

Lo más probable es que en los próximos años las familias españolas empiecen a demandar la expansión de los servicios de asistencia formales, conscientes de que éstos son la única vía efectiva para lograr compaginar la actividad laboral y los cuidados requeridos por los ancianos.

# La atención a la dependencia en España: situación actual y perspectivas de futuro

David Casado



El quart pilar de l'Estat del benestar

## 1. Introducción

Hasta el momento, tanto en España como en la mayoría de países de la UE, el fenómeno de la dependencia se ha considerado implícitamente un problema de índole fundamentalmente privado que debe ser resuelto por las familias. Así, ya sea mediante cuidadores informales o contratando la ayuda de profesionales, bien en el ámbito doméstico o en residencias asistidas, son las propias personas dependientes y sus familias las que hoy por hoy soportan la mayor parte de los costes implicados. Así las cosas, la preocupación actual reside en que los cambios sociales que se avecinan, principalmente el incremento de la esperanza de vida y la mayor participación laboral de las mujeres, acentúan la necesidad de organizar colectivamente lo que hasta el momento se ha resuelto en el ámbito familiar.

En este contexto, coincidiendo con el anuncio del gobierno de una Ley de Dependencia para finales de 2005, el presente trabajo se propone analizar brevemente los cuatro aspectos que nos parecen más importantes para centrar el debate en torno a esta cuestión: el alcance actual de los problemas de dependencia y su posible evolución futura, las características del presente modelo de atención y sus posibles problemas, el papel que juegan y deberían jugar los servicios sanitarios en materia de dependencia y, finalmente, las ventajas e inconvenientes de las distintas alternativas de que dispone la Administración si pretende aumentar su nivel de implicación en este ámbito.

## 2. El alcance de los problemas de dependencia en España

Las personas dependientes, según la definición propuesta por el Consejo de Europa (1995) hace ya algunos años, son todas aquellas que necesitan de la ayuda de otros para realizar ciertas actividades relacionadas tanto con el cuidado personal (comer, vestirse, bañar-

Centre de Recerca  
en Economia i Salut (CRES)  
Universitat Pompeu Fabra  
(UPF)

41

---

**La preocupación actual reside en que los cambios sociales que se avecinan, en especial el incremento de la esperanza de vida y la mayor presencia de la mujer en el mercado de trabajo, acentúan la necesidad de organizar colectivamente lo que hasta el momento se ha resuelto en el ámbito familiar.**

**En este contexto, coincidiendo con el anuncio del gobierno de una Ley de Dependencia para finales de 2005, el presente trabajo analiza brevemente los cuatro aspectos que, a juicio del autor, parecen más importantes para centrar el debate en torno a esta cuestión: el alcance actual de los problemas de dependencia y su posible evolución futura; las características del presente modelo de atención y sus posibles problemas; el papel que juegan y deberían jugar los servicios sanitarios en materia de dependencia; y, finalmente, las ventajas e inconvenientes de las distintas alternativas de que dispone la Administración si pretende aumentar su nivel de implicación en este ámbito.**

se, etc.) como con el mantenimiento del entorno (cocinar, limpiar la casa, comprar, etc.).<sup>1</sup> El padecimiento de enfermedades crónicas, así como el deterioro físico y psíquico que acompaña en algunas ocasiones al proceso de envejecimiento, constituyen los dos factores fundamentales que explican la aparición de problemas de dependencia entre la población anciana (Manton *et al.*, 1997).

En el caso de nuestro país, según un reciente estudio elaborado a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) correspondientes a 2001 (Casado, 2005), el 36,2% de los españoles mayores de 65 años necesita de la ayuda de otras personas para realizar alguna de las actividades mencionadas con anterioridad. Asimismo, respecto a la intensidad de la falta de autonomía padecida en cada caso, se observa que un 19,2% de las personas mayores dependientes únicamente necesitan ayuda para realizar actividades de carácter instrumental, siendo totalmente autónomas en la realización de actividades relacionadas con el cuidado personal. Por su parte, aquellos individuos con problemas de falta de autonomía para realizar actividades tanto instrumentales como básicas, que lógicamente constituyen el colectivo con mayores necesidades de atención, representan cerca del 17% del total de personas mayores de 65 años que hay actualmente en España.

