanismo de financiación de este tipo de servicios frente a sus alternativas, así como los aspectos a tener en cuenta en el momento de diseñarlos para que el balance final acabe resultando positivo. La cuarta sección, por su parte, ofrece un conjunto de recomendaciones que pretenden contribuir a mejorar el diseño de los copagos del nuevo SND, que pone un énfasis especial en todos aquellos aspectos sobre los que deberíamos tener más y mejor información antes de empezar a trabajar. La última sección recoge las principales conclusiones del artículo.

2. Copagos y servicios de atención a la dependencia: situación actual en España y Europa

2.1. Sistemas públicos universales o selectivos

Una primera dimensión que distingue a los países europeos en cuanto al papel que juegan las aportaciones de los usuarios en el ámbito de la atención a la dependencia es el carácter universal o selectivo de los servicios públicos de este tipo (Gibson et al., 2003). En el primer caso, debido a que toda la población con problemas de dependencia puede convertirse en beneficiaria del sistema público independientemente de su nivel de renta, sólo los usuarios que voluntariamente optan por servicios de carácter privado realizan aportaciones equivalentes al 100% del coste de los mismos. En cambio, en aquellos países en los que el acceso a los servicios financiados públicamente se encuentra regulado por pruebas de medios (*means-testing*), todos los sujetos no elegibles por el sistema público realizan aportaciones en el sector privado del 100% del coste. De ese modo, si consideramos que los usuarios de servicios privados soportan un copago *implícito* del 100%, está claro que una parte de la estructura de copagos de los distintos países va a ser muy diferente en función de que estos tengan un sistema público de acceso universal o selectivo.

A este respecto, según un reciente informe realizado por la OCDE (2005), buena parte de los países europeos cuentan actualmente con sistemas públicos de acceso universal. De ese modo, sea cual sea la renta o la riqueza de los individuos, todas las personas que tienen un grado de dependencia superior a cierto umbral — típicamente, necesitar ayuda en, al menos, dos actividades básicas de la vida diaria—

tienen derecho a utilizar los servicios públicos. Esto no significa, como veremos más adelante, que tales individuos no estén obligados a realizar copagos en función de su renta por los servicios públicos que utilizan, pero sí que únicamente quienes optan voluntariamente por no usar el sistema público de protección —una minoría de la población— soporta copagos implícitos equivalentes al 100% del coste de los servicios. Todos los países escandinavos desde los años sesenta, Alemania desde 1995, Holanda desde los años ochenta, y Francia desde 2003, se encuentran entre los países de nuestro entorno con sistemas públicos de acceso universal. A ellos, en la órbita de países desarrollados, cabría añadir desde el año 2000 a Japón, sobre el que volveremos más adelante, por tener un sistema de características especialmente interesantes para el caso español.

El resto de países europeos no mencionados cuentan con sistemas públicos de atención a la dependencia de carácter selectivo. En tales casos, aunque con diferencias notables de unos países a otros, las Administraciones Públicas regulan el acceso a este tipo de servicios teniendo en cuenta no sólo el grado de dependencia de los individuos, sino también otro tipo de variables relacionadas con la situación económica, la existencia o no de apoyo informal, etc. El Reino Unido y España constituyen sendos ejemplos de este tipo de aproximación y su análisis nos permite ilustrar las diferencias que existen, como se ha apuntado, entre países que, genéricamente, cuentan con sistemas de carácter selectivo.

El Reino Unido regula el acceso a los servicios públicos de atención a la dependencia utilizando una prueba de medios que tiene en cuenta el patrimonio del sujeto (Wanless, 2006). En concreto, para aquellas personas cuyo nivel de dependencia aconseja su ingreso en una residencia de asistidos, el sector público solicita información acerca del valor de las acciones, depósitos bancarios, segundas residencias, etcétera, que posea el individuo, así como de la vivienda habitual en el caso de que ningún familiar directo viva en ella; tras ello, si el valor de dicho patrimonio es superior a 30.000 euros, el individuo puede utilizar una plaza residencial financiada públicamente, pero está obligado a realizar una aportación equivalente al 100% del coste de la misma. Por su parte, en el caso de los servicios comunitarios (centros de día, SAD, teleasistencia,...), que son competencia de las corporaciones locales, existen importantes diferencias de unos municipios a otros a la hora de regular el acceso a los mismos, pero parece ser que la regla de los 30.000 euros es la utilizada en la mayoría de casos (sin tener en cuenta en ningún caso, sin embargo, la vivienda habitual).

En el caso de España, a diferencia del Reino Unido donde efectivamente existe una prueba de medios que segmenta a la población en elegibles y no elegibles, la situación económica de los solicitantes de servicios públicos sólo se tiene en cuenta indirectamente. Así, en relación con el acceso a plazas financiadas públicamente en residencias y centros de día, las CCAA han desarrollado baremos para tratar de ordenar a los solicitantes de acuerdo a su nivel de necesidad. Los ítems considerados y su puntuación relativa, aunque varía de unas CCAA a otras (Edad & Vida, 2004), suele incluir la edad, el grado de dependencia, la existencia de apoyo informal y la situación económica del solicitante, y esta última se valora teniendo en cuenta, generalmente, tanto la renta como la riqueza del solicitante².

De ese modo, aunque la situación económica no excluye de antemano a nadie de convertirse en usuario de una plaza pública, el baremo reduce el orden de prioridad de aquellos solicitantes con mayores recursos económicos. Asimismo, puesto que las aportaciones de los usuarios de plazas públicas son crecientes en función de la renta de estos (ver apartado 2.2.), es probable que algunos de los sujetos con mayores ingresos opten por utilizar servicios de carácter privado para evitar esperas excesivas en el sector público y/o disfrutar de una mayor calidad asistencial. De todos modos, si bien los motivos anteriores inducen a pensar en la existencia de cierto gradiente socioeconómico en la utilización relativa público-privada de las plazas en residencias y centros de día, lo cierto es que no existe ningún estudio que haya analizado empíricamente esta cuestión. La recurrente aseveración de que las clases medias quedan excluidas de los servicios públicos de atención a la dependencia, por tanto, no es más que una hipótesis cuya validez está aún pendiente de contrastación.

Por otro lado, en relación con el acceso a los servicios de ayuda a domicilio públicos, el que estos constituyan una competencia municipal hace prácticamente imposible cualquier tipo de generalización que sea válida para el conjunto del Estado. A este respecto, como pone de manifiesto el informe de Edad & Vida (2004) antes referido, únicamente las CCAA de Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Madrid y Murcia, han desarrollado una normativa autonómica que regula de manera genérica el acceso a los SAD, aunque acaban siendo las CCLL las que, en la práctica, gestionan con criterios propios los aspectos sustantivos (p.e. la cuantía de los copagos, la intensidad de la ayuda a recibir, etc.). La única certeza que tenemos en torno a los SAD en nuestro país, tal y como ya se mencionó en la introducción, es que su grado de cobertura e intensidad es muy reducido en

comparación con lo observado en otros países desarrollados (OCDE, 2005): así, si el gasto en SAD públicos alcanza un valor medio del 0,35% del PIB para el conjunto de la OCDE, la cifra correspondiente a España se sitúa en el 0,06%, muy alejada de los valores observados en otros países de nuestro entorno como Alemania (0,43), Holanda (0,56), el Reino Unido (0,32) o Suecia (0,78).

166 2.2. Los copagos en la atención residencial financiada públicamente

En todos los países sin excepción, cuentan estos con sistemas públicos de acceso universal o selectivo, los usuarios de plazas financiadas públicamente en residencias de asistidos realizan aportaciones que pretenden cubrir el componente de “alojamiento y manutención” inherente a este tipo de servicio. La razón esgrimida para justificar estos copagos es que, al margen de que el sujeto sea o no dependiente, este tipo de gastos los hubiera soportado igualmente el individuo en caso de seguir viviendo en su propio hogar.

