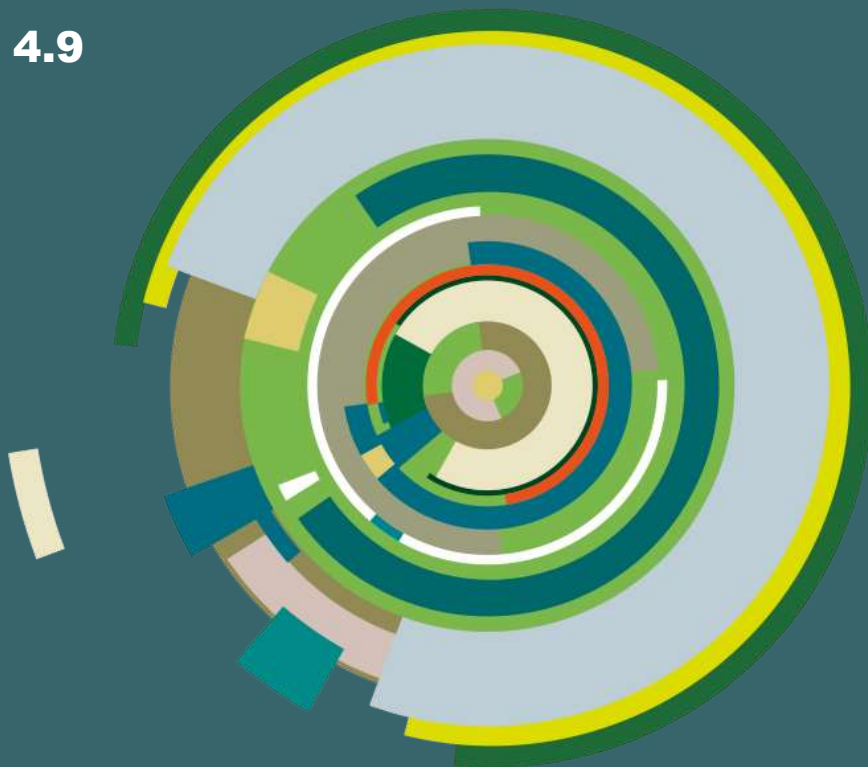




El sistema español de atención a la dependencia

Entre la regresión y las reformas

Vicente Marbán Gallego

Universidad de Alcalá



FUNDACIÓN FOESSA
FOMENTO DE ESTUDIOS SOCIALES
Y DE SOCIOLOGÍA APLICADA

SUMARIO

Introducción

- 1. Antecedentes y factores desencadenantes del SAAD.**
- 2. El SAAD: Desarrollo, regresión y reformas. De la crisis a la “postcrisis”.**
- 3. Retos de futuro y recomendaciones de mejora del SAAD.**
- 4. Referencias bibliográficas.**

Introducción

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante LAPAD) ha supuesto un hito, un verdadero episodio de cambio en la política social de atención a la dependencia. El actual sistema de atención a la dependencia (en adelante SAAD) no supone una ruptura abrupta entre el modelo histórico de atención a la dependencia y el nuevo desarrollo institucional adoptado con la Ley 39/2006. El SAAD completa los sistemas de protección ya existentes como el sistema sanitario, de carácter universal, y coordina otros como el de los servicios sociales (de carácter asistencial) y la Seguridad Social (contributiva y asistencial). Pero, sobre todo, supone una ampliación de los derechos de la atención a la dependencia sustituyendo un derecho asistencial por un derecho universal y subjetivo.

Las presiones sociodemográficas, los cambios en las estructuras familiares, el alto grado de consenso social y político, las experiencias europeas en cuidados de larga duración y una coyuntura económica favorable en las postrimerías de la aprobación de la LAPAD fueron factores determinantes para la configuración del SAAD. Salvo el último, los demás factores han seguido presionando desde el principio de la aprobación del SAAD en favor del reforzamiento de un modelo robusto de atención a la dependencia. Sucede, empero que, el despliegue efectivo del SAAD ha tenido que afrontar obstáculos relacionados con sus propias deficiencias de diseño institucional y, sobre todo, con una coyuntura económica desfavorable que, asociada con procesos de consolidación fiscal, han conducido al sistema a ser objeto de reformas que han resultado regresivas para las personas dependientes. Los ajustes realizados desde 2012 socavaron el SAAD diluyendo parte de las expectativas que generó su implantación y dificultando o retrasando la entrada de nuevos dependientes al sistema. Estos ajustes fueron especialmente graves para un sistema recién estrenado como el SAAD que empezó a ser recortado cuando empezaba a alcanzar su velocidad de crucero. Se trata, por lo tanto de un sistema joven al que la crisis ha tratado mal y que ha dejado cicatrices por el camino, especialmente entre las personas que fallecieron sin haber podido acogerse a este derecho reconocido o entre aquellas familias en situación de exclusión social con necesidades urgentes debido a sobrecargas sobrevenidas de atención en tiempo y

costes de cuidados. La “salida” de la crisis avecina claroscuros sobre el sistema que es necesario analizar. Cabe preguntarse si la recuperación económica se está traduciendo en una mejora del SAAD y qué impacto está teniendo en los niveles de acceso y cobertura de la población dependiente, incluida la reducción de las crónicas listas de espera, en la sostenibilidad, en el apoyo a las personas cuidadoras o en la calidad del empleo y de los cuidados, entre otros aspectos. Buscaremos respuestas comenzando por el análisis de los antecedentes y factores desencadenantes del SAAD. Continuaremos con la parte sustantiva del texto dedicada a analizar el impacto de la crisis y, sobre todo, de la “salida” de la crisis sobre el SAAD y cómo este sistema está dando respuesta a las personas dependientes y sus familias, sus principales avances y limitaciones, retos de futuro y recomendaciones de mejora.

1. Antecedentes y factores desencadenantes del SAAD

1.1 Antecedentes

La atención a las situaciones de dependencia no se contempló de manera expresa en la Constitución Española de 1978 ya que el término dependencia, por entonces, no era un término reconocido en nuestro ordenamiento jurídico (Alonso y Alemán, 2017). El actual momento de debate sobre una posible reforma constitucional podría ser un buen momento para que la atención a la dependencia se reconociera explícitamente en la Constitución Española como un derecho de carácter fundamental. En cualquier caso, independientemente del término utilizado, los artículos 49 y 50 de la Constitución sí dan cabida de manera implícita a la atención de esta contingencia mediante el reconocimiento de la atención a personas con discapacidad (art. 49) y la garantía de “suficiencia económica” durante la tercera edad (art.50). Con este margen jurídico se fueron articulando diferentes reformas orientadas a cubrir determinadas situaciones de envejecimiento y de discapacidad. Estas reformas han ido sentando las bases del actual SAAD. Según Rodríguez Cabrero (2004) y Rodríguez Rodríguez (2006), son referencias ineludibles la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI) aprobada en 1982, el Plan Gerontológico de principios de los 1990s o la II Asamblea Mundial de Envejecimiento de Naciones Unidas celebrada en España en 2002. También destacarían diferentes medidas legislativas que de una u otra forma han dado respuesta a situaciones de dependencia como la Ley General de Sanidad (1986), la Ley de Pensiones no contributivas (1990), la Ley General de la Seguridad Social (texto refundido de 1994, TRLGSS), Leyes Autonómicas de Servicios Sociales, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), así como el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Comunidades Locales (1988).

La Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) y el Plan Gerontológico de 1992 fueron medidas muy contenidas tanto desde un punto de vista presupuestario como de compromiso político y tuvieron un alcance limitado por la fragmentación de competencias entre las Administraciones públicas (Rodríguez Rodríguez, 2006). Sin embargo, contribuyeron a introducir en el debate la importancia de una atención más integral, socio-sanitaria y colectiva de lo que hoy entendemos por

dependencia. La LISMI tuvo una orientación sesgada hacia las prestaciones económicas dejando en un segundo plano las políticas la integración socio-laboral o a la supresión de barreras arquitectónicas. No obstante, teniendo en cuenta que hablamos de inicios de los años 80 tuvo el mérito de contemplar de manera pionera (art. 16) un subsidio de ayuda por tercera persona orientado a personas con 18 o más años sin actividad laboral, con un grado de discapacidad igual o superior al 75% y que necesitaran la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida¹. El Plan Gerontológico abordaba de manera integral toda una serie de políticas en materia de envejecimiento abriéndose camino la importancia de la atención socio-sanitaria-. Se recogían medidas de gran calado como un complemento de pensión para pensionistas en situación de dependencia funcional o mapas socio-sanitarios y unidades específicas para coordinar los servicios sociales y sanitarios que, de haberse implementado plenamente, habrían supuesto un importante avance en la década de los 90 en la atención de situaciones de dependencia de personas mayores (Sancho y Rodríguez, 2002).

Dentro de todo este conjunto de medidas y reformas mencionadas, podríamos resumir señalando que el sistema previo al SAAD estaba estructurado básicamente en torno a dos niveles de cuidados formales sin los cuales no puede entenderse al actual sistema:

- El sistema de Seguridad Social en sus dos variantes, contributiva y asistencial. Este sistema, fruto de la Ley de Prestaciones no Contributivas (1990) y la Ley General de la Seguridad Social (Texto Refundido de 1994, TRLGSS) estaba muy restringido y sometido a controles médicos y administrativos muy estrictos, y garantizaba un complemento económico contributivo por ayuda de tercera persona a los trabajadores menores de 65 años que sufrieran una gran invalidez por un accidente laboral o un complemento no contributivo a personas con discapacidad superior al 65%.

- Por otro lado, el sistema de servicios sociales, que protegía a las personas en situación de dependencia sin recursos y sin apoyo informal de ningún tipo. Dado su carácter asistencial, los medios de control para acceder a algún tipo de cuidados eran la prueba de ingresos económicos y la existencia de apoyo informal y su financiación y provisión era competencia de las Comunidades Autónomas. Este sistema de servicios sociales previo al SAAD se construyó sobre un progresivo proceso de descentralización del Estado de Bienestar que dotó a las CCAA y los Ayuntamientos con la competencia exclusiva de la provisión de los servicios sociales y cuya oferta de servicios sociales, sobre todo los de tipo comunitario (centros de día, servicio de ayuda a domicilio y teleasistencia) se vio reforzada con la promulgación de leyes de servicios sociales autonómicas, la ley de bases de régimen local de 1985 y el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Comunidades Locales desde 1988.

Las leyes autonómicas de servicios sociales de primera y segunda generación fueron configurando, junto a diversos programas socio-sanitarios y planes de atención a

¹ El subsidio fue suprimido por la Ley 26/1990, de 20 de diciembre al integrarse dentro de las prestaciones no contributivas de la Seguridad Social.

personas mayores, con el apoyo financiero del Estado – a través de planes nacionales (como el Plan Concertado) – y con la transferencia de toda la red de servicios sociales de la Seguridad Social entre 1985 y 1995, un mapa autonómico de servicios sociales cada vez más extenso. El resultado fue un sistema de servicios sociales cuyo significativo desarrollo en esos años se consagró, sin embargo, manteniendo un carácter asistencial y con una limitada cobertura y equidad interterritorial que, como veremos más adelante, todavía lastran al actual SAAD. Aunque algunas leyes autonómicas de servicios sociales “se proclamaban como universales, es decir, accesibles a cualquier persona en situación de necesidad [...] se trataba de un derecho puramente retórico, que no podía compararse de ninguna manera al derecho subjetivo que tienen los sistemas de protección ya consolidados” (Rodríguez Rodríguez, 2006: 50). El sector público autonómico y local construyó en cada territorio un sistema de servicios sociales sin que a nivel de todo el Estado existiera una ley ni un sistema coherente que articulara los diversos modelos de servicios sociales existentes y sometidos a diferentes grados de racionamiento y selectividad de la oferta de los servicios sociales según la región en cuestión.

Estos antecedentes nos permiten comprender mejor porqué el actual SAAD no ha supuesto una reforma abrupta sino una reforma gradual y necesaria para racionalizar la oferta existente de prestaciones para la dependencia en el ámbito de la Seguridad Social y de las Comunidades Autónomas.

1.2. Factores desencadenantes del SAAD

La aprobación de la LAPAD es el resultado de la confluencia de una serie de cambios sociodemográficos e institucionales que venían operando desde los primeros años 90 del pasado siglo y el forjamiento de una trama de actores sociales que, con distintos intereses, vinieron a coincidir en el objetivo general de profundizar en el desarrollo de un sistema universal de cuidados de larga duración. (Rodríguez Cabrero, 2012, Marbán, 2012). Describimos sucintamente dichos cambios:

a) El contexto europeo y las reformas sociales e inercias institucionales en la política social de atención a la dependencia en España previas al SAAD. Las bases del actual SAAD se fueron construyendo a partir de las reformas e inercias institucionales que hemos señalado al abordar los antecedentes del SAAD. El ámbito europeo también desempeñó un papel fundamental como desencadenante de nuestro actual sistema.

Las reformas de los sistemas de cuidados de larga duración, primero en los países nórdicos y posteriormente en los países del régimen continental de Estado de Bienestar (Austria, Alemania, Luxemburgo, Francia) pretendieron minimizar el impacto de una serie de presiones sociodemográficas y socioeconómicas (envejecimiento de la población, altos niveles de copago en los cuidados institucionales, infracobertura de prestaciones, caída en la oferta de cuidadores familiares, servicios de atención costosos y muy medicalizados) (Pacolet, 1998; Ranci y Pavolini, 2013) cuyo impacto cada vez era más evidente también en el caso español. Al principio dichas reformas contribuyeron a la

dinamización de una discusión incipiente en España donde, hasta finales de los 1990s, el debate general sobre protección social estuvo protagonizado por la viabilidad y reforma del sistema de pensiones. Posteriormente, la consolidación de estas reformas europeas de una manera relativamente exitosa junto a las presiones internas de factores demográficos e institucionales supusieron un acicate más en la definición de una política integral de atención a la dependencia en España.

b) Cambios en la estructura de organización y provisión de los cuidados. Se trata de cambios que no implican un retroceso del modelo de atención familiar de cuidados sino una profunda reestructuración social interna. Nuestra estructura de cuidados es altamente intensiva en cuidados familiares. Cambios como, entre otros, el menor tamaño de las familias, la modificación de los roles familiares tradicionales y el avance social asociado a la creciente participación de la mujer en el mercado laboral han supuesto una reducción de la oferta tradicional de cuidados de los que disponían las personas dependientes en décadas anteriores. Dicha reducción de la oferta de cuidados informales, además, apenas fue contrarrestada por una oferta y cobertura de servicios públicos y de servicios privados de responsabilidad pública que resultaba claramente insuficiente y desigual entre territorios

c) Cambios sociodemográficos. El aumento en ciertas causas sobrevenidas de dependencia fruto de un modo de vida en el que se asumen mayores riesgos (accidentes de tráfico o accidentes laborales...) así como el ‘coste del éxito’ asociado a un creciente envejecimiento del envejecimiento pusieron de manifiesto la fragilidad e insuficiencia del sistema de atención a la dependencia previo al SAAD. Estos cambios, junto con los avances en el sistema sanitario, supusieron, en cierto modo, una mayor reducción de los factores de muerte que de los factores de riesgo de dependencia y sobre todo, un aumento creciente de la demanda de cuidados personales en el hogar y en instituciones.

Como decíamos, estos cambios sociodemográficos e institucionales desencadenaron la reforma de la política social de atención a la dependencia. No obstante, iniciado el siglo XXI dicha reforma no habría sido posible sin una coyuntura económica favorable o sin la existencia de una trama de actores sociales con intereses comunes en avanzar en una cobertura suficiente de las situaciones de dependencia. Dicha trama no necesariamente se conformó mediante coaliciones basadas en estructuras organizativas y estrechas redes de contacto y cooperación mutua o alianzas diseñadas por acuerdo, sino más bien “coaliciones *sui géneris*” basadas en la confluencia inercial de intereses conciliables en mayor o menor grado entre distintas combinaciones de actores (Marbán, 2012). El debate fue especialmente intenso en lo relativo al marco protector (dentro o fuera de la Seguridad Social) y al ámbito competencial. Sin embargo, en general, el grado de acuerdo fue sustancial en aspectos básicos como su universalidad e igualdad de acceso, el reconocimiento de los derechos de los cuidadores en la Seguridad Social, la preferencia por un modelo de prestaciones por servicios sobre un modelo de prestaciones monetarias, la importancia concedida a la prevención, la

formación, la calidad en la prestación de servicios o la necesidad de establecer un sistema de información transparente y fluido entre los agentes implicados ².