El estudio señalado también ha tratado de analizar cuál ha sido la evolución durante los últimos años de los problemas de dependencia entre la población mayor de nuestro país. En concreto, a partir de los datos de la ENS correspondientes a 1993 y 2001, se calcula la variación en el porcentaje de individuos con problemas para la realización de alguna de las 9 ABVD contempladas en ambas ediciones de la encuesta. Los resultados obtenidos, como pone de manifiesto la tabla 1, señalan un descenso estadísticamente significativo de más de dos puntos por-

centuales en el porcentaje de personas mayores con problemas de dependencia entre los años 1993 (19,4%) y 2001 (17%). Esta disminución en la tasa de prevalencia, a pesar del fuerte incremento registrado en el número de personas mayores de 65 años durante el periodo (1.100.000 individuos), habría sido lo bastante intensa como para que la cifra de ancianos dependientes apenas se hubiera visto modificada entre uno y otro año.

Asimismo, respecto a los factores asociados positivamente a dicha evolución, el estudio señala –por orden de importancia– el menor peso relativo de los octogenarios en el conjunto de la población de más de 65 años, el mayor nivel educativo de la misma y una reducción en la prevalencia del hábito tabáquico; por su parte, en cuanto a las variables que estarían oponiéndose al descenso observado, cabría destacar el aumento en el porcentaje de personas con problemas de sobrepeso y obesidad, así como el incremento en las tasas de prevalencia de ciertas patologías crónicas (hipertensión y enfermedades del corazón).

**Tabla 1**  
**Personas mayores de 65 años y problemas de dependencia: España, 1993-2001**

	1993	2001	2001/1993 (IC 95%)
Población de 65 años o más	5.632.505	6.743.360	1.110.855
Porcentaje de personas mayores con problemas de dependencia	19,4%	17%	-2,4% (-4,9%, -0,2%)
Personas dependientes con 65 años o más	1.092.706	1.146.371	53.665

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud de 1993 y 2001.

Así pues, al igual que en la mayoría de países donde se han realizado investigaciones al respecto (Jacobzone *et al.*, 1999); Manton y Gu (2001), también en España la poca evidencia disponible parece sugerir una tendencia a la baja en el porcentaje de personas mayores con problemas de dependencia durante los últimos años. Este comportamiento favorable, sin embargo, no debe hacernos caer en la autocomplacencia. Se sabe poco sobre cuáles han sido los factores que han causado el descenso observado en las tasas de prevalencia y, menos aún, acerca de la importancia relativa de aquellos pocos para los que existe evidencia sólida a nivel internacional de su influencia positiva (dieta equilibrada, ejercicio físico, no fumar...) (Stuck *et al.*, 1999).

El conocimiento exhaustivo de las cuestiones anteriores, tanto en España como en otros países de nuestro entorno, resulta de vital importancia si pretendemos ser capaces de desarrollar políticas preventivas y asistenciales que ayuden a seguir reduciendo en los próximos años el porcentaje de personas mayores con problemas de dependencia. En este sentido, a medida que vayan estando disponibles oleadas sucesivas de la *Survey of Health, Aging and Retirement in Europe* (SHARE), una nueva encuesta longitudinal de ámbito europeo iniciada en 2004, los investigadores europeos podrán empezar a despejar una parte sustancial de los interrogantes anteriormente planteados.<sup>2</sup>

### 3. Características del actual modelo de atención

El modo en que se satisfacen en un determinado país las necesidades de atención de las personas mayores dependientes puede describirse a partir de tres variables fundamentales. La primera tiene que ver con el porcentaje de individuos que han sido ingresados en residencias y que, por tanto, reciben la totalidad de la atención que requieren sobre bases exclusivamente formales. La segunda variable está referida a la importancia relativa de las dos fuentes de ayuda que utilizan

---

Según los datos de la Encuesta  
Nacional de Salud  
correspondientes a 2001,  
el 36,2% de los españoles  
mayores de 65 años necesita de  
la ayuda de otras personas para  
realizar alguna de las actividades  
relacionadas tanto con el  
cuidado personal como con el  
mantenimiento del entorno.