No obstante, en el caso de aquellos países con sistemas públicos de acceso universal, se aprecian diferencias en la implementación de este tipo de copagos de acuerdo al carácter explícito o implícito de los mismos. En el primer caso, entre los que cabe situar a países como Francia (Imsero, 2004) o Alemania (Schneider, 1999), el sector público ha optado por fijar qué porcentaje del coste total de una plaza residencial corresponde a alojamiento y manutención —aproximadamente el 25%, en ambos casos— y es sobre el 100% de dicha cantidad sobre la que los individuos están obligados a realizar aportaciones; asimismo, si los recursos económicos del usuario son insuficientes para cubrir dicho copago, los servicios sociales —no el Sistema de Dependencia— se encargan de financiar la diferencia. Por su parte, en el caso de aquellos países en los que tales aportaciones no son explícitas, como ocurre en Holanda o en Suecia, los copagos no están definidos como un 100% del coste correspondiente a alojamiento y manutención, sino como una fracción variable de los ingresos del usuario; así, en el caso de Suecia (Karlsson et al, 2006), los residentes aportan un porcentaje fijo de su renta en concepto de copago que, aunque varía de unas CCLL a otras, no puede dar como resultado una aportación anual superior a 4.000 euros en ningún municipio del país. Por su parte, en el caso de Holanda, existe un copago uniforme de 1.000 euros mensuales, que únicamente satisfacen aquellos usuarios con rentas superiores a 2.100 euros mensuales, en el caso de no tener pareja, o a 3.600 euros si la tienen.

De todos modos, más allá de las diferencias apuntadas, la característica que comparten todos aquellos países con sistemas de carácter universal es que los copagos en el ámbito residencial se circunscriben —explícita o implícitamente al componente de alojamiento y manutención mencionados. Los costes del resto de servicios que recibe una persona dependiente ingresada en una residencia, siendo los más importantes el apoyo para la realización de actividades básicas y los cuidados de enfermería, son cubiertos íntegramente por el sistema público de atención a la dependencia. A este respecto, como han puesto de manifiesto las cifras señaladas con anterioridad, cabe precisar que tales componentes representan en torno al 70-75% del coste total.

167

En los países con sistemas de carácter selectivo, por el contrario, la situación es radicalmente distinta a la que se acaba de exponer. En tales casos, además de para cubrir el componente de alojamiento y manutención, los copagos están concebidos para financiar también — hasta donde sea posible — los otros componentes de carácter asistencial anteriormente mencionados. En concreto, aunque con algunas diferencias como veremos, la idea general es que la práctica totalidad de la renta de los usuarios sirva para financiar un porcentaje lo más elevado posible del coste total de una plaza residencial. De nuevo, al igual que en el análisis del acceso a los servicios públicos, los casos del Reino Unido y España constituyen ejemplos ilustrativos del modo en que se calculan los copagos residenciales en sistemas de acceso selectivo.

En el caso del Reino Unido, si el patrimonio del individuo es inferior a 30.000 euros, tanto la riqueza de este como su renta juegan un papel a la hora de computar la cuantía del copago a realizar. En concreto, salvo una pequeña cantidad que el residente puede retener en concepto de dinero de bolsillo (unos 100 €/mes), la totalidad de su renta sirve para financiar el coste de la plaza residencial que ocupa; asimismo, además de la renta real, la riqueza del individuo se convierte en una suerte de renta nocial a razón de 4€ mensuales — que hay que añadir a la renta real— por cada 250€ de patrimonio (si este se encuentra entre 18.000 y 30.000 euros). La cuantía así resultante sirve para financiar el coste de la atención personal recibida y del alojamiento y manutención, aunque no los cuidados de enfermería, pues estos los cubre el Servicio Nacional de Salud británico.

En el caso de España, aunque, en líneas generales, la situación resulta parecida a la que acabamos de describir, existen elementos diferenciales que tienen su origen en el carácter descentralizado del modelo de servicios sociales de nuestro

país (Tabla 1). Un primer aspecto a destacar es que no todas las CCAA tienen en cuenta la riqueza de los individuos a la hora de determinar la cuantía de los copagos y, entre aquellas que sí que lo hacen, se emplea un método distinto al del modelo británico. Dicho método, utilizado en Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Navarra, La Rioja y la Diputación Foral de Álava, se conoce con el nombre de *reconocimiento de deuda*: los bienes patrimoniales del usuario se convierten en la garantía real de un “préstamo” que realiza la Administración a favor de aquél, siendo su cuantía la diferencia acumulada entre la renta anual del sujeto y el coste anual de la plaza a lo largo de todos y cada uno de los años de utilización de la misma; de ese modo, a la muerte del sujeto, la Administración puede recuperar diferidamente la totalidad de los subsidios previamente concedidos³.

Desde una perspectiva estática, sin embargo, el sistema utilizado para determinar la cuantía de los copagos a realizar mientras el usuario está vivo es muy similar tanto en las CCAA con reconocimiento de deuda como en las que carecen de él. Así, aunque con intensidades distintas como pone de manifiesto la *tabla 1*, en todas las CCAA la cuantía de los copagos se calcula como un *porcentaje uniforme* de la renta de los individuos que varía entre el 75% aplicado en Andalucía, Asturias o Baleares, pasando por el 80-85% de Aragón, Cantabria y Guipúzcoa, hasta llegar al 100% en el caso de Cataluña; sólo tres CCAA — Extremadura, Madrid y la Comunidad Valenciana— aplican *porcentajes variables* en función del nivel de renta de los usuarios.

De todos modos, en aquellas CCAA que permiten retener a los usuarios de plazas residenciales cierta cantidad de renta como dinero de bolsillo (*mínimo disponible*), el porcentaje real que las aportaciones representan sobre los ingresos es menor que las cuantías que aparecen en la *tabla 1*. Este es particularmente el caso de Cataluña: en concreto, como en dicha Comunidad Autónoma la normativa vigente estipula que los usuarios podrán retener como dinero de bolsillo mensual una cantidad equivalente al 20% del SMI (en 2006, 108 euros al mes), los copagos acaban representando porcentajes de los ingresos que, en ningún caso, alcanzan el 100%. De hecho, tanto en Cataluña como en el resto de CCAA en las que existe un mínimo disponible garantizado, el sistema de copagos resulta progresivo aun siendo uniforme el porcentaje aplicado a los ingresos de los usuarios⁴.

Otro aspecto que distingue a las CCAA en el tratamiento de la renta a la hora de determinar la cuantía de los copagos es la consideración que se realiza en cada

caso de la existencia de un cónyuge. A este respecto, como pone de manifiesto la *tabla 1*, cabe distinguir tres aproximaciones posibles: la primera de ellas consiste en aumentar la cuantía del mínimo disponible cuando el usuario está casado, de tal manera que dicho dinero sirve ahora no sólo para cubrir los pequeños gastos del residente, sino también la manutención del cónyuge no internado cuando este carece de ingresos propios —en Cataluña, por ejemplo, dicho “mínimo por cónyuge” se sitúa en el 100% del SMI—. La segunda alternativa, que encontramos en Comunidades como Cantabria o Navarra, consiste en aplicar los porcentajes de copago que figuran en la *tabla 1* no a la renta del usuario, sino a lo que se denomina renta per cápita de la unidad de convivencia; de ese modo, si la persona ingresada tiene un cónyuge con el que convivía antes del ingreso, este sigue disfrutando de la mitad de la renta familiar, por cuanto el copago que realiza el usuario de la plaza se calcula teniendo en cuenta sólo el 50% de los ingresos conjuntos. Finalmente, si bien es cierto que el porcentaje de casados entre las personas ingresadas en residencias públicas apenas alcanza el 15%, sorprende constatar que en 9 CCAA (*tabla 1*) el sistema de copagos no sea sensible a la existencia de cónyuges a la hora de determinar qué renta se va a tener en cuenta (individual o conjunta) para calcular la cuantía de las aportaciones.

