

El impacto de la crisis en el Sistema de Atención a la Dependencia

¿Hacia un cambio de modelo?

Julia Montserrat Codorniu
Consultora en economía de los servicios sociales



FUNDACIÓN FOESSA
FOMENTO DE ESTUDIOS SOCIALES
Y DE SOCIOLOGÍA APLICADA

1. El modelo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia

La atención a la dependencia se ha convertido en una prioridad social por el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población y por el continuo crecimiento del porcentaje de personas que, como consecuencia del padecimiento de enfermedades crónicas, procesos patológicos o accidentes sobrevenidos, presenta algún tipo de discapacidad la cual, antes o después, disminuirá su autonomía derivando en una situación de dependencia.

Una parte importante del colectivo de personas que requieren cuidados de larga duración es población susceptible de protección pública por sus limitaciones económicas de acceder al mercado privado para satisfacer sus necesidades. Los servicios de atención a la dependencia son servicios caros¹ por su elevada proporción de servicios personales. Ello comporta que, sin una política de protección social, alrededor de dos terceras partes de la población necesitada² quedarían excluidas de la posibilidad de disponer de servicios formales. En países sin o con escasa protección social son las familias las que ocupan este espacio de cuidar a las personas afectadas, recayendo sobre las cuidadoras informales (generalmente son del género femenino) una carga excesiva en tiempo de dedicación³, estrés físico y emocional, y de renuncia personal a la posibilidad de estar en el mercado laboral (Rodríguez Cabrero, 2005). Las políticas sociales ayudan a las familias, sin sustituirlas, a mejorar su calidad de vida y favorecen que sus cuidadores familiares puedan continuar participando en el mercado laboral.

La Unión Europea, ante las proyecciones del envejecimiento masivo que se prevé en el Horizonte 2050, especialmente a partir del 2010⁴, alertó a los Estados miembros de la necesidad de incorporar políticas públicas de atención a la dependencia con el fin de evitar un incremento del nivel de pobreza o de exclusión social de la población afectada (Tratado de Lisboa, 2000).

Aunque la política social es competencia de cada miembro de la UE, lo cierto es que las recomendaciones en materia de modernización económica de la Comisión Europea, el efecto demostración entre modelos nacionales (Método Abierto de Coordinación -MAC) y una base sociodemográfica relativamente convergente, han presionado en favor de modelos de dependencia que tienden a tener un rasgo común, al menos en el grupo de la UE-15: diseño institucional en base a un sistema de cobertura universal (derecho subjetivo), prestaciones mixtas (servicios y prestaciones económicas), descentralizado en cuanto a planificación y gestión (gobiernos regionales y locales), financiación mixta (pública y privada) y una oferta de servicios de responsabilidad pública con gestión pública y privada (Rodríguez Cabrero, 2012).

En la senda de las recomendaciones de la Comisión Europea, España amplía el alcance de la protección social promulgando la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, conocida como "LAPAD" (en adelante también denominada "la Ley"), que entró en vigor el uno de enero de 2007. Dicha Ley supone la introducción de un derecho de ciudadanía mediante el cual todas las personas en situación de dependencia "protegibles"⁵ tienen acceso a unas prestaciones adecuadas a su necesidad. Para las Administraciones Públicas supone pasar de presupuestos limitados y distribución de recursos mediante convocatorias públicas a otro sistema donde el presupuesto de atención a la

¹ El precio medio de una residencia se sitúa entre 2,5 y 3 veces el salario mínimo interprofesional.

² El 70% de las personas mayores tienen rentas mensuales inferiores a 1.500 euros mes.

³ Según G. Rodríguez Cabrero, las cuidadoras informales dedican más de 40 horas a la semana en el cuidado de un familiar con dependencia severa.

⁴ A partir del 2010 se inicia la etapa de jubilación de la generación del *baby boom*.

⁵ La ley establece que serán beneficiarias aquellas personas que requieran ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día. Ello significa que no están incluidos en el ámbito de protección de la Ley aquellos con dependencia leve.

dependencia no puede estar limitado bajo ninguna circunstancia y los créditos presupuestarios deben ser ampliados en el caso de que la demanda de las personas beneficiarias supere las previsiones presupuestarias iniciales.

La LAPAD conjuga la competencia exclusiva de las CCAA en materia de servicios sociales, en donde se incluyen las prestaciones de la dependencia, con la capacidad del Estado de extender la acción protectora de la Seguridad Social –artículo 149.1 de la Constitución española– regulando las condiciones básicas de acceso de las personas beneficiarias a un conjunto de prestaciones, para asegurar un trato equitativo de todas las personas en situación de dependencia.

Con anterioridad a la aprobación de la LAPAD, la atención a la dependencia no era una contingencia desconocida, si bien se trata de un modelo de provisión de cuidados “pluralista, familiar y multinivel, altamente intensiva en cuidados familiares, e insuficiente y desigual en oferta y cobertura de servicios públicos y en servicios privados de responsabilidad pública.” (Marbán, 2012). Todas las CCAA habían desarrollado programas en materia de atención a la dependencia aunque eran de carácter asistencialista –el acceso a las prestaciones estaba condicionado a la “prueba de medios” y a las disponibilidades presupuestarias–.

El hecho diferencial que introduce la LAPAD, es impulsar la nivelación de una oferta pública en todas las CCAA a partir del reconocimiento del derecho subjetivo de los ciudadanos a dicha protección social. Ambos elementos, la universalidad de las prestaciones y el aseguramiento de unas prestaciones básicas a todas las personas en situación de dependencia, incidirán en un incremento del gasto público que ya venían realizando las CCAA; no obstante, en unas el incremento del gasto será más acentuado que en otras por el hecho de que partían de un diferente nivel de la oferta asistencial.

Los principios que articulan la LAPAD son: a) derecho subjetivo de la ciudadanía; b) nivel mínimo de protección garantizado por la Administración General del Estado; c) doble objetivo: la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia; d) igualdad y universalidad; e) prestaciones del Sistema para la Atención a la Dependencia incardinadas en el ámbito de los servicios sociales; f) gestión mixta público-privada; g) cooperación interadministrativa a través del Consejo Territorial del SAAD; h) prioridad por los servicios sobre las prestaciones económicas; i) financiación mixta (Estado, CCAA y usuarios) (Vilà, 2013).

Desde el punto de vista macroeconómico (Sosvilla, 2011), la Ley tiene un impacto en el crecimiento económico en la generación de empleos⁶ además de contribuir a la reducción del déficit y la deuda y ser una fuente de impuestos y cotizaciones sociales.

Este documento tiene la finalidad de analizar y estimar el coste de los recortes presupuestarios en el bienio 2011-2012; por ello se realiza una descripción somera de la configuración del Sistema y se analizan tres aspectos concretos: el derecho de acceso de las personas en situación de dependencia a las prestaciones, la configuración de un sistema de prestaciones básicas (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia - SAAD) y el sistema de financiación.

⁶ Durante los años 2009 y 2010 se generaron 124.000 empleos gracias al SAAD

1.1. Colectivo beneficiario de la LAPAD

El colectivo protegible de la Ley es toda persona en situación de dependencia de cualquier edad siempre que esté reconocida como beneficiaria del Sistema de acuerdo con los resultados del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD), así como la escala específica para menores de tres años (EVE), aprobados en la Ley 39/2006 y reformulados en el Real decreto 174/2011, de 11 de febrero⁷.

La Ley prevé tres grados de dependencia, los cuales originariamente se subdividían en dos niveles en cada uno de los grados; con la reforma de la Ley 20/2012, se suprimen los niveles y se reconoce solo el grado. La intensidad de la dependencia se define por el número de veces al día que la persona dependiente necesita ayuda de una “tercera persona” para la realización de las ABVD (actividades básicas de la vida diaria). Dicho baremo ignora el “continuum asistencial” que puede requerir una persona dependiente ya que define las necesidades en clave de dependencia social, pero no en clave de dependencia sanitaria. Así, los grados de dependencia se definen en función de la incapacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) agrupándolos en tres grados⁸ pero no incluye ningún supuesto de cuando la persona por su discapacidad física necesite además de los cuidados sociales unos cuidados sanitarios continuados de mayor intensidad que los de control y supervisión asistencial (atención sociosanitaria)⁹. Ello significa que hay un colectivo de personas que por sus especiales características de dependencia sanitaria quedan excluidos del ámbito de protección social de la dependencia.

La aplicación del BVD a los resultados de la Encuesta EDAD-2008 *estima un total de 2,3 millones de personas¹⁰ personas en situación de dependencia, lo que supone un 5% de la población total (datos 2008), y una prevalencia del 21% de la población.* No obstante, la LAPAD establece unos criterios más restrictivos para ser beneficiarios de sus prestaciones, excluyendo a las personas con dependencia leve y a aquellas que requieren cuidados sociosanitarios. Según el Libro Blanco de la Dependencia (2004), la población estimada “protegible” en el 2015 –fecha inicialmente prevista para la finalización de la implantación de la Ley– sería de alrededor de 1,3 millones de personas. Ello daría como resultado una tasa de prevalencia de la dependencia del 3% de la población, la cual desglosada sería del 12% en las personas mayores y del 0,7% para la población menor de 65 años.

Las cifras muestran que, a dos años vista de la “fecha inicial” de finalización de la implantación de la Ley, el promedio de personas beneficiarias a 31/12/2013 es de 748.612 personas, poco más de la mitad de los beneficiarios previstos inicialmente.