---

quienes siguen viviendo en la comunidad: la atención domiciliaria y el apoyo informal. Por último, tanto en el caso de las personas institucionalizadas como en el de aquellas que reciben atención domiciliaria, el *mix* de usuarios públicos y privados registrado en cada caso constituye el tercer ingrediente que nos ayuda a describir el modo en que los cuidados de larga duración (CLD, en adelante) se proveen en un determinado país.

Así pues, partiendo de las consideraciones anteriores, la tabla 2 pretende ofrecer una instantánea del modo en que actualmente son atendidas las personas mayores dependientes en España. Las cifras que en ella aparecen proceden de dos fuentes de datos complementarias. En primer lugar, respecto a las modalidades de ayuda utilizadas por quienes continúan viviendo en la comunidad, la información ha sido extraída de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, realizada por el INE (1999). Por su parte, respecto a la población institucionalizada,

los datos que se muestran proceden de un estudio que realizó el Imsero (2001) con el propósito de inventariar el número de plazas residenciales disponibles en 1999 en nuestro país.

**Tabla 2**  
**La provisión de cuidados de larga duración en España. Año 1999**

	N	%
<b>Personas mayores dependientes</b>	<b>1.282.241</b>	<b>100,0</b>
Viven en la comunidad	1.083.883	84,5
Sólo reciben apoyo informal	831.414	64,8
Utilizan atención domic. privada	166.019	12,9
Combinada con apoyo informal	101.902	7,9
Exclusivamente	64.117	5,0
Utilizan atención domic. pública	86.450	6,7
Combinada con apoyo informal	59.030	4,6
Exclusivamente	27.420	2,1
Viven en residencias	198.358	15,5
Privadas	120.217	9,4
Públicas*	78.141	6,1

\* Número de plazas financiadas públicamente. Incluye tanto plazas de gestión directa como plazas privadas concertadas por la Administración.

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la ED-99 y el informe *Las personas mayores en España. 2000* (Imsero, 2001).

Las principales conclusiones que cabe extraer de la lectura conjunta de los datos contenidos en dicha tabla son las siguientes. En primer lugar, como de hecho ocurre en todos los países de nuestro entorno, la inmensa mayoría de personas mayores dependientes (casi el 85%) sigue viviendo en la comunidad. En segundo lugar, y directamente relacionado con lo anterior, el apoyo informal constituye la fuente de ayuda utilizada por un mayor número de personas; de hecho, aunque

un 12% de los ancianos recibe 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 que hay en nuestro país satisface exclusivamente sus necesidades de atención a través del apoyo informal. Por último, la utilización de servicios formales, sean éstos de carácter comunitario o residencial, viene marcada por un claro predominio de aquellas alternativas en las no existe financiación pública de ningún tipo: así, en el caso de la atención domiciliaria, el 67% de quienes utilizan este tipo de asistencia recurre a proveedores cuya remuneración es íntegramente asumida por el usuario; por su parte, en el caso de la atención residencial, dicho porcentaje se sitúa casi en el 61%.

La principal característica de nuestro actual modelo de atención a la dependencia sigue siendo, por tanto, el papel central desempeñado por las familias. En este contexto, según hemos señalado en otros trabajos (Casado y López, 2001), no es extraño que hasta el momento la Administración haya actuado en este ámbito subsidiariamente: esto es, sólo cuando la respuesta familiar no es posible o resulta insuficiente, y en general de acuerdo a la capacidad económica del sujeto, la Administración se ha encargado de proporcionar asistencia. El modo concreto en que se ha hecho efectiva esta intervención subsidiaria, no obstante, varía de forma considerable entre los distintos territorios que componen el Estado Español (FICE, 2004).

