

Cuidados de larga duración en España: contexto, debates, políticas y futuro

Gregorio Rodríguez Cabrero

Universidad de Alcalá/University of Kent (Canterbury)

Aunque el debate sobre la protección social en España se centra fundamentalmente en el futuro del sistema público de pensiones, en los últimos 10 años ha tomado una creciente importancia el problema de la protección social de las personas dependientes, primero como debate científico y progresivamente como objeto de debate político.

En este documento pretendemos, en primer lugar, describir el fenómeno social de la dependencia y sus factores explicativos; segundo, cualificar sintéticamente el debate científico y político de los últimos cinco años; en tercer lugar, describir las principales políticas y programas que tratan de dar respuesta al problema social de la dependencia. Finalmente, señalaremos tentativamente las posibles tendencias en cuanto a políticas de protección social de las personas dependientes.

El contexto de las políticas de dependencia

El problema social de la dependencia no es nuevo en España ya que, como veremos, existen actualmente algunas situaciones objeto de protección social tal como hemos señalado en nuestro informe sobre España para la Comisión Europea¹. Lo realmente nuevo es la dimensión del problema debido a factores sociodemográficos como el envejecimiento de la población y los cambios en la dinámica de la familia española. Al igual que ha sucedido en otros procesos sociales (por ejemplo, la abrupta caída de la fecundidad o la inmigración económica), lo característico del caso español es la aceleración en el tiempo de la magnitud e intensidad del fenómeno y su incorporación al debate científico y político.

Definimos la dependencia, siguiendo al Consejo de Europa,² como “aquel estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria”.

¹ Rodríguez Cabrero, G. (1998), ‘Social protection for Dependency in old age in Spain’, in Pacolet J., and Bouten R., *National Reports of the Social Protection for Dependency in old age in the 15 EU members States and Norway*. Leuven: HIVA Katholieke Universiteit.

² Consejo de Europa: Recomendación N° 98 (9), 1998.

Tres son los factores que afectan en general, y por tanto también en España, a la protección social de la dependencia: el volumen y características de la población dependiente, el rol de las políticas de protección social en este campo, y la naturaleza de los cuidados informales. Analizaremos cada uno de los factores en el caso español.

- a) En cuanto a la población dependiente hay que señalar que aunque afecta a todas las edades, el presente proceso de envejecimiento de la población española es la causa más importante que explica la dependencia. Hay que tener en cuenta que, por ejemplo, mientras el porcentaje de personas mayores de 65 años en 1960 era del 8%, en el año 2000 es del 16%. Obviamente, el envejecimiento no es el factor explicativo único ya que el estado de salud, la educación y la profesión son factores que determinan globalmente lo que se denomina como “esperanza libre de discapacidad”, que es tan importante como el propio proceso demográfico de envejecimiento. En todo caso, la importancia cuantitativa del problema puede valorarse considerando que la población dependiente española mayor de 6 años viene a ser aproximadamente el 6% de la población española, si bien esas tasas crecen de manera exponencial a partir de los 65 años: 11% en el grupo de edad de 65 a 69, 16% en el grupo de edad de 70-74 años, 25% en el grupo de 75-79 años de edad, 34% en el grupo de 80-84 y 54% en el grupo de 85 y más años (ver gráfico 1). El volumen total de personas dependientes estaría situado, según nuestros propios cálculos, entre 1.423.751 personas (volumen de personas con tres o más discapacidades) y 1.113.626 (personas con tres o más discapacidades que no pueden realizar en ningún caso o con mucha dificultad al menos una actividad de la vida diaria referida al cuidado personal, movilidad en el hogar, y realización de algunas tareas domésticas (ver tabla 1). Si consideramos también los dependientes moderados, por ejemplo, tenemos que la población mayor de 65 años con dos o más discapacidades es de 1.167.504. Este último dato referido a 1999 y analizado por nosotros recientemente³ viene a coincidir con las estimaciones que realizamos para el año 2000 en el año 1998, en base a encuestas de salud que cifraban el fenómeno de la dependencia para el colectivo de 65 años y más en 1.115.444 personas, que abarcaría los tres grados de la dependencia: moderado, grave y severo⁴. En términos globales, la población dependiente se caracteriza por el predominio femenino (65-67%), el peso abrumador de los dependientes mayores de 65 años (entre el 69 y el 73%), y la creciente importancia de los dependientes mayores de 85 años que son un tercio de la población mayor dependiente. En el caso de la población mayor de 65 años la incidencia de la dependencia sería aproximadamente del 17%. De este colectivo, un tercio son dependientes moderados, la mitad son personas con alguna dependencia grave, y en torno al 16% son dependientes severos⁵.
- b) El segundo factor explicativo de la dependencia es la crisis del modelo informal de cuidados. Aunque la mayoría de las personas mayores viven en su propio domicilio de manera independiente lo cierto es que aquellos que son dependientes viven con el cuidador principal de manera permanente (59%) o temporal (16%). Solo el 3% vive en residencias, de los que cerca de la mitad están en residencias asistidas.