En cuanto a la estructura de personas beneficiarias por grado de dependencia, el hecho de que el proceso de entrada al Sistema no se haya completado, no permite extraer conclusiones definitivas sobre las desviaciones respecto a las cifras iniciales previstas en dicho Libro Blanco. No obstante, si se compara el número absoluto de personas previsto y el realizado en 2013, los

⁷ Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

⁸ Grado 1 (Dependencia moderada): necesidad de ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día; Grado 2 (dependencia severa): necesidad de ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, sin que se precise del apoyo permanente de un cuidador; Grado 3 (Gran dependencia): necesidad de ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y que requiere del apoyo indispensable y continuo de otra persona por la pérdida total de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial.

⁹ Dicha limitación se intenta superar mediante procesos de coordinación sociosanitaria. Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid 2011.

¹⁰ CIS. De los cuales 2.068.563 están en hogares y 252.423, en residencias.

resultados muestran que hay un mayor peso de beneficiarios con Grado 3 y una menor proporción de los del Grado 2. Ver cuadro.

Cuadro 1. Estructura de la población beneficiaria por grados de dependencia: Actual y previsto

	Moderada	Severa	Gran depen.	Total	Indice
Libro Blanco (Estimacion 31/12/2014)	648.442	472.461	252.345	1.373.248	100
	47%	34%	18%	100%	
A 31/12/2013	101.747	351.872	294.993	748.612	55%
	14%	47%	39%	100%	

Fuentes: Libro Blanco, SISAAD y elaboración propia

El proceso de entrada al Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD) es bastante burocrático y hace enlentecer la gestión de los expedientes de solicitud de las personas en situación de dependencia, ocasionándoles un perjuicio ya que se ven privadas de gozar de una prestación que les corresponde¹¹. Los sucesivos informes del Observatorio de la Dependencia¹² ponen de manifiesto el elevado número de personas que permanecen en el “limbo de la dependencia”¹³ y, aunque la cifra va disminuyendo paulatinamente, aún había 190.503 personas pendientes de recibir prestación a finales del 2013; si estos se sumaran con aquellos que tienen prestaciones, la cifra total ascendería a 939.115, lo cual supondría un incremento del 25% de las personas atendidas en el SAAD.

Actualmente¹⁴, el perfil de los demandantes de las prestaciones públicas de dependencia muestra que algo más de la mitad (54%) tienen más de 80 años y si contamos a partir de los 65 años el porcentaje se eleva a casi tres cuartas partes del total (73%).

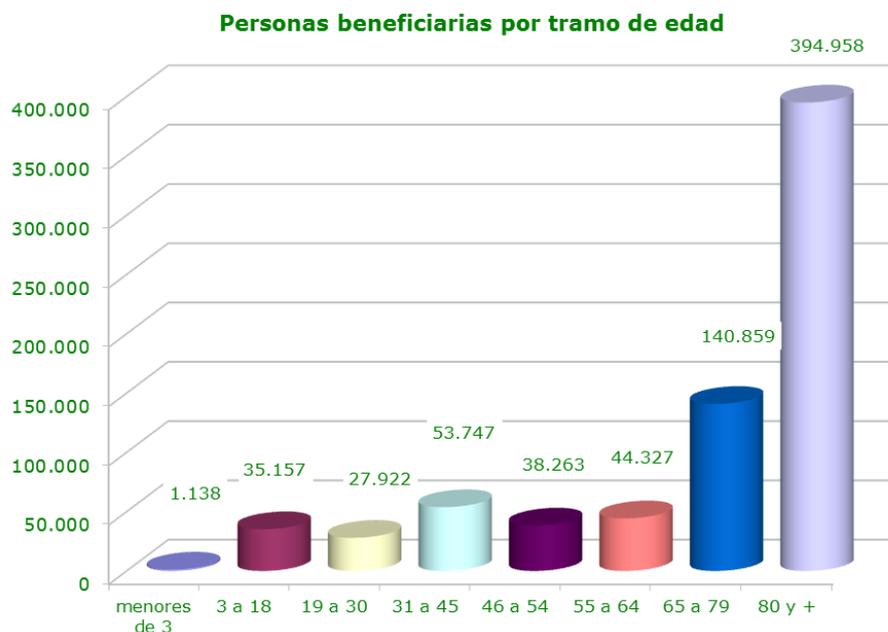
¹¹ El derecho a ser beneficiario del Sistema viene establecido por el calendario de entrada aprobado por el Gobierno. La Ley 20/2012 modifica el calendario inicial incluido en la Ley 39/2006.

¹² Asociación estatal de directores y gerentes en servicios sociales: Informes sobre el desarrollo y evaluación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia.

¹³ Período de tiempo entre haber sido reconocida persona beneficiaria y la asignación de la prestación.

¹⁴ IMSERSO. Estadísticas del SAAD. Datos 31/12/2014.

Gráfico 1



Fuente: Estadísticas SAAD. Datos a 31/12/2013

Por sexo, dos terceras partes de las personas beneficiarias son mujeres y una tercera parte hombres.

Gráfico 2



Fuente: Estadísticas SAAD. Datos a 31/12/2013

1.2. La oferta de prestaciones de la LAPAD

La LAPAD configura un sistema básico de prestaciones, algunas en servicios y otras en metálico. El conjunto de prestaciones y servicios establecidos en esta Ley (art. 16) se integran en la Red de Servicios Sociales de las respectivas Comunidades Autónomas en el ámbito de las competencias que tienen asumidas. El conjunto de las redes públicas de servicios de atención a la dependencia en el ámbito estatal configura el SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia).

La LAPAD indica (art 16.2) que la red de centros estará formada por los centros públicos de las CCAA, de las Entidades Locales, los centros de referencia estatal, así como los privados concertados. Los centros y servicios privados no concertados que presten servicios para personas en situación de dependencia deberán contar con la debida acreditación de la CA (art 16.3). La LAPAD trató de maximizar la eficiencia y minimizar el aumento del gasto público aprovechando la red de centros y servicios ya existentes en las CCAA (residencias, centros de día, etc.) así como la red de servicios de proximidad de las Corporaciones Locales (ayuda a domicilio, teleasistencia).

El sistema básico de prestaciones¹⁵ se encuentra en el catálogo de servicios de la Ley (Ley 39/2006 y RD 1051/2013, de 27 de diciembre) y para cada grado de dependencia le corresponden unos determinados servicios que, aunque la finalidad del mismo coincide entre los grados, varía la intensidad de la protección.

El hecho de que las Autonomías tengan competencia plena en la planificación, organización y gestión de los servicios sociales significa que podrían ampliar la oferta asistencial aunque, si el nuevo servicio no estuviera integrado en la Red pública de centros reconocidos por el IMSERSO, el beneficiario no tendría derecho a la financiación del Nivel Mínimo garantizado.

El objetivo de la oferta asistencial en la LAPAD era la concesión de servicios y, solo en casos excepcionales, asignar una prestación económica, pero debido a la escasez de servicios públicos existentes, las dificultades para acreditar centros privados que pudieran concertar con la AP, las restricciones presupuestarias y la presión de los solicitantes para disponer de una prestación, todo ello ha conducido a que las CCAA se hayan decantado por las prestaciones económicas, especialmente la del cuidador familiar, siendo en algunas CCAA la prestación mayoritaria.

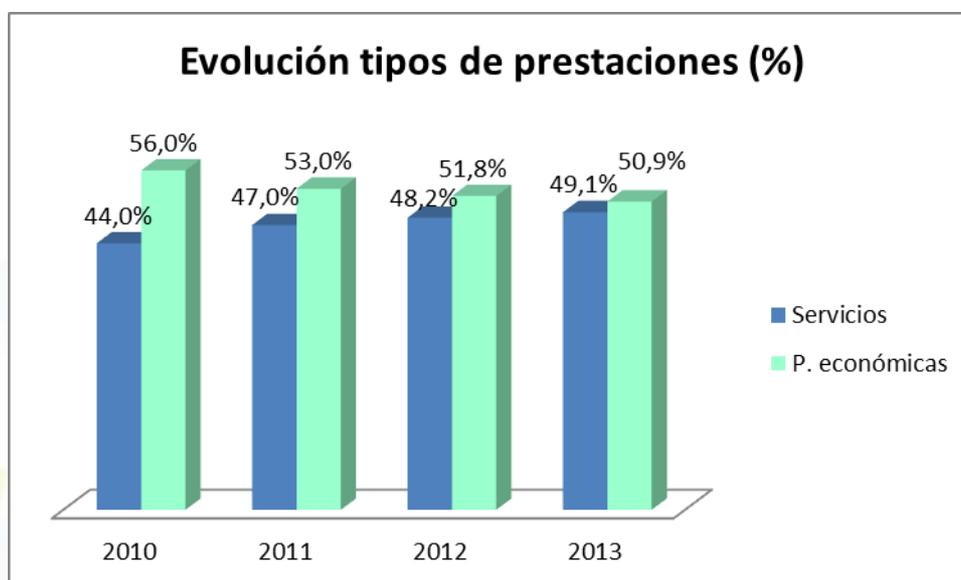
En el cuadro siguiente se muestra la evolución de la oferta asistencial desglosada en prestaciones en servicios y prestaciones económicas. A pesar de que la prestación económica por cuidados en el entorno familiar ha crecido en números absolutos, el porcentaje de prestaciones económicas ha descendido cinco puntos porcentuales pasando del 56% en el 2010 al 50,9%. Ver cuadro y gráfico.

¹⁵ Servicios: Residencia, centro de día/noche, ayuda a domicilio, teleasistencia, prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal. Prestaciones económicas: Vinculada al servicio, asistencia personal y cuidados en el entorno familiar.

Cuadro 2 .Evolución del promedio anual de prestaciones del SISAAD. 2010-2013

	2010	2011	2012	2013
Servicios	308.344	414.965	461.421	461.769
P. económicas	392.674	467.940	495.760	478.341
Total	701.018	882.905	957.181	940.110
Fuente: SISAAD y elaboración propia.				
Nota: Se toma el promedio de las prestaciones anuales.				

