

La protecció socio sanitària: envelliment i assegurament de la dependència

Guillem López Casanovas, *catedràtic d'economia de la Universitat Pompeu Fabra*

Abstract

This paper deals with the reform of pension payments. The everyday functioning of the welfare system is being adapted to new needs and, consequently, the path followed in the development of the pension system is necessarily changing over time. The effect of aging and its influence on social debt generate structural changes in the system. According to Guillem López Casanovas, Spain's government is taking control with the aim to manage the distribution of pensions, entrusting public services with the management of dependencies. In a nutshell, the help to be received by the public administrations and private institutions for managing the distribution of pensions is proving to be a very difficult task.

Resum

En aquesta conferència es posa de manifest la necessitat de reforma del sistema retributiu de les pensions. Cada vegada més, el benestar de les persones s'ha d'adaptar a les noves necessitats i això fa que sigui necessari canviar l'enfocament en diferents escenaris al llarg del temps. L'anàlisi de l'impacte de l'envelliment i la dependència en la política pública i en la despesa social, fan que en general s'hagin de replantejar canvis estructurals en el sistema així com la recerca d'alternatives d'intervenció per a la protecció pública de la dependència. D'acord amb les paraules de Guillem López Casanovas, a Espanya és el Govern qui intervé en la presa de decisions sobre la repartició de les pensions i deixa en mans públiques la gestió de la dependència. En definitiva, el suport que rep la gestió de les pensions per part de les administracions públiques i les entitats privades és una tasca complexa.

Noves necessitats socials emergents obliguen a reorientar l'actuació pública. L'envelliment de la població, acompanyat d'una millor capacitat funcional, és una bona notícia per a tota política que s'orienti al benestar de les persones. La millora de l'esperança de vida amb bona qualitat és, entre d'altres, un èxit del sistema sanitari: més vida i vida als anys com a ingredient del valor de la salut, l'*output* més desitjat d'un sistema sanitari. Però abordar-lo requereix una reorientació de la despesa social. Reconegut això, la política pública hauria de coadjuvar a respondre a les noves necessitats assistencials, avui majoritàriament suportades per les famílies, amb canvis en els dispositius socio-sanitaris, i sobretot en la manera d'assignar i orientar els recursos públics de cara als balanços apropiats entre responsabilitats públiques i privades. Les persones grans són pobres en renda però no pas en riquesa. La seva dependència, un risc que afortunadament no afecta més enllà d'un 10 % d'aquest col·lectiu, observa diferents graus i diferents components d'utilitat i de necessitat. Aquesta constatació, no obstant això, és una constatació basada en valors mitjans.

Cal observar també amb cura les bosses de pobresa que castiguen part del col·lectiu de les nostres persones grans, cosa que vol dir que l'actuació pública no pot ser universalista i uniforme a l'hora d'emprendre les actuacions públiques. Aquestes, probablement, hauran de ser redistributives pel que fa a la prova de necessitats (segons grau de dependència) i sensibles a la prova de mitjans (capacitat d'afrontar-los privadament, com un risc més que cal cobrir). Això exigeix orientar més selectivament la política pública (a igualtat de despesa, la seva incidència serà superior) i obrir esferes de participació privada més equitatives. La involucració pública en un sistema d'atencions socio sanitàries requereix, per tant, referents teòrics nous (des de la definició de continguts de l'assegurança pública/privada de cobertura de la dependència fins a la determinació dels continguts de la prestació assistencial) i d'abast intersectorial en l'esfera social i en la sanitària, evitant confondre coordinació amb integració, i així una *sanitarització* del problema social amb la resposta convencional burocràtica corporativa en ús.

La nova política exigeix també sistemes contributius i de finançament coherents. Res no és gratuït i ha de preocupar la tendència regressiva del finançament per via de la imposició indirecta (o el dèficit) com a principal sufragador de la nova despesa, per la qual cosa s'haurien de considerar les contribucions de l'usuari, ja en pagaments directes o en forma de primes complementàries. Les pàgines que segueixen pretenen centrar el debat en els aspectes fonamentals esmentats a partir de les línies argumentals teòriques que poden fonamentar millor les diferents alternatives que han de considerar els responsables polítics a l'hora d'emprendre la protecció pública de la dependència.

La naturalesa del problema des de l'òptica del benestar de les persones

Com hem comentat, les noves necessitats associades a la millora de l'esperança de vida fan convenient reorientar, en primer lloc, la naturalesa mateixa de la intervenció pública, en els valors culturals propis del binomi responsabilitats privades i responsabilitats socials, i, en segon lloc, el dispositiu públic. Cal, dins el nou context, oferir una clarificació de les alternatives per fonamentar decisions polítiques informades, contra la poca varietat de les respostes públiques tradicionals. Per a això resulta important no solament el *què* de la intervenció pública, sinó també el *com*, equilibrant adequadament propostes de despesa amb mesures de finançament amb vista a analitzar la incidència redistributiva de les polítiques posades en pràctica.

Els referents:

Quantificació d'escenaris i variables que incideixen en la seva magnitud

— Factor quantitat: més població en cada cohort; més cohorts (marginalment).

— Factor intensitat (problemes de salut associats), ja sigui en escenaris de compressió o expansió dels esmentats problemes de salut.