Dicha diversidad viene motivada por el carácter descentralizado que los servicios sociales tienen en nuestro país. Así, en el caso de la atención residencial financiada públicamente, las CCAA son las encargadas de regular tanto la oferta total de plazas como los requisitos que deben reunir las personas mayores dependientes que solicitan acceder a las mismas. Tales requisitos, aunque varían de unas comunidades a otras, suelen in-

cluir una valoración del grado de dependencia del sujeto, de la disponibilidad de apoyo informal, y de la situación económica del solicitante. Es importante señalar que, pese a que la situación económica aparece en todos los baremos autonómicos, no puede decirse que el acceso a las residencias públicas se encuentre regulado por una prueba de medios en sentido estricto: así, aunque aquellos solicitantes con mayores ingresos reciben menores puntuaciones en el baremo, ello no significa que exista un umbral de renta a partir del cual se deniegue automáticamente el acceso a aquellos solicitantes que lo superan.

Por su parte, en el caso de los servicios de ayuda a domicilio (SAD), la situación es todavía más diversa al tratarse de una competencia de carácter municipal. En este sentido, según un estudio realizado por el Imsero (1998) sobre la situación en España de los SAD a finales de los noventa, las principales diferencias en este sentido de unos ayuntamientos a otros tenían que ver con el porcentaje de población cubierta en cada caso, la intensidad horaria de la asistencia proporcionada a los beneficiarios y la existencia o no de copagos de baja intensidad (de entre un 10 y un 20% del coste del servicio).

Así las cosas, y tal y como decíamos al principio de este trabajo, los cambios sociales en ciernes, en especial el incremento de la esperanza de vida y la mayor participación laboral de las mujeres, reclaman soluciones colectivas, organizadas, a los problemas que hasta ahora se resolvían en el marco familiar, pues es poco probable que el apoyo informal pueda seguir manteniendo su intensidad actual de cara al futuro. En este contexto, tanto en España como en otros países de nuestro entorno, se han empezado a escuchar voces reclamando un modelo de aseguramiento social de la dependencia. Veamos a continuación qué aspectos cabría tener en cuenta a la hora de diseñar un esquema de intervención pública en este ámbito menos selectivo que el actual.

#### 4. ¿El cuarto pilar del Estado del bienestar?

En los últimos años, siguiendo la estela de los países escandinavos, que contaban desde hacía tiempo con sistemas públicos de atención a la dependencia de amplia cobertura, unos pocos países –Alemania, Francia y Austria– han optado por universalizar los servicios sociales de atención a la dependencia que hasta ese momento venían proporcionando sobre bases selectivas (OCDE, 2005). En nuestro país, según se desprende del *Libro Blanco de la Dependencia* recientemente publicado por el Imsero (2005), parece que la idea es avanzar en esa misma dirección. Es un buen momento para plantear, por tanto, algunas de las cuestiones que deberían ser tenidas en cuenta a la hora de implementar un hipotético Sistema Nacional de Dependencia (SND, en adelante) en nuestro país.

---

**La inmensa mayoría de españoles mayores dependientes (casi el 85%) sigue viviendo en la comunidad, y el apoyo informal constituye la fuente de ayuda utilizada por un mayor número de personas (casi un 65% satisface exclusivamente sus necesidades de atención a través del apoyo informal).**

---

### *Prestaciones cubiertas e intensidad*

Un primer grupo de cuestiones tiene que ver con los criterios que el SND va a utilizar para determinar quién puede acceder a las prestaciones cubiertas, así como el tipo y la intensidad de las mismas. Respecto a los criterios de acceso, según sugiere la experiencia internacional, lo lógico sería valorar únicamente el grado de dependencia de los potenciales beneficiarios. Así, frente a un modelo selectivo como el actual, en que la Administración determina el acceso a los recursos sociales teniendo en cuenta la situación económica y familiar de los sujetos además de su incapacidad, un SND debería valorar únicamente esta última dimensión. De todos modos, para evitar comportamientos oportunistas por parte de los sujetos, resulta imprescindible contar con medidas de capacidad funcional lo suficientemente fiables como para que únicamente tengan derecho a cobertura aquellos sujetos con una necesidad real de cuidados.