Gráfico 3



Fuente: Estadísticas SAAD y elaboración propia

La Ley 20/2012 de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad tiene entre sus objetivos reducir a “mínimos” la prestación económica de cuidados familiares. La reducción de la cuantía actual de la prestación de cuidador en el entorno familiar junto con las restricciones impuestas para ser reconocido como cuidador, el derecho de carencia de dos años por parte de la Administración para empezar a abonar su importe sin poder exigir retroactividad durante ese periodo, la supresión de la bonificación de la cuota de la Seguridad Social de los cuidadores familiares y la penalización a la Comunidad Autónoma (CA) en la determinación de la cuantía del Nivel Mínimo por conceder dicha prestación, constituye un auténtico arsenal de medidas para el acoso y derribo de dicha prestación.

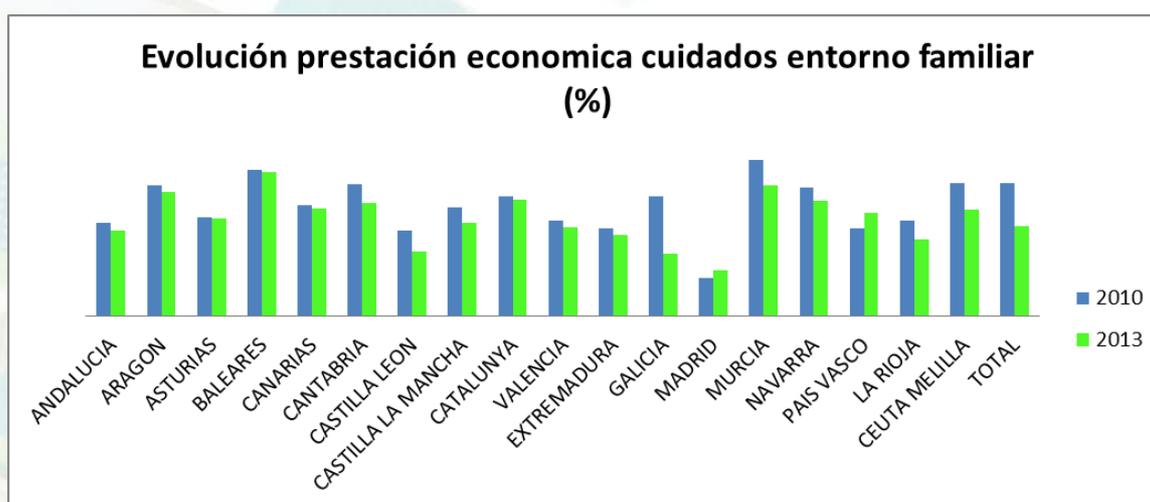
Las cifras del 2013 parecen indicar que las prestaciones por cuidados en el entorno familiar están siendo sustituidas por servicios de coste bajo como es la ayuda a domicilio con pocas horas de prestación, la teleasistencia y el servicios de prevención de la dependencia, en lugar de servicios residenciales o servicios en centros de día. En el cuadro siguiente se puede apreciar que la mayoría de las CCAA han bajado la proporción de prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar en el periodo 2010-2013, excepto País Vasco y Madrid. Ver cuadro y gráfico

Cuadro 3. Evolución prestación económica cuidados entorno familiar. 2010-2013

	2010	2013
ANDALUCIA	45,45%	41,34%
ARAGON	63,48%	60,30%
ASTURIAS	47,72%	47,30%
BALEARES	70,75%	69,80%
CANARIAS	53,87%	52,33%
CANTABRIA	63,78%	54,85%
CASTILLA LEON	41,71%	31,39%
CASTILLA LA MANCHA	52,77%	45,25%
CATALUNYA	57,91%	56,46%
VALENCIA	46,18%	43,14%
EXTREMADURA	42,62%	39,64%
GALICIA	58,19%	30,24%
MADRID	18,42%	22,47%
MURCIA	75,78%	63,35%
NAVARRA	62,49%	56,20%
PAIS VASCO	42,84%	50,19%
LA RIOJA	46,23%	37,34%
CEUTA MELILLA	64,33%	51,60%
TOTAL	64,33%	43,66%

Fuente: SISAAD y elaboración propia

Gráfico 4



Fuente: Estadísticas SAAD: años 2010 y 2013 y elaboración propia

La eliminación (o casi) de la prestación por cuidados en el entorno familiar podría actuar como un “boomerang” produciendo un incremento en la demanda de servicios residenciales, lo cual, dado su elevado coste, perjudicaría aún más las finanzas de las Autonomías, a la vez que no siempre es la opción más deseada por las personas beneficiarias.

1.3. La financiación de las prestaciones

La LAPAD establece un modelo mixto de financiación público-privado y se basa en la colaboración entre las Administraciones públicas. Se trata de un modelo participativo entre la Administración del Estado (AGE) y las Administraciones Autonómicas a la vez que se establece que las personas beneficiarias han de contribuir a la financiación del coste de las prestaciones¹⁶. El funcionamiento de este sistema presenta dificultades por la falta de claridad en la definición de los objetivos, la falta de transparencia en la información facilitada y la multiplicidad normativa que presenta la relación entre las Administraciones autonómicas con sus usuarios.

La LAPAD, al otorgar un derecho subjetivo a los ciudadanos, obliga a la Autonomías a aumentar el gasto en la atención a la dependencia pero cabe recordar que la Ley inició su andadura sin que se hubiera dotado a las autonomías de recursos económicos suficientes para satisfacer el incremento del gasto derivado de la mayor demanda de prestaciones de la dependencia. La falta de financiación se ve paliada por la contribución de la AGE en el Sistema a través del Nivel Mínimo y del Nivel conveniado.

El Nivel Mínimo de financiación corresponde al importe garantizado por el Estado en función del derecho reconocido al beneficiario. Es un importe por persona beneficiaria y su valor lo fija anualmente el Gobierno. Se empieza a percibir cuando ya se disfruta de la prestación. El importe destinado a dicho gasto se debe consignar anualmente en los correspondientes Presupuestos del Estado (art 32.1) y lo asume íntegramente la Administración General del Estado (art. 9). Al ser una financiación garantizada, el Estado deberá recurrir a los suplementos de crédito en el caso que el presupuesto inicial resultase insuficiente para hacer frente a los derechos devengados durante el ejercicio.

El importe del Nivel Mínimo es un importe fijo según el grado de dependencia de la persona beneficiaria. El importe fijado no tiene relación con el coste de la prestación; ello hace que se genere un déficit mayor en las CCAA cuanto mayor sea el coste de la prestación asignada. Por ejemplo, la CA cobra lo mismo por una persona de Grado 3 que reciba un servicio residencial que otra con un servicio de ayuda domiciliaria. El importe del Nivel Mínimo lo recibe la CA, la cual los distribuye en función de las prestaciones requeridas por sus beneficiarios.

La LAPAD estableció también el Nivel Acordado (o “conveniado”), el cual corresponde a un fondo de financiación complementario al Nivel Mínimo garantizado. Lo determinaba el Estado anualmente y se distribuía entre las CCAA de acuerdo con los criterios fijados en el Consejo Territorial. El objetivo de este Fondo era hacer de “comodín” del Nivel Mínimo. Se podían financiar gastos de puesta en marcha de centros y servicios, así como programas de prevención y formación o los gastos de gestión de los expedientes de la LAPAD, pudiendo incluir, también, gastos de inversión. Desde el año 2012, este Fondo está suspendido, lo cual no implica que se pueda restablecer en el futuro.

La Ley 20/2012 modifica el concepto del Nivel mínimo y transgrede la finalidad para la que fue creado. Este nivel de financiación se establece para garantizar que la persona beneficiaria recibirá la prestación otorgada, obligando a la CA a que aporte una cuantía como mínimo igual a la que ha puesto la AGE. Por eso se denomina “nivel mínimo de protección garantizado”.

¹⁶ Algunos autores llaman al copago “repago”, ya que las personas beneficiarias ya han pagado sus impuestos.

La nueva normativa olvida que el Nivel Mínimo está ligado solo a la persona y lo utiliza para penalizar a las CCAA que sigan asignando prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar, rebajando el importe a percibir en función de la proporción entre prestaciones en servicios¹⁷ y dicha prestación. Cabe pensar que existen otros métodos para encauzar una determinada política, siendo además las CCAA las que tienen plena competencia para asignar las prestaciones que están dentro del catálogo de la LAPAD, entre las que se encuentra la prestación económica de cuidados en el entorno familiar.

La AGE ejerce un control sobre las CCAA para asegurarse que cumplen con la obligación de proporcionar las prestaciones de atención a la dependencia a las personas beneficiarias por las cuales han percibido el importe del Nivel Mínimo. Por ello, establece la condición de que la CA deberá aportar como mínimo un presupuesto de igual cuantía que el librado por la AGE (Nivel Mínimo + Nivel acordado cuando existía). En este punto se abre otro debate sobre si la cantidad aportada por la CA debe considerarse por el gasto total en las prestaciones del SAAD o si el gasto debe ser interpretado como el “gasto nuevo” realizado por la Autonomía desde la entrada en vigor de la LAPAD. El informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de noviembre del 2011¹⁸ pone el énfasis en la medición del gasto nuevo de las CCAA; en cambio, en las evaluaciones posteriores del Gobierno (2012 y avance del 2013)¹⁹, el enfoque es sobre el gasto total sin desglosar qué parte correspondería al gasto nuevo.