— Les respostes: àmbit de les ofertes assistencials, mecanismes de finançament, reaccions de demanda, evolució dels costos unitaris de les prestacions.

El resultat de la interacció anterior entre costos i quantitats s'ha de reflectir necessàriament en el binomi despesa-sostenibilitat financera del sistema de protecció.

Estadis de còmput

1. Qui són —en atenció al gènere i pel que fa a les necessitats diferents que provoca— els que *entren* en cada cohort i en quin estat de salut ho fan. La visió general és aquí que ho fan en un millor estat —reducció de la mortalitat—, encara que una perspectiva de detall apuntaria cap a l'existència d'un major nombre d'entrants *inframarginals* amb pitjors estats de salut —cronicitat no letal ara però letal abans.

2. Quina esperança de vida desenvolupen una vegada *entrats*: taxa d'incidència (quants) i quines discapacitats desenvolupen (severitat) —potser més greus amb menys freqüència, amb patologies múltiples més freqüents però menys importants i atenent els condicionants de les transicions (malaltia/mortalitat) d'un estadi a un altre.

Variables que hi influeixen

a) Estils de vida, ocupació (nivells i tipus), hàbits alimentaris, accidents de trànsit, consums nocius, drogues, etc.;

b) Condicionaments genètics associables de vegades a certa predictibilitat i/o manipulació potencial consegüent;

c) Valors socials: internalització de les decisions mar endins del dret a viure segons la qualitat de vida;

d) Respostes assistencials: modalitats de prestació (de la cura domiciliària a la institucionalització);

e) Sensibilitat de les respostes ciutadanes davant els mecanismes de finançament en el binomi usuari-contribuent (elasticitat demanda-preu) i tenint en compte les expectatives socials (elasticitat demanda-renda) davant l'acció col·lectiva.

Quantificació

Taxes de prevalença resultants, sota els supòsits següents:

1. Comprensió absoluta del problema de salut: quan l'increment de l'esperança de vida lliure de discapacitat excedeix l'increment d'esperança de vida total. Com a resultat, anys totals de vida amb discapacitat, a la baixa;

2. Comprensió relativa del problema de salut: quan s'incrementen tant l'esperança de vida amb discapacitat com l'esperança lliure de discapacitat, però en conjunt augmenta la proporció d'anys lliures de discapacitat respecte a l'esperança de vida total.

L'equació resultant de la predicció

— Cohorts (més població).

— Multiplicat per la taxa de prevalença per cohort (expansió-compressió dels problemes de salut).

— Multiplicat per la demanda (elasticitats de resposta segons preus i tipus —qualitat— dels serveis assistencials).

— Multiplicat pels costos unitaris (maneres de producció, nivells d'eficiència relativa).

Previsions per al 2050

Com a resultat de les diferents hipòtesis, els resultats són fortament dispars: d'1 punt addicional d'increment del PIB a 9 punts, segons les hipòtesis i l'abast de la provisió pública (des de les atencions informals a la institucionalització i, sobretot, segons l'abast que es doni al concepte mateix de dependència).

Agenda d'investigació

Vista la inconcreció anterior, sembla obvi que una agenda d'investigació de polítiques públiques en aquest terreny requereix un estudi per a la millora del mesurament de la necessitat relativa d'atencions (gra de dependència, nivell de salut, capacitat econòmica, etc.), i modular més bé el comportament dinàmic de la transició del suport informal cap al formal, valorant els efectes de la cobertura (assegurança) de dependència sobre els patrons d'utilització dels serveis.

Una estratègia concreta d'anàlisi

Sens dubte, tota estratègia d'anàlisi i simulació de l'impacte de l'envelliment i la dependència en la política pública i en la despesa social en general requereix comptabilitzar correctament la mesura de la dependència, a l'estil del que permeten els índexs de Katz, Barthel o l'escala de Lawton i Brody, entre altres. Sobre la base de les *necessitats* així detectades, cal la informació sobre el temps d'atencions assistencials amb l'objectiu d'elaborar escenaris de *recursos per categories* que, parametritzats convenientment amb alguns valors monetaris concrets, permetin construir escenaris financers. Per a això cal, com s'ha comentat, incorporar informació sobre els canvis futurs (previsibles) en la incidència i prevalença dels problemes de discapacitat, sota

els supòsits tradicionals de comprensió o no, absoluta o relativa, de la malaltia per a cada cohort. A partir del perfil sociodemogràfic de les persones dependents, cal valorar els factors associats al desenvolupament dels problemes de dependència, amb vista a identificar la dinàmica de la seva evolució, amb l'interès d'afrontar-ne el finançament de manera eficient, respectant els criteris d'equitat. Convé, d'altra banda, mesurar els efectes mitjans i marginals de les diferents variables que incideixen en les respostes observades d'atencions assistencials associats a la institucionalització, respecte al manteniment d'atencions informals avui predominants.

En aquest últim cas, convé separar la càrrega derivada de la dependència (en les activitats instrumentals enfront de les bàsiques de la vida diària), a la vista de com es distribueix aquesta entre les parts afectades (dependents i persones que en tenen cura). Això és important per tal de valorar la incidència que sobre les esmentades atencions pugui tenir la transició laboral observada de la mà d'obra femenina en particular al mercat de treball i per a altres grups d'edat, tenint en compte les variables que fan més sensibles els resultats a l'evolució futura adoptada per a aquest sector que tant pressiona la definició d'una nova política social en el terreny de la dependència.