169

Un último aspecto que distingue a los sistemas de copago utilizados por las CCAA para financiar las plazas en residencias es cómo se define en cada caso la cuantía máxima de las aportaciones. En este sentido, como puede observarse en la *tabla 1*, las CCAA se dividen entre aquellas que han optado por definir dicho techo en base al coste de una plaza residencial, y las que lo fijan de acuerdo a un *precio público* que está por debajo del coste de la plaza⁵. El subsidio público mínimo que aparece, en este segundo caso, cuya cuantía coincide lógicamente con la diferencia entre el coste-tarifa y el precio público, oscila entre los 166 euros mensuales de La Rioja y los 296 de Cataluña. Dicho subsidio, a diferencia de lo que ocurría en el caso del “mínimo disponible”, introduce un elemento de regresividad en el sistema de copagos de aquellas CCAA que han optado por poner un techo a las aportaciones por debajo del coste de la plaza, ya que únicamente se benefician de su existencia los usuarios con rentas más elevadas⁶.

Tabla 1. Esquemas de copago para la financiación de plazas residenciales: España, 2004.

Ámbito territorial	Límite	Ingresos contemplados	% ingresos	Deuda	Mínimo disponible
Andalucía	Coste plaza	RS sin pagas extras	75%	No	No
Aragón	Coste plaza	RS	80%	No	No
Asturias (Principado de)	Coste plaza	RS sin pagas extras	75%	Sí	No
Baleares (Islas)	Coste plaza	RS	75%	No	Sí
Canarias (Islas)	Coste plaza	RS	75%	Sí	No
Cantabria	Coste plaza	RUCPC	85%	Sí	No
Castilla-La Mancha	Coste plaza	RS	75%	No	No
Castilla y León	Precio público	RS	75%	Sí	No
Cataluña	Precio público	RS	100%	No	Sí
Comunidad Valenciana	Coste plaza	RS	80-93%	No	Sí
Extremadura	Precio público	RS	65-75%	No	Sí
Galicia	Coste plaza	RS	75%	No	No
Madrid (Comunidad de)	Precio público	RS	Porcentaje	No	No
Murcia (Región de)	Coste plaza	RS	variable	No	Sí
Navarra (Comunidad Foral)	Precio público	RUCPC	90%	Sí	Sí
	Precio público	RUCPC menos 1200€	90%	Sí	Sí
Pais Vasco Álava	Coste plaza	RUCPC	80%	No	Sí
Guipúzcoa	Coste plaza	RUCPC	85%	No	Sí
Vizcaya	Precio público	RS sin pagas extras	85%	Sí	Sí
Rioja (La)			75%		

RS: Rentas del Solicitante, RUCPC: Rentas de la unidad de Convivencia per cápita

Fuente: Edad & Vida (2004)

170

2.3. Los copagos en los servicios de atención domiciliaria

Los servicios públicos de atención domiciliaria, que comprenden fundamentalmente ayudas personales para la realización de actividades básicas (baño, aseo, comer...) y en algunas ocasiones instrumentales (hacer la compra, limpieza del hogar...), están sujetos a copagos en todos los países, independientemente de que el sistema público de atención a la dependencia sea de carácter universal o selectivo (Gibson et al., 2003). La fórmula más común de implementación consiste en establecer un esquema de aportaciones en las que estas, por un lado, varían de acuerdo a la renta de los usuarios y, por otro lado, no pueden superar un determinado techo de gasto.

En el caso de Holanda, por ejemplo, se exige una aportación "general" de 5 €/hora para todos aquellos con una renta superior a cierto umbral y otra "reducida" de 2,5 €/hora para quienes se encuentran por debajo; asimismo, dichas aportaciones, claramente por debajo del coste que supone para la Administración proveer los servicios de atención domiciliaria, no pueden suponer para ningún usuario un desembolso superior a 125 euros semanales (Brodski et al., 2000). En Suecia, donde

los servicios de atención domiciliaria constituyen una competencia de carácter municipal, existe una variabilidad importante en cuanto al esquema de copagos utilizado en cada caso —tasa uniforme, porcentaje variable de la renta, etc.— pero desde el año 2002 una norma de carácter estatal impide que las aportaciones exigidas a un mismo usuario superen los 2.000 euros anuales (Karlsson et al., 2006). En el Reino Unido, que, a diferencia de los dos países anteriores, cuenta con un sistema de atención a la dependencia de carácter selectivo, se repite un planteamiento similar: así, aunque existe una elevada variabilidad a nivel municipal en los esquemas de copago, el gobierno central ha desarrollado recientemente una normativa que exige a las CCLL declarar exentos los primeros 10.000 euros anuales de renta —el equivalente al 125% del SMI inglés— a la hora de determinar las aportaciones exigibles a los usuarios de SAD (Wanless, 2006)⁷.

171

Alemania y Japón, ambos con sistemas públicos de atención a la dependencia de carácter universal, constituyen dos excepciones a dicho enfoque mayoritario por lo que respecta a los copagos utilizados en los servicios de atención domiciliaria.

En el caso de Alemania, aunque no existen copagos para quienes utilizan los servicios de atención domiciliaria públicos, el hecho de que la cobertura se proporcione a través de prestaciones en metálico de cuantía limitada hace que, en la práctica, se pueda hablar de un sistema implícito de copagos. En concreto, tras ser clasificados los individuos en una de las tres categorías de dependencia existentes —estas se diferencian entre sí en el número de horas de atención requeridas—, se les proporciona un cheque cuyo valor monetario varía de una categoría a otra; sin embargo, lejos de permitir adquirir el 100% de las horas de atención acordadas a cada nivel de dependencia, las prestaciones sólo alcanzan a cubrir —a precios de mercado— entre un 37% (dependencia leve) y un 55% (dependencia severa) de las horas necesarias (Rothgang, 2003). Así pues, si los usuarios desean realmente recibir el total de horas de atención previstas, deben sufragar de su bolsillo la diferencia. Por su parte, en el caso de Japón, el sistema de copagos resulta explícito al igual que en Holanda, Suecia o el Reino Unido, y la principal diferencia con respecto a esos países es el hecho de que los copagos están definidos como un porcentaje fijo (el 10%) del coste del servicio, sea cual sea el nivel de renta del individuo, y sea cual sea el tipo de servicio utilizado en cada caso (SAD, centro de día, residencia...).

En el caso de nuestro país, a pesar de los esfuerzos realizados por el Imsero en las sucesivas ediciones del Informe “Las Personas Mayores en España”, correspondientes

a 2000, 2002 y 2004⁸, no existe, por el momento, ningún trabajo que ofrezca información detallada sobre los sistemas de copago utilizados por las CCLL a la hora de proveer SAD. A lo sumo, según se recoge en las publicaciones mencionadas y en otras similares (Edad & Vida, 2004), cabe señalar la existencia de una enorme diversidad en cuanto a las fórmulas de copago utilizadas por los ayuntamientos (gratuidad, porcentaje fijo del coste, aportaciones variables según la renta, etc.). El desarrollo a partir de 2007 de un nuevo Sistema Nacional de Dependencia por parte del gobierno central, sobre el que volveremos más adelante, constituye una buena ocasión para tratar de recabar información sobre tales esquemas y tratar de consensuar algunos principios básicos acerca de su posible configuración futura.

2.4. La importancia cuantitativa de los copagos como mecanismo de financiación

Los apartados anteriores han tratado de describir cualitativamente los principales rasgos de los esquemas de copago utilizados a nivel internacional en el ámbito de los servicios de atención a la dependencia. No obstante, si se pretende tener una idea más precisa del papel que juegan los copagos como mecanismo de financiación de este tipo de servicios, resulta fundamental disponer de información adicional sobre cuál es el porcentaje del gasto total efectuado por las AAPP en servicios de atención a la dependencia que se recupera vía copagos. A este respecto, a pesar de la reciente aparición de varios informes tratando de describir la situación de los servicios de atención a la dependencia a nivel internacional (OCDE, 2005; Comas-Herrera y Wittenberg, 2003), los datos sobre la importancia cuantitativa de los copagos sólo están disponibles para algunos países y su comparabilidad resulta cuando menos dudosa en la mayoría de casos. De todos modos, dejando a un lado estas limitaciones, la información de que se dispone permite establecer algunas generalizaciones interesantes.