³ Rodríguez Cabrero, G. y Morán Aláez, E. (2001), *La población dependiente: primeros resultados de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*. INE, IMSERSO. (Mimeo).

⁴ Rodríguez Cabrero, G. (coord.) (1999) *La protección social de la dependencia*. Madrid: MTAS.

⁵ Rodríguez Cabrero, G. (2000) ‘Dependencia y atención socio-sanitaria’, in *Boletín sobre el Envejecimiento: perfiles y tendencias*, no. 2. MTAS.

Actualmente en España el 73% de la población dependiente recibe “todas” las ayudas que necesita, porcentaje que se eleva al 76% en la población mayor de 65 años; otro 8% las recibe en parte; el resto no las solicita (el 16%). Esta amplísima cobertura de cuidados personales recae de manera abrumadora en la familia (87%) sin compensación económica alguna en su inmensa mayoría (80%). Dentro de la familia, las mujeres son el grupo cuidador informal mayoritario (el 83%)⁶. Los servicios sociales solo suponen una cobertura del 3% de la población dependiente. El resto son personas contratadas privadamente para la tareas de cuidados personales.

Este modelo de solidaridad familiar está entrando en crisis de manera inevitable debido a tres cambios coincidentes: a) reducción del “potencial de cuidadores familiares”⁷ debido a la reducción del número de mujeres en edad de cuidar y al aumento del número de ancianos que precisan cuidados de larga duración; b) cambios en el modelo tradicional de familia debido al aumento de la tasa de divorcios, familias monoparentales y permanencia de los hijos en el hogar hasta edades próximas a los 30 años; c) finalmente, cambios en la posición social de la mujer asociados a su incorporación creciente al mercado laboral que reducen la población cuidadora y, sobre todo, la intensidad de los horarios.

- c) Finalmente, hay que destacar el factor institucional. Como consecuencia de los cambios mencionados antes se está produciendo una demanda creciente de servicios y prestaciones sociales de apoyo a la población dependiente y los cuidadores. La solidaridad familiar tradicional precisa de servicios formales comunitarios y residenciales. Aquí es precisamente donde hay que destacar cuál es la situación real de los servicios de larga duración existentes.

En efecto, los costes de la dependencia recaen en gran medida sobre la familia o las mujeres en concreto, que asumen tanto costes directos en dinero y tiempo como costes de oportunidad. El gasto actual en protección social de la dependencia, incluyendo el gasto sanitario, viene a estar en torno al 0,85% del PIB. Ahora bien, están protegidas algunas situaciones de dependencia de manera obligatoria como consecuencia de accidentes en la actividad laboral o imposibilidad de trabajar por sufrir minusvalía, pero en ningún caso se contempla la situación de dependencia derivada de la edad o como consecuencia de la enfermedad.