Por su parte, en cuanto a las prestaciones cubiertas, el enfoque que nos parece más coherente con la idea de establecer un SND consistiría en definir un «paquete básico» que partiera del reconocimiento de que lo que se pretende garantizar es la posibilidad de seguir realizando una serie de actividades cotidianas (comer, vestirse, bañarse...), sin que para ello el individuo tenga que incurrir en gastos catastróficos, pero no la consecución de unas condiciones de vida más «confortables», menos solitarias, etc. Un enfoque de estas características permitiría, por ejemplo, excluir del catálogo cubierto todos aquellos servicios que tuvieran un contenido marcadamente hotelero (alojamiento, transporte, comidas, actividades de ocio...). Por otro lado, en cuanto a la intensidad de la cobertura, al ser la calidad de los servicios que dan respuesta a la dependencia fácilmente valorables por parte de los beneficiarios, existe un amplio margen de maniobra para utilizar transferencias en metálico condicionadas

a la compra de cuidados como fórmula de provisión («cheques-servicio») y, de ese modo, avanzar hacia una oferta más sensible a las preferencias de los usuarios (Foster *et al.*, 2003).

### *Mecanismos de financiación*

Cualquier modificación al alza del actual nivel de cobertura pública en el ámbito de la dependencia tiene que considerar el impacto que ésta pueda ocasionar sobre las finanzas públicas, siendo en este sentido especialmente importantes dos aspectos: de una parte, la sostenibilidad financiera del incremento que se proponga, entendida como la capacidad por parte de la Administración de conseguir los recursos necesarios a lo largo del tiempo para hacer frente a las obligaciones futuras de gasto; también habrá que precisar, por otro lado, las fuentes de ingresos que se

---

Frente a un modelo selectivo como el actual, en que la Administración determina el acceso a los recursos sociales teniendo en cuenta la situación económica y familiar de los sujetos además de su incapacidad, un hipotético Sistema Nacional de Dependencia debería valorar únicamente esta última dimensión.

---

van a utilizar para hacer frente a los incrementos de gasto que la mayor cobertura vaya a generar –tanto en el momento presente como durante los próximos años–, dejando bien claro cómo se va a repartir la carga financiera intra e intergeneracionalmente.

Así pues, respecto a la primera cuestión, es fundamental desarrollar modelos de simulación que permitan proyectar la evolución futura del gasto público bajo distintos escenarios de cobertura por parte de la Administración. Estos modelos, además de la cobertura, también deben contemplar el efecto que sobre el volumen futuro de gasto pueden tener otras variables igualmente importantes (evolución demográfica, comportamiento dinámico de las tasas de prevalencia, evolución futura del coste de los servicios, etc.). Recientemente, en el marco de un proyecto internacional (Comas y Wittenberg, 2003), Patxot y Costa han desarrollado un modelo de estas características que simula para el caso español la evolución del gasto público en CLD hasta el año 2050 (Patxot y Costa, 2003); según el escenario base de este modelo, si el grado de cobertura pública no experimentara cambios durante los próximos 50 años, el porcentaje del PIB que España destina a proveer públicamente CLD pasaría del 0,18 actual a casi un 0,40 en el año 2050.

Cualquier incremento de cobertura por encima del nivel actual, como es lógico, generará incrementos presentes y futuros de gasto superiores a las cifras proyectadas por Patxot y Costa. En este sentido, aunque no se dispone de cálculos específicos para España, pueden resultar ilustrativos los datos correspondientes a Alemania, por tratarse de un país que dispone ya hoy de un modelo de cobertura universal y prestaciones notablemente comprehensivas; pues bien, si no se produjesen cambios en la estructura del esquema alemán durante los próximos 50 años, las proyecciones disponibles indican que el gasto público de ese país en CLD podría representar un

1,9% del PIB en el año 2050, siendo el porcentaje actual de apenas el 0,86% (Rothgang, 2003).