Dins el nou context, hi ha diverses respostes possibles i cal analitzar-ne l'impacte sobre les finances públiques, sobre les de les llars afectades i sobre l'equitat en general de les polítiques públiques instrumentades. Hem de saber, per a l'objectiu esmentat, quina és l'evidència empírica disponible sobre el desenvolupament incipient de les assegurances privades, pel que fa tant als processos de selecció adversa com a l'abús moral que s'hi associa, al risc intertemporal diversificable i no diversificable (biogenètica i evolució de l'esperança de vida) i als elevats costos de transacció que potencialment comporta aquest assegurament. És a partir de tot això que té sentit analitzar la ineficiència del mercat a la pràctica, per analitzar, si escau, la conveniència de definir els continguts d'una actuació pública concreta destinada a millorar el benestar conjunt. En aquest sentit, l'accés a les prestacions públiques es pot veure tant des de la vessant universalista com de la selectiva, tant en la categorització i l'abast del contingut de les prestacions com en el seu finançament. En efecte, sobre la base esmentada es poden preveure diverses alternatives d'intervenció pública, mitjançant *famílies de polítiques*. Quant als costos d'atenció prestada, aquests es poden enfocar com a part integrant d'un sistema de *substitució de costos* privats, amb vista a reconvertir els costos d'atencions informals en formals. Sobre la base d'aquests resultats *nocionals* o teòrics es poden fixar escenaris amb percentatges diferents de cobertura pública de costos, tenint en compte l'impacte en les rendes dels afectats en els supòsits de *no intervenció* pública. Per tant, a la vista del contingut de les prestacions i dels seus criteris d'elegibilitat (segons els límits d'empobriment que es vulguin evitar als afectats o el que es pugui considerar nivell de despesa catastròfic màxim acceptable per a les llars afectades), es pot simular la incidència distributiva sobre beneficiaris potencials i el cost per a les arques públiques (els seus contribuents) de les diferents opcions; en particular, segons els criteris utilitzats tant en l'elegibilitat de beneficiaris de les prestacions com en la combinació de pagaments privats i públics, i el pes que tinguin les cures informals dins de les totals.

Alternatives d'intervenció per a la protecció pública de la dependència

En l'anàlisi que segueix es considera una taula d'alternatives de protecció a la dependència:

A. Assegurament de la prestació (cobertura del risc)

A.1. Privat

Característiques:

— Escàs desenvolupament si es remet a la voluntarietat individual exclusivament per raons de llunyania entre inici de l'assegurament i sorgiment de la contingència ponderada per la seva probabilitat.

— Conjugable amb una regulació que imposa la coactivitat i assegura un mínim *pool* creuat de compensació de riscos.

— Gestió privada i descentralitzada de prestacions.

— Incentivat potencialment amb subsidi més enllà del component obligatori.

— Altres variants: obligatorietat restringida a la dependència greu o tutelat només per a determinats grups de renda.

A.2. Públic

Característiques:

— Finançament coactiu i singularitzat (afectació d'ingressos).

— Més eficientment gestionable des del contributiu (pòlissa pública, prima comunitària, revisions externes d'utilització).

— Defineix sòls complementables si es desitja privatament (incentivats fiscalment).

B. Provisió pública de la prestació per dependència

Característiques:

— Servei universal: dret subjectiu lligat a la condició de ciutadania.

— Prestacions assistencials directament administrades.

C. Regulació pública de l'obligatorietat de la cobertura del risc de dependència des d'un esquema de pla d'estalvi

Característiques:

— Fórmula d'estalvi sense subsidiació transversal de riscos (menys solidari).

— Afavoreix la possibilitat de convertir l'estalvi fet en assegurament a partir d'una determinada edat o en renda monetària per via de la renda vitalícia (com un compte d'assegurança privada més).

— Permet un *pay* o *play* de les característiques vistes en l'opció de l'assegurament privat regulat.

Anàlisi més detallada

A. Assegurament de la prestació (cobertura del risc)

A.1. Privat

Característiques:

— Si la cobertura s'ha de garantir, l'assegurament hauria de ser acreditat i coactiu, mantenint un *pool* creuat de compensació de riscos. Altrament, és previsible un escàs desenvolupament si es remet a una base voluntària (a causa de problemes d'informació imperfecta), o pot ser que potencialment sigui generador d'ineficiències de mercat per selecció adversa (s'asseguraran els que poden acabar necessitant-ho més; és a dir, s'asseguraran els que més viuen; l'aversion al risc incentivarà l'assegurament o també la prevenció).

— Regulació necessària: de fons, garanties de solvència, etc., i, si escau, segons funcionament, sobre prestacions predeterminades o contribucions definides. És important establir un *pool* de reassegurament en vista de possibles variacions *discontínues* en les esperances de vida que afectin la sinistralitat sense risc intertemporal diversificable perquè afecten tots els membres d'una mateixa cohort.

— Basat en la gestió privada i descentralitzada de prestacions.

— Es pot instrumentar un subsidi més enllà del component obligatori.