Holanda y Alemania, ambos con sistemas de atención a la dependencia de carácter universal, recuperan vía copagos porcentajes similares del gasto previamente efectuado por el sector público tanto en residencias como en servicios de atención domiciliaria. Así, en el caso de Holanda, los porcentajes para uno y otro tipo de servicio se situaban en el 32% y el 12% a finales de la década de los noventa (Brodski et al., 2000); en conjunto, debido a que el gasto efectuado en servicios residenciales es muy superior al realizado en servicios de carácter comunitario⁹, el porcentaje

global de recuperación en esas mismas fechas se situó en el 26,8%. En el caso de Alemania, para el que no existe información desagregada por tipo de servicio, el porcentaje global de recuperación vía copagos ascendió en el año 2001 al 30% del gasto efectuado por el Seguro Social de Dependencia alemán (Rothgang, 2003).

En el Reino Unido, un país que a diferencia de los dos anteriores cuenta con un sistema público de acceso selectivo, sorprende constatar que los porcentajes de recuperación vía copagos son de una magnitud similar. En concreto, según las últimas cifras disponibles (Wanless, 2006), las CCLL y el gobierno central recuperan en torno a un 31% del gasto que supone para ambas la provisión de servicios de atención a la dependencia de carácter residencial y comunitario. La principal diferencia de dicha cifra con respecto a las anteriores es que esta tan sólo constituye una fracción reducida del gasto que realizan las familias en servicios de atención a la dependencia: así, mientras en Holanda y Alemania el gasto privado realizado por los individuos fuera del sistema público es residual —por ser este universal en ambos casos—, en el Reino Unido, dicho componente tiene una importancia cuantitativa similar al valor que representan los copagos del sistema público.

Japón y Suecia son, entre los países sobre los que se dispone de información, los que recuperan una menor cantidad de dinero, a través de las aportaciones exigidas a los usuarios de los servicios públicos de atención a la dependencia. En el primer caso, tras la implementación, en el año 2000, de un sistema de protección a la dependencia de carácter universal, financiado a partes iguales a través de cotizaciones a la Seguridad Social e impuestos generales, los usuarios de los servicios cubiertos por el nuevo esquema, únicamente aportan, en concepto de copago, una cantidad equivalente al 10% del coste del servicio que utilicen en cada caso (Campbell e Ikegami, 2000); de ese modo, respecto al montante total de dinero que supone para el sistema público proveer los servicios cubiertos, el porcentaje global recuperado vía copagos coincide con esa misma cifra. En Suecia, que según hemos visto anteriormente cuenta con un sistema de copagos “suave”, los porcentajes de gasto que la Administración recupera vía aportaciones de los usuarios son igualmente modestos: un 3% en los servicios de carácter comunitario y un 8% en los de carácter residencial (Karlsson, 2006).

En el caso de España, como ya se mencionó anteriormente, la falta de información desagregada y homogénea impide conocer, para el conjunto de CCAA, cuáles son los porcentajes de recuperación vía copagos del gasto efectuado por las

AAPP en SAD, centros de día y residencias. Los únicos datos disponibles al respecto, facilitados recientemente por las respectivas consejerías de Bienestar Social al autor, son los relativos a Cataluña y Aragón. Así, en el caso de las plazas residenciales, los porcentajes de recuperación vía copagos se sitúan en el 27,4% y el 22,1%, respectivamente; por su parte, con respecto a los centros de día, las cifras correspondientes serían del 24% y del 25%; finalmente, en el caso de los SAD, para los que sólo se dispone de información sobre Aragón, la estimación facilitada por el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) sitúa el porcentaje medio de recuperación por parte de las CCLL en un 15% del gasto total efectuado.

3. La racionalidad de los copagos en los servicios de atención a la dependencia: ventajas y cautelas

El apartado anterior ha puesto de manifiesto cómo los copagos constituyen ya, hoy en día, un mecanismo de financiación de los servicios de atención a la dependencia presente en todos los países desarrollados. Así pues, en el nuevo escenario que plantea la creación en nuestro país de un sistema público de atención a la dependencia a partir de 2007, está claro que los copagos deberán seguir jugando un papel importante. No obstante, a la vista de la diversidad de fórmulas que existen a nivel internacional, la verdadera pregunta a la que debemos dar respuesta es cuál debería ser la intensidad de las aportaciones en ese nuevo esquema de intervención pública. En este sentido, dejando para más adelante la discusión de los aspectos concretos de la fórmula a utilizar, el propósito del presente apartado es analizar desde una perspectiva teórica qué ventajas pueden representar los copagos como fuente de financiación del sistema frente a sus alternativas (impuestos generales, cotizaciones, primas comunitarias, etc.). Se trata de justificar, en definitiva, por qué resulta adecuada la existencia de copagos en este ámbito.

Una posible manera de iniciar dicha discusión consiste en plantearse cuáles son las ventajas que plantean con respecto a los copagos las otras alternativas de financiación, y valorar hasta qué punto estas se mantienen en el caso de los servicios de atención a la dependencia. En general, a la hora de financiar cualquier servicio cuya demanda dependa de la existencia de una contingencia que no experimentan todos los sujetos, los distintos instrumentos de financiación colectiva existentes — impuestos, cotizaciones, primas...— permiten la consecución de dos objetivos

socialmente deseables: por un lado, dado que no todo el mundo experimenta la contingencia, la aportación media en un esquema de financiación colectiva es menor que el gasto medio que deberían asumir los sujetos si tuvieran que hacer frente individualmente a los costes de la contingencia; por otro lado, y como resultado de lo anterior, dicho esquema de financiación colectiva se convierte en una suerte de seguro completo para el sujeto, pues la renta de éste no se ve modificada ex post caso de producirse la contingencia. Veamos hasta qué punto estos elementos están presentes en el caso de la atención a la dependencia.

175

En primer lugar, si bien es cierto que los mecanismos de financiación colectivos permiten que las aportaciones medias sean menores que los gastos medios, no es menos cierto que el balance entre uno y otro elemento arroja resultados distintos según sea el tipo de individuos considerados. Así, dado que más del 80% de las personas que utilizan servicios de atención a la dependencia pertenecen al colectivo de mayores de 65 años (Casado, 2006), un esquema de financiación de tales servicios que se basara exclusivamente en impuestos generales resultaría mucho más beneficioso —en términos relativos— para las actuales generaciones de mayores (usuarios probables), en detrimento de las generaciones más jóvenes (usuarios improbables). Este hecho, en un contexto donde la evidencia a nivel internacional indica un claro sesgo redistributivo de los actuales Estados de Bienestar hacia las personas de más edad (OCDE, 2006), constituye en sí mismo un argumento a favor de introducir copagos en los sistemas de atención a la dependencia, pues ayudaría a introducir un cierto reequilibrio intergeneracional en los programas de gasto público globalmente considerados¹⁰.

Por otro lado, con respecto al efecto asegurador que conlleva el desarrollo de un esquema de financiación de carácter colectivo, los servicios de atención a la dependencia presentan también algunas peculiaridades que conviene no pasar por alto. En concreto, la contingencia cubierta en este caso, que no es otra que la necesidad de recibir atención ante la pérdida de autonomía personal del sujeto, tiene dos características que no aparecen en otros contextos: por un lado, dado que la mayoría de procesos de deterioro físico o cognitivo que generan dependencia están asociados a la edad y suelen ser irreversibles, la contingencia suele tener carácter permanente y se prolonga hasta la muerte del sujeto; por otro lado, siendo el *timing* de los problemas de dependencia el descrito, las personas que experimentan este tipo de contingencia suelen caracterizarse en muchas ocasiones por no tener ya

personas a su cargo —son viudas o solteras—, disponer de cierto patrimonio inmobiliario libre de cargas, ahorros, etc.. Así las cosas, el hecho de que los mecanismos colectivos de financiación permitan asegurar la renta de los individuos frente a los gastos que origina la contingencia resulta, por tanto, una característica socialmente menos valiosa que en otros casos.