Por otro lado, respecto a las fuentes de financiación que será preciso utilizar para hacer frente al incremento de gasto que un hipotético SND produciría, ya hemos señalado que resulta fundamental valorar las distintas opciones disponibles atendiendo a la equidad tanto intra como intergeneracional. A este respecto, puesto que los principales beneficiarios de un posible incremento de la cobertura pública serían las personas mayores, y los hijos e hijas de éstos, parece razonable que los ingresos adicionales necesarios provinieran en parte de aquellos impuestos en los que la contribución de esos colectivos fuera superior; un candidato claro en este sentido sería, por ejemplo, el impuesto de sucesiones. Asimismo, también en línea con esta idea de exigir un esfuerzo relativo mayor a las personas de más edad, parte de los ingresos adicionales que pudieran necesitarse podrían ser aportados por los propios jubilados: por un lado, mediante la instrumentación de un recargo que gravara las pensiones contributivas de las personas mayores no dependientes; por otro, en el caso de aquellos que ya hubieran empezado a utilizar las prestaciones cubiertas por el SND, a través de copagos modulados por renta –e incluso riqueza– similares a los que ya existen hoy en día para todos los servicios sociales proporcionados por Comunidades Autónomas y Ayuntamientos.

#### *Articulación con los servicios sanitarios*

Un último aspecto que debería ser tenido en cuenta a la hora de concretar un nuevo sistema público de atención a la dependencia es la relación que éste va a tener con el sistema sanitario. Hasta el momento, como hemos señalado en otros trabajos (Casado, 2003), la articulación sociosanitaria ha constituido más un deseo que una realidad en nuestro país. En efecto, la atención a los ancianos vulnerables en España, indepen-



dientemente de la comunidad autónoma que se considere, sigue llevándose a cabo mediante dos dispositivos que actúan con escasa conexión entre sí: por un lado, respecto a los problemas sanitarios, los servicios regionales de salud son los encargados de proporcionar la asistencia necesaria sobre unas bases de accesibilidad universal; por otro lado, con relación a la problemática que acompaña al fenómeno de la dependencia, los ayuntamientos o los gobiernos autonómicos, según sea el servicio social de que se trate, regulan mediante pruebas de medios tanto el acceso a los servicios como la cuantía de los copagos por parte de los individuos.

Así pues, siendo la fragmentación del dispositivo sanitario y social el punto de partida, no es extraño que se haya convertido en un lugar común la idea de que una mayor integración entre ambos permitiría una mayor eficiencia global en la atención a los ancianos. Los buenos resultados alcanzados por los programas emprendidos en otros países (Johri *et al.*, 2003) han contribuido, sin duda, al entusiasmo por lo sociosanitario que desde hace algún tiempo se viene respirando en nuestro país.

Conviene no olvidar, sin embargo, que optar por una mayor integración supone tener que afrontar importantes obstáculos de índole diversa, desde la distinta cultura profesional de los sectores sanitario y social, centrado en la curación el primero y en el cuidado el segundo, hasta la pluralidad de niveles de gobierno implicados, pasando por el distinto grado de cobertura y la diversidad de mecanismos de financiación empleados en uno y otro caso (universalismo vs. selectivismo, copagos sustanciales en el caso de los servicios sociales, etc.) Por ello, a pesar de la evidencia empírica procedente de otros países, parece prioritario empezar a desarrollar experiencias piloto en nuestro propio entorno que, rigurosamente evaluadas, señalen si conviene o no emprender el camino de la integración sociosanitaria y, sobre todo, de qué manera.

### 5. Conclusiones

La dependencia de las personas mayores no es un problema nuevo. De hecho, como ha revelado nuestro análisis sobre la situación actual de los CLD en nuestro país, son muchas las personas mayores que hoy en día están recibiendo ayuda para llevar a cabo diversas actividades cotidianas. No obstante, el grueso de esa asistencia la proporcionan cuidadores informales, que en la mayoría de los casos no son sino los familiares directos de la persona dependiente. En este sentido, el pobre desarrollo de los cuidados formales que se observa en España con relación a otros países europeos, más que el reflejo de una inhibición por parte del sector público y privado en esta materia, debe ser entendido como el resultado de la existencia de un «modelo familiar» que, hasta el momento, se ha revelado suficiente para atender las necesidades de las personas mayores dependientes.