2. El SAAD: Desarrollo, regresión y reformas de la crisis a la “postcrisis”

Los mencionados factores desencadenantes del SAAD y la confluencia de intereses entre los actores sociales en la puesta en marcha de un sistema de atención a la dependencia se materializaron en la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Entró en vigor en enero de 2007 y desarrolla un derecho universal subjetivo para todos los individuos que, independientemente de la edad, acrediten su residencia de forma estable durante al menos 5 años (de los cuales 2 deben ser los inmediatamente anteriores a cuando se presente la solicitud) y que presenten uno de los grados de dependencia contemplados en la ley (moderada, severa o gran dependencia) (Art. 26). Estos grados se determinan según la frecuencia y la intensidad de la ayuda (apoyo intermitente al menos una vez al día en la moderada, apoyo extenso 2 o 3 veces en la severa, y apoyo indispensable y continuo varias veces en la gran dependencia).

La valoración del grado de dependencia se realiza mediante la aplicación de un baremo acordado en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia o CISAAD³ en base a un cuestionario y a la observación directa de la persona en su entorno habitual por un equipo profesional cualificado. La determinación del grado y nivel de la dependencia se obtiene a partir de la puntuación final obtenida en dicha valoración. Con dicha valoración se elabora un Plan Individualizado de Atención – PIA en el que se determinan los servicios y prestaciones correspondientes en función del grado y nivel de dependencia reconocido y de lo que establezca la normativa vigente en materia de régimen de compatibilidad entre servicios y prestaciones del catálogo. Este programa individualizado incluirá el estudio y análisis de la capacidad económica del beneficiario y la determinación del importe de la prestación económica a percibir.

En cuanto a los tipos de prestaciones, se contemplan prestaciones en servicios y monetarias aunque en la ley se da prioridad a las primeras sobre las segundas. Los principales servicios de atención a la dependencia son los servicios de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía personal, la teleasistencia, la ayuda a domicilio, los centros de día y noche y la atención residencial. El proveedor profesional del servicio es designado por la administración y el beneficiario no puede elegir entre los proveedores profesionales existentes. Dichos proveedores de servicios pueden ser centros regionales, municipales o del sector privado y deben ser acreditados por las

² Más detalles sobre el proceso de gestación de la LAPAD pueden encontrarse en Marbán (2009).

³ Este Consejo, según establece el Art. 8 de la Ley, debe estar constituido por el titular del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y un número de representantes de los diferentes Departamentos ministeriales. Según dicha composición siempre resultará una mayoría de representantes de las Comunidades Autónomas.

CCAA. El CISAAD tiene establecidos unos criterios comunes de acreditación a nivel estatal en el que se fijan la cualificación necesaria del personal, los ratios mínimos de personal por beneficiario, los recursos materiales y el equipamiento necesarios para garantizar una atención de calidad⁴.

Las principales prestaciones económicas son la prestación económica de asistencia personal, la prestación económica vinculada al servicio y la prestación económica para cuidados en entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (PECEF en adelante). La prestación económica de asistencia personal, está orientada a contratar a un asistente personal durante un determinado número de horas para garantizar una mayor autonomía personal, el acceso al empleo y a la educación y atender a necesidades básicas de la vida diaria. Inicialmente estaba orientada a personas con gran dependencia y desde 2012 esta prestación fue ampliada a los demás grados. El beneficiario de esta prestación tiene que contratar al asistente personal mediante una empresa acreditada de cuidados o bien directamente a un cuidador registrado como trabajador autónomo en la Seguridad Social.

La prestación económica vinculada al servicio se concede cuando no es posible ofrecer el servicio establecido en el PIA por el sector público. El beneficiario debe destinar la cuantía monetaria establecida a contratar la prestación del servicio pudiendo elegir entre los proveedores profesionales acreditados por la administración.

La PECEF debe tener carácter excepcional. Se puede conceder siempre que no existan recursos públicos o privados acreditados para llevar a cabo este servicio de cuidados y requiere que el beneficiario haya sido atendido por cuidadores no profesionales en el año previo a la presentación de la solicitud. Los cuidados deben ser provistos por un miembro de la familia y solo, excepcionalmente, por personas del entorno familiar. En la práctica, la cuantía de esta prestación solo cubre una parte muy pequeña del coste de cuidados. Además, en función de la renta del beneficiario, se puede establecer un copago a deducir de dicha cuantía.

La Ley recoge la cotización al régimen general de la Seguridad Social por los cuidadores no profesionales acogidos a esta prestación (RD 615/2007 de 11 de mayo). Dicho pago era abonado directamente por la Administración General del Estado (AGE) (el IMSERSO, en concreto) a la Tesorería General de la Seguridad Social. Este derecho se suprimió en julio de 2012 pasando a ser voluntario y a cargo del cuidador aunque con unas cotizaciones más reducidas. En marzo de 2019⁵ se ha aprobado la recuperación de este derecho de modo que las cuotas del convenio especial de los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia se financiarán a cargo de la Administración General del Estado.

Existen algunas incompatibilidades entre prestaciones monetarias y en servicios. En general, no se pueden acumular las prestaciones en servicios y monetarias excepto

⁴ Criterios acordados en la resolución del 2 de diciembre de 2008 <http://goo.gl/Q1QfxU> y parcialmente modificados el 7 de octubre de 2015.

⁵ Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación, <https://goo.gl/TH9zJE>.

para los servicios de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía personal y la teleasistencia.

Las cuantías máximas de estas prestaciones económicas son las que se detallan en la siguiente tabla (Tabla 1). Estas cuantías fueron modificadas a la baja desde 2012.

Tabla 1: Cuantías máximas de las prestaciones económicas por Grado y Nivel para el año 2007, 2008 y 2018 (Euros mensuales)

Grados y niveles	Prestación económica vinculada al servicio			Prestación económica para cuidados en el entorno familiar			Prestación económica de asistencia personal ⁶			
	2007	2008	2018 ⁷	2007	2008		2018	2007	2008	2018
						Cuota SS+ FP				
Grado III. Nivel 2	780	812	715,07	487	507	154	387,64	780	812	715,07
Grado III. Nivel 1	585	609		390	406			585	609	
Grado II, (nivel 2)		450			328					
Grado I ⁸			300				153			300

Fuente: Elaboración propia a partir de RD 727/2007 de 8 de junio, RD 7/2008, de 11 de enero y RD 20/2012 de 13 de julio.

El sistema se financia con impuestos generales y copago de los beneficiarios según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica. La Administración General del Estado debe garantizar un *nivel mínimo de financiación* para todo el Estado para asegurar un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos independientemente del territorio de residencia. La financiación pública es asumida conjuntamente entre la AGE y las Comunidades Autónomas de modo que la aportación de las Comunidades Autónomas sea cada año, al menos igual a la de la AGE.

La gestión del sistema está descentralizada. La AGE garantiza unas prestaciones mínimas y, junto con las Comunidades Autónomas (CCAA) acuerdan la coordinación del sistema, la intensidad de los servicios, las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas, los criterios de copago y el baremo. Las CCAA son la estructura operativa del sistema (planifican la oferta, valoran la dependencia, gestionan las prestaciones y conciertan la prestación de servicios con el sector privado-mercantil y sin fin de lucro).

⁶ Hasta julio de 2012 esta prestación solo se concedía a personas con gran dependencia. Desde esa fecha se amplió a los demás grados.

⁷ Hasta 2012 existían niveles dentro de cada grado. Desde esa fecha se eliminaron dichos niveles de dependencia.

⁸ Las personas dependientes grado 1 finalmente se incorporaron al SAAD en 2015

2.2. La crisis económica y las reformas del SAAD (periodo 2008-2015)

El SAAD es un hito reciente de la política social española. Su aprobación se produjo en un ambivalente contexto de crecimiento económico y de recalibración de nuestro Estado de Bienestar y de las políticas sociales (Guillén y Rodríguez Cabrero, 2015). La consideración de la atención a la dependencia como un “nuevo” derecho subjetivo irrumpió como aire fresco en la agenda de la política social. Una agenda que, por entonces, se centraba, muy a nuestro pesar, en el redimensionamiento de los tradicionales pilares del Estado de Bienestar como la sanidad, educación o el sistema de pensiones y que seguía postergando la universalización de los servicios sociales, en los que finalmente se integró el SAAD.

El SAAD fue diseñado en una etapa de crecimiento económico e implementado en tiempos de crisis. Tras su aprobación en diciembre de 2006 y superado el periodo de producción normativa de los primeros meses de 2007, fue a principios de 2008 (en los albores de la crisis económica) cuando el sistema empezó realmente a aplicarse y a despegar. Este proceso no estuvo exento de disfunciones como consecuencia de su complejo diseño competencial y de su integración como derecho subjetivo en la red asistencial de servicios sociales. Con respecto a esto último, la incardinación del SAAD en la rama de servicios sociales ha obligado, no sin tensiones organizativas y financieras, a ajustar el nuevo sistema con las funciones tradicionales de la rama. Se da la paradoja de que la coexistencia de un sistema asistencial de servicios sociales con un servicio social de atención a la dependencia de carácter “universal” pudo suponer un problema de mala asignación de recursos (Arlotti y Aguilar-Hendrickson, 2017). Por ejemplo, servicios sociales de atención domiciliaria, incluso residenciales, que se venían prestando antes del SAAD a personas mayores no dependientes coexistían (y quizá todavía lo hacen) con la oferta de los mismos servicios “solo” a personas dependientes que cumplieran los criterios mínimos exigidos por la LAPAD desde la implantación del SAAD.

En cualquier caso, a pesar de estas disfunciones el nuevo sistema empezó su andadura con un buen ritmo de solicitudes y dictámenes de dependencia gracias y también “a costa de” los recursos de atención de la red de Servicios Sociales ya existentes. Tan solo hasta diciembre de 2008 se realizaron 684.525 solicitudes de prestación de dependencia, 586.749 valoraciones y se elaboraron 554.822 dictámenes de dependencia de los cuales se reconocieron 422.846 beneficiarios con derecho a prestación (el 76,1% de los dictámenes). Si bien es cierto que una buena parte de estos beneficiarios ya venían siendo atendidos por los Servicios Sociales de las CCAA y las Corporaciones Locales para otros supuso una nueva posibilidad de ser atendidos por un sistema que garantizaba su atención como un derecho subjetivo y no discrecional. Esta etapa de despegue del SAAD (2007-2008) fue seguida por una etapa de consolidación y expansión del SAAD durante 2009 y 2010. En el bienio 2009- 2010 se duplicó el número de personas con derecho a prestación (casi 889.000 en total) (gráfico 1) con un aumento muy significativo en el grupo de personas dependientes del grado II (gráfico 2). También se incrementó notablemente el número de personas que recibieron prestaciones públicas alcanzando las 654.000; 149.565 personas se incorporaron al Sistema de Seguridad como cuidadoras en el ámbito familiar dentro del convenio especial cuyo pago era abonado directamente por la AGE. En esta etapa el porcentaje

de población beneficiaria del SAAD sobre el total de población aumentó del 1% al 1,4% (gráfico 3).

Durante estas dos etapas, sobre todo durante la segunda, el gasto público estimado en cuidados de larga duración (CLD) aumentó sustancialmente de 3.809 millones de euros (0,36% del PIB) a 8.004 millones (0,74%) (Gómez et al, 2012)⁹.

En la etapa de expansión del SAAD el impacto de la crisis en el sistema fue amortiguado por un “espejismo” de políticas keynesianas que se concretó en un incremento adicional de 400 millones de euros en 2009 a través del Plan E (Plan Español para el estímulo de la Economía y el Empleo) para el desarrollo del SAAD por las Comunidades Autónomas. No obstante, el giro dado por el gobierno socialista en mayo de 2010 desde unas políticas keynesianas de estímulo económico a otras de consolidación y austeridad fiscal supusieron el inicio de las políticas de contención del gasto social. Dicha contención se materializó en una reducción del gasto en dependencia en los Presupuestos Generales del Estado de 2011 dando paso a una etapa de ralentización (2011) de la LAPAD. En 2011, sobre todo desde la segunda mitad del año, se frena el ritmo de beneficiarios con prestación (tan solo 87.214 nuevos beneficiarios frente a los 191.000 de 2010) (gráfico 1) y se reducen los beneficiarios con derecho a prestación con mayor grado de dependencia o grado III (gráfico 2). También aumenta la lista de espera (o “Limbo” de la dependencia) en más de 77.000 personas, en parte debido a la incorporación de las personas que en 2011 habían sido valoradas con el Grado I Nivel 2 y ya contaban con un PIA aprobado.

A la ralentización le siguió una etapa de retroceso y ajuste profundo del SAAD (2012-mediados de 2015) (AEDGSS, 2013; Jiménez Lara, 2015). El cambio de ciclo político en noviembre de 2011 supuso una intensificación en dichas políticas de ajuste. Estas políticas fueron desarrolladas en normativas urgentes, no pactadas entre los partidos políticos y los agentes sociales, bajo la forma de decretos-leyes. En relación a la dependencia, ya lo anticipaba en vísperas de las elecciones generales del 20 de noviembre de 2011 el que, a la postre, fuera presidente del Gobierno declarando que “La Dependencia no es viable. Hay que ir haciendo lo que se pueda”.¹⁰

En particular, el Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, introdujo una moratoria en la aplicación de la LAPAD que retrasaba en un año la incorporación de los dependientes moderados. Con la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2012 se suspendió la financiación estatal del nivel conveniado (283 millones de euros). Finalmente, el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio¹¹ incluyó medidas que supusieron una reforma del SAAD no tanto para garantizar su sostenibilidad como para cumplir la “exigencia de cumplimiento de los objetivos de déficit público”, como se reconoce en el preámbulo del Real Decreto.

⁹ Según el Informe del Gobierno para la evaluación de la LAPAD presentado en 2011 (www.dependencia.imsero.es/dependencia_01/evo_doc/d/inf_eval/index.htm), en 2010 se dedicaron 6.767 millones de euros (0,64% del PIB), duplicando el gasto público para la atención a la dependencia previo a la LAPAD cifrado en el 0,32% del PIB.

¹⁰ Entrevista a Mariano Rajoy en El País, 11 de noviembre de 2011; https://elpais.com/politica/2011/11/16/actualidad/1321476670_720434.html

¹¹ <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-9364>

Entre dichas medidas se recogieron las siguientes:

- a) La reducción de la aportación de la AGE para la financiación del nivel mínimo de protección en un 13%,
- b) La supresión de las cotizaciones a la Seguridad Social de cuidadores no profesionales que hasta entonces era asumida por la AGE. Los cuidadores pueden voluntariamente permanecer en el régimen de cotización, siempre y cuando abonen ellos mismos la totalidad de la cotización.
- c) La reducción del 15% con efectos inmediatos de la cuantía de la PECEF;
- d) El establecimiento de un plazo de suspensión máximo de dos años para la percepción de la PECEF desde la fecha en la que se generase el derecho de acceso¹²;
- e) La extensión de la moratoria en la incorporación de los dependientes moderados hasta julio de 2015;
- f) f) Incremento de la aportación del usuario (copago) (Resolución de 13 de julio de 2012¹³). Desde entonces implica un copago para las personas dependientes con rentas superiores al IPREM (en 2012 eran 532 euros mensuales y 6.390 anuales). Dicho copago sería progresivo y como máximo llegaría al 90% del precio del servicio de atención recibido disfrutando. Hasta esta reforma ese 90% solo era aplicable a los servicios residenciales. Desde entonces se aplicaría a todos los tipos de servicios y de prestaciones económicas¹⁴.