Como la protección sanitaria es universal, el déficit en la protección de la dependencia reside en los servicios sociales ya que: primero, la cobertura de servicios sociales comunitarios y residenciales es muy baja en términos comparativos con otros países de la UE (2% de la población mayor de 65 años y 3% del colectivo de esta edad que son dependientes en ayuda a domicilio; 0,2% en centros de día y 2% en residencias de asistidos). Segundo, mientras el derecho a la protección sanitaria es efectivo, no sucede lo mismo con el derecho a los servicios sociales que es un derecho “debilitado”, de naturaleza asistencial. Finalmente, los servicios sociales han sido desarrollados por cada CCAA, que son las que tienen competencia exclusiva en la materia, generándose una creciente desigualdad entre

⁶ Colectivo IOE/IMSERSO (1995), *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: MTAS; IMSERSO (1995), *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Madrid: MTAS; Rodríguez Rodríguez, P. y Sancho Castiello, M. (1995) “Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad” en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, nº 30.

⁷ Fernández Cordón, J.A. (1992), *Les personnes âgées en Europe: Rapport national, Espagne*. Brussels: European Comisión.

regiones en cuanto a cobertura e intensidad protectora, a pesar del esfuerzo nivelador del Plan Nacional de Servicios Sociales Municipales⁸.

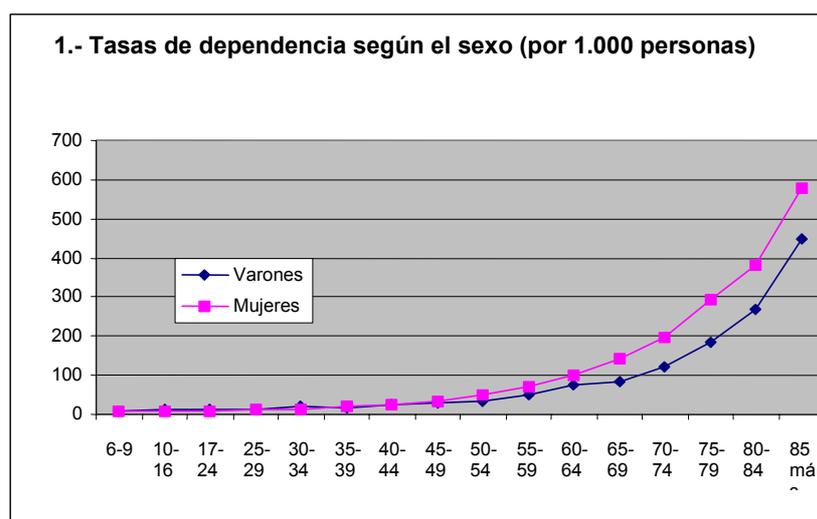
En suma, los factores que condicionan las políticas de protección social a la dependencia son el creciente número de personas dependientes mayores de 65 años, la crisis inevitable de la ayuda informal de la familia y la oferta limitada de servicios sociales públicos. Estos factores han hecho que una necesidad latente se convierta en creciente demanda social y en objeto de debate sobre las políticas a adoptar en el futuro inmediato, como veremos a continuación.

Tabla 1: Población dependiente en España en 1999.

Población dependiente con 3 o más discapacidades			
	6-64	65 +	Total
Hombres	199,416	275,579	474,995
Mujeres	235,783	712,973	948,756
Total	435,199	988,552	1,423,751
Población dependiente con 3 o más discapacidades que no pueden realizar en ningún caso o con mucha dificultad al menos una actividad de la vida diaria			
	6-64	65 +	Total
Hombres	148,995	236,922	385,917
Mujeres	152,885	574,824	727,709
Total	301,880	811,746	1,113,626

Fuente: Gregorio Rodríguez Cabrero y Enrique Morán Aláez, obra citada (2001)

Gráfico 1: Tasas de dependencia según el sexo (por 1000 personas)



Fuente: Gregorio Rodríguez Cabrero y Enrique Morán Aláez, obra citada (2001)

⁸ Rodríguez Rodríguez, P. (2000), "Análisis de los servicios sociales en el marco de la atención sociosanitaria" en Defensor del Pueblo, *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid: Defensor del Pueblo.