Sin embargo, la viabilidad futura de ese modelo de atención dista mucho de estar clara. En nuestra opinión, este hecho, lejos de ser un aspecto negativo, constituye un efecto más de las transformaciones que están viviendo las estructuras familiares y, más concretamente, del papel que en ellas desempeñan las mujeres. Así pues, ante esta nueva realidad, lo más probable es que observemos cómo en los próximos años las familias empiecen a demandar la expansión de los servicios formales, conscientes de que éstos son la única vía efectiva para lograr compaginar la actividad laboral y los cuidados requeridos por los ancianos. Sin embargo, para llevar a cabo esta expansión resulta prioritario definir un nuevo esquema de financiación de este tipo de prestaciones. A este respecto, al igual que ha ocurrido en otros países, también en España está ganando fuerza la idea de desarrollar un SND.

No obstante, en un contexto de envejecimiento demográfico como el actual, marcado además

por importantes restricciones presupuestarias para el sector público, el diseño de un SND debe realizarse teniendo en cuenta la sostenibilidad financiera del mismo a medio y largo plazo. En este sentido, puesto que son múltiples las alternativas disponibles (impuesto de sucesiones, recargo sobre las pensiones, copados, etc.), sería interesante desarrollar modelos que analizaran,

por un lado, hasta qué punto dichas alternativas permitirían generar los recursos necesarios en cada caso y, por otro, la incidencia distributiva de cada una de ellas. A este respecto, los trabajos ya existentes a nivel internacional (Hancock, 2003), marcan el camino a seguir en nuestro país.



<sup>1</sup> Es habitual referirse a uno y otro tipo de actividades como «actividades básicas de la vida diaria» (o ABVD), en el caso de aquellas que tienen que ver con el cuidado personal, y como «actividades instrumentales de la vida diaria» (o AIVD) a las relacionadas con el mantenimiento del entorno.

<sup>2</sup> Véase la web del proyecto SHARE para obtener más información al respecto (<http://www.share-project.org>).

## BIBLIOGRAFIA

- CASADO, D. y LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Barcelona: Fundació «La Caixa».
- CASADO, D. (2003): «A vueltas con los sociosanitario». *Economía y Salud*, 48:1-2.
- CASADO, D. (2005): «La dependencia de las personas mayores en España: un análisis de su evolución durante los años noventa». Fundación BBVA: Documentos de trabajo (en prensa).
- COMAS-HERRERA, A. y 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.
- FOSTER, L. et al. (2003): «Improving the Quality of Medicaid Personal Assistance through Consumer Direction». Health Affairs-Web Exclusive, w3-162.
- FUNDACIÓ INSTITUT CATALÀ DE L'ENVELLIMENT (2004): *Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España*. Barcelona: Edad & Vida.
- 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.
- IMSERO (1998): *Evolución y extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España*. Madrid: Imsero.
- IMSERO (2001): *Informe 2000. Las personas mayores en España: datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*. Madrid: Imsero.
- IMSERO (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid: Imsero.
- INE (1999): *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- JACOBZONE, S. et al. (1999): «The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing?». OECD: Labour market and Social Policy. Occasional papers núm. 37.
- JOHRI M., BELAND F., BERGMAN H. (2003): «International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18: 222-235.
- MANTON, K.G. y GU, X. (2001): «Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population age 65 from 1982 to 1999». *Proc. Natl. Acad. Sci.*, Vol. 98(11): 6354-6359.
- MANTON, K.G., CORDER, E., STALLARD, E. (1997): «Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994». *Proc. Natl. Acad. Sci.*, Vol. 94: 2593-2598.
- OCDE (2005): *Long-term care for older people*. OECD Publishing: Paris.
- PATXOT, C. y COSTA, J. (2003): «Description of the Spanish 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.
- 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.
- STUCK, A. E. et al. (1999): «Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review». *Social Science & Medicine*, 48: 445-469.