Durante 2013, se aprobaron otras medidas ya contempladas en la reforma del 2012 como la reducción de las horas de atención del servicio de ayuda a domicilio, una mayor incompatibilidad para recibir diferentes servicios a la vez y para combinar estos con las prestaciones económicas (Real Decreto 1051/2013¹⁵). De tal modo, las familias ya no podían recibir prestaciones económicas y en servicios al mismo tiempo ni podían combinar diferentes tipos de servicios, excepto tele-asistencia, que podía ser compatible con los servicios de prevención, de promoción de la autonomía personal y centros de

¹² De este modo, los pagos retroactivos de la prestación quedaban restringidos. Solo podrían reclamarse los pagos cuando la Administración tardase más de 2 años (antes eran 6 meses) en empezar a pagar. Dada la baja esperanza de vida de los beneficiarios ello vino a significar en la práctica que muchos de ellos pudieran morir, como así sucedió, sin recibir la prestación a la que tenían derecho, y sin que la Administración responsable tuviera que hacer frente a obligaciones retroactivas. Por ejemplo, una persona que fuera evaluada como dependiente de Grado II o III y a la que se hubiera asignado una prestación económica por cuidados en el entorno familiar podría tardar hasta dos años en devengar la cuantía correspondiente.

¹³ Consultar https://boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10468 (BOE, 3 de agosto de 2012)

¹⁴ Por ejemplo, para los centros de día y ayuda a domicilio- el tope se eleva del 65% al 90%; en la prestación económica de cuidados en el entorno familiar pasa del 25% al 90% y en la de la prestación vinculada a un servicio y en la prestación de asistencia personal aumenta del 40% al 90% (Montserrat y Montejo, 2013).

¹⁵ Disponible en el enlace <http://goo.gl/dY6ZRx> (BOE, 31 de diciembre de 2013)

día y noche. También se aprobó una reforma del sistema de información o SISAAD (Orden SSI/2371/2013¹⁶) y un nuevo sistema de justificación del gasto por las CCAA (Real Decreto 1050/2013¹⁷). Entre esta maraña de medidas de ajuste hubo alguna medida positiva como la extensión de la prestación de asistencia personal a todos los grados de dependencia (hasta entonces restringida a los dependientes de grado III) (RD 1051/2013) o la introducción de un nuevo criterio de asignación presupuestaria del nivel mínimo de protección por el que se dotaría de más recursos a aquellas CCAA que atendiesen a los beneficiarios a través de servicios en vez de mediante PECEFs.

De acuerdo con el Programa Nacional de Reformas de España de 2014 tales medidas representaron un ahorro estimado de 2.278 millones de euros entre 2012 y 2014. Ello explica en parte porqué el gasto se estancó entre 2011 y 2015 en torno al 0,7% del PIB (por debajo del promedio de la UE del 1,6%) (European Commission, 2015) mientras que hasta 2010 se había duplicado (del 0,3% a aproximadamente el 0,7%).

Estos ajustes supusieron un retroceso del sistema y un aplazamiento del ejercicio efectivo del derecho. En este periodo disminuyó el ritmo de concesión de prestaciones con un impacto negativo en la cobertura del SAAD. Entre enero de 2012 y enero 2015¹⁸ disminuyó sustancialmente el número de beneficiarios con derecho a prestación en más de 160.000 personas (gráfico 1). Esta disminución afectó a todos los grados de dependencia aunque su incidencia fue mayor entre los grandes dependientes (gráfico 2). Dicha disminución pudo deberse, por un lado, a la existencia de mayores restricciones a la entrada de nuevos dependientes de Grado III fruto del endurecimiento del baremo y, por el otro, al mayor número de bajas que afecta a las personas con este grado de dependencia dada su mayor fragilidad (AEDGSS, 2018). Apenas aumentaron los beneficiarios con prestaciones, incluso hubo periodos de intenso retroceso, sobre todo entre la aprobación de la reforma en julio de 2012 y enero de 2015 en el que el número de beneficiarios con prestaciones disminuyó en más de 34.000 personas.

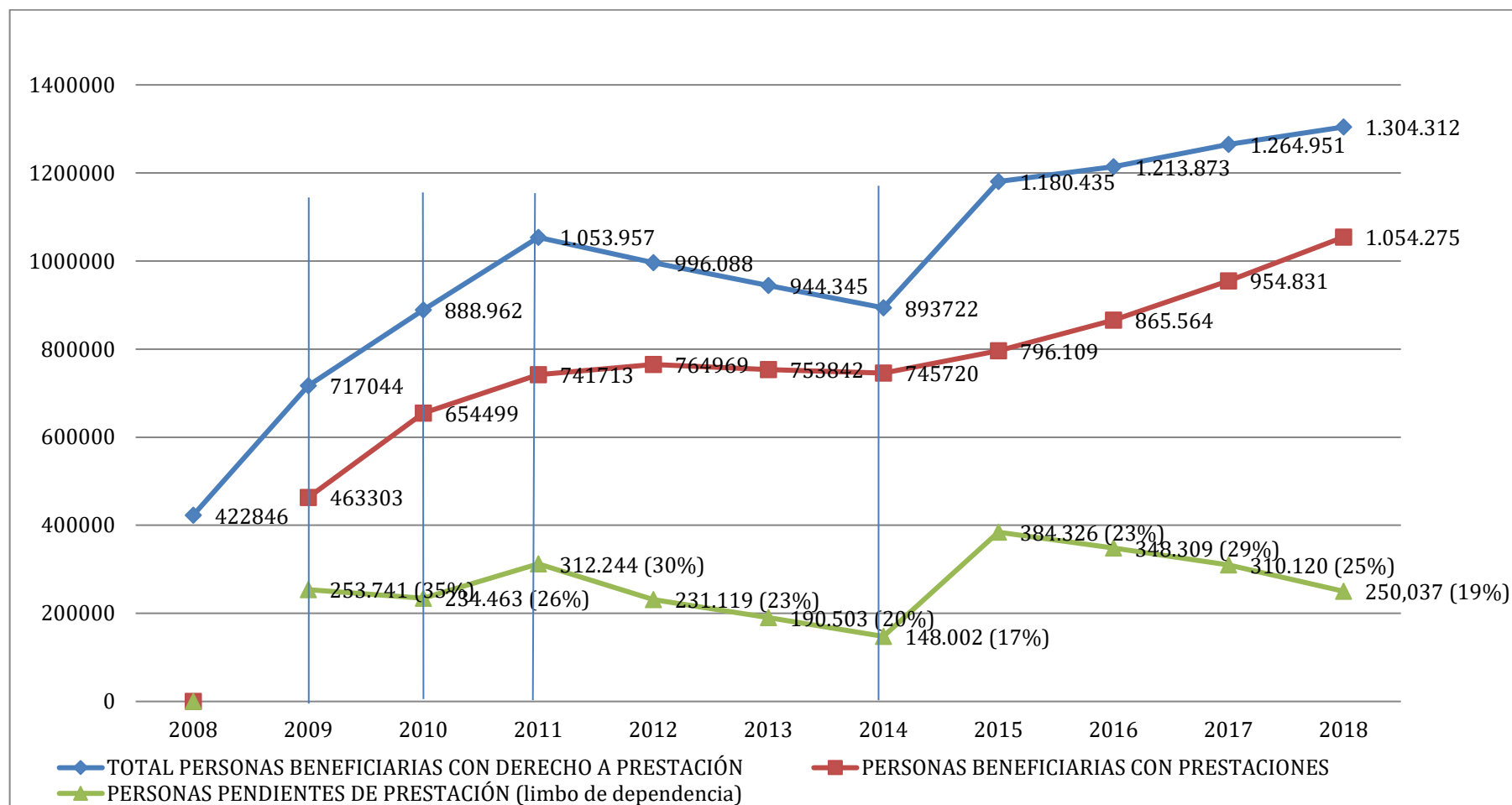
Entre enero de 2012 y 2015 la lista de espera descendió en 164.000 personas. Sin embargo, este descenso no se produjo aumentando el número de personas atendidas sino reduciendo el derecho de nuevos usuarios para entrar en el SAAD debido al retraso hasta el 2015 en la entrada al sistema de los dependientes moderados. Incluso una parte de personas dependientes con derecho a prestación que entró en la lista de espera no llegó a ser atendida al causar baja por fallecimiento (1 de cada 5 según la AEDGSS).

¹⁶ Consultar <http://goo.gl/TBNwVI>, (BOE, 18 de diciembre de 2013)

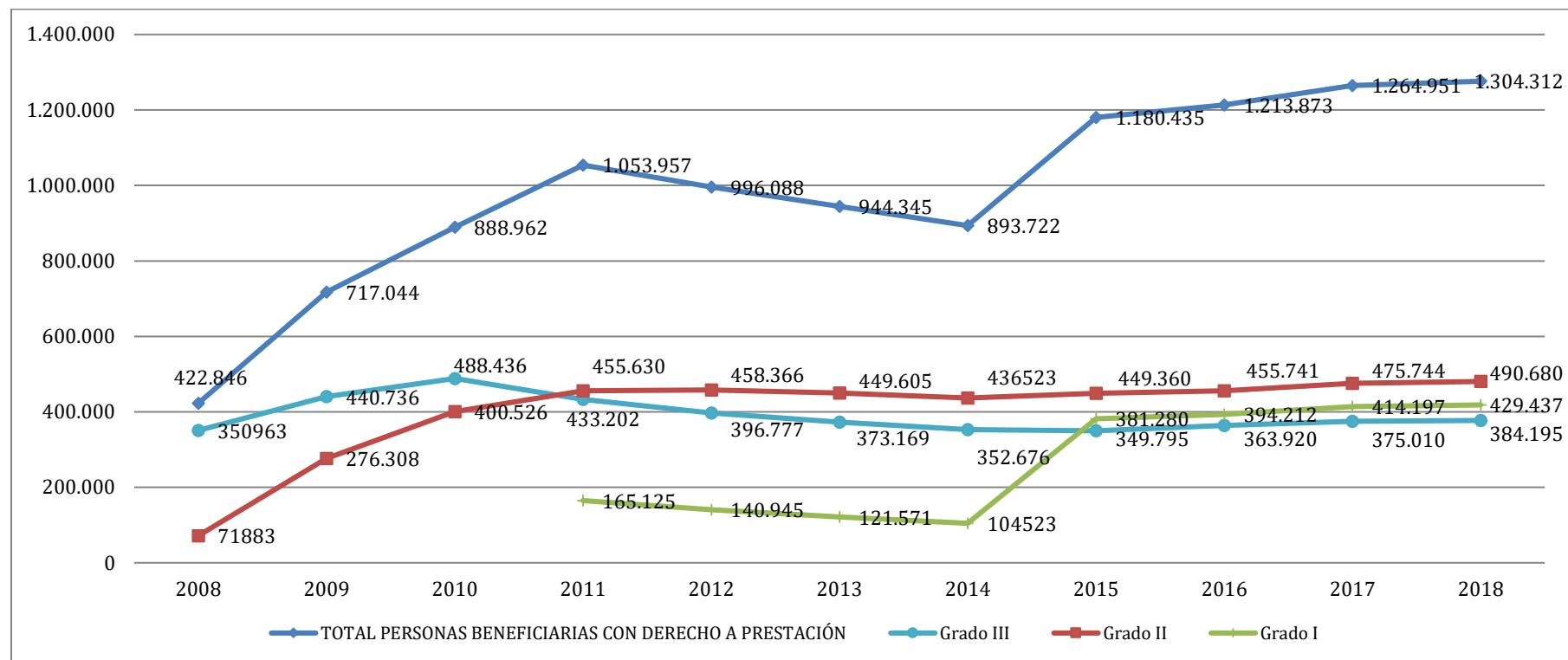
¹⁷ Consultar <http://goo.gl/dY6ZRx>, (BOE 31 de diciembre de 2013).

¹⁸ Información a fecha de 1 de enero de 2012 y 2015, con datos de 31 de diciembre de 2011 y 2014 respectivamente.

Gráfico 1. Evolución de beneficiarios de SAAD y personas pendientes de recibir prestación (2008 – 2018)

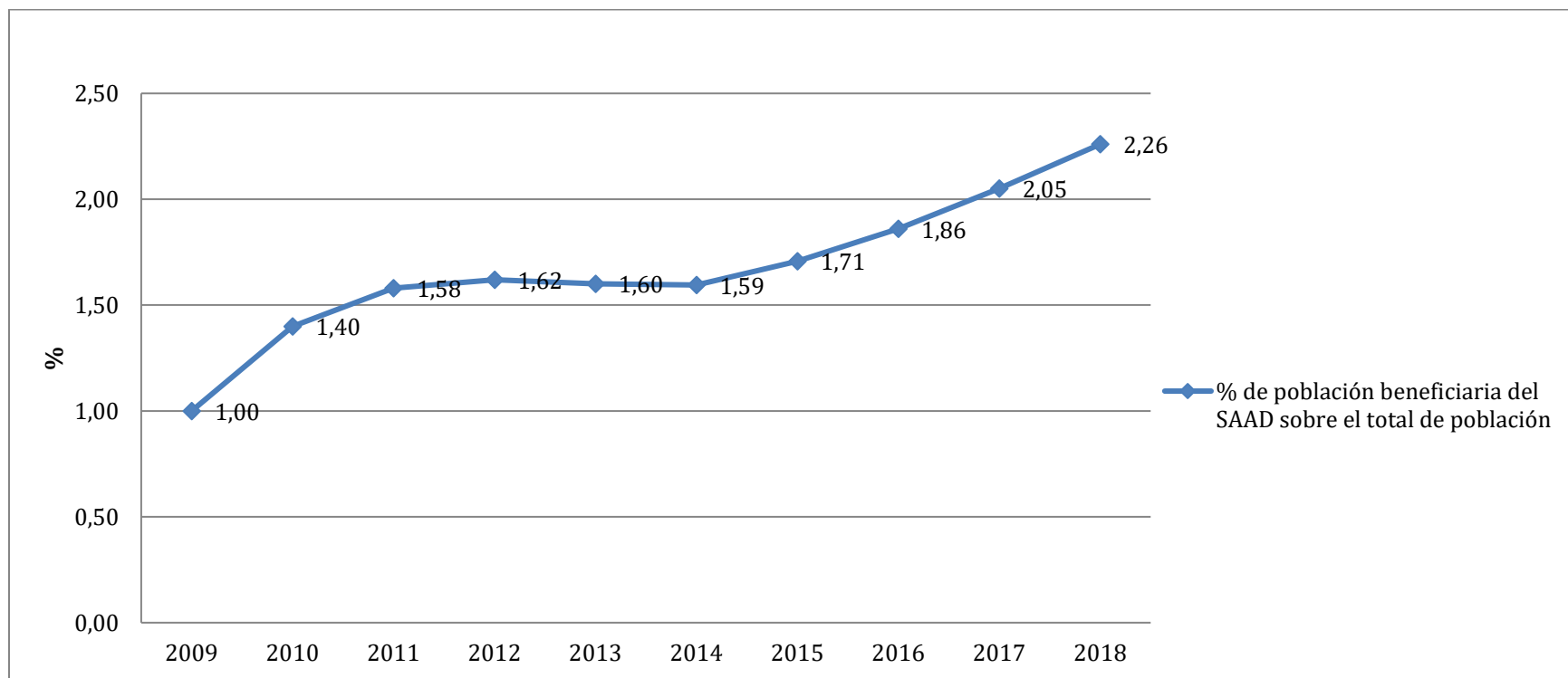


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD. Datos a fecha de 31 de diciembre.

Gráfico 2: Evolución de los beneficiarios con derecho a prestación por grados de dependencia

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD. Datos a fecha de 31 de diciembre.