— Permet variants: per exemple, obligatorietat restringida a la dependència greu, i/o tutela exclusivament per a determinats grups de renda.

Pros:

— Menys abús moral col·lectiu perquè és una forma d'assegurament que es pot articular més fàcilment des de franquícies i tiquets moderadors.

— Més vinculable per naturalesa al val o *voucher* en l'accés a la prestació.

— Sistema de repartiment d'efectes principalment intrageneracionals, amb impacte intergeneracional més limitat.

Contres:

— Problema de com resoldre les transicions en el temps abans d'efectuar els primers *pools* o compensacions generacionals.

— Primes més cares per costos de transacció més elevats i així, com a resultat, amb efectes d'elasticitat preu-renda que poden derivar en una menor cobertura per a determinats grups de la població.

— Valors culturals a discussió: controvertida obligació des dels poders públics a forçar la subscripció d'una assegurança privada. Amortiments (en diferent grau i abast) d'alguns dels *contres* esmentats.

— Dels problemes de transició:

- El sector públic cobreix les diferències de primes amb una pressió fiscal més centrada en el consum i en la transmissió de propietat i llegats sobre la generació beneficiària.

- Es renuncia a la cobertura privada coactiva per al període de transició i s'ofereixen ajudes complementàries a les pensions per a una resolució privada (particular, complementària, fora de mandat públic).

— Dels problemes de baixa cobertura:

- Finançament a prima *comunitària*, forçant *pools* per empreses.

- Complementant amb finançament públic addicional una potencial major discriminació genètica (que alguns consideren en tot cas inevitable).

- Acreditació (convenis) de les entitats asseguradores: «són elegides» (no elegeixen) pels beneficiaris. Semblantment, per via de pòlisses col·lectives d'empresa.

- Impuls a un sistema de *pay*, segons un pla bàsic en conveni amb alguna companyia pública o privada franquiciada —com un consorci d'assegurances, salvant distàncies, a prima pre-establerta— o *play* —«feu vós mateix, però feu-ho».

- Forçant primes de reasssegurança en vista d'una concentració inesperada de riscos —evitant així primes no actuarialment justes fixades discrecionalment per les asseguradores individuals— o acceptant com a estratègia empresarial la garantia de sumes fixes i no la cobertura, total o parcial, del cost dels serveis.

Comentari

La seva aplicació es podria facilitar amb la inclusió o el desenvolupament paral·lel als plans de pensions mitjançant la novació de les assegurances de vida que es transformin eventualment

en assegurances de dependència. Si fossin tan sols emparats fiscalment per l'Estat, és a dir, si no fos obligatori subscriure'ls, el suport dependria únicament dels estímuls fiscals vigents, amb la qual cosa es podria esperar una relativa regressivitat fiscal. Si la seva implantació fos opcional i no pas obligatòria, l'assegurament s'hauria de configurar millor, potser com a complementari a l'assegurament públic. Si fos obligatori, seria substitutiu «de la Muface» per a la sanitat, i s'hi podrien superposar, en aquest cas, prestacions complementàries a càrrec de l'assegurat i d'acord amb les primes (comunitàries) establertes per les asseguradores, que haurien de ser aprovades pels poders públics. És compatible amb l'opció C (plans d'estalvi), si es formula l'obligatorietat de cobertura, però exercida des de l'Estat (no voluntària) per a determinats col·lectius (esquemes de *pay o play*, amb diferent tutela entre col·lectius) i amb primes transferibles (les pagades pels que optessin pel *pay*), a les quals es podria adjuntar finançament públic per als individus amb menys recursos i finançament privat per als que en tenen més per a prestacions complementàries a les anteriors.

A.2. Públic

Característiques:

Modalitat d'assegurament, sota criteris públics d'elegibilitat, naturalesa bàsicament contributiva (amb complements) i prestacions definides (reglades).

— Finançament coactiu i singularitzat (tipus d'ingrés afectat) dins del pressupost d'ingressos i despeses públiques (Seguretat Social).

— Permet definir sòls complementables privadament (si escau, incentivats fiscalment).

Pros:

— Primes potencialment més barates.

— Més cobertura (universal comunitària i completa si s'articula un finançament addicional amb càrrec a pressupostos generals per a col·lectius que no siguin contribuents).

— Més viabilitat política d'aplicació amb vista al problema de transició (per via del sistema de repartiment).

— Clarifica el marc de la compatibilitat amb l'assegurament privat complementari.

Contres:

— Més abús moral, ja que les franquícies i els tiquets són més difícils d'instrumentar que en un sistema (regulat) d'assegurament privat.

— Perspectiva paternalista. Si s'utilitza el sistema de repartiment, atorga un *free lunch* a una generació a cost zero que es traslladarà a generacions futures.

— Dins de l'esquema contributiu, resulta més vinculable a proves de mitjans (renda) que no si s'estableix a finançament general, però això va en direcció contrària de les tendències del mercat de treball de no continuar penalitzant amb cotitzacions la creació de llocs de treball.

— Exigeix més involucració política pública (gestionar la demanda, definir prestacions —costos que cal cobrir—, etc.).

Amortiments *cons*:

— Identifica més bé les necessitats de finançament en l'equilibri entre contribucions i impostos.