176

De todos modos, aunque en términos generales los argumentos anteriores nos parecen acertados, cabe señalar que sus implicaciones con respecto al papel que deben jugar los copagos resulta muy distinta en función del tipo de servicio que estemos considerando. Así, en el caso de aquellas personas que ingresan en una residencia de manera irreversible, que son la mayoría, cualquier esquema de financiación que minimice el papel de los copagos frente a otras fuentes de carácter colectivo, como puedan ser impuestos o cotizaciones, sirve fundamentalmente para costear “solidariamente” la preservación íntegra del patrimonio del usuario por parte de sus herederos; no está nada claro. Según hemos argumentado en otros trabajos (Casado, 2005), que este deba ser uno de los objetivos de las políticas públicas en este ámbito.

Por el contrario, en el caso de aquellas personas dependientes que usan servicios de carácter comunitario, la situación es claramente distinta: así, puesto que en la mayoría de casos tales personas reciben también ayuda de familiares con los que conviven, la cobertura aseguradora que puede ofrecer un esquema basado en ingresos de carácter colectivo tiene efectos sobre la renta conjunta del hogar; de ese modo, a diferencia de lo argumentado en el caso de las residencias, el margen para la instrumentación de copagos elevados es ahora más reducido.

Las cuestiones anteriores no son las únicas a tener en cuenta a la hora de valorar los copagos como mecanismo de financiación frente a sus alternativas. Así, como ya se ha argumentado en otros capítulos de esta monografía, las aportaciones por parte de los usuarios pueden constituir un instrumento capaz de modular la demanda y orientarla hacia resultados coste-efectivos. De hecho, a diferencia de lo que ocurre en el caso de la atención sanitaria, donde la falta de información del usuario sobre la efectividad de los tratamientos motiva que sea el médico quien tome las decisiones, las hipótesis de racionalidad e información perfecta resultan bastante más plausibles en el caso de los servicios de atención a la dependencia; al fin y al cabo, puesto que la calidad de este tipo de servicios constituye una dimensión fácilmente evaluable por parte de los usuarios y/o de sus familiares, cabe

pensar que las decisiones tomadas por estos en un contexto en el que existan copagos tenderá a producir resultados eficientes (esto es, un nivel de consumo de los servicios en el que los beneficios para los usuarios excedan los costes sociales de provisión).

El caso de los SAD permite ilustrar hasta qué punto los copagos pueden contribuir a incentivar un nivel de consumo eficiente por parte de los usuarios. En ausencia de copagos, dada la restricción presupuestaria que, en cualquier caso, enfrenta la Administración, esta deberá recurrir a un sistema de asignación de horas de atención entre los individuos basado en alguna medida sobre el nivel de dependencia de los mismos (por ejemplo: los leves, 3 horas semanales; los moderados, 6 horas; etc.); no obstante, aunque es seguro que los individuos van a diferir entre sí en el valor que concedan a la ayuda recibida, el hecho de que no exista aportación alguna por su parte motiva que todos ellos consuman la totalidad de horas asignadas, incluyendo aquellas cuya valoración es inferior al coste de provisión. Los copagos, en la medida en que trasladan parte del coste al usuario, garantizan que —al menos— una parte de ese consumo excesivo tienda a desaparecer¹¹.

177

Las cautelas

El hecho de que los argumentos anteriores aconsejen la introducción de copagos en el ámbito de los servicios de atención a la dependencia no implica, como es lógico, que dicha implementación pueda realizarse de cualquier modo. En concreto, a la hora de trasladar los principios generales apuntados a fórmulas concretas de cálculo de dichos copagos, resulta fundamental tener en cuenta los efectos que estas puedan tener sobre dos dimensiones: por un lado, cómo el esquema que se está evaluando reparte las cargas entre colectivos con distintos niveles de renta y, por otro lado, en qué medida la estructura de copagos definida permite —en la práctica— un consumo eficiente de servicios por parte de los usuarios.

La equidad de los esquemas de copago, que es en el fondo con lo que tiene que ver la primera de las dimensiones apuntadas, constituye uno de los temas más polémicos cuando se discute acerca del papel que las aportaciones de los usuarios deberían jugar en la financiación de un determinado servicio público. A este respecto, dejando a un lado descalificaciones de carácter general basadas en prejuicios ideológicos, lo importante es definir cuáles son los objetivos de equidad que se

pretende alcanzar y cómo medirlos. En nuestra opinión, sin excluir que puedan existir otras aproximaciones igualmente útiles, los dos elementos a tener en cuenta son los que Wagstaff y Van Doorslaer (2003) han coincidido en llamar empobrecimiento y catastrofismo.

178

El primero de esos dos conceptos señala que los copagos, al menos, deberían estructurarse de tal forma que ninguno de los usuarios del servicio que se esté analizando caiga —tras realizar las aportaciones exigidas— por debajo del umbral de pobreza; por su parte, en el caso del catastrofismo, de lo que se trataría es de tener en cuenta —a la hora de diseñar los copagos— cuáles son los porcentajes máximos que las aportaciones pueden suponer sobre la renta total de los individuos. En definitiva, si pretendemos que la discusión sobre la equidad de los copagos resulte fértil, de lo que se trataría es de consensuar cuáles son los umbrales de pobreza (¿el 100% del SMI? ¿el 150%?...) y de catastrofismo (¿el 10% de la renta? ¿el 20%) que van a utilizarse para valorar la mayor o menor equidad de una determinada estructura de copagos frente a sus alternativas¹².

En cualquier caso, además de tener en cuenta los posibles efectos sobre la equidad, a la hora de diseñar un esquema de copagos, resulta también importante valorar hasta qué punto la alternativa propuesta permite un nivel de consumo eficiente de los distintos servicios de atención a la dependencia disponibles. En concreto, puede darse el caso de que una determinada estructura de copagos no empobrezca ni sea catastrófica pero que, para determinados colectivos, suponga una barrera de entrada para el uso de un servicio socialmente coste-efectivo. Así, por poner un ejemplo, si un determinado hogar percibe que los copagos de los SAD resultan demasiado elevados, puede que opte por prescindir de su uso y recurra únicamente al apoyo informal para proporcionar atención al miembro dependiente; no obstante, si dicha elección acaba motivando la institucionalización prematura de la persona mayor por claudicación de la red de apoyo, está claro que los copagos habrán ocasionado una pauta de utilización de los servicios socialmente ineficiente. Por ello, si deseamos que la estructura de copagos que se acabe implementando no genere este tipo de problemas, resulta imprescindible contar con estudios que analicen empíricamente cómo los sujetos reaccionan ante distintas combinaciones y cuantías de los copagos¹³.

4. El nuevo Sistema Nacional de Dependencia y los copagos: propuestas tentativas y agenda de investigación

En 2007, como ya se comentó anteriormente, está prevista la puesta en marcha en nuestro país de un sistema público de atención a la dependencia de carácter universal. En concreto, aunque en el momento de escribir estas líneas el proyecto de Ley que lo sustenta se encuentra aún en fase de tramitación parlamentaria, existe ya suficiente información en dicho texto como para perfilar el papel que está previsto que jueguen los copagos en el nuevo modelo: por un lado, dado que las CCAA van a ser las encargadas de gestionar el programa, la memoria económica que acompaña al proyecto estipula que estas recaudarán vía copagos el 40% del gasto total que suponga la puesta en marcha del nuevo programa en cada territorio, además de financiar a través de ingresos autonómicos otro 30% (el gobierno central financiará el 30% restante a través de ingresos generales); por otro lado, aunque no se especifican las reglas de cálculo a utilizar, el proyecto de Ley también señala que los copagos a realizar por parte de los usuarios se modularán de acuerdo tanto a la renta como a la riqueza de estos.