Debates políticos y científicos sobre la dependencia

El debate científico y político sobre la dependencia se inicia en España a partir de 1991 con la puesta en marcha del Plan Gerontológico Estatal 1991-2000. El Acuerdo Marco de 1993 entre los Ministerios de Sanidad y de Asuntos Sociales para la atención sociosanitaria de las personas mayores impulsa el debate a nivel científico con tal intensidad que a partir de 1999 el debate científico se incorpora a la agenda política. Analizaremos a continuación ambos tipos de debate que, sin duda, están interrelacionados.

- a) El debate científico se inicia en los primeros años, como decíamos antes, estimulado por la puesta en marcha del Plan Gerontológico Estatal y por el estímulo de las sociedades científicas. Los debates e investigaciones que se ponen en marcha ponen de manifiesto la importancia social del problema de la dependencia y trasladan a los responsables de la Administración y a los partidos políticos y sindicatos la necesidad del debate político. Al mismo tiempo, la participación en foros de debate e investigaciones de la UE permitirá un intercambio sobre experiencias de protección de la dependencia y asistencia sociosanitaria.

La investigación social en este campo será crucial para fundamentar las propuestas políticas y tendrá lugar la aparición de investigaciones socioeconómicas de manera progresiva a lo largo de la segunda mitad de los años noventa⁹ que serán vitales para conocer las características de la población dependiente, la estructura de cuidados informales, el gasto público y los modelos alternativos de protección social hipotéticos.

Sin embargo, el impacto e influencia del debate científico sobre las políticas públicas se verá condicionado desde el principio por tres factores condicionantes: las políticas de severo control del gasto público y de estabilidad presupuestaria, la preeminencia del debate sobre el futuro del sistema público de pensiones sobre cualquier otra parcela de la política social y, finalmente, el auge progresivo de ideologías a favor de la privatización que favorecen opciones de seguro privado en el campo de la dependencia.

- b) En este último sentido y desde el punto de vista del debate político cabe señalar cuatro líneas de debate sobre alternativas de protección social de la dependencia:
- Posición inicialmente activa del IMSERSO (Ministerio de Trabajo) a favor de un seguro público de protección social de la dependencia. Siguiendo la estela del debate científico y las Recomendaciones del Defensor del Pueblo se defiende un modelo de protección universal, en la línea del modelo austríaco (1993), alemán (Pflegeversicherung, 1994) y luxemburgués (1998), para crear un quinto pilar de la Seguridad Social. En este sentido se ha avanzado un “Borrador de Anteproyecto de Ley por la que se instituye una prestación económica de la

⁹ Baste recordar además del informe español sobre la protección social de la dependencia para la Comisión Europea antes citado, los siguientes estudios: Rodríguez Cabrero, G. (coord.) (1999) *La protección social de la dependencia*. Madrid: MTAS; Rodríguez Cabrero, G. y Monserrat Codorníu, J. (2002), *Modelos de atención sociosanitaria: aproximación al análisis de costes de la dependencia*. Madrid: MTAS; Casado, D. y López i Casasnovas, G. (2001), *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*. Barcelona: Fundación la Caixa; Informe del defensor del Pueblo realizado por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y la Asociación Multidisciplinar de Gerontología (1999), Madrid: Defensor del Pueblo; Documentación Social (1998), ‘Envejecimiento’, no. 112.

dependencia en la Seguridad Social” en Enero de 2001 como aplicación del artº 41 de la Constitución Española de 1978. Desde esa fecha, dicha propuesta no ha avanzado prácticamente nada. En esta misma dirección hay que destacar la posición favorable del Ministerio de Sanidad y Consumo a favor de un modelo de seguro público universal y la puesta en marcha de una Comisión Sociosanitaria en el Sistema Nacional de Salud¹⁰.