— Configuració des del primer any de fons de reserva específics sobre la base de la generació que accedeix a cost zero als beneficis de la cobertura per via d'incrementar la pressió fiscal en la imposició sobre el consum, transmissions, donacions i successions.

— Una definició de les prestacions i criteris d'elegibilitat:

- Qui hi té dret segons grau de necessitat?

- Subjectes o no a proves de mitjans?

- A què s'accedeix? A prestacions monetàries, en espècie. Les primeres tenen l'inconvenient que dilueixen la destinació (no garanteixen la finalitat, tret que s'estableixi una tutela especial en l'afectació de la despesa) però no comprometen el creixement de la provisió pública en cas d'una suposada manca d'oferta de serveis. D'altra banda, les prestacions en espècie fan més propensa la involucració pública i dificulten possibles canvis respecte a la combinació de serveis que configuren l'*statu quo* actual.

- Solucions articulables per mitigar alguns dels efectes anteriors:

- Instrumentació d'un *val* però només canviable en prestació específica i en espècie.

- Finançament lligat a renda, cosa que facilita l'assegurament privat i «descomprim» la pressió sobre la sostenibilitat financera de les finances públiques.

- De manera similar al punt anterior, amb prestació segons nivell de dependència (escalat d'ajudes).

Comentari

L'articulació concreta de la proposta de manera il·lustrativa seria la següent: llei de previsió per a la protecció social a la dependència dins del sistema de seguretat social, de cobertura uni-

versal (en la concreció del dret subjectiu vinculat a la de beneficiari), amb una intensitat protectora segons la gravetat de la dependència, basada en prestacions monetàries i de serveis si escau, l'elecció de la qual per a la persona dependent es modularia en funció de l'avaluació sociosanitària de la seva situació funcional. Es configura com una branca d'assegurança social (subsidi transversal solidari), complementable si escau amb un finançament que supleixi, amb impostos generals per part de l'Estat i les comunitats autònomes, l'atenció dels dependents no beneficiaris de la Seguretat Social.

Base de còmput

1. Estimacions de variables que aproximen necessitat

a) Projeccions demogràfiques (quants): categorització per grups d'edat i gèneres. Matriu (J).

b) Altres variables que interaccionen amb les demogràfiques: projecció de fluxos d'immigració, d'incorporació de les dones al mercat de treball i composició de les llars (amb efectes sobre el binomi cura formal/informal), evolució de la capacitat adquisitiva dels més grans (aproximada per PIB o l'IPC previst +, - x o sobre la ràtio pensió mitjana/renda mitjana de l'actiu).

c) Variables que refereixen la càrrega de necessitat (malaltia, cronicitat, discapacitat funcional); és a dir, la intensitat de la cura en cada una de les categories demogràfiques projectades segons nivells de dependència (lleu — x —, moderada — y —, greu — z — i gran dependència, essent, x , y i z les quanties absolutes de dependents a cadascun dels tres nivells esmentats): prevalença actual per a cada cel·la de la matriu en a per nivells de dependència, i escenaris de previsió que possibilitin anàlisis de sensibilitat en l'estimació.

2. Esquema d'atenció a la dependència (contingut): tractament amb recursos públics de la Seguretat Social per a cobertura de la contingència

a) Classificació segons nivells de dependència: lleu, moderat i greu. Prestació monetària com a complement de pensions de la Seguretat Social. Quanties escalades segons referents de càrrega assistencial relativa (ponderacions temptatives: 1, 3, 6). Determinació de quantia segons fons posats a disposició (R) i quantia de beneficiaris previstos per a cada nivell de dependència (x , y , z) i factor per determinar m , segons la fórmula:

$$x1m + y3m + z6m = R$$

Il·lustració:

Si $R = 2$ mil M€ Aprox.: $x = 500$ €/any; $y = 1.500$ €/any; $z = 3.000$ €/any.

Si $R = 4$ mil M€ Aprox.: $x = 1.000$ €/any; $y = 3.000$ €; $z = 6.000$ €/any.

Consideracions per a l'aplicació:

1. Es poden establir graus d'atenció per nivells de dependència mitjançant escales relatives d'experts i en vista de les dificultats d'operar a partir dels costos reals. El còmput actual estimat per diversos autors quantifica el total de costos del sistema incloent-hi el component sociosanitari autonòmic, cosa que fa que la xifra resultant no es pugui utilitzar aquí directament, atès el diferent abast de les prestacions cobertes; no existeix comptabilitat de costos unitaris per serveis que s'ofereixi com a alternativa general, i projectar els costos estimats puntualment suposa assumir que no existeixen economies d'escala, a més de requerir supòsits complexos tant de comparació com d'evolució futura dels costos unitaris dels esmentats serveis. Sobretot, caldria especificar per a les projeccions una cartera concreta de serveis, cosa que no es correspon amb l'objectiu implícit de finançar prestacions socials complementàries amb càrrec a la Seguretat Social (dins la línia de *contribucions definides*, més que no pas garantia implícita de *prestacions definides*).

2. La gran dependència es troba avui principalment atesa des dels dispositius institucionals i assistencials territorials (autonòmics i locals), mentre que són relativament marginals els augments de finançament requeribles.