Nota: En 2011 (Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre), se decidió posponer un año la entrada en el SAAD de las personas dependientes grado I (en el Real Decreto-ley 20/2012 se pospuso nuevamente hasta julio de 2015). No obstante, desde entonces se reconoció al derecho de estas personas, que a fecha de 31 de diciembre de 2011 o bien habían sido valoradas con el Grado I Nivel 2 y ya contaban con un PIA aprobado, o bien aquellas que, sin contar con un PIA a la citada fecha, se había excedido el plazo legalmente establecido para resolver (seis meses a contar desde la solicitud, de acuerdo con lo establecido en el R.D. 8/2010, de 20 de mayo). Asimismo se incluyen personas beneficiarias con prestación que, como consecuencia de una revisión, pasaron a contar con un Grado I Dependencia Moderada.

Gráfico 3. % de población beneficiaria del SAAD sobre el total de la población

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD. Datos a fecha de 31 de diciembre.

2.3. El SAAD en la “salida” de la crisis (2015-2018). La valoración del SAAD más de una década después

El SAAD empieza a mostrar signos de recuperación desde mediados de 2015. Desde entonces ha aumentado el número de solicitudes, el de personas valoradas y el porcentaje de población beneficiaria del SAAD sobre el total de población (gráfico 3). Destaca el incremento en el número de los beneficiarios con prestaciones y con derecho a prestación. Durante 2018 han aumentado un 10,4% y un 3,1% respectivamente y entre diciembre de 2015 y 2018 el aumento fue de un 32% (258.000 personas más con prestaciones) y un 10% (casi 124.000 más con derecho a prestación) (gráfico 1). Entre estas últimas, se observa un crecimiento del número de beneficiarios de grado II y III rompiéndose la tendencia a la disminución en estos grados que se venía produciendo en la etapa anterior de estancamiento. Que el ritmo de crecimiento de personas con prestaciones sea superior al de beneficiarios con derecho a prestación denota cierta mejora del sistema (FEDEA: Jiménez-Martín y Viola, 2017) y eso ha tenido un impacto positivo en la reducción de las listas de espera.

La parte más significativa de este crecimiento en los beneficiarios se debe a la incorporación de los dependientes grado I al SAAD desde mediados de 2015 que venía siendo aplazada desde 2011. Esta incorporación, como cabía esperar, aumentó significativamente la lista de espera hasta un pico de 442.000 personas en julio de 2015. Desde entonces se ha ido reduciendo hasta las 250.000 personas en diciembre de 2018, prácticamente un 35% menos si lo comparamos con diciembre de 2015. Este descenso, aunque es esperanzador, resulta insuficiente y desigual entre los diferentes grados de dependencia y, como comentaremos más adelante, también entre las regiones.

Tal reducción de la lista de espera se ha producido sobre todo entre las personas con dependencia moderada o de grado I mientras que apenas se ha reducido en los grados más severos. Según la AEDGSS (2018) la gran mayoría de las 38.000 personas que salieron de las listas de espera entre 2016 y 2017 fueron dependientes del grado I mientras los grados II y III se mantuvieron prácticamente igual. En diciembre de 2017, todavía en torno al 40% de las personas en listas de espera pertenecían a los grados más severos de dependencia. Por lo tanto, la mejora en la lista de espera se está consiguiendo sobre todo entre personas cuya atención supone un menor coste, dado su menor grado de dependencia, sin atender suficientemente a los grados más severos y de mayor edad que son precisamente los que suelen tener necesidades de atención más urgentes y una mayor probabilidad de fallecer sin haber recibido las prestaciones o servicios a las que tenían derecho. La propia “Comisión de Análisis de la situación de la Dependencia”¹⁹, reconoce esta situación estimando que en 2016 fallecieron más de 40.000 personas sin haber recibido la prestación que les fue reconocida.

¹⁹ Esta comisión se creó en febrero de 2017 para analizar la sostenibilidad y la financiación del SAAD. Se han producido diez reuniones de trabajo entre marzo y julio 2017. Está formada por representantes de servicios sociales y hacienda de la administración central y por los consejeros de servicios sociales de siete regiones. La Comisión ha elaborado un informe técnico que se encuentra disponible en http://www.imsero.es/imsero_01/autonomia_personal_dependencia/saad/evo_doc/co_si_dep/index.htm

Como ha podido constatarse en el recorrido de las diferentes etapas por las que ha pasado el SAAD, su desarrollo e implementación ha tenido que afrontar numerosos obstáculos; algunos de ellos eran previsibles (ajuste paulatino al sistema de servicios sociales, dificultades de financiación compartida y gobernanza interterritorial del sistema...). Otros obstáculos como la crisis económica no lo fueron tanto pero su impacto fue demoledor.

En consecuencia, el sistema de atención a la dependencia ha sufrido cambios sustanciales en aspectos básicos en relación a como fue inicialmente diseñado. Se ha retrasado el calendario de implantación de los dependientes moderados, reajustado y endurecido el baremo de valoración y la compatibilidad entre prestaciones y servicios, recortado las cuantías de las prestaciones económicas y del nivel mínimo de financiación aportado por la AGE, reducido la intensidad de los servicios y suprimido las cotizaciones a la Seguridad Social a favor de los cuidadores. Solo la extensión de la prestación de asistencia personal a todos los grados de dependencia ha supuesto un avance sobre lo inicialmente previsto.

Más de una década después, la realidad ha sido menos generosa que las previsiones anteriores a la aprobación de la Ley de Dependencia. Las previsiones iniciales sobre valoraciones se han visto desbordadas, no tanto por el número de personas dependientes, como por su grado de dependencia (AEDGSS, 2013). La evolución de los beneficiarios con prestación (654.499 en 2010, 796.109 en 2015 y 1.054.275 en 2018) es muy inferior a la proyección de beneficiarios estimados en el Libro Blanco (2005) (1.246.429 personas en 2010, 1.373.248 en 2015 y 1.496.226 en 2020).

En cualquier caso, a pesar de las numerosas vicisitudes por la que ha pasado el SAAD el esfuerzo realizado hasta la fecha debe ser reconocido y el derecho subjetivo a la atención, aunque claramente mermado e insuficiente, sigue siendo una “conquista” social que parece haber sobrevivido a la crisis. Actualmente más de un millón de personas están recibiendo algún tipo de prestación. Según la Comisión de Análisis de la situación de la Dependencia desde la implantación de la LAPAD hasta 2016 (último año disponible), se tramitaron más de 3,2 millones de expedientes, realizado 2,9 millones de dictámenes de valoración y se les reconoció en algún momento algún tipo de prestación o servicio a casi a 1,8 millones de beneficiarios (de los cuales 865.000 estaban activos y 900.000 archivados a 31 de diciembre de 2016). En los tres últimos años han evolucionado positivamente los principales indicadores de gestión del SAAD incluidas las listas de espera aunque todavía resulta excesivo que más de 250.000 personas (el 19% de los beneficiarios con derecho a una prestación) vean ocluido su derecho a una prestación.

Se trata, por lo tanto, de un avance considerable que no oculta, sin embargo, sus posibilidades de mejora y la necesidad de superar una serie de limitaciones y retos que llevan tiempo poniéndose de manifiesto en diferentes evaluaciones de las que ha sido objeto el SAAD tanto desde entidades públicas como privadas (AEVAL, 2008, Grupo de expertos 2009; IMSERSO 2011 y sucesivos; Comisión de Análisis de la situación de la Dependencia 2017, Observatorio de Asociación de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, Observatorio de FEDEA, entre otras). Limitaciones que pasamos a analizar como la débil coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, una desequilibrada

estructura entre prestaciones económicas y servicios, déficit de gobernanza y de cooperación institucional entre los distintos niveles de las administraciones públicas, el dispar desarrollo del SAAD entre las CCAA o los problemas de sostenibilidad, calidad en el empleo e impacto en la igualdad de género.

La coordinación socio-sanitaria en el SAAD

Para avanzar en la eficacia del SAAD y ajustar mejor los costes de atención es necesaria una adecuada coordinación socio-sanitaria. Esta coordinación se ha visto lastrada por la existencia de diferentes culturas profesionales, inercias administrativas y la ausencia de un compromiso sólido a nivel de Estado. La propia LAPAD no prevé servicios socio-sanitarios específicos para personas en situación de dependencia socio-sanitaria (Montserrat, 2015). Sigue sin existir un proceso de información, acceso y valoración único y compartido entre ambos sistemas. El discurso de la coordinación socio-sanitaria parece estar asumido por los gestores públicos y los profesionales. Sin embargo, ello no se plasma en la realidad. Falta cooperación tanto vertical como horizontal entre las autoridades públicas responsables de las áreas de servicios sociales o bienestar social y salud en los ámbitos estatal y regional. Los protocolos de coordinación y derivación de beneficiarios entre ambos sistemas son insuficientes y poco flexibles lo que dificulta una coordinación efectiva entre el personal sanitario (médicos de familia, profesionales de la enfermería sobre todo), los trabajadores sociales y profesionales de las organizaciones del Tercer Sector. Además, apenas se ha avanzado en el desarrollo de equipos de gestores de caso multidisciplinares y centrados en la persona formados por profesionales de centros de salud de atención primaria y de los servicios sociales comunitarios (AEDGSS, 2016).

Las prestaciones económicas y en servicios en el SAAD:

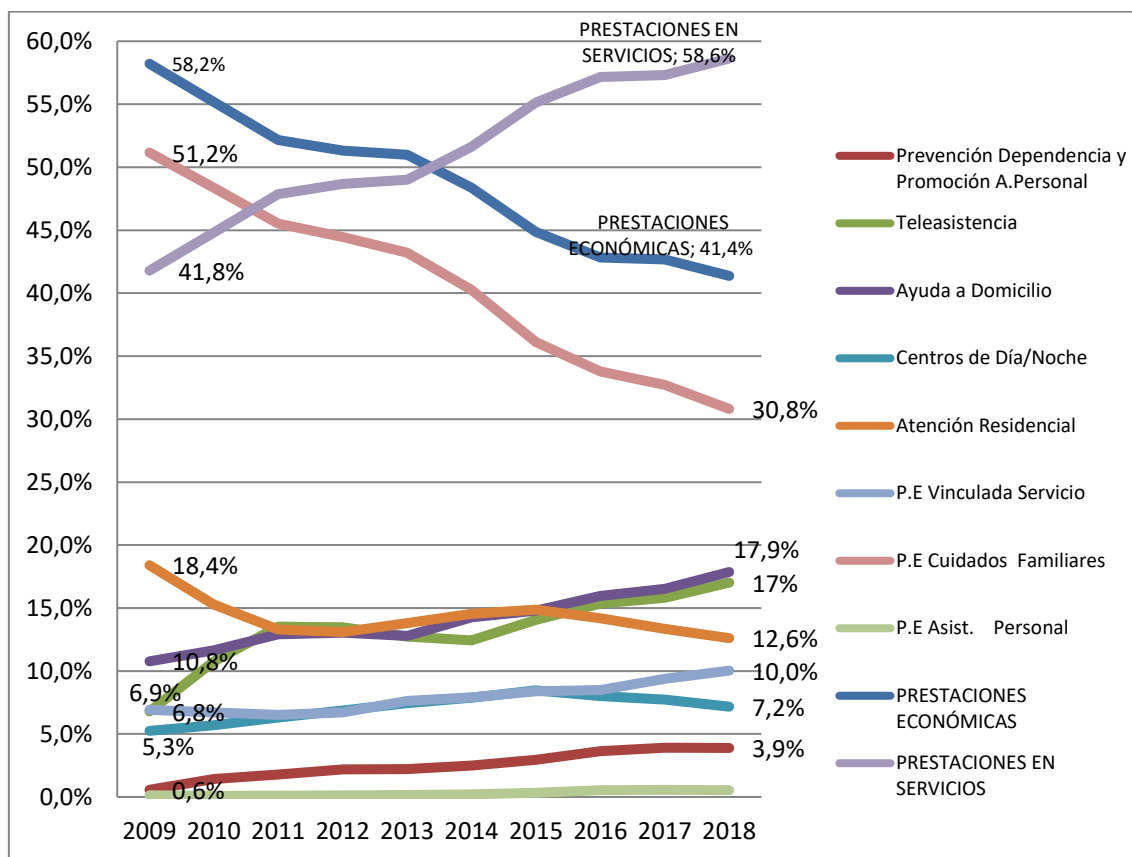
El excesivo peso de las prestaciones económicas en relación a los servicios es algo que se ha ido corrigiendo con el paso del tiempo. En los primeros años de desarrollo del SAAD la mayor parte de las prestaciones eran monetarias (el 58% en 2009) destacando las PECEF que llegaron a representar prácticamente la mitad de las prestaciones concedidas. En la actualidad (diciembre 2018) se ha invertido la situación con respecto a 2009 ya que las prestaciones en servicios (58,6% del total) superan a las prestaciones económicas (41,4%) (gráfico 4)²⁰.

Durante los años de mayor retroceso y ajuste profundo del SAAD (periodo 2012-2015) se produjo un importante descenso en las prestaciones económicas (-9%) mientras las prestaciones en servicios subieron un 18% (tabla II). El mayor aumento entre los servicios se produjo entre los centros de día y en los servicios de promoción y prevención, aunque estos últimos partían de niveles muy bajos en valores absolutos. El descenso de las prestaciones económicas se produjo únicamente en las PECEF. Su

²⁰ Entre las prestaciones económicas incluimos la prestación económica para cuidados en el entorno familiar así como la prestación económica vinculada a un servicio y de la asistente personal tal y como reconoce la Ley 36/2006 (art. 17-20).

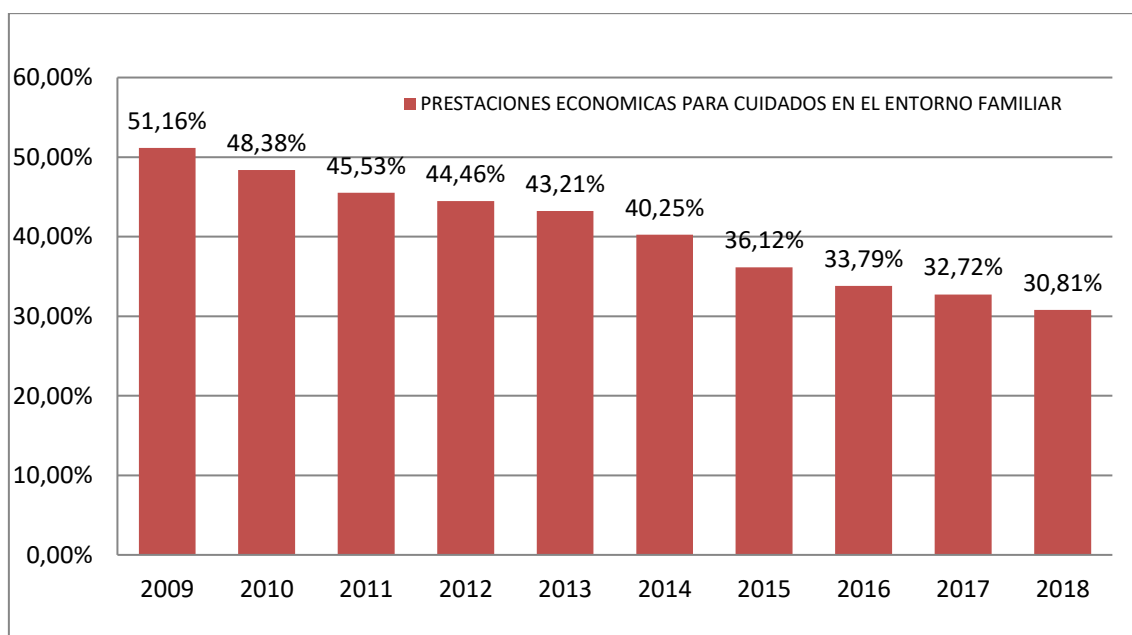
número se redujo un 16% y su peso sobre el total de prestaciones disminuyó 8 puntos porcentuales hasta alcanzar el 36,1% (gráfico 5). Otras prestaciones económicas como las vinculadas a la contratación de un servicio subieron un 30% y las de asistente personal un 169% (tabla II), estas últimas debido a su extensión a todos los grados de dependencia desde 2012. La disminución de las PECEF se explica sobre todo por la penalización de esta prestación desde 2012 ya que se redujo su cuantía, se amplió a dos años de la retroactividad para poder percibirla y se retiró la financiación de las cotizaciones a la Seguridad Social a las cuidadoras familiares. También influyó el cambio introducido desde 2014 en el reparto del nivel mínimo de financiación de la AGE por la que desde entonces se penaliza a las CCAA (recibiendo una menor cuantía del nivel mínimo) cuya proporción de PECEF sea superior a la de la media de las regiones. En el periodo de recuperación del SAAD (mediados 2015-2018) el ritmo de crecimiento de las prestaciones en servicios es muy superior al de las prestaciones económicas ya que el número de prestaciones en servicios han aumentado un 41% en este periodo frente al 22% de las prestaciones económicas (tabla II). Los servicios que han experimentado un mayor aumento son los servicios de prevención y promoción de la autonomía (un 77%), la ayuda a domicilio (60%) y la teleasistencia (60%) debido fundamentalmente a la incorporación de las personas reconocidas con grado I desde mediados de 2015 cuya propensión a la utilización de estos servicios suele ser mayor. Entre las prestaciones económicas siguen aumentando significativamente las vinculadas a la contratación de un servicio (un 58% entre 2015 y 2018) y las de asistente personal (104%). A diferencia del periodo anterior sí aumentan las PECEF (un 13%) si bien su proporción sobre el total de prestaciones tiende a disminuir (Gráfico 5).