179

Así pues, puesto que el gobierno tiene previsto desplegar gradualmente el sistema durante los próximos 8 años (2007-2015), es el momento propicio para discutir sobre la configuración concreta que los copagos deberían tener en el nuevo esquema. En este sentido, recuperando los argumentos expuestos en el apartado anterior, los condicionantes a tener en cuenta serían cuatro:

- 1) *Suficiencia*. Las CCAA deben ser capaces de recuperar vía copagos el 40% del gasto total, pues ese es el porcentaje sobre el que el gobierno central ha definido sus aportaciones al SND durante el periodo 2007-2015¹⁴; en caso contrario, si no son capaces de recuperar tal porcentaje, los gobiernos autonómicos tendrán previsiblemente dificultades para financiar a través de sus propios ingresos generales la parte no cubierta por los usuarios y el gobierno central.
- 2) *Equidad*. La estructura de copagos debe ser capaz de recuperar ese 40% del gasto a través de aportaciones que, desde el punto de vista individual, no generen situaciones de empobrecimiento y/o catastrofismo, además de preservar cierta progresividad en el reparto de la carga o, al menos, garantizar que el sistema de financiación no sea regresivo.

- 3) *Eficiencia*. Los copagos deben generar comportamientos individuales de utilización de servicios que resulten socialmente coste-efectivos (así, por ejemplo, deberían evitar la institucionalización de un sujeto cuando la opción de permanecer en el hogar, debidamente atendido por familiares y profesionales, resulte menos costoso que proveer la ayuda necesaria en una residencia).
- 4) *Sostenibilidad*. Debemos estar seguros de que, a la vista del incremento en la demanda de servicios de atención a la dependencia que traerá consigo el envejecimiento demográfico, la estructura de copagos que hoy definamos permitirá no poner en riesgo en un futuro el SND al requerir incrementos difícilmente asumibles en el componente financiado colectivamente (ingresos generales del Estado e ingresos propios de las CCAA).

Las reflexiones que siguen pretenden, de modo tentativo, sugerir algunas de las características que el esquema de copagos debería reunir si se pretende respetar los condicionantes mencionados, señalando asimismo el tipo de evidencia empírica de la que se necesitaría disponer para que la implementación de la propuesta tuviera los resultados deseados.

Atención residencial vs. servicios comunitarios

Un primer elemento que contribuiría positivamente al desarrollo de un esquema de copagos adecuado sería reconocer en su diseño las grandes diferencias que separan la atención residencial de aquella que se proporciona a personas que siguen viviendo en la comunidad. A este respecto, con el propósito de alcanzar simultáneamente los objetivos de recaudar el 40% del gasto total y garantizar un esquema equitativo, un curso de acción posible sería el siguiente.

En primer lugar, puesto que la inmensa mayoría de personas que ingresan en una residencia son viudas (63%) o solteras (24%), y las probabilidades de retorno a la comunidad son muy reducidas en la mayoría de casos, parece razonable que las aportaciones que estas realicen en concepto de copagos equivalgan a un porcentaje elevado de su renta, exactamente igual que hasta el momento pero extendido a los nuevos usuarios —previsiblemente con más recursos— que la universalización del sistema traerá consigo. Asimismo, también debería tenerse en cuenta el patrimonio de los sujetos, y hacerlo líquido a través de alguno de los instrumentos anteriormente

mencionados: reconocimiento de deuda, hipotecas inversas o rentas nocionales al estilo de las utilizadas en el sistema británico.

A tal efecto, desde una perspectiva metodológica, lo que se requiere es contar con un modelo de simulación que nos permita estimar —para distintas configuraciones del copago— la cantidad que podría llegarse a recaudar a la vista de la actual distribución de renta y riqueza de las personas mayores dependientes. De modo orientativo, si actualmente las CCAA recuperan en torno al 30% con un modelo en el que los usuarios son pobres y no se tiene en cuenta el patrimonio en la mayoría de CCAA, cabe pensar que los nuevos usuarios del sistema público (más ricos) y los porcentajes de propiedad inmobiliaria en nuestro país¹⁵, permitirán recuperar porcentajes superiores al 40%. El reto es, precisamente, ser capaces de obtener estimaciones acerca de dicho porcentaje de recuperación, a la vista de la renta y riqueza de las personas institucionalizadas, para distintas configuraciones del copago (calculados sobre un precio público o sobre el coste total, incluyendo o no el patrimonio, etc.).

181

Todo lo que se pueda recaudar por encima del 40% a través de copagos en el ámbito residencial, y ahí reside el otro pilar del plan de acción que se propone, otorgará un mayor margen de maniobra financiero a las CCAA para asumir la expansión de servicios comunitarios previstos en la Ley de Dependencia, sin por ello tener que aumentar excesivamente la presión sobre el presupuesto autonómico o, alternativamente, implementar un esquema de copagos para los servicios comunitarios poco atractivo desde el punto de vista de la equidad.

Desde esta perspectiva, siguiendo con el razonamiento aplicado en el caso de la atención residencial, la idea sería definir primero una estructura de copagos que, por un lado, permitiera recaudar el dinero suficiente como para que el objetivo de financiar el 40% del gasto total (residencial y comunitario) vía copagos pudiera satisfacerse y, por otro lado, distribuyera las cargas de las aportaciones a realizar por parte de los usuarios de un modo equitativo. A este respecto, de nuevo, el reto consiste en desarrollar un modelo de simulación que, dada la distribución de la renta de los potenciales usuarios de servicios comunitarios, calibre estructuras de copagos alternativas (cuantías del umbral de renta exenta, porcentajes distintos de aportación por niveles de renta, etc.), capaces de generar la recaudación necesaria y el grado de equidad que se considere deseable. En cualquier caso, debido a que la mayoría de personas dependientes no institucionalizadas viven acompañadas de familiares directos

(cónyuges, hijos,...) en hogares multipersonales, y siendo su número muy superior al del colectivo de usuarios de plazas residenciales, la eficiencia administrativa desaconseja incluir el patrimonio —además de la renta— a la hora de determinar las aportaciones a realizar en cada caso.

Utilización de servicios adecuada

182

Las reflexiones anteriores se han centrado en los aspectos de diseño de la nueva estructura de copagos del SND en su vertiente estrictamente financiera. No obstante, como ya se comentó, los copagos pueden constituir un instrumento útil a la hora de incentivar una utilización coste-efectiva de los servicios cubiertos por el SND. De ese modo, además de por su capacidad para generar ingresos suficientes y para repartir las cargas equitativamente, las distintas configuraciones que los copagos puedan tener deberían ser también evaluadas en base a esta otra dimensión.

El hecho de que las posibilidades de mejora de las personas dependientes sean escasas, unido a la elevada preferencia de estos y sus familiares por prolongar la opción comunitaria el mayor tiempo posible, reduce la discusión sobre el coste-efectividad en este ámbito a una comparación entre, por un lado, los costes sociales que la alternativa comunitaria representa en términos de cuidado informal (tiempo de ocio, salarios perdidos, etc.) y de provisión de servicios formales (SAD, centros de día, etc.), y, por otro lado, los costes que implica la alternativa de institucionalizar al sujeto. No es extraño, por tanto, que el grueso de la investigación internacional se haya centrado en analizar hasta qué punto es posible reducir las tasas de institucionalización a través de un aumento en la cobertura e intensidad de los servicios¹⁶.