3. Caldria considerar que aquesta oferta d'atencions lligada a la forma de cobertura anterior pugui millorar, cosa que requeriria un finançament addicional que sobrepassa l'àmbit competencial i financer de la Seguretat Social, per la via bàsica del finançament autonòmic —Ministeri d'Hisenda i comunitats autònomes.

4. L'oferta institucional pública podria actuar com a garantia de prestació. No obstant això, fóra desitjable que s'incentivés la desinstitucionalització a voluntat dels beneficiaris. Els incentius han d'estar aquí alineats per tal de no afavorir més una opció que una altra.

5. Sigui per una raó o per una altra, es podria articular una prestació monetària substitutiva de la prestació institucional en espècie. Si aquest fos el cas, s'haurien de realitzar compensacions entre el Ministeri d'Hisenda i la Seguretat Social en funció de la cobertura efectiva atorgada.

6. A la pràctica, poden naturalment sorgir dubtes sobre la categorització possible entre la dependència greu i la gran dependència per evitar *efectes trucada* (o *upgradings* de condicions per beneficiar els afectats) en funció de les prestacions (arbitratges externs en vista de les compensacions efectuades).

7. Pot ser recomanable que per als nivells moderats i greus coincidents amb pobresa (lindars del 50 % de la renda mitjana), per als quals no sigui plausible pensar en capacitat de pagament complementària a les assignacions socials aquí establertes (valorades en 3m i 6m, en l'exemple), aquestes siguin convertibles en prestació en espècie completa amb càrrec a les xarxes assistencials territorials, finançades directament des de la Seguretat Social.

8. Tot el que precedeix fa que quedin oberts complements autonòmics a les assignacions aquí establertes, tant en forma monetària com en espècie, cosa que pot tenir lectures d'equitat tan diverses com potser inevitables, i acceptables si deriven de processos de priorització propis de partides de despesa social o reflecteixen una més gran coresponsabilitat fiscal.

Reserves:

1. Sorgeix la necessitat de deixar clar que el que s'està articulant aquí és un dret subjectiu lligat a la condició de beneficiari de la Seguretat Social. Seria convenient impulsar per a altres col·lectius de dependents alguna actuació fora de l'esquema contributiu aquí comentat, amb finançament impositiu general complementari, per evitar la dualització de l'atenció als dependents segons fonts o origen.

2. Cal fer notar que el que s'està proposant és en bona part un sistema de previsió (coactiva, pública i d'assegurament complementable) i no de protecció social de la dependència en tots els seus aspectes, cosa que requeriria: *a*) contemplar la resta de dependents (estimada en un terç del total, és a dir, uns cinc-cents mil, si bé entre aquests gairebé un 60 % amb dependències lleus i només un 12 % d'aquests, greus) i *b*) instrumentar una major articulació de serveis dels avui contemplats (insuficiències diverses en dispositius subministradors de serveis i en el balanç assistencial d'atencions).

3. No s'identifica *universalitat* amb *gratuitat*. En tot cas, la universalitat a la qual ens referim per dret i àmbit es modula efectivament perquè va lligada a la prova *de necessitat* (classificació externa per part d'una agència independent de valoració de la dependència), encara que no es vinculi a *prova de mitjans* (de capacitat de pagament). Això permetria, sens dubte, una política d'atencions de dependència més selectiva, amb un impacte més gran, d'acord amb uns recursos disponibles, i que facilitaria continguts més «a mida», més ben adreçats a col·lectius destinataris (grups objectiu), i un major control d'accés. Malgrat els perills d'identificar *falsos positius* (identificar erròniament necessitats que no ho són realment), això faria probablement més fàcil evitar abusos, permetria avaluar amb més rigor el compliment dels objectius del programa, perquè identificaria millor els destinataris i, en tot cas, semblaria més coherent com a política pública dins un context de restricció de la despesa pública, de manera que selectivament la seva aplicació podria tenir més incidència i significació.

4. No obstant això, convé reconèixer que la *selectivitat* té, al seu torn, contraindicacions, ja que pot desentendre la resta de la societat d'aquestes polítiques i afectar la seva qualitat, pot generar distorsions (a l'estil dels coneguts *paranys de pobresa* dels programes socials), més costos de gestió, una necessitat més gran de supervisió externa per tal d'evitar *captures del regulador* per part dels seus beneficiaris, compta amb menys popularitat política (els exclosos es queixen) i pot estigmatitzar socialment alguns beneficiaris.

5. En el debat sobre la seva gratuïtat en el punt d'accés, cal recordar la compatibilitat de la universalitat, tal com l'hem definida, amb contribucions dels usuaris, ja sigui perquè no cobreixen la totalitat dels costos (valors de m dependent de R), ja sigui perquè no cobreixen la totalitat de les prestacions o dels serveis (copagaments per tipus de serveis). Universalitat no és, doncs, assistencialisme generalitzat (especialment no solament amb prova de dependència, sinó també de recursos) i uniforme. Ha de ser, a part d'això, compatible amb una gratuïtat, ara ja sí selectiva, per als que menys tenen. En la qüestió de determinar si la cobertura de dependència s'ha de concretar en una prestació monetària i/o en espècie, hi intervenen arguments lligats els uns a la importància que es vulgui donar a la lliure elecció (principalment en mans de l'individu en el primer cas, fet

que permet que prevalguin valors culturals de l'estil «millor cura es rep d'un cuidador familiar pròxim») i els altres a les conseqüències en la inducció d'oferta privada, absents uns serveis públics que competeixen de manera més o menys lleial. Una fórmula mixta es podria remetre al manteniment de la lliure elecció, preservada pel *val* monetari, i també a l'existència de prestació pública en espècie en la mesura que augmentés la gravetat de la dependència coberta.