Gráfico 4. Evolución del peso de cada tipo de prestaciones sobre el total de prestaciones



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD. Datos a fecha de 31 de diciembre.

Gráfico 5. Porcentaje de las PECEF (prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar) sobre el total de prestaciones



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD

Tabla 2. Evolución del número de prestaciones económicas y en servicios y su proporción (%) sobre el total de prestaciones (2009-2018)

AÑO	PRESTACIONES EN SERVICIOS DEL SAAD												PRESTACIONES ECONÓMICAS DEL SAAD							
	Prevención Dependencia y Promoción A. Personal		Teleasistencia		Ayuda a Domicilio		Centros de Día/Noche		Atención Residencial		TOTAL DE PRESTACIONES EN SERVICIOS		P.E Vinculada Servicio		P.E Cuidados Familiares (PECEF)		P.E Asist. Personal		TOTAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2009	2962	0,6	35.372	6,8	56089	10,8	27361	5,3	95820	18,4	217.604	41,8	36076	6,9	266398	51,2	658	0,1	303.132	58,2
2010	11147	1,4	84016	10,8	90912	11,6	44610	5,7	119253	15,3	349.938	44,8	52402	6,7	377787	48,4	735	0,1	430.924	55,2
2011	16415	1,8	124114	13,5	118513	12,9	58030	6,3	122040	13,3	439.112	47,9	59836	6,5	417782	45,5	874	0,1	478.492	52,1
2012	20891	2,2	129327	13,5	125295	13,1	65976	6,9	125792	13,1	467.281	48,7	64532	6,7	426810	44,5	1280	0,1	492.622	51,3
2013	20994	2,2	120457	12,8	120962	12,8	70343	7,4	130424	13,8	463.180	49,0	72029	7,6	408401	43,2	1441	0,2	481.871	51,0
2014	23310	2,5	115570	12,4	132597	14,3	73293	7,9	135346	14,6	480.116	51,6	73636	7,9	374348	40,3	1883	0,2	449.867	48,4
2015	29461	3,0	140252	14,1	147748	14,8	84462	8,5	148382	14,9	550.305	55,1	83734	8,4	360505	36,1	3440	0,3	447.679	44,9
2016	38854	3,6	164136	15,4	170693	16,0	85730	8,0	151719	14,2	611.132	57,2	90847	8,5	361209	33,8	5779	0,5	457.835	42,8
2017	46078	3,9	186276	15,8	194725	16,5	90959	7,7	157174	13,3	675.212	57,3	110669	9,4	385476	32,7	6654	0,6	502.799	42,7
2018	52274	3,9	224714	17	235924	17,9	94802	7,2	166579	12,6	774293	58,6	132491	10	406849	30,8	7026	0,5	546.366	41,4
Porcentaje de variación 2012-2015	41%		8%		18%		28%		18%		18%		30%		-16%		169%		-9%	
Porcentaje de variación 2015-2018	77%		60%		60%		12%		12%		41%		58%		13%		104%		22%	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD. Datos a fecha de 31 de diciembre.

Nota: No se reflejan datos de 2008 ya que en ese año un alto porcentaje de las prestaciones (44,15%) eran “prestaciones sin especificar”.

En síntesis, un análisis general de la estructura de las prestaciones y servicios del SAAD desde su implantación en 2007 hasta la actualidad nos indica que esta ha experimentado los siguientes cambios significativos:

- El aumento de los servicios de proximidad de tipo domiciliario y comunitario como la tele-asistencia y la ayuda a domicilio (duplicando su peso sobre el total prestaciones hasta el 35% del total de prestaciones) frente a los de carácter residencial (han bajado del 18% al 12,6%). Esta tendencia es general en la UE (Spasova et al, 2018) y es positiva al tratarse de servicios con una buena relación coste-efectividad y alta demanda dado su encaje en las preferencias mayoritarias de las personas dependientes por permanecer el mayor tiempo posible en su domicilio y en un entorno comunitario frente a hacerlo en un entorno institucional-residencial. Por ello esta tendencia debe consolidarse en los años venideros y mejorar su intensidad protectora sobre todo teniendo en cuenta que la oferta pública y privada de estos servicios es aún insuficiente en relación a la demanda potencial.
- Las prestaciones de prevención y promoción de la autonomía y la prestación por asistente personal han ido ganando peso en el conjunto de prestaciones. No obstante, su presencia es poco relevante lo que lastra el desarrollo de la prevención y el fomento de la autonomía personal como pilares básicos del sistema.
- El desarrollo de las prestaciones en servicios y el peso cada vez menor de las PECEF han supuesto un avance para acercar la realidad al espíritu de la LAPAD en la que se establecía la preferencia por un modelo de servicios sobre uno de prestaciones económicas y donde las PECEF debían tener un carácter excepcional. No obstante, hay mucho camino por recorrer en este sentido. Casi una de cada tres prestaciones concedidas son PECEF lo que todavía las aleja mucho de su carácter excepcional. El alto peso de esta prestación es consecuencia de la persistencia de una estructura social de cuidados informales, de altos niveles de copago disuasorio en servicios alternativos y de una oferta todavía limitada de servicios sociales agravada por presiones de contención del gasto público. También es consecuencia de su rápida concesión y bajo coste económico y administrativo (comparado con la creación de servicios) lo que la convierte en una prestación muy “tentadora” para reducir rápidamente las listas de espera. Sin embargo, en su actual configuración y dentro de nuestra estructura social tiende a perpetuar los cuidados informales precarios, a reproducir la feminización de los cuidados y tiene un impacto muy limitado en la creación de empleo si lo comparamos con los servicios.

La penalización a las PECEF producida con la reforma del 2012 supuso un recorte en la cuantía de una prestación económica que, de facto, suponía una “ayuda” social más para las ya maltrechas economías de familias con personas dependientes a su cargo. También implicó un cambio sobrevenido en las “reglas del juego” para las familias (la mayor parte mujeres) que renunciaron a su empleo, redujeron jornada o pidieron una excedencia para atender un familiar dependiente y cuya prestación contribuía a asumir una parte de los costes asociados a su desvinculación del mercado laboral. Dicha penalización, sin embargo, no se compensó reforzando otro tipo de servicios alternativos o complementarios de cuidados en el domicilio como la ayuda a domicilio, flexibilizando la compatibilidad entre prestaciones y servicios de tipo comunitario o

reduciendo los niveles de copago, sino todo lo contrario. A la vez que se redujeron las cuantías de las PECEF también se redujo la intensidad protectora de la ayuda a domicilio y aumentaron los copagos lo que condujo a las familias receptoras de las PECEF a una encrucijada difícil de resolver en un contexto de crisis económica.

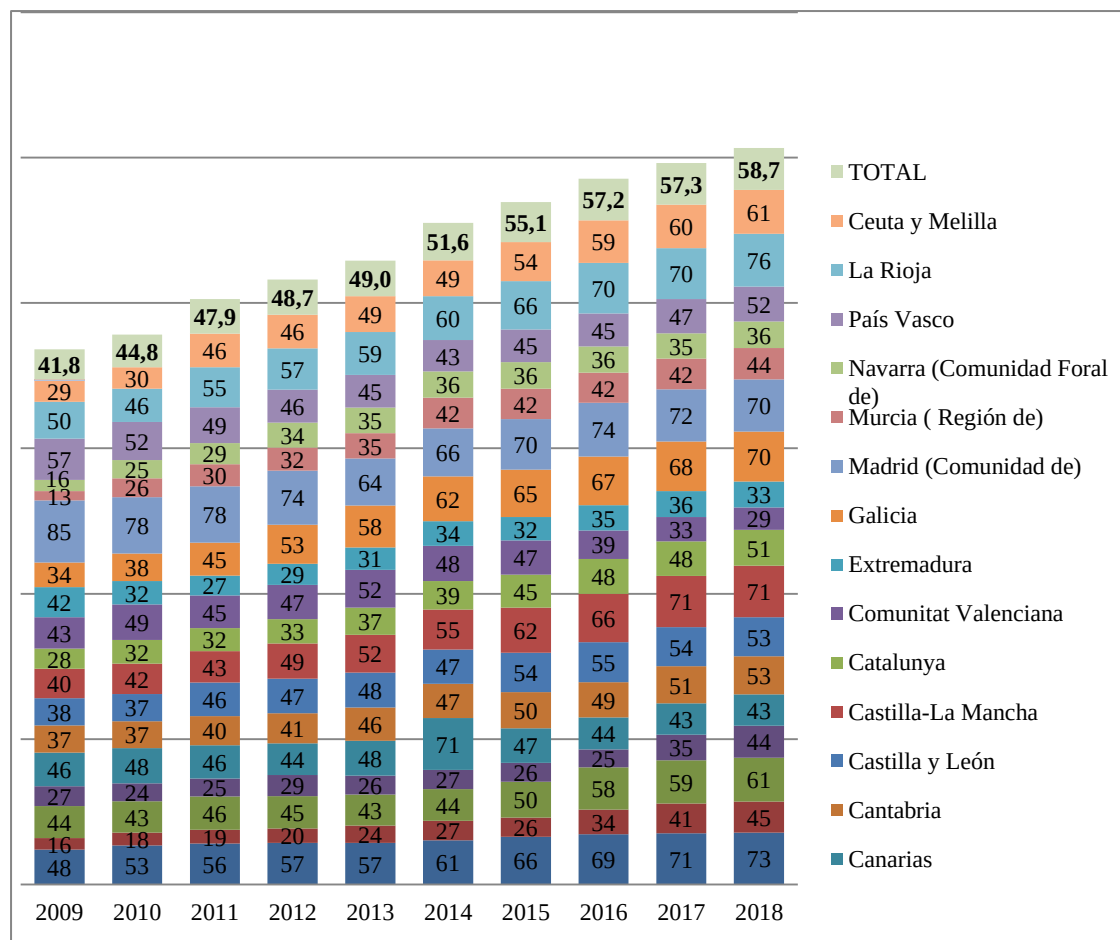
En cualquier caso, para que las PECEF tengan el carácter de excepcionalidad que se les supone, su peso en el conjunto de las prestaciones debe reducirse muy por debajo del 31% actual. Para ello, además de cambios en la mentalidad de cuidados informales será necesario potenciar, en número y en intensidad protectora, servicios de cuidados a domicilio complementarios o alternativos a la PECEF con el fin avanzar progresivamente hacia modelos flexibles que combinen prácticas de cuidados informales con servicios domiciliarios y comunitarios.

- Paralelamente a la disminución de las PECEF han aumentado las prestaciones económicas vinculadas a la contratación de un servicio (actualmente representan 1 de cada 10 prestaciones del SAAD). Como ya se ha señalado, se trata de una prestación a la que se recurre cuando no es posible ofrecer el servicio por el sector público de modo que esos servicios suelen ser contratados con empresas acreditadas donde la relación contractual acaba siendo entre empresa y usuarios con un papel menor de la administración como garante de derechos y calidad del servicio (Montserrat, 2015). Además, aunque se trata de prestaciones que favorecen la libre elección del beneficiario (CEOE-AESTE, 2018) en la práctica es una ventaja relativa al no estar al alcance de muchos beneficiarios por tener que soportar un copago adicional, generalmente alto, por la diferencia entre el coste del servicio contratado con esta prestación y la cuantía monetaria recibida para contratarla (AEDGSS, 2018). El aumento de esta prestación no debería ir en detrimento de la extensión de la red de servicios públicos y podría integrarse en una red pública de prestaciones de servicios concertados con un sistema de inspección y control públicos adecuados (Montserrat, 2015).

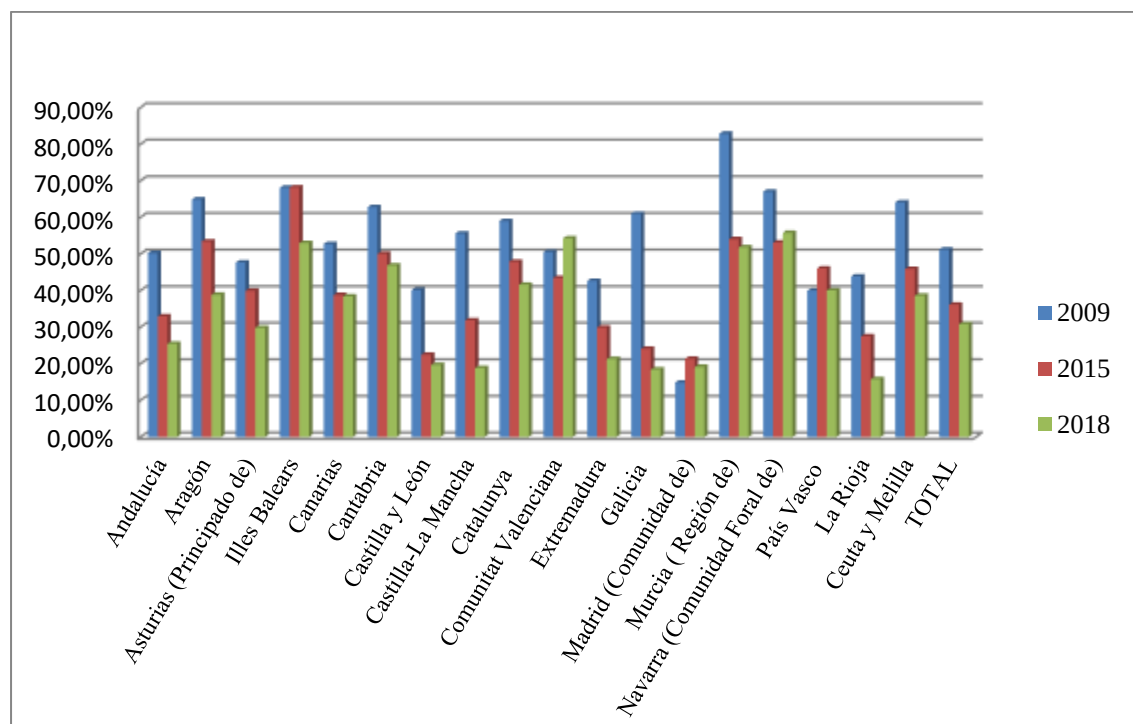
- Finalmente, en cuanto a la estructura de prestaciones por CCAA, la prestación de servicios ha tenido un desarrollo positivo aunque heterogéneo entre las regiones lo que, en la práctica, supone la existencia de modelos de atención claramente dispares. En el periodo 2009-2018, el peso de las prestaciones en servicios sobre el total de prestaciones ha aumentado en la mayoría de CCAA (gráfico 6). El aumento se acelera en 2014 no solo por la penalización a las PECEF sino también por la aplicación efectiva del nuevo criterio de asignación presupuestaria del nivel mínimo de protección que favorecía a las CCAA en las que prevaleciera la prestación en servicios. En los últimos años, han ido ganando peso las prestaciones en servicios en el conjunto del Estado aunque con diferencias sustanciales entre las regiones: mientras en la Comunidad Valenciana se ha producido un notable retroceso en el peso de los servicios (del 47% al 29% entre 2015 y 2018) en otras regiones como Baleares y Aragón se ha avanzado de manera considerable (del 26% a más del 40%). Actualmente, solo en 11 de las 17 CCAA prevalecen las prestaciones en servicios sobre las monetarias. Hay CCAA como Madrid, Castilla La Mancha, Galicia, La Rioja y Andalucía donde las prestaciones en servicios representan alrededor de 70 de cada 100 prestaciones mientras que en Valencia, Extremadura o Navarra solo rondan las 30. En estas últimas regiones predominan claramente las prestaciones económicas. En Extremadura el 41% de todas las prestaciones son prestaciones económicas

vinculadas a un servicio. En Valencia o Navarra las PECEF representan más del 50% mientras en otras CCAA como Madrid, ambas Castillas, Galicia o la Rioja las PECEF apenas alcanzan el 20% (gráfico 7). Con el paso del tiempo, la proporción de las PECEF sobre el total de prestaciones concedidas se ha ido moderando en todas las CCAA salvo en la Comunidad Valenciana y, en menor medida Navarra, donde ha aumentado entre 2015 y 2018.