- La segunda posición, de naturaleza promotora, tiene lugar en el ámbito del Parlamento. En este sentido cabe destacar el mencionado informe del Defensor del Pueblo en el año 2000 en favor de un seguro público de protección a la dependencia así como las Recomendaciones del Senado en el mismo año, apoyando medidas legislativas para proteger a las personas dependientes¹¹.
- Una tercera posición es la de los sindicatos. Aunque la defensa del sistema público de pensiones ocupa gran parte de los intereses en política social, lentamente se va abriendo paso una posición favorable si bien no prioritaria hacia un seguro público de dependencia que se enmarcaría en el Pacto de Toledo sobre pensiones. En este sentido se ha dado ya un primer paso en Abril de 2001 en la firma del Acuerdo entre el gobierno y el sindicato CCOO comprometiéndose a afrontar el reto de la dependencia en el marco de la Seguridad Social¹². La ausencia del otro sindicato importante, el socialista UGT, resta fuerza a este compromiso político.
- Finalmente, la cuarta posición es la privatizadora promovida por las compañías aseguradoras privadas y favorecida por una parte del Gobierno (Ministerio de Economía) que en los Presupuestos del año 2000 (Ley 55/1999) se compromete a enviar un informe al Parlamento sobre el seguro de dependencia. El informe, realizado por la Dirección General de Seguros, reconoce que un seguro puramente privado tiene escasa aceptación incluso en Estados de tipo Liberal (5% de la población en EEUU), pero que igualmente un seguro público universal es inviable financieramente en un contexto de control y reducción del gasto social. El modelo ideal subyacente al informe es el de un seguro público asistencial para los que no tienen recursos, apoyo fiscal a las familias cuidadoras, seguros privados complementarios con apoyo fiscal, y apoyo a la gestión privada de servicios para la dependencia. Este modelo cuenta con el apoyo del lobby de las compañías privadas, la patronal CEOE y una parte importante del Gobierno.

Como consecuencia de este debate político cabe señalar que la aplicación de políticas a nivel nacional se va demorando progresivamente en el tiempo mientras las CCAA se ven obligadas a asumir la creciente demanda social dando soluciones en el ámbito de la sanidad y de los servicios sociales. Ello supone la aplicación de políticas diferentes, como a continuación veremos, que tienden a aumentar las desigualdades territoriales y, por tanto, reducen la efectividad de las políticas de protección social.

¹⁰ Ministerio de Sanidad y Consumo (2001), ‘Bases para un modelo de atención sociosanitaria’. Borrador. Madrid.

¹¹ Cortes Generales, Senado (2000), *Ponencia sobre la problemática del envejecimiento de la población española*. Madrid

¹² Acuerdo Gobierno-CCOO de 9 de Abril de 2001 sobre Pensiones.

Políticas, modelos socio-sanitarios y planes de atención a mayores

Analizar los modelos de ASS en España resulta particularmente complejo ya que existe una amplia variedad de programas y políticas cuya disparidad procede de diferentes causas: a) La solidez de las competencias sanitarias asumidas. El 1 de Enero de 2002 se ha completado la transferencia del Estado a las CCAA en materia sanitaria; b) El distinto grado de desarrollo del sistema de servicios sociales tanto en el reconocimiento de derechos como en lo que se refiere a los recursos existentes; c) la existencia de consenso en las CCAA sobre la necesidad de la Atención Sociosanitaria; d) la mayor o menor capacidad real de “coordinación sociosanitaria” entre los profesionales sanitarios y sociales.

Esta complejidad obliga a diferenciar dos grandes niveles de política: las Políticas de las Administraciones Centrales y las Políticas Autonómicas. A su vez en este último podemos diferenciar entre tres niveles de desarrollo: programas sociosanitarios estrictu sensu, planes de atención a personas mayores y planes de salud. Nos referiremos a cada uno de ellos con algunos ejemplos concretos de cara a enfatizar en la necesidad imperiosa de una mayor coordinación entre Administraciones, si es que se opta por un sistema de atención sociosanitaria equitativo en todo el territorio del Estado.