B. Provisió pública de la prestació per dependència

Característiques:

— Servei universal: dret subjectiu lligat a la condició de ciutadania.

Pros:

— Sistema nacional (amb pretensions d'uniformitat sobre el territori).

— Cobertura universal (de les prestacions en vigor a cada moment).

— Reforça el sentit de més cohesió social.

— Majors rendes electorals (particularment a curt termini).

Contres:

— Involucració pública en la definició de drets (cartera de prestacions i de serveis) i en el finançament (prioritzar, deixar fora, ser selectiu), que resultarà més difícil com més pròxim se situï al debat polític.

— Sostenibilitat financera més complexa, pel fet de pressionar principalment en una única font de finançament: els impostos i la pressió fiscal general.

- Major augment de cotitzacions/impostos (per actuació esperada més centrada en nivells mitjans de despesa que no en els mínims/bàsics).

- Més en mans de les comunitats autònomes (agències sociosanitàries) en diferents escenaris de coresponsabilitat fiscal i davant una política social fortament sensible (associacions de persones grans, sindicats, proveïdors d'interès).

- Més dificultat per aconseguir un finançament equitativament equilibrat (proves de renda i patrimoni) per l'actuació selectiva que això requereix, particularment si aquesta es fa per la via exclusiva de la gestió política pública.

- Interpretació de la necessitat d'atencions i, per tant, d'incentius a la prevenció de la dependència deixada més a les mans dels funcionaris que no pas dels agents afectats.

— En relació amb els nivells actuals de prestació i finançament, cal esperar una major confusió respecte a les carteres sociosanitàries existents, cosa que requereix una major articulació, necessària, entre proveïdors i respecte al seu finançament (sobre bases institucionals —avui entre dos ministeris de l'Administració central— i entre diferents administracions —central i territorial, autonòmica i local).

Amortiments *cons*:

— Gestió privada compatible amb la provisió pública, amb contractació externa de determinades operacions logístiques, i concertació plena (mercat intern si de cas) d'alguns serveis en la seva totalitat.

— Afavoriment de la presència d'institucions no lucratives en el sector que assenyalin nivells d'atencions i estàndards de qualitat.

— Cartera de serveis clara i prioritzada socialment.

— Foment de la cobertura addicional en marcs principalment estables per al sector privat.

— Introducció de copagaments en accés per intentar frenar abusos (*moral hazard*). Regulació pública de l'obligatorietat de la cobertura del risc de dependència des d'un esquema de pla d'estalvi.

Característiques:

— Permet de nou una modalitat de *pay* o *play* de les característiques vistes per a A1.

— Afavoreix la possibilitat de convertir l'estalvi fet en assegurança, a partir d'una determinada edat en actius o en renda monetària, per via de la renda vitalícia.

Pros:

— Col·loca la dependència en la línia futura dels fons de providència i comptes d'estalvi-previsió, de forta empenta en alguns països (EUA en particular).

— Eliminació de l'abús moral (pel fet que l'estalviador reté els seus estalvis sense fluxos transversals o de repartiment).

Contres:

— Desapareix el gradient de solidaritat.

— L'efecte «bon samarità» (l'Estat és l'últim que suporta els problemes socials, finalment), cosa que pot erosionar la voluntarietat prevista i afavorir el *free riding*.

— Díficil implantació, especialment a curt termini, ja que no ofereix cobertura immediata ni tan sols als incipientment assegurats.

Amortiments *cons*:

— Coactivitat per via del finançament.

— Obligatorietat de la cobertura per via de l'empresa.

Conclusions

L'existència d'una proposta concreta per establir la cobertura de la dependència a Espanya, a partir de les consideracions efectuades en el llibre blanc per a la dependència i amb previsible efectes pressupostaris ja per a l'exercici 2006, permet fer uns breus comentaris finals sobre la virtualitat de l'opció elegida. El treball de J. R. Caso n'ofereix uns quants detalls descriptius. Destaquem aquí el seu contingut financer i les propostes concretes d'articulació. Tot indica que el Govern ha optat per un servei assistencialista, gestionat des de l'Administració pública, però amb càrrec principalment als ingressos de la Seguretat Social. El cost complet del servei universal a la dependència es quantifica en una valoració pròxima a 9.000 milions d'euros de cobertura progressiva en fases. Amb això, a la pressió dels diversos components de la nostra despesa social (sanitat, educació, habitatge) s'afegeix la cobertura a la dependència. Però, contràriament al caràcter no contributiu del seu finançament, no augmentaria la pressió fiscal general, sinó el superàvit en compte de la Seguretat Social. En aquest context s'ha d'entendre ja la no consolidació del dèficit de l'Estat-Administració central amb el superàvit de la Seguretat Social. De manera que són el mateix Ministeri de Treball i la Seguretat Social els que decideixen amb incidència diferenciada sobre les pressions de despesa en educació i sanitat (i ens autonòmics en la seva base) que hagi de suportar el Ministeri d'Economia i Hisenda. No sembla lògic l'engranatge del que és assistencial amb el que és contributiu, vista la proposta de vincular una prestació no contributiva a un finançament a través de part del superàvit actual de la Seguretat Social. Altrament, això col·loca la gestió de la dependència en mans bàsicament públiques, amb la pressió del seu sosteniment futur sobre les arques de l'Estat.