La medición del nivel de colaboración financiera es objeto de una guerra de cifras, entre la AGE y las Administraciones autonómicas, sobre el cumplimiento del 50% a aportar por cada parte. Sin embargo, las cifras parecen evidenciar que la financiación de la AGE es inferior a lo esperado y que va descendiendo de año en año. Así, el porcentaje de financiación del Nivel Mínimo sobre el gasto de las prestaciones devengadas durante el ejercicio desciende 6,1 puntos porcentuales entre el 2010 y el 2013, pasando del 23,4% al 17,3%, respectivamente. Y si consideramos el presupuesto total sobre el gasto total realizado (gasto prestaciones + atrasos) el porcentaje de financiación ha disminuido 9,6 puntos porcentuales, pasando del 28% en 2010 al 18,4% en 2013, en cuatro años²⁰.

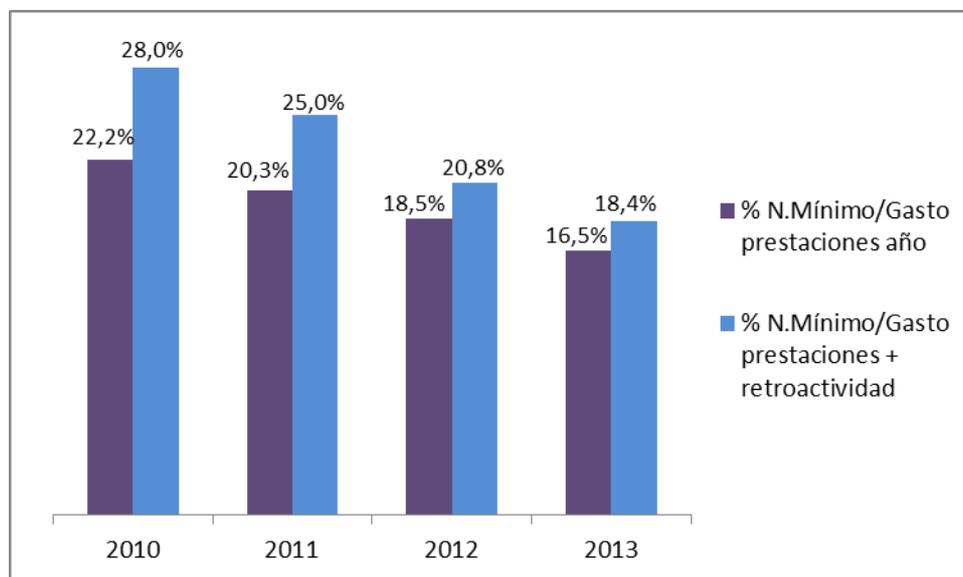
¹⁷ Sorprende que las prestaciones económicas de prestación vinculada y asistencia social, pasen a ser consideradas prestaciones en servicios según la Ley 20/2012.

¹⁸ http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_082153.pdf

¹⁹ http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-8539

²⁰ Para un mayor detalle de los resultados ver artículo de Montserrat, J. (2014), “El coste y la financiación del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia” en *Revista de Investigaciones regionales*, pendiente de publicación.

Gráfico 5. Financiación del SAAD



Fuente: Estadísticas del SAAD y elaboración propia

Algunos informes recientes (Prada, 2014) incluyen un nivel de financiación no previsto en la LAPAD; es la financiación adicional que se da a las CCAA para cubrir el coste de los servicios sociales entre los cuales se encuentra la dependencia. Una de las características de la financiación autonómica es que las transferencias no son finalistas con lo que las referencias a la dependencia de la Ley 22/2009 se refieren a los criterios empleados para cuantificar un ingreso adicional²¹ al conjunto de la financiación de los servicios sociales que les corresponde a las CCAA. En ningún caso se puede considerar ese montante como aportación adicional de la AGE, ya que si ese hubiera sido el propósito del legislador, esas cuantías deberían figurar en los Presupuestos Generales del Estado en el programa de Atención a la dependencia igual que ocurre con el Nivel Mínimo y el Nivel acordado.

1.3.1. La participación del usuario en la financiación del coste de las prestaciones (copago)

Una forma de disminuir el gasto público es compensarlo a través de la recaudación de los copagos de los usuarios. La LAPAD estableció que la financiación de una parte del coste de las prestaciones se realizaría a través de la participación de los usuarios (art. 33). Si bien la Ley no mencionó en qué proporción los usuarios participarían en la financiación, la memoria económica de la Ley la estimaba en un tercio del coste total.

El copago se aplica tanto en los servicios como en las prestaciones económicas, si bien en este último caso se le conoce como “descuento” de la prestación, ya que la cuota que le corresponde al usuario se le “descuenta” directamente de la misma. El hecho de que las Administraciones Públicas contabilicen dichas prestaciones por su “importe neto” incide en que no se visualice, por un lado, el gasto total y, por otro lado, el ingreso de los copagos; su contabilización por separado favorecería la confección de las estadísticas y la realización de proyecciones y se cumpliría con el principio de “no compensación” de la contabilidad presupuestaria, el cual indica que no se pueden compensar los gastos con los ingresos.

²¹ Se estima que en el año 2013 fueron 2.400 M€.

Las CCAA son las que tiene potestad para desarrollar reglamentariamente las características de la participación de sus usuarios en la financiación de las prestaciones; no obstante, en aras de “uniformizar” el copago en todo el territorio, las Autonomías acuerdan unos criterios comunes que son aprobados en el Consejo Territorial de Servicios Sociales. El primer Acuerdo se recoge en la Resolución de 2 de diciembre de 2008, pero tuvo una vida efímera ya que un recurso interpuesto por el CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) hizo que el Tribunal invalidara la parte relativa al cálculo de la determinación de los copagos. La segunda tentativa fue el Acuerdo de 10 de Julio de 2012 (Resolución de 13/7/2012) vigente en la actualidad. En el ínterin, las CCAA han desarrollado modelos propios de copago o simplemente han seguido aplicando los que tenían antes de la entrada en escena de la LAPAD.

El modelo de copago definido por el Acuerdo del Consejo Territorial de 10/7/2012 trae consigo una serie de efectos perversos que lo hacen poco equitativo, ejerciendo una elevada presión recaudatoria sobre las personas usuarias con pocos recursos económicos. La filosofía de establecer bonificaciones en la cuota, en lugar de establecer una escala progresiva en función de la renta, favorece a las rentas medias-altas (tope en la cuota) mientras que penaliza a los que no tienen esa capacidad económica –rentas medias-bajas–, a los cuales no se les tiene en cuenta ningún tope del copago excepto el de garantía de ingresos mínimos cuya cuantía es realmente ínfima (19% del IPREM²² en el caso del servicio residencial). Dicho importe es totalmente insuficiente para pagar aquellos gastos personales no cubiertos por el sistema (audifonos, gafas, dentista, vestuario, podólogo, entre otros) lo que deja a la persona usuaria completamente sin recursos. Ese empobrecimiento se hace más acuciante con la inclusión del patrimonio, el cual eleva la capacidad económica del usuario sin que haya una correspondencia con ingresos líquidos, lo cual puede, en determinados casos, hacer que la persona beneficiaria deba hipotecar su patrimonio a cuenta de la Administración por la deuda que se origine con ella. Dicha “apropiación” de los bienes patrimoniales puede provocar la exclusión voluntaria del Sistema de las personas afectadas, produciendo una pérdida del bienestar de las mismas.

Sobre el montante que se recauda de los copagos existe una falta total de transparencia, tal como pone en evidencia el informe del Tribunal de Cuentas²³. Las CCAA justifican su falta de información con argumentos como que su “contabilidad no distingue entre los ingresos de las personas en situación de dependencia de los que no los son” o “no existe partida presupuestaria específica para la contabilización por dicho concepto”, entre otros. Los ingresos certificados son estimaciones realizadas por el órgano gestor de la Comunidad al no tener diferenciados los ingresos por dichos conceptos. Ante la falta de estadísticas fehacientes algunos autores han realizado diversas estimaciones sobre la cifra de los copagos y su cobertura respecto al coste de las prestaciones (Montserrat, 2008, 2012, 2014; AEDGSS, 2010-2014, Prada, 2014). Las estimaciones muestran que el montante de los copagos de una Comunidad Autónoma está relacionado con la estructura de rentas de su Comunidad, el nivel de rentas de las personas que acuden a solicitar la prestación de la dependencia y el cálculo de la capacidad económica; no es lo mismo si acuden personas de todos los estratos sociales (rentas bajas, medias y altas) que si solo se atiende a personas con rentas bajas y medias, ya que las cuotas a pagar son muy diferentes. La recuperación del coste será mayor cuanto mayor sea la proporción de personas que pueden pagar la cuota máxima (90% del coste de referencia de los servicios).

²² Ello significa 118 euros mes según IPREM del 2013 y 2014.

²³ Tribunal de Cuenta, Informe nº 977. Informe de fiscalización de la gestión económico-financiera y de la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia.

2. Los recortes presupuestarios en la Ley de Promoción e la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia

Las reformas introducidas en el SAAD son un reflejo de la política económica aplicada por el Gobierno correspondiente, cuyas actuaciones no están exentas de connotaciones ideológicas. El análisis de los presupuestos consolidados de las CCAA en el periodo 2008-2011, una vez iniciada la crisis, muestra que ha habido dos etapas de política económica bien diferenciadas: la que transcurre de 2008 hasta mayo de 2010²⁴ y la que se inicia en la segunda mitad de 2010. Según Ruiz-Huerta y otros (2012)²⁵, el primer periodo se caracterizó por la notable expansión del gasto a pesar de la drástica contracción de ingresos, con la progresiva generación de déficits públicos abultados, unas dinámicas que se explican por la activación de los estabilizadores automáticos del presupuesto²⁶. La segunda etapa, coincidente con el cambio del discurso económico dominante y los crecientes problemas de financiación de los sectores públicos europeos, está marcada por la articulación generalizada de políticas fiscales contractivas, reduciendo el gasto e incrementando los impuestos; así, a partir de mayo de 2010 se produce el despliegue generalizado de políticas fiscales discrecionales de carácter restrictivo.