Gráfico 6. Evolución de las prestaciones en servicios sobre el total de prestaciones por CCAA 2009-2018 (porcentajes)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD. Datos a fecha de 31 de diciembre.

Gráfico 7. Evolución del peso de las PECEF sobre el total de prestaciones en las CCAA

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD. Datos a fecha de 31 de diciembre.

Gobernanza

Nuestro modelo de atención a la dependencia, descentralizado y financiado conjuntamente entre la AGE y las Comunidades Autónomas, requiere de una robusta y leal cooperación y coordinación institucional. Tal modelo, sin embargo, ha propiciado inevitables tensiones institucionales y financieras en la puesta en marcha de un sistema complejo, repleto de asimetrías en su desarrollo y resultados y con una limitada transparencia financiera. La cooperación y coordinación entre las administraciones es insuficiente, lo que ha tenido consecuencias en las diferencias de implementación del SAAD entre las CCAA con sus consiguientes efectos de inequidad interterritorial como comentaremos a continuación. Además es necesario reforzar la participación de los Consejos Consultivos y el Comité Consultivo. Esta participación se suele realizar “a posteriori” y acaba teniendo una escasa influencia en el proceso de toma de decisiones.

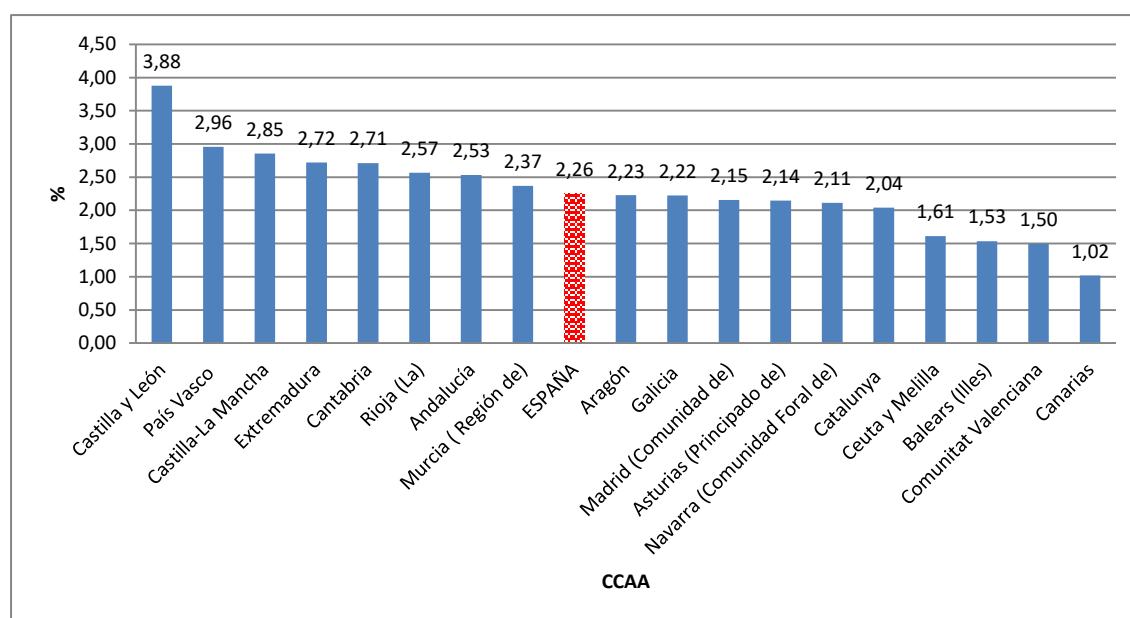
Diferencias territoriales en la implementación del SAAD

El desigual desarrollo del SAAD entre las regiones es la consecuencia de varios factores como son a) las inercias históricas institucionales, diferencias organizativas y el desigual desarrollo de los servicios sociales autonómicos (en los que el SAAD está integrado institucionalmente); b) la desigual lealtad institucional ante la obligación de desarrollar el SAAD y c) la creciente debilidad de la AGE para ejercer una coordinación eficaz del sistema entre los diferentes niveles de gobierno, central y regionales (Rodríguez Cabrero, 2012).

Las diferencias de implementación del SAAD entre las CCAA afectan no solo a las ya comentadas diferencias en la estructura de las prestaciones sino también al acceso y la cobertura del sistema y, por lo tanto, a su equidad interterritorial.

- En relación a la cobertura, según información del SAAD de diciembre de 2018, el porcentaje de personas beneficiarias con prestaciones en relación a la población de las CCAA fue muy superior a la media nacional (2,3%) en regiones como Castilla León (3,9%), País Vasco (3%), Castilla la Mancha (2,8%) o Extremadura y Cantabria (2,7%) mientras que en otras CCAA como Canarias (1%), Comunidad Valenciana (1,5%) o Baleares (1,5%) es claramente mejorable (gráfico 8).

Gráfico 8. Personas beneficiarias con prestaciones en relaciones a la población de las CCAA (diciembre 2018)



Fuente: SAAD.

- Especialmente críticas son las diferencias interregionales en las listas de espera de personas pendientes de recibir prestación. Como se observa en la tabla III, según el SAAD, en diciembre de 2018 1.304.312 personas tenían reconocido el derecho a la prestación, aunque solo las recibían 1.054.275, lo que deja a más de 250.000 personas (el 19%) en lista de espera. Las listas de espera rondan el 30% en Canarias, La Rioja, Cataluña y Andalucía. Solo en las dos últimas CCAA se concentran más del 60% de las personas que están pendientes de recibir una prestación en el conjunto del Estado. Por el contrario, hay territorios como Castilla y León (2%) y Ceuta y Melilla (6%) donde las listas de espera son prácticamente testimoniales.

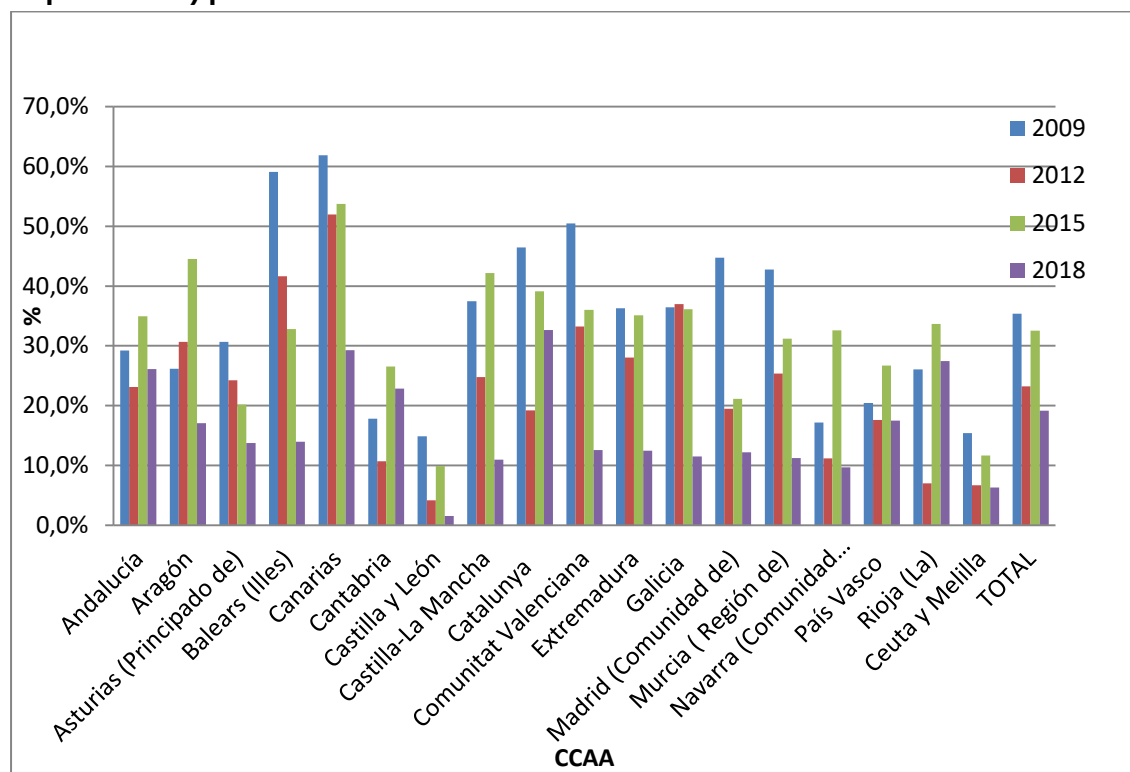
Tabla 3: Personas beneficiarias y pendientes de concesión de prestación en las CCAA (diciembre 2018).

	Beneficiarios con derecho a prestación	Beneficiarios con prestaciones	Personas pendientes de concesión de prestación	% de personas pendientes de concesión de prestación
Andalucía	287.340	212.243	75.097	26%
Aragón	35.146	29.146	6.000	17%
Asturias	25.573	22.049	3.524	14%
Baleares	20.139	17.328	2.811	14%
Canarias	30.594	21.638	8.956	29%
Cantabria	20.401	15.734	4.667	23%
Castilla y León	94.845	93.374	1.471	2%
Castilla-La Mancha	64.964	57.838	7.126	11%
Cataluña	230.178	155.037	75.141	33%
C. Valenciana	85.031	74.354	10.677	13%
Extremadura	33.341	29.189	4.152	12%
Galicia	67.903	60.099	7.804	11%
Madrid	161.368	141.699	19.669	12%
Murcia	39.429	34.999	4.430	11%
Navarra	15.133	13.668	1.465	10%
País Vasco	78.811	65.017	13.794	18%
Rioja	11.167	8.100	3.067	27%
Ceuta y Melilla	2.949	2.763	186	6%
Total	1.304.312	1.054.275	250.037	19%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD de diciembre de 2018.

En general, desde 2009 prácticamente todas las CCAA han ido reduciendo sus listas de espera aunque existen diferencias significativas en sus ritmos de disminución (gráfico 9). En 2015 se produce un aumento significativo en la mayoría de las regiones como consecuencia de la entrada al sistema de los dependientes moderados o grado I. Desde entonces, todas las regiones salvo Madrid, que se estanca en torno al 21%, han disminuido sus listas de espera. En algunas de ellas la disminución alcanza entre los 25 y 30 puntos porcentuales. Tal es el caso de Castilla la Mancha (del 42% al 11%), Aragón (del 44% al 17%), Canarias (del 54% al 29%) o Galicia (36% al 11,5%). En regiones como la Comunidad Valenciana, Navarra, Extremadura y Murcia se han reducido entre 20 y 25 puntos. Por el contrario, en otras regiones como Cantabria, La Rioja, Asturias, Andalucía y Cataluña apenas se han reducido entre 5 y 9 puntos porcentuales. En las dos últimas la situación es especialmente grave ya que este lento ritmo de disminución de las listas de espera todavía convive con porcentajes que rondan el 30%, como ya hemos señalado.

Gráfico 9. Evolución del porcentaje de personas en listas de espera (limbo de la dependencia) por CCAA



Fuente: Elaboración propia a partir del SAAD. Datos a fecha de 31 de diciembre.

- Las diferencias territoriales en el copago de los usuarios también generan distorsiones en cuanto al acceso al SAAD. Se estima que el copago representa entre el 20% (AEDGSS, 2018) y 25% (Prada y Borge, 2015) de la financiación del sistema y que los usuarios financian, por término medio, más de la mitad del coste de las prestaciones, con diferencias entre CCAA de más de 10 puntos respecto a la media (Del Pozo, Pardo y Escribano, 2017). En cualquier caso, hay mucho por avanzar para conocer con precisión el copago de los usuarios y establecer comparativas fiables entre las CCAA. Su complejidad es debida a varias razones. La adaptación de las normativas de las CCAA a los criterios comunes del Consejo Territorial para el copago es heterogénea (Tribunal de Cuentas, 2014), falta transparencia en la contabilización de los copagos por la ausencia de mecanismos de contabilidad analítica o por el escaso desglose de los copagos en función de la renta y el patrimonio y, además, existen diferencias entre los criterios efectivos de valoración de la capacidad económica de los beneficiarios y en los criterios de copago (Monserrat, 2015). La consecuencia de todo ello, según la Comisión de Análisis de la situación de la Dependencia, es tener 17 modelos diferentes de copago donde este depende de las estructuras de las rentas de cada región y de las diferencias de precios de los servicios entre las regiones además de problemas de regresividad donde las rentas más bajas aportan una proporción mayor de su renta que las rentas medias-altas.

La sostenibilidad financiera del SAAD

En España todavía falta mucho por mejorar en fuentes estadísticas y contables que permitan la determinación precisa del volumen de recursos públicos destinados a los cuidados de larga duración (Gómez et al, 2012). Para calcularlo hay que recurrir a estimaciones ya que el gasto público es asumido por la administración central, por las regiones y, parcialmente por las corporaciones locales, y su cálculo resulta complejo. La Comisión de Análisis de la situación de la Dependencia, en la que están representadas las propias CCAA, reconoce que todavía existen diferencias entre las administraciones públicas en cuanto a los criterios de imputación del gasto en servicios y prestaciones asociados al SAAD. Además, al igual que en el copago, la mayoría de las CCAA no disponen de una contabilidad analítica que permita separar los gastos en servicios sociales de los gastos específicos en dependencia (Prada y Borge, 2015; Montserrat, 2015; Tribunal de Cuentas, 2014).

Dichas estimaciones varían según las fuentes. El gasto público estimado en dependencia en España estaría en torno al 0,9% del GDP en el año 2013 (European Commission, 2015). Otras fuentes lo cifran en torno al 0,7% del GDP en 2016 (AEDGSS, 2018). Recientemente, el informe de la Comisión de Análisis de la situación de la Dependencia ha estimado el coste del SAAD alrededor de 6.900 millones de euros en 2012, 7.400 en 2015, 8.000 en 2016 y 8.626 en 2017. Las previsiones de coste del SAAD para el futuro serían de 9.309 millones de euros para 2018, 10.192 en 2019 y 11.339 en 2020.

El informe también señala que en 2015 la aportación financiera al SAAD por parte de las regiones (el 79% del total de los fondos públicos²¹) fue muy superior a la de la administración central (21%). Ello a pesar de que la Ley 34/2006 establece que ambas administraciones deben aportar los mismos fondos públicos al SAAD. Parte de este desequilibrio se debe a las sucesivas suspensiones desde 2012 del nivel acordado de financiación y a la reducción del nivel mínimo de financiación de la Administración General del Estado que ha permanecido congelado hasta la finalización del ejercicio 2017²².