Resulta obvi que, excepte en el cas de les dependències per minusvalideses i incapacitats sobrevingudes en edats prematures, les qüestions de dependència vinculades a l'envelliment s'haurien d'inscriure en sistemes d'assegurament principalment previsible: desafortunadament envellim, encara que amb el risc conegut en valors mitjans (a l'entorn d'un 10 %) de comptar amb una probabilitat (la prevalença de la dependència) que té, a més, una incidència creixent en el temps. Per tot això, semblaria adequat tenir una mica més de disposició a pagar per afrontar aquest risc. Això obligaria a inserir el finançament de la dependència en les polítiques socials, conjugant l'acció protectora de la Seguretat Social en matèria de pensions (variacions en el seu nivell) i en matèria de liquiditat patrimonial privada (estalvi individual acumulat). Aquests dos complements monetaris no es donen, com hem comentat, en el cas de les discapacitats prematures —d'aquí ve el seu major caràcter catastròfic—, i per això convé separar-los de l'anàlisi. No obstant això, en el segon supòsit (envelliment i discapacitats per a la vida diària), la capacitat de

pagament per als diferents nivells de dependència està òbviament relacionada amb la determinació de les pensions públiques i de la riquesa preexistent. Com que la primera és una variable endògena a la decisió pública (amb les restriccions generals de l'equilibri financer d'un sistema de seguretat social no fundat), només resta atendre les segones, més pròpies del mercat financer privat. I aquest és possiblement el tercer suport necessari per a la sostenibilitat de l'acció social (comunitària, no pública exclusivament) de la dependència.

En efecte, en el cas dels patrimonis individuals elevats, convertir-los en renda podria descomprimir en part la pressió de despesa en la protecció pública universalista i poc discriminatòria sobre els comptes públics. A això resulten molt sensibles la liquiditat de la riquesa i els incentius a les diferents modalitats de canalització de l'estalvi, tant de l'acumulat ja per a les generacions presents dels més grans, com del que es pugués induir a futur i al llarg de la vida activa dels ciutadans. Es tractaria, amb això, d'«aplanar» el perfil del consum al llarg del cicle vital i complementar les garanties per a la cobertura dels desfasaments entre supervivència i estalvi. Una manera òbvia d'obtenir l'esmentada garantia és a través de mecanismes públics d'assegurament col·lectiu i/o de la conversió d'estalvis en rendes vitalícies que complementin el sistema de pensions.

L'esmentada conjunció d'ingressos, no prevista en el finançament avui proposat a la cobertura pública de la dependència, hauria de comptar així amb un major suport financer individual d'almenys una part de les necessitats de les persones dependents. El mercat financer no sembla estar de moment a l'altura d'aquesta exigència. L'oferta de rendes vitalícies al nostre país és bastant escassa, encara que es poden observar canvis importants de cara al futur pròxim. A això s'han d'associar una reducció dels costos administratius, una major informació sobre les seves potencialitats en relació amb el desenvolupament venidor de la cartera pública de serveis, una major oferta segons aspiracions dels consumidors —garantint la no-pèrdua de poder adquisitiu— i la flexibilitat de la seva modificació en el temps. En alguns països fins i tot és obligatòria l'anualització d'una part dels comptes privats d'estalvi a partir d'una certa edat. En tot cas, una regulació pública que doni credibilitat i solvència al sistema pot ser, al nostre parer, més decisiva que una política d'imposició en la utilització de fons o que la fiscalitat favorable que se'ls pugui aplicar (evitable en la mesura que sigui possible, donada la seva regressivitat).

No cal dir que determinats canvis culturals semblen també oportuns en l'acompanyament del conjunt del procés, com ara, d'una manera general, la reducció d'aquesta elevada preferència dels espanyols (i llatins en general) per llegar (amb les pressions consegüents de reducció/eliminació de l'impost de successions i donacions) i la reducció de l'arrelament del sentiment de propietat de l'habitatge (fet que suposa un *handicap* no tan sols per al mercat del lloguer, sinó també, en el que aquí ens ocupa, per al desenvolupament d'hipoteques inverses en el sector). Fins i tot caldria combinar en el futur l'esmentada renda vitalícia amb una assegurança d'assistència de llarga durada, amb compensació més equilibrada entre els riscos específics de cada element. Semblantment, coadjuvaria el procés descrit la transformació d'una prima única en un flux de rendes, indicades, si escau, mentre visqui l'individu. Els incentius fiscals en la previsió voluntària individual o promoguda per empreses semblen, altrament, comuns en el sistema comparat. Tot plegat ha de permetre, en tot cas, que l'Estat, en la seva acció, es centri en qui més ho pugui necessitar, sense que això suposi incentius a l'abús moral i al desestalvi, com a forma de desresponsabilització individual en aquesta àrea de benestar comunitari tan important.