a) Las políticas públicas de las Administración Central en materia sociosanitaria a partir de la reserva estatal de coordinación general de políticas y promoción de políticas sociales solidarias. Las iniciativas de la Administración Central en materia de atención sociosanitarias son diversas pero, igualmente, convergentes. Así tenemos que destacar las siguientes:

a.1) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales:

- El Plan Gerontológico de 1992-97, que hace referencia a la problemática sanitaria y social de las personas con dependencia. El Informe de Valoración del Plan Gerontológico Estatal evalúa positivamente los resultados de la integración y coordinación de los servicios sanitarios entre si y con los servicios sociales a través de las experiencias de coordinación sociosanitaria del Plan Andaluz de Atención Integral de Mayores, el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León, el Programa Vida a los Años de Cataluña y el Plan de Salud de Extremadura 1997-2000 entre otros. Su fuerza ha sido la de impulsar el debate sobre la necesidad de la CSS y la protección de la necesidad de dependencia.
- El Plan Gerontológico Estatal: Plan de acción para las Personas Mayores 2000-2005, que contempla en el Área 1 “Igualdad de Oportunidades” estrategias de “desarrollo de un sistema integral de atención a las personas en situación de dependencia”, mejorando la coordinación con otros planes y promoviendo la inclusión del riesgo de dependencia como contingencia de la seguridad social. El Plan prevé también garantizar la igualdad territorial en el acceso a las prestaciones y servicios, actualmente muy desequilibrada, consensuando un catálogo de prestaciones sociales y sociosanitarias que puedan converger en derechos universales.
- Plan de Atención a los Enfermos de Alzheimer y otras Demencias 1999-2005, en fase de definición y aprobación, que define una estrategia diferenciada para un colectivo cuyas tasas de prevalencia en el año 2000 se

estiman entre un máximo de 669.478 personas y 334.724 personas mayores de 65 años, es decir, tasas situadas entre el 10 y el 5% de la población mayor. El impacto social, económico y familiar es de tal intensidad en el caso de las demencias que requiere un plan específico para este colectivo y las familias afectadas.

a.2) Actuaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo:

- Los "Criterios de ordenación de servicios sanitarios para la atención a las personas mayores" de 1995, donde se configura un esquema de servicios de atención a las personas mayores que sea integral, interdisciplinar y rehabilitador, sobre todo referido a las personas mayores que define como frágiles o de alto riesgo, con edad de 80 años o más y los pacientes geriátricos con procesos incapacitantes y que tienen 75 años o más. La Comisión Sociosanitaria de Área se constituye en órgano interinstitucional de valoración, asignación, planificación y seguimiento de los programas de atención a las personas mayores, tal como antes señalamos.
- Plan estratégico del INSALUD de 1997, que adopta como estrategia la Atención Sociosanitaria (Cap. 5): coordinación integrada de recursos sanitarios y sociales, coordinación interdisciplinar y responsabilidad de la Atención Primaria en la CSS.
- Plan Calidad del INSALUD de 1999, como desarrollo del plan estratégico y regulación de las Cartas de Servicios (R. D. 1259/1999)
- Creación de los ESAD (Equipos de Soporte de Ayuda a Domicilio) de 1999, de atención primaria y hospitalaria a la tercera edad y, en general, a pacientes muy dependientes y terminales.

a.3) Actuación conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales:

- El Acuerdo Marco de 1993 entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y Asuntos Sociales, y el Convenio Interministerial para la Atención Sociosanitaria de las Personas mayores, que se pone en marcha en diferentes Áreas de Salud del INSALUD.
- Comisiones Sociosanitarias de Área, para valorar, asignar recursos, planificar y evaluar los programas de atención a las personas mayores desde una perspectiva de integración de recursos sanitarios y sociales.