En cuanto al SAAD, el núcleo central de los “recortes” se identifica con la Ley 20/2012²⁷ aunque hay una antesala con el RDL 20/2011²⁸ que retrasa el calendario de entrada de los dependientes moderados en un año (hasta 2013), si bien la mencionada Ley pospone definitivamente su entrada hasta mediados de julio del 2015. La Resolución de 13 de julio de 2012 recoge el acuerdo del Consejo Territorial del 10 de julio de 2012 cuyas propuestas fueron recogidas en la Ley 20/2012. Asimismo, los Presupuestos Generales del Estado para 2012, 2013 y 2014 han ido aprobando recortes presupuestarios como la suspensión del nivel acordado y la supresión de la bonificación de la cuota de la Seguridad Social del cuidador familiar.

El cambio del modelo asistencial se completa con dos Reales decretos y una Orden de finales de diciembre del 2013, los cuales recogen las modificaciones en: el modelo asistencial (RD 1051/2013), el modelo de financiación de la Administración General del Estado (AGE) a las CCAA (RD 1050/2013) y el modelo del sistema de información del SAAD (Orden SSI/2371/2013).

Las medidas de ahorro del gasto público actúan de diferente manera; unas lo hacen conteniendo el gasto mínimo exigido a las Autonomías en la gestión de las prestaciones (simplificación de los grados de dependencia, reducción de la intensidad de las prestaciones, reducción de las cuantías máximas de las prestaciones económicas, carencia de dos años en la prestación económica del cuidador familiar); otras inciden disminuyendo la financiación de la AGE a las CCAA (disminución de las cuantías del Nivel Mínimo, suspensión del nivel acordado) y, por último, otro grupo de medidas actúa recortando derechos o exigiendo mayor colaboración de las personas beneficiarias (retraso del derecho de entrada de las personas dependientes de Grado 1, incremento de los copagos, supresión bonificación cuota Seguridad Social). Todas ellas tienen un objetivo común que es la reducción del gasto público en el SAAD

²⁴ Se produce un cambio de Gobierno después de las elecciones generales.

²⁵ Ruiz-Huerta, J. y otros (2012): *La crisis económica y la tensión fiscal en las Comunidades Autónomas en Informe de las CCAA 2011*. Instituto de Derecho Público. Barcelona.

²⁶ Según la política Keynesiana, los Gobiernos deben utilizar políticas anticíclicas, incrementando el gasto público aunque incurran en déficit, para luchar contra los efectos de la crisis.

²⁷ RDL 20/2012, DE 13 DE JULIO, DE MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA ESTABILIDAD PRESUPUESTARIA Y DE FOMENTO DE LA COMPETITIVIDAD.

²⁸ RDL 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público.

consolidando unos presupuestos menores de los que se venían aportando hasta el 2012, con la consiguiente reducción de la protección social en atención a la dependencia cuando aún no se había terminado el proceso de implantación de la LAPAD (del 2007 hasta el 2015).

A pesar de la amplia normativa dictada por el Estado para contener el gasto en protección social a la dependencia, las Autonomías tienen plena potestad para dotar sus presupuestos por encima de lo que les correspondería en estricto cumplimiento de las normas desarrolladas en la Ley 20/2012 y complementarias, pudiendo, por ejemplo, aumentar las intensidades de las prestaciones, incrementar las cuantías de las prestaciones económicas, entre otras (Nivel adicional de financiación).

En la tabla siguiente se resumen las principales medidas que tienen efecto sobre el gasto público del SAAD.

Tabla 1. Medidas de los recortes presupuestarios del SAAD. Periodo 2011-2013

MEDIDAS DIRECTAS QUE AFECTAN AL GASTO PÚBLICO		
Retraso del derecho de entrada de los beneficiarios del Grado 1	RDL 20/2011, de 30 de diciembre Ley 2/2012, de 29 de junio (PGE) Ley 20/2012, de 13 de julio	Retrasa un año la entrada de los beneficiarios del Grado 1 hasta 2013 Retrasa la entrada de los beneficiarios del Grado 1 hasta 2014 Retrasa la entrada de los beneficiarios del Grado 1 hasta julio 2015
Disminución de las intensidades de protección de las prestaciones	Ley 20/2012, de 13 de julio + Resolución 13/7/2013	Disminuye el número de horas de ayuda a domicilio según grado de dependencia. Reduce horas en centros de día y establece horas del servicio de prevención y promoción autonomía personal
Disminución de las cuantías de las prestaciones económicas y simplificación de los grados de dependencia.	Ley 20/2012, de 13 de julio	Disminuye las cuantías máximas de las prestaciones económicas de cuidador familiar. Nuevas cuantías para los nuevos grados de dependencia
Disminución del Nivel Mínimo	Ley 20/2012, de 13 de julio	Se rebaja la cuantía del Nivel Mínimo y se modula según la proporción de prestaciones en servicios respecto a prestaciones en cuidados en el entorno familiar
Regulación del modelo del copago	Ley 20/2012, de 13 de julio + Resolución 13/7/2013	Regula el modelo de las contribuciones de los usuarios a la financiación de las prestaciones
Suspensión del Nivel conveniado	Leyes de los Presupuestos Generales del Estado, años 2012, 2013 y 2014	Se suspende la cantidad aportada por el Estado para financiar el Nivel conveniado
Supresión bonificación cuota de Seg. Social del cuidador	Ley 20/2012, de 13 de julio	A partir del 2013, el cuidador no profesional no tiene obligación de darse de alta a la Seg. Social y, si es el caso, la cuota correrá a su cargo.
MEDIDAS INDIRECTAS QUE AFECTAN AL GASTO PÚBLICO		
Aplazamiento de los atrasos de la retroactividad de las prestaciones económicas	Ley 20/2012, de 13 de julio	Se pueden aplazar hasta 8 años los atrasos pendientes derivados de la retroactividad de las prestaciones económicas (PEF)
Carencia de dos años para el abono de la PEF	Ley 20/2012, de 13 de julio	Solo se devenga retroactividad si el plazo entre la solicitud y el abono de la prestación económica supera los dos años y seis meses.
Baremo de valoración	RD 174/2011, de 11 de febrero	Rebaja las puntuaciones y disminuye el nº de personas en el tramo de gran dependencia

En los puntos siguientes se realiza una descripción de las medidas y se estima la cuantificación del ahorro en el periodo 2012-2014. El ahorro estimado se compara con el cuantificado por el Gobierno en su Programa Nacional de Reformas del 2013 y se constatan las diferencias en los resultados entre ambas proyecciones.

2.1. Retraso del derecho de entrada de las personas beneficiarias con dependencia moderada (Grado 1)

La LAPAD había previsto un periodo escalonado de implantación de ocho años (2007-2015) para la entrada al Sistema de las personas en situación de dependencia. El calendario de entrada para aquellos con dependencia moderada (Grado 1) era de cuatro años, ya que este es el grupo más numeroso de personas beneficiarias del SAAD. El total estimado por el Libro Blanco de la Dependencia era de 648.000 personas. Sin embargo, el Gobierno ha ido retrasando la entrada de los nuevos beneficiarios del Grado 1. Así, en el 2012 (RD 20/2011 de 30 de diciembre)²⁹, se retrasa su entrada un año (hasta 2013); posteriormente, la Ley de Presupuestos Generales del Estado para el 2012 la vuelve a retrasar un año más (hasta el 2014) y finalmente la Ley 20/2012 la retrasa definitivamente hasta julio del 2015.

El retraso del acceso al SAAD de las personas con grado de dependencia moderada deja fuera del Sistema: alrededor de 144.000 en el 2012; de 334.000 en el 2013 y más de medio millón (554.000) en el 2014. Hay que tener en cuenta que dentro del Sistema hay 121.571 beneficiarios de los que entraron en el 2011³⁰.

2.1.1. Estimación del ahorro

Se estima que el impacto presupuestario del veto de entrada a las personas con dependencia moderada puede suponer un ahorro total³¹ de 3.096 millones de euros en el periodo 2012-2014.

Cuadro 4. Estimación ahorro presupuestario del retraso en la entrada de los beneficiarios de Grado 1

	2012	2013	2014	Total
No reposición beneficiarios del 2011	20.000	30.000	40.000	
Nº beneficiarios no entran Grado 1	124.000	160.000	180.000	
<i>Total beneficiarios fuera del Sistema</i>	<i>144.000</i>	<i>334.000</i>	<i>554.000</i>	<i>554.000</i>
Ahorro no beneficiarios Grado 1 M€	432	1.002	1.662	3.096

Fuente: Libro Blanco, Ley 39/2006 y elaboración propia

2.2. Reducción de las intensidades de las prestaciones: caso del servicio de ayuda a domicilio

La Ley 20/2012³² disminuye las intensidades de las prestaciones de servicios de centro de día/noche y del servicio de ayuda a domicilio, dejando la regulación de los servicios residenciales a las CCAA. El RD 1051/2013 desarrolla con mayor precisión las características y las intensidades de protección ya enumeradas en la Ley.

²⁹ El número de personas dependientes moderados con derecho a prestación a 31/12/2011 era de 166.413, aunque solo 34.699 tenían asignada una prestación.

³⁰ De conformidad con el RDL 20/2012 se reconocen como personas beneficiarias del Sistema las que en fecha 30/12/2011 habían sido valoradas con el Grado 1 Nivel 2 y ya contaban con un PIA (Programa Individual de Atención) así como aquellas para las cuales, sin tener PIA, se había excedido el plazo reglamentario para resolver (6 meses desde la solicitud).