En el caso de España, donde no se han realizado por el momento estudios para valorar empíricamente la eficiencia relativa de los servicios comunitarios y residenciales, ni tampoco se dispone de información acerca del impacto de los actuales copagos en la utilización de los mismos, resulta complicado aventurar en qué medida una determinada estructura de copagos u otra para el nuevo SND resulta preferible desde el punto de vista de la eficiencia. A este respecto, puesto que probablemente las CCAA acaben optando por diseños distintos en la implementación de algunos aspectos de la Ley (estructura de los copagos, grado de expansión de los servicios comunitarios, etc.), sería una buena ocasión para aprovechar esta variabilidad

("experimentos naturales") como fuente de información útil de cara al análisis empírico de las cuestiones anteriores. El hecho de que se haya previsto un despliegue gradual del nuevo SND, desde 2007 hasta 2015, permite cierto margen de maniobra para que los ajustes del esquema de copagos a lo largo de dicho periodo se realicen, por fin, en base a evidencias y no sólo intuiciones.

Los límites entre la atención sanitaria y social: copagos en la larga estancia sociosanitaria

183

Otro elemento que contribuiría a racionalizar el sistema de copagos actual, aprovechando la introducción del nuevo SND para estimular su reforma, sería acabar con la dualidad existente en términos de financiación entre la larga estancia sociosanitaria (los copagos sólo cubren el alojamiento y la manutención) y las residencias de asistidos (los copagos cubren la totalidad del coste). En concreto, según se ha expuesto en otros trabajos (Casado, 2005), se trataría de delimitar a cuánto asciende el componente estrictamente sanitario en uno y otro tipo de recurso y, tras ello, aplicar la misma estructura de copagos en ambos casos sobre los otros componentes (alojamiento, manutención,...), dejando en manos del sistema sanitario la financiación del resto (atención médica, enfermería, medicamentos, etc.).

Modelos de proyección

Finalmente, más allá de la negociación política a corto plazo en torno a las cuestiones anteriores, las CCAA y el gobierno central deberían tener en cuenta las implicaciones a medio y largo plazo de las decisiones que se acaben tomando en los próximos meses. A este respecto, cuando hace ya años que se viene hablando de los problemas de sostenibilidad del sistema de pensiones (Herce, 2004) o del impacto del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario (Ahn et al., 2003), resulta sorprendente que las proyecciones realizadas hasta el momento en torno a la evolución del SND terminen en 2015, año en que está previsto que el sistema se encuentre ya totalmente implantado. La responsabilidad política y presupuestaria exigirían, sin embargo, trabajar con un horizonte temporal que abarcara, al menos, la primera de las décadas (2020-2030) en las que los estudios realizados coinciden en señalar el inicio de los problemas para el sistema de pensiones y sanitario derivados del envejecimiento demográfico. En este sentido, siguiendo el camino ya recorrido

por otros países de nuestro entorno (Hancock et al., 2003), se trataría de desarrollar modelos de simulación que permitieran proyectar la evolución a medio y largo plazo de los gastos y los ingresos derivados de distintas configuraciones alternativas del nuevo SND.

5. Conclusiones

184

El análisis de la experiencia comparada, así como la discusión realizada sobre las ventajas e inconvenientes de los copagos en el ámbito de la atención a la dependencia, permiten avalar el que las aportaciones por parte de los usuarios constituyan una fuente de financiación importante dentro del nuevo SND. Así, tanto en aquellos países que cuentan con sistemas de acceso universal como en aquellos otros con esquemas de carácter selectivo, los usuarios de los servicios públicos analizados — SAD, centros de día, residencias,...— participan con sus aportaciones en la financiación de los mismos. Por otro lado, desde una perspectiva teórica, la consecución de un cierto reequilibrio intergeneracional en los programas de gasto público, las peculiaridades de la contingencia “ser dependiente” que reducen el valor del componente asegurador, así como el logro de un balance asistencial más eficiente, aconsejan desarrollar un esquema de copagos que complemente la financiación del sistema realizada mediante impuestos generales.

No obstante, más allá de reconocer la necesidad de que el nuevo SND se financie parcialmente a través de copagos —algo que ya hace el proyecto de Ley estatal—, es ahora el momento de definir concretamente cómo van a instrumentarse tales aportaciones por parte de los usuarios, teniendo en cuenta tres elementos fundamentales:

En primer lugar, puesto que el gobierno central ya ha definido la cuantía de las transferencias que va a realizar para financiar parcialmente el nuevo SND (un 30% del total), el esquema de copagos que se instrumente debe garantizar que se va a recuperar por esta vía el 40% previsto en el proyecto de ley; de lo contrario, a menos que la restricción presupuestaria del gobierno central no sea real, las CCAA deberán financiar con cargo a sus presupuestos más del 30% inicialmente previsto. Por otro lado, además de este criterio de *suficiencia*, el esquema de copagos que se acabe instrumentando deberá satisfacer también ciertos requisitos con respecto a la *equidad*, evitando en la medida de lo posible que se generen efectos negativos como el

empobrecimiento o el catastrofismo. Finalmente, si se pretende que dentro del nuevo SND los individuos utilicen los servicios de un modo *eficiente*, resulta crucial que el sistema de copagos por el que se acabe optando incentive el uso del recurso que sea más coste-efectivo en cada caso (SAD, centro de día, residencia, etc.).

La única manera de verificar a priori que una determinada estructura de copagos puede llegar a alcanzar los tres objetivos apuntados es mediante el desarrollo de un modelo de simulación. En este sentido, a la vista de los trabajos realizados en otros países (Hancock et al., 2003), sería necesario disponer de información sobre dos variables clave: por un lado, cómo varía la demanda de los distintos servicios de atención a la dependencia cuando se modifica la cuantía de las aportaciones, lo que nos ayudaría a diseñar un esquema de copagos eficiente; y, por otro lado, la distribución individual de renta y riqueza de los potenciales usuarios de este tipo de servicios, para así poder evaluar los impactos sobre la equidad y el grado de suficiencia financiera de las distintas configuraciones de copagos que se puedan proponer. Las recomendaciones, cuando tengamos esas evidencias, vendrán solas.

185

Bibliografía

- Ahn, N. et al. (2003). *Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España*. Documento de trabajo nº 7. Madrid: Fundación BBVA
- Brodski, J.; Habib, J. and Mizrahi, I. (2000). *Long-term Care Laws in Five Developed Countries: A Review*. Jerusalem: JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Human Development
- Campbell, J. C. e Ikegami, N. (2000): "Long-term Care Insurance comes to Japan". *Health Affairs*; 19(3): 26-39
- Casado, D. (2005): "La atención a la dependencia en Cataluña: una visión panorámica". En: López Casasnovas, G. (Director). *Envejecimiento y dependencia: situación actual y retos de futuro*. Estudios Caixa Catalunya, n.º 2. Barcelona: Caixa Catalunya, 2005

- Casado, D. (2006): "La atención a la dependencia en España". *Gaceta Sanitaria*, 20 (Supl. 1): 135-142
- Comas-Herrera, A. i Wittenberg, R. (2003). *European Study of Long-Term Care Expenditure*. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. PSSRU Discussion Paper 1840
- Consejo de Europa (1995). *Necesidades específicas de las personas dependientes*. Estrasburgo: Consejo de Europa
- Edad & Vida (2004). *Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España*. Barcelona: Edad & Vida, 2004
- Gibson, M. J.; Gregory, S.R. and Pandya, S.M. (2003): "Long-term Care in Developed Nations: A Brief Overview". Washington: American Association of Retired People Public Policy Institute
- Hancock, R. et al. (2003): "Who Will Pay for Long-Term Care in the UK? Projections Linking Macro- and Micro-Simulation Models". *Fiscal Studies*, 24(4): 387-426
- Herce, J. A. (2004): "Papeles y el debate sobre las pensiones en España 1979-2004". *Papeles de Economía Española*, n.º 100
- Karlsson, M. et al. (2006): "Long term care financing in four OECD countries: Fiscal burden and distributive effects". *Health Policy* (en prensa)
- OCDE (2005). *Long-term Care for Older People*. OCDE: Paris, 2005
- OCDE (2006): "An age perspective on economic well-being and social protection in nine OECD countries". OECD Social, employment and Migration Working Papers, n.º 34
- Reschovsky, J. D. (1998): "The roles of Medicaid and economic factors in the demand for nursing home care". *Health Services Research*, 33(4):787-813
- Rothgang, H. (2003): "Description of the German long-term care projection model". En: Comas-Herrera, A. y Wittenberg, R. (Eds.). *European Study of Long-Term Care Expenditure*. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. PSSRU discussion paper 1840
- Schneider, U. (1999): "Germany's social long-term care insurance: Design, implementation and evaluation". *International Social Security Review*, 52(2): 31-74
- Wagstaff, A. y Van Doorslaer, E. (2003): "Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998". *Health Economics*, 12:921-934
- Wanless, D. (2006). *Securing good care for older people: Taking a long-term view*. London: King's Fund, 2006
- Weissert, W. G. et al. (1997): "Cost Savings from Home and Community Based Services: Arizona's Capitated Medicaid Long-Term Care Program". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22(6):1329-1357