En todo caso, el cambio de orientación en la atención sociosanitaria es positivo tanto a nivel sanitario (creación de hospitales de día, unidades de convalecencia, y unidades de agudos específicas en un nuevo esquema de intervención basado en los EVCG), como a nivel de servicios sociales (que se orienta a la potenciación de servicios comunitarios básicos, como el SAD, y de carácter intermedio, como el Centro de Día). Sin embargo, las limitaciones presupuestarias, la falta de definición respecto de recursos necesarios pero de alto coste de inversión (residencias asistidas, larga estancia) y la baja implicación de las Administraciones Territoriales en el desarrollo del nuevo modelo limitan su desarrollo.

b) Programas y Planes de las CCAA:

b.1) Programas Sociosanitarios.

Entendemos por programas Sociosanitarios aquellos que se caracterizan por crear una red específica de servicios sociosanitarios, se dirigen a toda la población con necesidades sociosanitarias, y su orientación dominante es en unos casos sanitaria (Cataluña, Castilla y León, Valencia), en otros social (País Vasco), y en otros mixta (Galicia y Cantabria).

Dentro de este grupo cabe mencionar seis programas: El Programa Vida als Anys, el Programa Sociosanitario de Castilla y León, el Programa PASOS de Galicia, los Programas Sociosanitarios de las Diputaciones del País Vasco, el Programa PALET de la Comunidad Valenciana y el proyecto del Programa Sociosanitario de Cantabria. Sus características básicas vienen reflejadas en la tabla 2.

Tabla 2. Programas sociosanitarios

Denominación	Programa Vida als Anys Cataluña o. 29-5-1986	Plan de atención sociosanitaria Castilla y León d. 16/1998	Programa PASOS Galicia d. 48/1998
Definición sociosanitaria	Red Específica Continuo sociosanitario	Red de Asistencia Sociosanitaria. Espacio sociosanitario. Integración de sistemas	Coordinación sociosanitaria. Continuo Asistencial
Criterios modelo	Integral, global, e interdisciplinar	Integral, interdisciplinar, y rehabilitador	Integral, multidisciplinar y sinérgico
Población objetivo	Toda la población con problemas de dependencia. Especial referencia a personas mayores, enfermos mentales y terminales	Toda la población con problemas de dependencia. Especial referencia a personas mayores (18.9% dependientes -85.000- de los que 7,8 son graves: 35.000 personas)	Toda la población dependiente: mayores, enfermos mentales, discapacitados y enfermos terminales. Población mayor dependiente: 17% - 82.966- de los que 7% son graves: 34.000
Identificación/ valoración necesidad	Comisiones de Coordinación por Áreas de Salud. Equipos de gestión de casos multidisciplinares	Comisiones de Coordinación por Áreas de Salud. Equipos de Gestión de Casos, equipos de atención primaria, equipos de acción social	Equipos de valoración multidisciplinarios
Recursos	a) Sociosanitarios: U. Larga Estancia, convalecencia,	U. Hospitalarias paliativos, Centros regionales Referencia,	a) U. Internamiento. larga estancia,

	cuidados paliativos, Sida. b) Servicios alternativos: hospital día, programa de atención domiciliaria o PADES, UFISS	U. hospitalarias de referencia, U. Larga estancia, U. Asistidos Demencias, Hospital Día, Centros Acción Social, Centros Base Minusválidos	larga estancia psicogerítrica. b) Asistencia domiciliaria sanitaria y social. PADSS.
Financiación	Cofinanciación de SCS e ICASS con sistema de copago en función de grado de dependencia y recursos	Presupuesto público de 50. 000 M más copago en función de recursos	Módulos de financiación con copago en función de recursos
Denominación	Programas Sociosanitarios Diputaciones Vascas	Programa PIASS (PALET) Valencia o. 30.3.95	Proyecto Plan de Acción Sociosanitario para el mayor 1999-2005
Definición sociosanitaria	Espacio sociosanitario	Ambito Sociosanitario de intervención de las redes sanitaria y social con predominio sanitario	Sistema de ASS integral
Criterios modelo	Integral, coordinación, e interdisciplinar	Integral, interdisciplinar, rehabilitador, e integrado	Integral, multidisciplinar, comunitario, rehabilitador y flexible
Población objetivo	Personas mayores dependientes, pacientes terminales y discapacitados. Especial atención psicogerítrica	Pacientes con cronicidad avanzada y terminales: 100.000 personas	Personas mayores dependientes
Identificación/ valoración necesidad	Comisiones territoriales y sectoriales de CSS	Comisiones de Coordinación autonómica por Áreas de Salud	Comisión Sociosanitaria de Área y equipo de gestores de casos.
Recursos	Predominio de la red de servicios sociales comunitarios e institucionales	Adecuación de recursos existentes de tipo institucional y ambulatorio y domiciliario, sanitarios y sociales	Potenciar red de servicios sociales y redes naturales de atención sociosanitaria.
Financiación	Acuerdos de compensación de costes entre sanidad y servicios sociales	No específica	Modelo sanitario gratuito. Modelo social en función de recursos