En términos de sostenibilidad financiera resulta necesario no sólo recuperar el gasto perdido desde los recortes de 2012 sino hacer un esfuerzo financiero adicional para dar respuesta al crecimiento de la población dependiente, al reto de la calidad de los cuidados y a la mejora de la calidad del empleo. De otro modo el coste de los cuidados volvería a los hogares, recayendo la carga de los cuidados sobre todo en las mujeres y ocluyendo sus expectativas laborales y proyectos de vida. Ello exige nuevos compromisos institucionales y promover una financiación y fuentes de financiación estables y predefinidas (Jiménez-Martín y Viola, 2017) que deberían traducirse en un gasto público en torno al 1.5% del PIB (Rodríguez Cabrero et al, 2018).

²¹ Según FEDEA (Jiménez-Martín y Viola, 2017) y partiendo de datos de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales también existen diferencias entre las propias CCAA. Por ejemplo, en 2016 la aportación de las CCAA varía entre el 59% de Galicia y el 73% de Cantabria.

²² Según AEDGSS 2018, el recorte acumulado de la AGE en dependencia, tras el RD-ley 20/2012, hasta diciembre de 2017 asciende ya a 2.700 millones de euros considerando la supresión del nivel acordado, la reducción del nivel mínimo y de 4.600 millones si se incluye la supresión de las cotizaciones de cuidadoras familiares.

La cualificación y calidad en el empleo

El sector de atención a las personas dependientes es muy intensivo en mano de obra y tiene una gran capacidad de creación de empleo (IMSERSO, 2011, Gómez et al, 2012, AEDGSS, 2018; Jiménez-Martín y Viola, 2017). Se estima que entre 2008 y 2017 este sector de actividad ha sido capaz de generar unos 153.000 empleos netos (Comisiones Obreras, 2017). Otros trabajos cifran más de 218.000 empleos directos asociados a la LAPAD en España en 2017 y estiman que por cada millón de gasto público se crean 36 empleos directos (AEDGSS, 2018)²³. A ellos habría que añadir un importante volumen de empleo en servicios sociales asociados al sistema de dependencia de manera indirecta (Martín-Serrano, 2014). Desde FEDEA (Jiménez-Martín y Viola, 2017) y basándose en la EPA se señala que el empleo del sector socio-sanitario relacionado con la dependencia ha repuntado desde el primer trimestre de 2016 y que la variación interanual en el segundo trimestre 2017 ha sido del 5,3%.²⁴

Más allá de las cifras, en el empleo relacionado con el SAAD destacamos fundamentalmente dos sombras preocupantes como son la calidad del empleo y la oferta de formación para la cualificación de los profesionales.

- El pionero estudio de Aragón, Cruces and Rocha (2008) ya anticipaba que el empleo en el sector de la dependencia era precario, con bajos niveles de retribución, altos riesgos psicosociales y necesidad de formación. Estos rasgos parecen persistir según estudios más actuales (Martín-Serrano Jiménez, 2014; Comisiones Obreras, 2017; Jiménez-Martín y Viola, 2017). Según Comisiones Obreras (2017) la tasa de temporalidad en el sector residencial era del 38% en 2008 y se ha reducido al 24% en 2013. Por el contrario, en los servicios sociales comunitarios la tasa de temporalidad era más elevada al inicio de la implantación del SAAD (45%) y ha tendido a reducirse con el tiempo pero sigue siendo alta. En cuanto a los contratos a tiempo parcial la tasa sería del 17% en los servicios residenciales y del 40% en los servicios comunitarios (el 15% en general según la EPA, II trimestre de 2018). El estudio de FEDEA (Jiménez-Martín y Viola, 2017) remarca la persistencia de la temporalidad del sector (32% en el primer trimestre de 2017) y de los empleos a tiempo parcial (el 33%) así como el alto grado de feminización en el empleo (en torno al 80%) y la precariedad salarial del sector de la dependencia con diferenciales salariales de 7,5 puntos porcentuales menos en relación a los salarios en general.

- El sector de la atención a la dependencia también tiene que afrontar el reto de la cualificación según los diferentes perfiles profesionales. La insuficiente oferta formativa y de planes dirigidos a la acreditación profesional está lastrando el objetivo

²³ Las estimaciones son muy variadas. Según Martín Serrano (2014) entre 2008 y 2012 en torno al SAAD se generaron alrededor de 167.000 empleos netos. Según la evaluación del IMSERSO (2011), los puestos de trabajo vinculados a la atención a la dependencia durante 2009 y 2010 representaron un total de 248.000 de los cuales 165.000 fueron nuevos empleos asociados al nuevo gasto implementado con la LAPAD en ese periodo.

²⁴ Se trata de estimaciones que permiten aproximar el empleo directo en dependencia pero no cuantificarlo con precisión ya que en el Código Nacional de Actividades Económicas (CNAE) no existe un epígrafe que identifique específicamente las actividades de dependencia y el empleo asociado a las mismas. Los datos están englobados dentro de dos epígrafes más generales como actividades de asistencia en residencias (códigos 871-873 y 879) y servicios sociales sin alojamiento (códigos 881 y 889).

de que en 2015 estuviera acreditada la cualificación de todas las plantillas. Además, es necesario profundizar en la regulación de los perfiles profesionales más idóneos para prestaciones como, entre otras, la del asistente personal (AEDGSS, 2018).

En definitiva, la inestabilidad del empleo en el sector y la escasa formación ofertada a los cuidadores junto a otros atenuantes como la creciente externalización de algunos servicios priorizando criterios de coste sobre criterios de calidad pueden seguir incidiendo negativamente en la calidad de los servicios prestados.

Impacto en la desigualdad de género

La LAPAD no está cumpliendo con el impacto positivo esperado en la igualdad de género. La implementación incompleta del SAAD, agravada por los ajustes realizados desde 2012, está suponiendo un retorno de la responsabilidad de los cuidados al entorno familiar y, en particular, una refeminización de los cuidados, reproduciendo los roles clásicos propios de un sistema patriarcal.

Las mujeres son las principales cuidadoras informales de las personas dependientes en España. Históricamente han asumido la carga de los cuidados. A pesar de los cambios culturales y las nuevas actitudes y avances relativos en la distribución de la carga de los cuidados, la responsabilidad y el mayor peso de los cuidados sigue recayendo sin apenas margen de elección sobre las mujeres. Y sobre ellas, como principales cuidadoras, han recaído buena parte de las deficiencias del SAAD. Los escasos servicios de apoyo y de formación adecuada del cuidador, el limitado desarrollo de las medidas de conciliación o la suspensión de las cotizaciones a la Seguridad Social para las personas cuidadoras ha precarizado, más aún si cabe, el escaso apoyo que recibían como cuidadoras rompiendo así su carrera de cotizaciones y trasladando al futuro una mayor desigualdad de género en la percepción de prestaciones sociales.

Es, por lo tanto, fundamental evaluar el verdadero impacto negativo de género que ha tenido el desarrollo de la LAPAD e incluir la perspectiva de género dentro del sistema prestando una especial atención, como reconoce la Comisión de Análisis de la situación de la Dependencia, a la gestión de los cuidados en el entorno familiar y a las necesidades específicas de las mujeres cuidadoras, tanto profesionales como no profesionales.

3. Retos de futuro y recomendaciones de mejora del SAAD

La LAPAD ha supuesto un desarrollo positivo del sistema de protección social si bien su implementación y expansión ha venido lastrada por las políticas de consolidación fiscal aplicadas entre 2012 y 2015 como consecuencia de la crisis económica y financiera. El despliegue de esta ley ha sentado las bases de un sistema que, aunque complejo y singular, ha permitido avanzar en los derechos de atención a la dependencia en comparación con los derechos reconocidos con anterioridad a la aprobación de la LAPAD.

Como hemos señalado en los apartados anteriores se han producido algunos avances en el SAAD en cuanto al acceso y cobertura al sistema, en la estructura de las prestaciones y en la reducción de las listas de espera, pero el camino por recorrer es largo. Todavía existen limitaciones como la coordinación socio-sanitaria y entre los diferentes niveles de gobierno implicados en el SAAD, déficit de sostenibilidad y alto copago de los usuarios, impacto muy limitado en la igualdad de género y en la desfeminización de los cuidados, deficiente cualificación y calidad en el empleo del sector de cuidados, insuficiente apoyo a los cuidadores informales, rigidez en la combinación de prácticas de cuidados informales con servicios domiciliarios y comunitarios, PECEF todavía muy alejadas de su prevista excepcionalidad o una lenta reducción de las listas de espera entre los grados de dependencia más severos. Además, con el actual SAAD la equidad interterritorial no está asegurada y, por lo tanto, el ejercicio efectivo del derecho a la atención a la dependencia resulta incompleto. Actualmente no está garantizado que un ciudadano tenga acceso, cobertura, copago y tipos de prestaciones similares independientemente del territorio en el que reside. Mientras en unas regiones hay usuarios que se incorporan al sistema con relativa rapidez en otras tienen que aguardar largas listas de espera que pueden abocarles a fallecer sin recibir la prestación.

Las limitaciones mencionadas, toda vez que se han cronificado en el tiempo, han adquirido la dimensión de retos que es necesario afrontar y resolver mediante las siguientes recomendaciones de mejora y perfeccionamiento del actual sistema.

- En coordinación socio-sanitaria es necesaria una mayor cooperación vertical y horizontal entre las áreas de servicios sociales o bienestar social y salud en los ámbitos estatal y regional. La coordinación efectiva entre el personal sanitario, trabajadores sociales y profesionales del Tercer Sector puede mejorar con el establecimiento de protocolos flexibles y eficaces de coordinación y derivación de beneficiarios entre ambos sistemas. Un nexo de unión entre ambos sistemas pueden ser los equipos de gestores de caso multidisciplinares centrados en la atención a la persona, formados por profesionales de centros de salud de atención primaria y de los servicios sociales comunitarios y donde se fomente una mayor participación de las personas dependientes y sus familias.
- La prioridad de los servicios sobre las prestaciones económicas está en la redacción y espíritu de la LAPAD desde su aprobación. A pesar de los avances es necesario seguir expandiendo la oferta y la calidad de servicios públicos a domicilio y comunitarios y los de prevención y rehabilitación dada su buena relación coste-efectividad y porque contribuyen a garantizar que las personas puedan seguir viviendo el mayor tiempo posible en su propio domicilio si así lo desean (Spasova et al, 2018). Estos servicios, en particular la ayuda a domicilio (SAD) todavía tienen mucho margen para mejorar sobre todo en aspectos como los siguientes: la intensidad del servicio, su flexibilidad para adaptarse a las necesidades de conciliación de la vida familiar y laboral y a los cuidados especializados que requieren determinados colectivos como personas con Alzheimer o personas con discapacidad psíquica, (Izaola y Zubero, 2016), la coordinación con el sistema sanitario, o el desarrollo de diversos servicios de proximidad (catering, tele-compra, transporte, podología, peluquería...) y de sistemas de teleasistencia avanzada para abaratar costes en el SAD y atender la heterogeneidad de la demanda tanto en entornos urbanos como en las zonas rurales.

(FEMP y Fundación Pílares, 2015). En este sentido, convendría incorporar la prestación de teleasistencia avanzada al catálogo de servicios y prestaciones del SAAD.

El desarrollo de los servicios de atención a la dependencia por la vía de incentivar la prestación económica vinculada a un servicio debe ser moderado ya que el papel de la administración como garante de derechos y calidad de este servicio es más limitado y el copago adicional que requiere no siempre es accesible a todos los beneficiarios. En cualquier caso, el desarrollo de esta prestación requiere que el sistema de acreditación de centros privados sea más equitativo y garantice unos mínimos comunes de atención entre las diferentes Comunidades Autónomas (CEOE-AESTE, 2018) favoreciendo su integración en una red pública de prestaciones de servicios concertados con un sistema de inspección y control públicos más adecuados (Montserratt, 2015).

Por el contrario, tendrán que ir adquiriendo mayor relevancia en el conjunto de prestaciones las de prevención y promoción de la autonomía y la de asistente personal así como las ayudas para mejorar la habitabilidad de las viviendas por su contribución a la prevención, habilitación y fomento de la vida independiente. Sería necesario redefinir la figura del asistente personal en cuanto a perfil y necesidades formativas.

En lo que se refiere a las prestaciones económicas es aconsejable avanzar en la excepcionalidad prevista en la LAPAD en relación a las PECEF ya que todavía siguen representando casi un tercio de las prestaciones concedidas. Para ello habrá que potenciar en número, calidad y en intensidad protectora los servicios de cuidados comunitarios y a domicilio de modo que supongan una verdadera alternativa a la PECEF y desincentiven su demanda sin penalizar esta prestación para quienes sea estrictamente necesaria. Para los beneficiarios que sigan percibiendo esta prestación hay que garantizar unos cuidados de calidad lo cual pasaría por ofertar servicios de formación multidisciplinar, orientación y apoyo psicológico y emocional adecuados y accesibles a las personas cuidadoras, recuperar, tal y como se ha aprobado en marzo de 2019, el pago al cuidador de la cotización a la Seguridad Social y, según las necesidades de cada caso, flexibilizar la combinación de la PECEF con servicios domiciliarios y comunitarios. También es necesario reconocer el derecho a una valoración de las necesidades de los cuidadores familiares y facilitarles programas de respiro en vacaciones o en situaciones sobrevenidas de enfermedad (Izaola y Zubero, 2016). En cualquier caso, uno de los objetivos del SAAD debería ser avanzar progresivamente hacia un modelo más intensivo en servicios y en cuidados “formales” con el fin de aligerar la creciente sobrecarga de los cuidadores informales ante al aumento de las necesidades de atención a la dependencia en el medio y largo plazo. La demanda social de las prestaciones de dependencia no va a dejar de crecer en los próximos años según las proyecciones de personas dependientes en España²⁵ y la

²⁵ Según Abellán et al (2017), las proyecciones en España señalan un aumento de las personas dependientes desde los 1,4 millones de dependientes actuales hasta 2,2 millones en 2030. Según la Comisión Europea (European Commission, 2015) la proporción de personas dependientes en España aumentará del 5,3% de la población total en 2013 al 6,5% en 2030 y al 8,6% en 2060 (aumento del 64%).

oferta de cuidadores informales en el entorno familiar probablemente tenderá a disminuir a tenor de la evolución de la proporción existente entre los potenciales dependientes y potenciales cuidadores²⁶ y al volumen de personas dependientes mayores de 65 años que viven solos y en hogares multigeneracionales²⁷.

- Para mejorar la gobernanza del SAAD es preciso reforzar la participación de los Consejos Consultivos y el Comité Consultivo de modo que sea efectiva y con una capacidad real de influir en el proceso de toma de decisiones del SAAD. También habrá que introducir mejoras sustantivas de coordinación y cooperación entre la Administración Central y las Comunidades Autónomas y entre estas y los Municipios para reducir las excesivas diferencias de rendimientos entre Comunidades Autónomas en cuanto a la estructura de prestaciones, acceso y cobertura y copago con sus consiguientes efectos de inequidad interterritorial. Al igual que en otros países europeos nuestra estructura institucional y la división territorial de los cuidados de larga duración está teniendo un fuerte impacto sobre el acceso efectivo a las prestaciones y servicios del sistema (Spasova et al, 2018). Como se ha comentado, la prestación de servicios y la reducción de las listas de espera han tenido un desarrollo positivo aunque heterogéneo entre las regiones lo que supone la existencia de modelos de atención claramente dispares. Hay CCAA que doblan a otras en cuanto al peso de las prestaciones en servicios sobre el total de prestaciones ofertadas. En algunas CCAA las listas de espera rondan el 30% mientras en otras no llegan a superar el 6%. La significativa y esperanzadora reducción en las listas de espera desde 2015, sin embargo, se ha producido “a costa” de los grados de dependencias más moderados y de menor coste mientras los grados más severos todavía se reducen a un ritmo más lento. La reducción de las listas de espera debería ser una prioridad y pasaría por agilizar los plazos y procedimientos administrativos para percibir la prestación y, sobre todo, por invertir más recursos en el sistema lo que, según la Comisión de Análisis de la situación de la Dependencia sería asequible, por ejemplo, incrementando la aportación realizada por el Estado a través del nivel mínimo de financiación entre 210,2 millones de euros y 291,3 millones de euros.