³¹ Se estima un gasto medio por beneficiario y año de 3.000 euros.

³² Disposición transitoria duodécima.

El ahorro que puede suponer la reducción de las horas de atención del servicio de ayuda a domicilio es particularmente significativo por ser la prestación que alcanza mayor número de beneficiarios, exceptuando el servicio residencial.

La nueva normativa sobre la intensidad del servicio de atención domiciliaria disminuye entre 9 y 20 horas mes por usuario para las persona en situación de dependencia muy grave pasando, de un mínimo de 55 horas/mes (antes) a 46 horas/mes (ahora) y, en el margen superior, de 90 horas/mes (antes) a 70 horas/mes (ahora). En el tramo de dependencia severa, la disminución es de entre 10 y 11 horas/mes. Asimismo disminuye la intensidad en 10 horas/mes para aquellas personas en situación de dependencia moderada.

La nueva regulación supone que una persona con dependencia muy grave reciba, como promedio, entre 1,5 y 2,3 horas al día; una persona con dependencia severa, entre 1,5 horas y 40 minutos al día, y aquellas con dependencia leve podrán recibir un máximo de 40 minutos al día. La comparativa entre el número de horas que establecía la LAPAD inicialmente y el número de horas descritas en la Ley 20/2012 muestra que el recorte es importante; así, para las personas con dependencia muy grave se reduce 25 horas de promedio al mes, en las personas con dependencia severa, la reducción es de 10 horas al mes y en las personas con dependencia leve, la reducción es de otras 10 horas al mes. Ver cuadro.

Cuadro 5. Intensidades del servicio de ayuda a domicilio: antes y después de los recortes

Grados dep.	LAPAD	Reforma Ley 20/2012		Disminución horas/mes Ayuda a domicilio	
		Beneficiarios antes Agosto 2012	Beneficiarios después Agosto 2012	Beneficiarios antes Agosto 2012	Beneficiarios después Agosto 2012
Grado 3-2	Entre 70 y 90 h/mes	Entre 56 y 70 h/mes	Entre 46 y 70 h/mes	Entre 14 y 20 h/mes	Entre 10 y 20 h/mes
Grado 3-1	Entre 55 y 70 h/mes	Entre 45 y 55 h/mes		Entre 10 y 15 h/mes	
Grado 2-2	Entre 40 y 55 h/mes	Entre 31 y 45 h/mes	Entre 21 y 45 h/mes	Entre 9 y 10 h/mes	Entre 9 y 10 h/mes
Grado 2-1	Entre 30 y 40 h/mes	Entre 21 y 30 h/mes		Entre 9 y 10 h/mes	
Grado 1-2	Entre 21 y 30 h/mes	Maximo 20 horas /mes	Maximo 20 horas /mes	10 horas/mes	10 horas/mes
Grado 1-1	Entre 12 y 20 h/mes				

Fuente: L 20/2012 y elaboración propia

Si el servicio de ayuda a domicilio supone una alternativa al servicio residencial para aquellas personas que pueden permanecer en su domicilio con el soporte de su familia o de cuidadores formales, resulta sorprendente que se le asigne solo una hora y media al día (como máximo) de trabajadora familiar³³ (ayuda para levantarse, ir al aseo, asearse, moverse, comer, etc.) cuando se supone que una persona en situación de dependencia muy grave (Grado 3) requiere cuidados continuados dos o tres veces al día, según la propia definición que da la Ley 39/2006.

³³ El servicio de ayuda a domicilio incluye asistencia personal y ayuda doméstica. En el PIA se deberá especificar en qué proporción se da un tipo de servicio u otro. El hecho de diferenciar las actividades tiene incidencia económica en el precio, ya que el coste es diferente entre ambas.

2.2.1. Estimación del ahorro

Se hace una estimación prudente del recorte de horas de ayuda a domicilio ya que, actualmente, el promedio de horas realizadas no alcanza los tramos máximos permitidos por la LAPAD en su configuración inicial. Asimismo, existen diferencias en el promedio de horas por CCAA y entre unos municipios y otros por el hecho de que es un servicio de competencia local y, aunque la financiación es autonómica total o parcialmente, la prescripción de horas viene muy condicionada por las restricciones presupuestarias de los Municipios.

La estimación del ahorro en el número de horas del servicio de ayuda a domicilio (SAD) se realiza teniendo en cuenta que el número de personas beneficiarias fue de 122.216 en el 2012 y 122.820 en el 2013 y su distribución por grados de dependencia es del 39% (Grado 3), 47% (Grado 2) y 14% (Grado 1). Se toma como hipótesis que el número de personas beneficiarias apenas sufrirá variación en el 2014 respecto al año anterior. Se aplica una disminución de la intensidad del Grado 3 de 10 horas/mes, y 5 horas/mes tanto para el Grado 2 como para el Grado 1. El ahorro total estimado³⁴ es de 325 M€ en el periodo 2012-2014. Ver cuadro.

Cuadro 6. Ahorro reducción intensidades servicio de ayuda a domicilio (SAD)

	Reducir intensidad SAD			
	2012	2013	2014	Total
Total Beneficiarios	122.807	122.820	122.280	
Total ahorro M€	36,18	144,94	144,30	325,42
Nota: En el 2012, la reducción de horas se aplica en tres meses.				
Fuente: L 20/2012 y elaboración propia				

2.3. Disminución de las cuantías máximas de las prestaciones económicas: caso de la prestación económica de cuidadores en el entorno familiar

La reforma de la Ley 20/2012 rebaja las cuantías de las prestaciones económicas, especialmente la de la prestación de cuidados en el entorno familiar. Las nuevas cuantías resultantes de la reclasificación de los grados de dependencia se aplica solo a los nuevos beneficiarios, pero aquellas personas que ya tenían una prestación económica por cuidados en el entorno familiar han visto reducida su prestación aunque fuesen beneficiarios antes de la entrada en vigor de la mencionada Ley (agosto/2012).

La cuantía máxima de las prestación económica de cuidados en el entorno familiar se reduce de 520,69 €/mes a 387,64 €/mes para atender a una persona con dependencia muy grave (Grado 3), de 337,25 €/mes a 268,79 €/mes si el beneficiario tiene una dependencia severa (Grado 2) y el importe para los cuidadores de personas con Grado 1 es de 153 €/mes. Si a la rebaja de las prestaciones añadimos que, a partir del 2013, el cuidador se deberá costear la cuota de la Seguridad Social³⁵ (opcional), el resultado sería un importe efectivo neto de 223€/mes (Grado 3), de 104,25 €/mes (Grado 2) o de 70,73 €/mes (Grado 1). Además, a

³⁴ Se aplica un precio medio de 14,15 euros hora.

³⁵ El importe establecido para 2011 era de 164,54€/mes para los cuidadores de personas con Grado 3 y Grado 2 y de 82,27 €/mes para los del Grado 1.

dichos importes se les deberá deducir el copago correspondiente en función de la capacidad económica de la persona, con lo que el importe a recibir aún será menor. Ver cuadro.

Cuadro 7. Cuantías de la prestación de cuidados en el entorno familiar antes y después de la Ley 20/2012

	Cuidados en el entorno familiar					
	2009	2010	2011	2012 (Enero-Julio)	2012 (Agosto-Diciembre)	2013
Grado 3-2	519,13	520,69	520,69	520,69	442,59	442,59
Grado 3-1	415,73	416,98	416,98	416,98	354,43	354,43
Grado 3 (*)					387,64	387,64
Grado 2-2	336,24	337,25	337,25	337,25	286,66	286,66
Grado 2-1	300	300,9	300,9	300,9	255,77	255,77
Grado 2 (*)					268,79	268,79
Grado 1-2			180	180	153	153
Grado 1 (*)					153	153
(*) Nuevos beneficiarios						

Fuente: Reales decretos del 2009 al 2012, Ley 20/2012 sobre y elaboración propia.

En cuanto al resto de las prestaciones económicas –vinculada al servicio y asistente personal–, la reforma no es tan severa como en el caso de la prestación económica por cuidados en el entorno familiar. Las nuevas cuantías de las prestaciones solo se aplican a los nuevos beneficiarios y el nuevo importe del Grado 3 y del Grado 2 representa aproximadamente la media de los dos niveles anteriores de cada Grado. Ver cuadro.

Cuadro 8. Cuantías de las prestaciones vinculada al servicio y asistente personal antes y después de la Ley 20/2012

	Vinculada al servicio y asistencia personal					
	2009	2010	2011	2012 (Enero-Julio)	2012 (Agosto-Diciembre)	2013
Grado 3-2	831,47	833,96	833,96	833,96	833,96	833,96
Grado 3-1	623,6	625,47	625,47	625,47	625,47	625,47
Grado 3 (*)					715,12	715,12
Grado 2-2	460,8	462,18	462,18	462,18	462,18	462,18
Grado 2-1	400	401,2	401,2	401,2	401,2	401,2
Grado 2 (*)					426,12	426,12
Grado 1-2			300	300	300	300
Grado 1 (*)					300	300
(*) Nuevos beneficiarios						

Fuente: Reales decretos del 2009 al 2012, Ley 20/2012 sobre y elaboración propia.

2.3.1. Estimación del ahorro

Se estima el ahorro de los recortes en las prestaciones económicas teniendo en cuenta el número de beneficiarios habidos en el 2012 y 2013 se estima que en el 2014 apenas crecerá el número de personas beneficiarias. El ahorro se calcula por diferencia entre el importe de las prestaciones que les ha correspondido según la nueva legislación y el importe que les hubiera correspondido si no se hubiera reformado. El ahorro realizado en el 2013 es del 15% anual siendo este porcentaje el que se irá ahorrando cada ejercicio. Los resultados se muestra en el cuadro siguiente.