También hay que destacar la existencia de Planes de Atención a Personas Mayores, como son los casos de Andalucía (Ley 6/1999), el de Castilla la Mancha para el período 1998-2002, el Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid de 1998, y Planes de Sanidad específicos como son los de Canarias (D.37/1997) y el II Plan Andaluz de Salud de 1999.

En definitiva cabe concluir que la descentralización de los servicios sanitarios y sociales ha dado paso a un desarrollo muy diversificado de programas de atención a las personas dependientes. Sin embargo, ello no ha supuesto la aprobación de un catálogo de prestaciones unificado a nivel estatal ni de un seguro público universal de protección a la dependencia.

El futuro de la protección social de la dependencia

Las perspectivas de protección social de la dependencia en España vienen sin duda condicionadas por varios factores: una política económica favorable al control del gasto social y orientada a dar un mayor peso al sector privado; por otra parte, una baja visibilidad social y política del problema de la dependencia, que se manifiesta en las tímidas posiciones de partidos políticos y sindicatos ante el mismo; finalmente, un sector privado que ha aumentado su influencia política en el Estado de Bienestar después del éxito de las privatizaciones de las empresas públicas en los años noventa, y que se posiciona a favor de seguros privados y apoyo fiscal a las familias, como alternativa al problema de los cuidados de larga duración.

El gobierno central tiene cuatro alternativas ante si:

- Establecer un seguro público universal en el marco de la Seguridad Social con financiación mixta. Los seguros privados serían complementarios;
- Establecer un seguro privado obligatorio con apoyo fiscal y protección pública solamente para la población sin recursos o seguro asistencial;
- Establecer un seguro asistencial y apoyar fiscalmente un sistema de seguros privados libres;
- Finalmente, apoyar solamente un sistema de ayudas fiscales a las familias cuidadoras.

Resulta difícil en la actualidad prever que solución se abrirá paso. Posiblemente será una solución mixta. En efecto, una solución “familiarista” (la cuarta alternativa) o “asistencialista” (la tercera) pueden llegar a cristalizar, pero chocan objetivamente contra las tendencias sociodemográficas antes mencionadas. Se imponen fórmulas de socialización del riesgo, vía capitalización o vía reparto, pero objetivamente chocan con las políticas económicas de control del gasto social (alternativa primera) o podrían generar resistencia en muchos ciudadanos (alternativa segunda). Por ello la resultante será un híbrido cuya naturaleza institucional dependerá de la competencia partidista. Mas aún, una vez que las CCAA están consolidando modelos regionales de atención sociosanitaria -una mezcla desigual de asistencialismo (servicios sociales) y universalismo (sanidad)- el margen de maniobra del Gobierno Central se reduce progresivamente, y con ello se reduce la oportunidad de establecer un seguro público universal.

Por ello, y como conclusión, en la actual situación, las políticas de protección social de la dependencia o de cuidados de larga duración van quedando bajo la iniciativa de los gobiernos regionales y de la oferta empresarial privada. El Gobierno Central es cada vez más un “espectador”, posiblemente “consciente”, que trata de evitar compromisos financieros y facilita el silencioso proceso de privatización selectiva que está teniendo lugar en el conjunto del Estado de Bienestar en España y, de manera concreta, en el ámbito de los cuidados de larga duración.