- Para garantizar la sostenibilidad del sistema es necesario recuperar el esfuerzo perdido de inversión en dependencia y adecuarlo a las necesidades reales si con ello queremos reducir su impacto sobre las personas dependientes en situaciones de exclusión social (FOESSA, 2018). El copago resulta excesivo para el beneficiario pudiendo llegar a representar más de la mitad del coste de los servicios (Del Pozo, Pardo y Escribano, 2017) incluso hasta el 90% en algunas CCAA. Ello puede tener un efecto disuasorio sobre la demanda de servicios del SAAD. Para reducir dicho efecto podría elevarse el nivel de rentas mínimo exigido para estar exento de copago y

²⁶ Este indicador refleja la posible relación entre personas de 80 y más años, en las que la proporción de dependientes es muy alta, y los cuidadores potenciales de 45-64 años, edades en las que se concentra la mayor parte de los cuidadores. La proporción existente entre los potenciales dependientes y potenciales cuidadores tiende a disminuir: se estima que se pasará de 22 personas mayores de 80 años por cada 100 personas de 45-64 años, a 25 personas en 2020 y a 63 a mediados de siglo, tres veces más que en la actualidad (Abellán et al, 2017).

²⁷ Está aumentando el volumen de personas dependientes mayores de 65 años que viven en hogares solitarios y de pareja y descende el peso de los hogares multigeneracionales (CIS, 2014) Igualmente, se estima que hasta 2040 se duplicará el número de mujeres que cumplen 65 años sin haber tenido hijos (Abellán et al, 2017).

establecer un tope máximo de copago por parte del usuario²⁸. Junto a ello sería necesario promover fuentes estables de financiación para la dependencia (Jiménez-Martín y Viola, 2017) incluidas algunas de carácter finalista (Zalakain, 2018) que deberían aproximar el gasto público al 1.5% del PIB (Rodríguez Cabrero et al, 2018). Un buen comienzo sería recuperar el nivel mínimo de financiación aportado por la AGE y recortado durante la crisis hasta alcanzar el 50% del coste del sistema tal y como establece la Ley 34/2006. Algunas propuestas como destinar a la atención a la dependencia la recaudación del impuesto de sucesiones, una pequeña parte del IVA recaudado o del impuesto de bienes inmuebles llevan tiempo debatiéndose en encuentros europeos sobre la sostenibilidad de los cuidados de larga duración (Rodríguez, 2015)²⁹ Dicha financiación adicional resultará necesaria para fortalecer el sistema, para mejorar la intensidad de las prestaciones en servicios y aumentar la inversión en servicios de cuidados.

- Mejorar la calidad de los servicios y del empleo son aspectos fundamentales en nuestro sistema de cuidados a la dependencia. Como hemos señalado, hay signos de que ha aumentado el empleo en el sector de la dependencia pero se haya hecho a costa de empleo de baja calidad y bajos salarios. La persistencia de la temporalidad, de los empleos a tiempo parcial, el alto grado de feminización en el empleo y la precariedad salarial del sector son problemas crónicos del empleo en el sector de los cuidados (Comisiones Obreras, 2017; Jiménez-Martín y Viola, 2017). Es necesario garantizar un marco de condiciones laborales y salariales para los cuidadores profesionales similar al del resto de los trabajadores (Martínez y Martínez, 2015) así como mejorar la oferta formativa y los planes dirigidos a la acreditación profesional.

La insuficiente provisión y baja calidad de los cuidados formales en España también han ocluido la participación de las personas cuidadoras (mayoritariamente mujeres) en el mercado laboral (Spasova et al, 2018). La responsabilidad y el mayor peso de los cuidados sigue recayendo sobre las mujeres por lo que es necesario incluir la perspectiva de género dentro del sistema así como potenciar las medidas de conciliación de los cuidados y la vida laboral facilitando a las personas cuidadoras las jornadas laborales flexibles, reducciones de jornada y permisos laborales retribuidos.

-Por último, destacar la necesidad de mejorar el sistema de información y de indicadores del SAAD y las fuentes de información sobre empleo y gasto en dependencia. La información estadística disponible del SAAD podría ser más completa y con un mayor nivel de desagregación³⁰ Para aproximar mejor el grado de

²⁸ En la Iniciativa Legislativa Popular presentada por el CERMI (<http://ilp.cermi.es/documentos>) se propone por ejemplo, elevar la exención del copago a los beneficiarios cuya capacidad económica personal no supere en 2,5 veces el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) y que el copago en el coste de los servicios no supere el 60% respecto al precio de referencia que se haya establecido para los mismos.

²⁹ Otras medidas como destinar a la dependencia la recaudación obtenida con una contribución adicional a las cotizaciones a la Seguridad Social a los trabajadores sin hijos pueden resultar más polémicas. En Alemania las personas sin hijos pagan un 0.25 más de cotizaciones (Rodríguez, 2015). Un interesante debate sobre las contribuciones diferenciadas según el número de hijos puede encontrarse en Tomlin (2014).

³⁰ Por ejemplo, los grados de dependencia de los beneficiarios no vienen desglosados por edad ni género.

cobertura real del sistema sería recomendable cuantificar la población potencialmente dependiente como ya han hecho algunos investigadores (Jiménez Lara, 2014; Rodríguez Castedo and Jiménez Lara, 2010). Ello permitiría construir un indicador más refinado como el de personas beneficiarias con prestación en el SAAD sobre el total de población potencialmente dependiente (para la población en general y para mayores de 65 años) El indicador habitualmente publicado por el SAAD (porcentaje de beneficiarios del SAAD sobre la población total y sobre la población de cada CCAA) se calcula sobre un total de población donde una parte importante probablemente no requiera cuidados cuando sería más preciso hacerlo sobre la población que potencialmente lo podría necesitar. En segundo lugar, las fuentes estadísticas y contables existentes limitan la determinación precisa del volumen de recursos públicos destinados a dependencia (Gómez et al, 2012). Un paso importante para conocer el esfuerzo financiero real que soportan los diferentes agentes que financian el SAAD, especialmente las CCAA y los usuarios pasaría por estandarizar y clarificar el actual sistema de copago y los criterios de imputación del gasto en servicios y prestaciones asociados al SAAD. Al igual que en el copago, la mayoría de las CCAA no disponen de una contabilidad analítica que permita separar los gastos en servicios sociales de los gastos específicos en dependencia. Algo similar ocurre con los indicadores de empleo. Fuentes de información oficiales utilizadas en este ámbito como son la Encuesta de Población Activa y los afiliados a la Seguridad Social no desagregan la información de empleo con el suficiente detalle como para distinguir el empleo específico de dependencia del empleo en servicios sociales en general.

4. Referencias bibliográficas

- ABELLÁN, A., PÉREZ, J., AYALA, A., PUJOL, R. y SUNDSTRÖM, G. (2017): ‘Dependencia y Cuidados’, en A. Blanco, A. Chueca and J.A. López-Ruiz, INFORME España 2017. Madrid: Universidad Pontificia Comillas: 169-234.
- AGENCIA ESTATAL DE EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS (AEVAL) (2008), “La participación de la Administración General del Estado en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia”, Madrid, AEVAL, <https://goo.gl/UYyU4y>
- ALONSO, J.M. y ALEMÁN, C. (2017): “Las prestaciones de atención a la dependencia y su consideración como derechos sociales”, *Revista de Derecho Político*, septiembre-diciembre 2017, nº 100: 987-1025.
- ARAGÓN, J., CRUCES, J. y ROCHA, F. (2008): ‘Las condiciones laborales en el sector de atención a las personas en situación de dependencia: una aproximación a la calidad del empleo’, Fundación, working paper 3. Madrid: Fundación 1º de Mayo.
- ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORAS Y GERENTES EN SERVICIOS SOCIALES (AEDGSS) (2013): X Dictamen del Observatorio de la Dependencia, enero de 2013. www.directoressociales.com.
- ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORAS Y GERENTES EN SERVICIOS SOCIALES (AEDGSS) (2016): La coordinación de los servicios sanitarios y sociales. <https://goo.gl/qgQNCg>

- ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORAS Y GERENTES EN SERVICIOS SOCIALES (AEDGSS) (2018): XVIII Dictamen del Observatorio de la Dependencia, Marzo de 2018. www.directoressociales.com.
- ARLOTTI, M and AGUILAR-HENDRICKSON, M (2017): "The vicious layering of multilevel governance in Southern Europe: The case of elderly care in Italy and Spain", *Social Policy Administration*, Vol 52, nº 3: 646-661.
- CEOE-AESTE (2018): Avance del informe de la dependencia de CEOE para garantizar la sostenibilidad del sistema, pendiente de publicación, <https://goo.gl/uqak72>
- CIS (2004): *Barómetro* (Estudio nº 2.581, noviembre de 2004), Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- CIS (2014): Cuidados a dependientes, 2014. Estudio 3.009. http://www.cis.es/cis/opencm/ES/2_bancodatos/estudios/ver.jsp?estudio=14078
- COMISIONES OBRERAS (2017): "El sistema de atención a la dependencia", en El sistema de protección social en España 2017, *Cuadernos de Información Sindical* nº 56, pp.63-82 (capítulo 4). Madrid: Comisiones Obreras.
- DEL POZO, R. PARDO, I. y ESCRIBANO, F. (2017): "El copago de dependencia en España a partir de la reforma estructural de 2012", *Gaceta Sanitaria*, 31(1):23–29.
- EUROPEAN COMMISSION (2015): *The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*. Brussels: European Commission.
- FEMP y FUNDACIÓN PILARES (2015). La situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro. Madrid: Fundación Caser, Federación Española de Municipios y Provincias, Fundación Pilares para la Autonomía Personal. http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/librosad_completo_web.pdf
- FOESSA (2018): *Exclusión Estructural e Integración Social*, Madrid: Cáritas.
- GÓMEZ, M, HERNÁNDEZ, J., MARTÍN, E. y SOSVILLA, S. (2012): "La atención a la dependencia: Estimaciones del gasto presupuestario y de sus efectos macroeconómicos", *Presupuesto y Gasto Público* 66/2012:127-148.
- GRUPO DE EXPERTOS (2009) "Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la autonomía personal y Atención a las situaciones de dependencia". MSYPS (IMSERSO) y Congreso de los Diputados. <https://goo.gl/kt74op>
- GUILLÉN, A.M y RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2015): "Evolución del Estado de Bienestar en España", en Torres Albero, C. (ed.), España 2015. Situación social. Madrid: CIS, pp. 1019-1030.
- IMSERSO (2004), Libro Blanco de atención a las personas dependientes en situación de dependencia en España. Imserso, Madrid.
- IMSERSO (2011): Informe del gobierno para la evaluación de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. (2007-2010), Ministerio De Sanidad, Política Social e Igualdad, noviembre de 2011. <https://goo.gl/kt74op>
- IZAOLA, A. y ZUBERO, I. (2016): *Estudio de situación y alternativas de gestión del SAD en Ermua y Bizkaia*, Bilbao: Universidad del País Vasco
- JIMÉNEZ LARA, A. (2014): 'Evolución de la población en situación de dependencia: retos y tendencias', *Actas de la Dependencia*, 11, 2014, 5-27.
- JIMÉNEZ LARA, A. (2015): "Valoración de la situación del SAAD y propuestas de futuro", *Documentación Social*, 177, pp. 209-226.

- JIMÉNEZ-MARTÍN, S. y VIOLA, A (2017): “Observatorio de dependencia, segundo informe”, *Estudios sobre la Economía Española* - 2017/22, FEDEA.
- MARBÁN GALLEGU, V. (2009): “La atención a la Dependencia”, en Moreno, L (coord.) (2009): *Reformas de las políticas del bienestar en España*, Madrid: Ed. Siglo XXI, pp. 207-238.
- MARBÁN GALLEGU, V. (2012): “Actores sociales y desarrollo de la ley de dependencia en España”, *Revista Internacional de Sociología*, vol. 70, nº 2: 375-398.
- MARBÁN GALLEGU, V. (2015): “La gobernanza del sistema y las diferencias interterritoriales en el SAAD”, *Documentación Social*, vol. 177, pp. 37-56.
- MARBÁN GALLEGU, V. Y RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2017): “Servicios sociales y atención a la dependencia”, *Gaceta Sindical*, nº 28, pp. 337-354.
- MARTÍNEZ BUJÁN, R. y MARTÍNEZ VIRTO, L. (coords.) (2015): “La organización social de los cuidados de larga duración en un contexto de austeridad y precariedad”. *Zerbitzuan*, 60. <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Zerbitzuan60.pdf>
- MARTÍN-SERRANO, E., “¿Es todavía posible un sistema de dependencia como motor económico y de empleo?”, *Actas de la Dependencia*, 11, 2014, 29-56.
- MOLINA NAVARRETE, C. 2010. “La relación entre el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y el Sistema de Seguridad Social: entre concurrencia y complementariedad”. *Documentación Administrativa*, nº 276-277: 371-397.
- MONTSERRAT, J. Y MONTEJO, I. (2013): *El copago en la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Fundación Caser (<http://goo.gl/f8QjgY>).
- MONTSERRAT, J. (2015): “El desarrollo de la LAPAD: propuestas para el futuro” *Documentación Social*, 177, pp 181-208.
- PACOLET, J. (1998), *Social protection for dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway*, Bruselas: Comisión Europea.
- PRADA, M.D. y BORGE, L.M., ‘Una aproximación al coste de la dependencia y su financiación’, *Revista Documentación Social*, 177, 2015, 97-118.
- RANCI, C and PAVOLINI, E. (2013): *Reforms in long-term care policies in EU countries*. New York: Springer.
- RODRÍGUES, R. (2015): Long-term care – the problem of sustainable financing, Synthesis Report , Peer Review in Social Protection and Social Inclusion, Slovenia 18-19 November 2014, <https://goo.gl/UWEnxS>
- RODRÍGUEZ CABRERO, .G. (2004): “Protección social de la dependencia en España”, Documento de trabajo 44/2004, Fundación Alternativas.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2012): “La Ley de la Dependencia: ¿una oportunidad perdida en el desarrollo de los derechos sociales?”, *Gaceta sindical: reflexión y debate*, nº 19: 319-338.
- RODRÍGUEZ-CABRERO, G., MARBÁN, V., ARRIBA, A., MONTSERRAT, J. AND MORENO-FUENTES, F.J. (2018), ‘ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care’, European Social Policy Network, Spain, 2018, de próxima publicación.
- RODRÍGUEZ CASTEDO, A. Y JIMÉNEZ LARA, A., (2010): Potencial de creación de empleo y otros efectos económicos de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia’, *Fundación Alternativas*, Documentos de Trabajo 159, 2010.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2006): “El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia”, Documento de trabajo 87/2006, Fundación Alternativas.

- SANCHO, M y RODRÍGUEZ, P. (2002), “Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro”, *Revista de Intervención Psicosocial*, (10), 3:259-75.
- SPASOVA, S., BAETEN, R., COSTER, S., GHAILANI, D., PEÑA-CASAS, R. AND VANHERCKE, B. (2018): Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.
- TOMLIN, P. (2014). Should kids pay their own way? *Political Studies*, vol. 63 (3): 663-678.
- TRIBUNAL DE CUENTAS (2014): Informe de Fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las Comunidades Autónomas para la adecuada aplicación de la Ley 39/2006, <http://goo.gl/JNQCCT>
- ZALAKAIN, J. (2018): “Costes, copagos y herencias: pistas para reformar la financiación de la dependencia”, *Agenda Pública*, 3 de octubre 2018, <https://goo.gl/uTvaY6>