Cuadro 9. Ahorro de los recortes en las prestaciones económicas

	Reducir cuantías Prestaciones económicas			
	2012	2013	2014	Total
Total Beneficiarios	431.495	478.341	478.341	
Total ahorro M€	114,23	253,49	253,49	621,21
Nota : En el 2012, los nuevos importes se aplican en cinco meses.				
Fuente: L 20/2012 y elaboración propia				

2.4. Reducción del Nivel Mínimo

La Ley 20/2012 reduce las cuantías del Nivel Mínimo de protección, generando un efecto desplazamiento hacia las CCAA, dado que estas deberán asumir el gasto dejado de financiar por la AGE. Aunque el objetivo es que las CCAA vayan disminuyendo el gasto de su CA, los efectos no son inmediatos ya que reducir el precio de los conciertos de los servicios significa negociar nuevos conciertos o convenios que no siempre es posible realizar de forma inmediata. En última instancia, la rebaja del Nivel Mínimo de financiación incidirá en una disminución de la calidad asistencial ya que las Autonomías al ver reducida la cantidad aportada por la AGE, también, reducirán su presupuesto reduciendo el nivel de las prestaciones. No obstante, tal como se ha comentado anteriormente, éstas no están obligadas a aplicarlos en su Comunidad. Ver cuadro.

Cuadro 10. Cuantías del Nivel Mínimo de protección garantizado

	NIVEL MÍNIMO					
	2009	2010	2011	Enero-Agosto 2012	Agosto -Dic. 2012	2013
	(euros mes)					
Grado 3-2	263,93	266,57	266,57	266,57	231,28	231,28
Grado 3-1	179,47	181,26	181,26	181,26	157,26	157,26
Grado 3 (*)					177,86	177,86
Grado 2-2	102,00	103,20	103,20	103,20	89,38	89,38
Grado 2-1	70,00	70,70	70,70	70,70	61,34	61,34
Grado 2 (*)					82,84	82,84
Grado 1-2		60,00	60	60,00	52,06	52,06
Grado 1 (*)					44,33	44,33
(*)Nuevos beneficiarios a partir de agosto 2012						
Fuente: L 20/2012, de 13 de julio						

2.4.1. Estimación del ahorro

Se estima el ahorro en los recortes del Nivel Mínimo como la diferencia entre el resultado con los importes reglamentarios del año y los importes simulados con los precios antiguos; para el ejercicio 2014 se toma como hipótesis que el número de beneficiarios disminuye un 1% respecto al 2013 y con una ligera reestructuración entre los grados de dependencia, disminuyendo el Grado 1, por el veto de nuevas entradas, e incrementando el Grado 2 por el efecto sustitución entre los Grados de mayor intensidad de dependencia por otros de menor intensidad. El ahorro estimado es de 356 millones de euros. Ver cuadro.

Cuadro 11. Ahorro de los recortes del Nivel Mínimo de protección garantizado

	Reducir intensidad Nivel Mínimo			
	2012	2013	2014	Total
Total Beneficiarios (en miles)	765.282	748.612	741.126	
Total ahorro M€	68,00	145,00	143,00	356,00
Fuente: L 20/2012 y elaboración propia				

2.5. Aumento de las contribuciones de los usuarios (copagos)

No existen estadísticas sobre el volumen de los copagos recaudados. Hay falta de transparencia en librar al SISAAD los datos. Así, con el fin de poder estimar el montante que puede representar, se realiza una estimación sobre la base de los trabajos realizados en este campo. La evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de noviembre del 2011³⁶ estima una cobertura del gasto en un 15%. Otros estudios calculan que el porcentaje de recuperación puede variar entre un 20% y un 50% según se tenga en consideración el patrimonio o no, se tenga en cuenta todo el espectro social, o solo algunos tramos de renta y si se aplica el Modelo de copago de la Resolución 13/7/2012,

³⁶ Informe, op. cit.

o no (Montserrat 2012). En este estudio se ha estimado que el el porcentaje de recuperación del coste de las prestaciones a través del copago se sitúa alrededor del 20% (2013) considerando que las rentas de las personas solicitantes están por debajo de 4 veces el IPREM y más de la mitad de las CCAA no aplican el Modelo de copago de la Resolución 13/7/2012 (Montserrat, 2014); otros autores lo sitúan entre el 16% (2012) y el 19% (2013) (Informes del Observatorio AEDGSS, 2012-2014) o en el 27,8% (Prada, 2014).

2.5.1. Estimación del ahorro

Se estima el incremento de recaudación tomando como hipótesis que se recaudará un 5% adicional³⁷ a la cifra que ya se venía realizando hasta ese momento (20% del gasto) según cita el PNR-2013. Ello comporta un ahorro de gasto público de 118,46 M€. Ver cuadro.

Cuadro 12. Estimación ahorro gasto publico incremento copagos

	2012	2013	2014	Total
Total gasto (M€)	5.933	5.923	5.923	
Recuperación copago (20%)	1.187	1.185	1.185	
Adicional (5%)		59,23	59,23	118,46

Fuente: Programa Nacional de Reformas (2013) y elaboración propia

2.6. Supresión bonificación de la Seguridad Social

La LAPAD introducía la bonificación de las cuotas de la Seguridad Social de los cuidadores en el entorno familiar que no estuviesen cotizando en aquel momento y que no hubieran superado la edad de la jubilación. Ello ampliaba la cobertura de protección social de las personas cuidadoras permitiéndolas gozar de los beneficios de la Seguridad Social y favoreciendo su acceso, o la mejora, a la pensión de jubilación al alcanzar la edad correspondiente.

El importe anual de las cuotas de la Seguridad Social figuraba en el Presupuesto General del Estado³⁸ y su cuantía se publicaba anualmente junto con las cuantías máximas de las prestaciones económicas.

La Ley 20/2012 suprime dicho beneficio y la cuota de la Seguridad Social pasa a ser voluntaria para la persona cuidadora debiendo hacerse cargo de su coste si desea cotizar a la Seguridad Social. Esta medida incide en un descenso generalizado de las altas a la Seguridad Social, ya que el reducido importe de la prestación no permite asumir el coste de la cuota de la Seguridad Social.

2.6.1. Estimación del ahorro

El ahorro estimado se realiza teniendo en cuenta las cuotas de la Seguridad Social aprobadas en el 2011. Se estima que habría un 20% de cuidadores a quienes no les correspondería por estar fuera de la edad laboral y se prevé una disminución³⁹ de cuidadores, en el 2014, del

³⁷ Hipótesis que figura en el PNR-2013 como objetivo.

³⁸ Durante el periodo 2009-2011 se infravaloró la dotación presupuestaria correspondiente.

³⁹ Disminución debido a las medidas de la Ley 20/2012 para reducir el número de prestaciones.

10%. El porcentaje de personas beneficiarias de Grado 3 y 2 representa el 87% y el resto es del Grado 1. El ahorro total durante dicho periodo se estima en 1.789,75 millones de euros. Ver cuadro.

Cuadro 13. Estimación ahorro supresión bonificación cuota Seguridad Social cuidadores entorno familiar

	2012	2013	2014	Total
Estimación cuidadores con S.S.(80%/ total)	345.196	328.339	296.000	
TOTAL bonificaciones SS. M€	637,14	606,16	546,46	1.789,75

Fuente: Decreto 570/2011, de 20 de abril; L 20/2012 y elaboración propia

2.7. Suspensión del Nivel Acordado (o conveniado)

En los dos últimos años de su dotación, 2010 y 2011, la AGE destinó 283,19 M€ para cada ejercicio, lo cual implicaba que en total se aportaron fondos por importe de 566,38 M€ anuales incluyendo la aportación de las Autonomías.

Las Leyes de los Presupuestos Generales del Estado de los ejercicios 2012, 2013 y 2014 han dejado en suspenso la aportación financiera de la AGE en concepto del Nivel acordado para la financiación del SAAD. El ahorro estimado en el periodo 2012-2014 es de 849,57 millones de euros.

2.8. Estimación global de los recortes presupuestarios en el periodo 2012-2014

El conjunto de las reformas introducidas a través de la Ley 20/2012, Leyes de Presupuestos Generales del Estado y otras normas, inciden en una rebaja sustancial del gasto público destinado al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Estos recortes tienen lugar en un momento en que el SAAD estaba a medio camino de su implantación, lo cual corta de raíz las expectativas de gasto que se derivaban de la estructura inicial de la Ley. Sus reformas son estructurales y los recortes contenidos actuarán consolidando una reducción del gasto público.

Las estimaciones de los recortes de gasto descritas en los apartados anteriores se resumen en el siguiente cuadro y se pondrán en relación con la previsión de los recortes presentados por el Gobierno a Bruselas a través del Plan Nacional de Reformas del 2013 (PNR-2013). Las cifras muestran que los recortes alcanzan 1.570 M€ en el 2012, 2.494 M€ en el 2013 y 3.091 M€ en el 2014, totalizando una suma de 7.155 M€, cifras corroboradas por otros autores (Vilaplana, 2012). Tal como se puede apreciar en el cuadro, el recorte de mayor cuantía procede del retraso del derecho de entrada de las personas con dependencia moderada, dejando fuera de cobertura a más de medio millón de personas en el 2014 y suponiendo un recorte presupuestario de 1.662 M€ para dicho año. Ver cuadro.