Notas

- * El autor agradece la ayuda concedida por el Ministerio de Educación y Ciencia a través del proyecto SEC2003-045/ECO.
- 1 Las personas dependientes, según la definición propuesta por el Consejo de Europa (1995), son todas aquellas que necesitan de la ayuda de otros para realizar ciertas actividades relacionadas tanto con el *cuidado personal* (comer, vestirse, bañarse, etc.), a las que se denomina actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como con el *mantenimiento del entorno* (cocinar, limpiar la casa, comprar, etc.) a las que se denomina actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).
- 2 A este respecto, como pone de manifiesto el informe realizado por Edad & Vida (2004), el peso de la situación económica varía sustancialmente de unos baremos autonómicos a otros: desde el 30% en el caso de Cataluña al 6% en el caso de La Rioja, pasando por el 20% de Aragón y Canarias, o el 10% de Andalucía, Asturias y Galicia.
- 3 La vivienda habitual del fallecido sólo se considera a efectos de recuperación de la deuda cuando aquel carece de cónyuge. Por otro lado, para evitar comportamientos oportunistas por parte del beneficiario y de sus posibles herederos, hay que mencionar que en el cómputo del patrimonio también se tienen en cuenta todos los bienes transferidos a familiares durante los 5 años previos al momento de solicitar el ingreso en la residencia.
- 4 Supóngase el caso de dos personas (A y B) que utilizan una plaza residencial en Baleares y que disponen de una renta de 1.000 y 500 euros mensuales, respectivamente. En tal caso, puesto que el mínimo garantizado en dicha Comunidad Autónoma es de 100 euros al mes y el porcentaje de copagos del 75% de la renta (tabla 1), la cuantía de los copagos que realizan uno y otro individuo ascienden a 675 (900 x 0,75) y 300 euros (400 x 0,75), respectivamente. Nótese que dichas aportaciones resultan *progresivas* por cuanto el sujeto de mayor renta (A) realiza una aportación que representa un porcentaje superior de su renta (un 67,5%) que la aportación realizada por el sujeto de menor renta (B; un 60%).
- 5 Cabe mencionar que el “coste” al que se refieren las normativas autonómicas que regulan el techo de las aportaciones no se corresponde con el coste que supone para los proveedores una plaza residencial, sino con la “tarifa” con que las CCAA remuneran al sector privado por las plazas concertadas a este.
- 6 Considérese nuevamente el caso de los dos sujetos mencionados en el ejemplo de la nota 4. Supóngase ahora que el coste de una plaza en Baleares es de 700 euros, pero que dicha Comunidad ha establecido como techo de desembolso un precio público de 600 euros. En ese caso, sólo el sujeto de mayor renta (A) se beneficia de que el techo sea menor que el coste — paga 600 euros, en vez de los 675 que le corresponderían —, mientras que el sujeto de menor renta (B) realiza la misma aportación (300 €), tanto si el techo corresponde al precio público (600 €) o al coste (700 €).
- 7 Es interesante señalar que en algunos municipios se tiene en cuenta tanto la renta como la riqueza a la hora de determinar las aportaciones a realizar por parte de los usuarios de SAD. En concreto, según el Informe Wanless (2006), lo habitual es que en dichos casos se utilice una fórmula de cálculo similar a la que ya se comentó al analizar los servicios residenciales, con la salvedad de que la vivienda habitual del usuario no se tiene ahora en consideración.
- 8 Dichos informes están disponibles *on-line* en la web del *Observatorio de Personas Mayores* del Imsero: <www.imsersomayores.csic.es>.

- 9 Esta relación no es algo exclusivo de Holanda, sino que se observa en todos los países desarrollados. Así, según el informe de la OCDE, mencionado anteriormente, los países analizados sobre los que se obtuvo información gastaban entre 2 y 3 veces más en residencias que en servicios de carácter comunitario (SAD y centros de día).
- 10 Otra manera de alcanzar resultados similares es seguir un enfoque como el utilizado en Japón. En dicho país, aunque los copagos para los servicios de atención a la dependencia son de baja intensidad (un 10%), el componente de financiación colectiva se realiza a través de una combinación de fuentes donde las personas de más edad aportan relativamente más que las generaciones más jóvenes: así, si bien un 50% de dicha financiación proviene de impuestos generales, el otro 50% se nutre de cotizaciones que únicamente realizan los trabajadores de más de 40 años (hijos e hijas de los potenciales usuarios) y los pensionistas (potenciales usuarios).
- 11 La propia naturaleza de los SAD, así como el contexto en el que estos se proveen, hacen especialmente plausible la hipótesis de que el valor de las horas de atención recibidas resulta decreciente. Así, si bien es evidente que una parte de la atención va a ser muy valorada —por cubrir “necesidades” objetivas del usuario de carácter básico: bañarlo, levantarlo y acostarlo, etc.—, está claro que el valor de otros componentes de dicha atención, aun siendo importantes, resultará inferior para la mayoría de usuarios y para sus familiares (sentirse acompañados, encargarse de compras o gestiones bancarias, etc.).
- 12 En el caso del catastrofismo, según apuntan Wagstaff y Van Doorslaer (2003), es probable que la valoración social que se haga del hecho de que determinados individuos se encuentren por encima o por debajo del umbral sea distinta en función del nivel de renta de los sujetos. Por ello, en el artículo mencionado, los autores desarrollan una serie de herramientas metodológicas que tienen en cuenta esa posibilidad a la hora de computar el catastrofismo de una determinada estructura de copagos.
- 13 En el caso de nuestro país, por desgracia, no se conoce de ningún trabajo que haya calculado las elasticidades (precio y renta) de los sistemas de copago utilizados tanto en el caso de los SAD como en el de las residencias. De todos modos, tampoco a nivel internacional existe una literatura abundante en torno a estas cuestiones, y los pocos trabajos publicados al respecto se circunscriben al caso estadounidense (p.e. Reschovsky, 1998).
- 14 Las cuantías concretas pueden consultarse en la Memoria Económica (pág. 54) que acompaña al Proyecto de Ley.
- 15 En este sentido, según datos del Imsero (2005), cabe señalar que el 87,2% de las personas con más de 64 años residentes en España son propietarias de la vivienda en la que viven. Este porcentaje es el más alto de la UE-15, superando en más de 20 puntos la media europea.
- 16 A este respecto, aunque el grado de controversia es elevado, parece que los servicios comunitarios logran alcanzar dicho objetivo cuando se reúnen dos condiciones (Weissert, 1997): por un lado, la existencia de un presupuesto cerrado que debe ser utilizado para financiar tanto los servicios comunitarios como los ingresos residenciales; y, por otro lado, la asignación de dicho presupuesto a un *case manager* que se encarga de valorar las necesidades de los ancianos y sus familiares, así como de decidir acerca del tipo de servicio más adecuado a cada situación.