Cuadro 14. Estimación de los recortes presupuestarios. 2012-2014

	2012	2013	2014	TOTAL periodo
	(en millones de euros)			
Retraso entrada Grado 1	432	1.002	1.662	3.096
Reducir intensidades SAD	36	145	144	325
Reducción cuantías máximas prestaciones económicas y simplificación grados	114	254	253	621
Disminución importe Nivel Mínimo	68	145	143	356
Aumento de los copagos		59	59	118
Supresión bonificación cuota Seg. Social cuidadores	637	606	546	1.790
Suspensión Nivel conveniado	283	283	283	849
Total estimación AHORRO (M€)	1.570	2.494	3.091	7.155

Fuente: Elaboración propia

El Plan Nacional de Reformas del 2013 expone⁴⁰ que “se ha procedido a una profunda reforma del sistema de Atención a la Dependencia, en julio de 2012, para racionalizar y modernizar los servicios prestados, garantizando su sostenibilidad”. Asimismo, enuncia las principales modificaciones realizadas y estima el ahorro total en 599 M€ en 2012, 1.707 M€ en 2013 y 2.278 M€ en 2014⁴¹.

Si se confrontan las estimaciones realizadas en este documento con las del PNR-2013 se deducirá que hay una diferencia presupuestaria de 2.571 M€ en el periodo 2012-2014, lo cual indica que el Gobierno subvalora el alcance de los recortes realizados, o a realizar, en dicho periodo. Ver cuadro.

Cuadro 15. Diferencias en el ahorro estimado: PNR y documento

	2012	2013	2014	TOTAL periodo
Total estimación AHORRO (M€)	1.570	2.494	3.091	7.155
Total ahorro según Ministerio (PNR-2013)	599	1.707	2.278	4.584
Diferencia M€	971	787	813	2.571

Fuente: Elaboración propia

⁴⁰ PNR-2013, págs. 23, 53 y cuadros resumen.

⁴¹ A la cifra inicial, en 2012, de 599 M€ añade 1.108 M€ en 2013 y 571 M€ en 2014.

3. Impacto de los recortes presupuestarios en el gasto del SAAD

Las reformas introducidas en la Ley 20/2012, Presupuestos Generales del Estado y otras normas dirigidas a contener el gasto público empiezan a visualizarse a partir del 2012 y su impacto será mayor en los próximos años.

La variación interanual muestra que el gasto total del SAAD crece en el 2011 (+9,29%), se mantiene en el 2012 (+4,48%) y decrece en el 2013 (-2,84%). La misma tendencia resulta si se analiza el gasto en prestaciones⁴² separado del gasto total; algunas diferencias se detectan: crece en mayor intensidad en el 2012 (+14,61%) y decrece en menor intensidad en el 2013 (-0,17%). En valores absolutos, el gasto total del SAAD⁴³ se sitúa en 5.926 M€ (2010), 6.476 M€ (2011), 6.766 M€ (2012) y 6.574 M€ (2014); cifras que coinciden prácticamente con las de otros estudios e informes (Observatorio AEDGSS⁴⁴, Informe nº 977 del Tribunal de Cuentas⁴⁵ sobre fiscalización económico-financiera de la LAPAD). Ver cuadro.

Cuadro 16. Evolución del gasto del SAAD. Periodo 2010-2013

	2010	2011	2012	2013
Gasto servicios (M€)	2.948,61	3.541,64	3.816,96	4.044,14
Gasto prestaciones económicas (M€)	1.999,38	2.129,26	2.116,31	1.879,16
TOTAL GASTO PRESTACIONES (M€)	4.947,99	5.670,90	5.933,27	5.923,30
Otros gastos (atrasos y otros) (M€)	977,57	804,93	832,97	651,08
TOTAL GASTO SAAD (M€)	5.925,56	6.475,82	6.766,24	6.574,38

Fuente: SISAAD y elaboración propia

Si se observa el gasto en prestaciones según tipología se percibe que las prestaciones económicas han ido descendiendo desde el 2011 mientras que las prestaciones en servicios han crecido; esto se debe al resultado de sustituir prestaciones económicas por prestaciones en servicios, primando aquellos servicios con costes más bajos (SAD, teleasistencia, prevención). Ver gráfico.

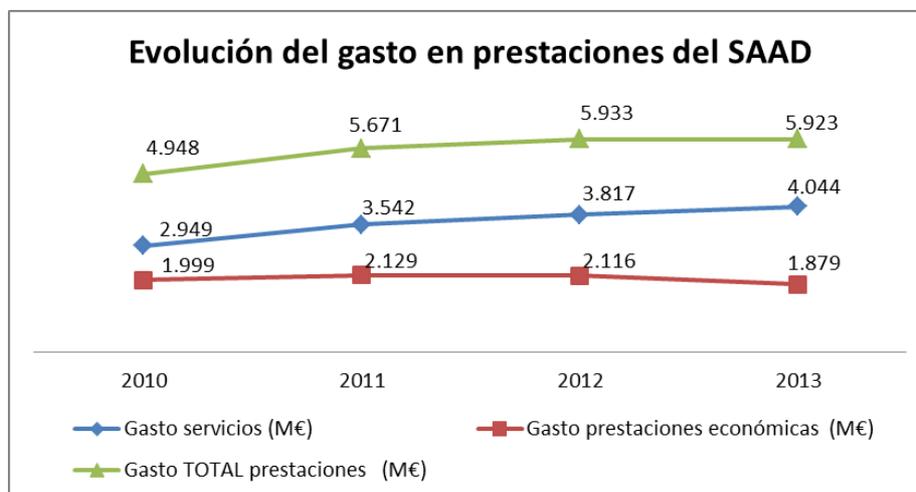
⁴² El gasto total incluye el gasto en prestaciones más los atrasos correspondientes al fraccionamiento y aplazamiento de la retroactividad de las prestaciones económicas y otros gastos de gestión.

⁴³ El Tribunal de Cuentas detectó una serie de irregularidades en SISAAD respecto al número de personas beneficiarias (fallecidos, duplicados, etc). La regularización del número de prestaciones conduciría a un ajuste del gasto en los ejercicios 2010, 2011 y 2012 ya que en el 2013, según informaciones del IMSERSO, se finalizó el proceso de regularización de los expedientes.

⁴⁴ La diferencia entre el gasto total estimado y el estimado por AEDGSS es del 0,12% en el 2012 (6.574,4 M€ vs 6.566,3M€).

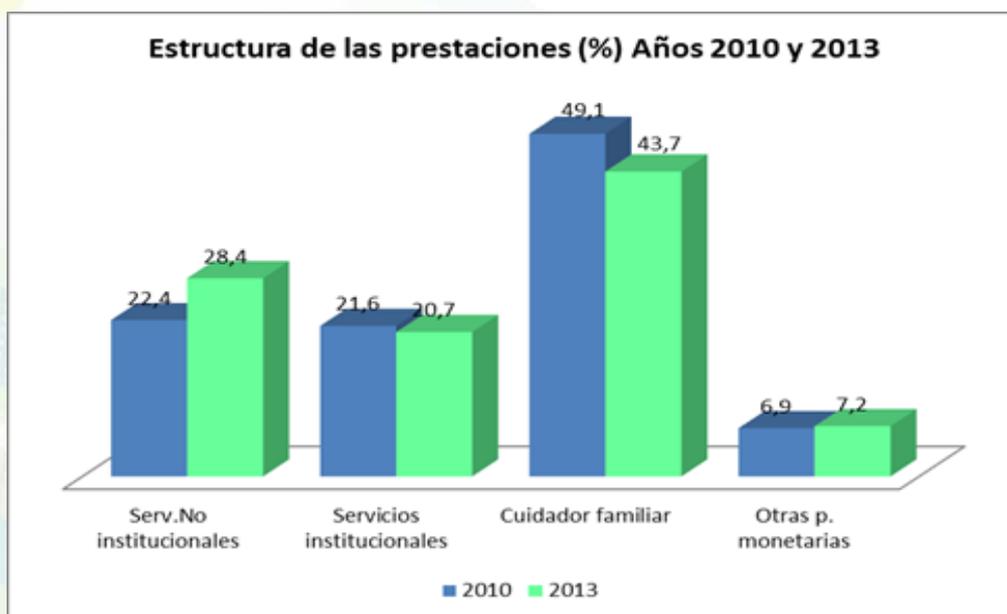
⁴⁵ La diferencia entre el gasto total estimado y el estimado por el TCu es del 3,4% en el 2012 (6.574,4 M€ vs 6.811,9M€).

Gráfico 6



La evolución del tipo de prestaciones entre 2010 y 2013 pone de manifiesto que el porcentaje de prestaciones en cuidados en el entorno familiar ha disminuido en 5,4 puntos porcentuales pasando del 49,11% al 43,7%. En cambio, el porcentaje de “servicios en el entorno domicilio”⁴⁶ ha crecido casi 6 puntos porcentuales, mientras que el porcentaje de “servicios en el entorno de centros”⁴⁷ ha disminuido un 0,88%. Ello muestra que el descenso en prestaciones económicas es absorbido por las prestaciones en servicios “en el entorno en domicilio” cuyos servicios son más económicos que aquellos prestados en centros. En el gráfico se puede ver la evolución de la estructura de la tipología en prestaciones

Gráfico 7



Fuente: Estadísticas del SAAD y elaboración proia

⁴⁶ Incluye SAD, teleasistencia y prevención y promoción de la autonomía personal

⁴⁷ Incluye residencia y centro de día/noche.

3.1. El gasto en atención a la dependencia en relación a otros países

La LAPAD no ha eliminado las ayudas similares que los sistemas de Previsión Social habían desarrollado anteriormente. Coexisten las prestaciones de la LAPAD con las prestaciones de análoga naturaleza de la Seguridad Social y de las Clases pasivas del Estado⁴⁸, estableciendo un sistema de incompatibilidades, de forma que el disfrute de una no se pueda acumular al de la otra⁴⁹. Ello implica, un *ligero* ahorro del nuevo SAAD pero, también, crea confusión en los beneficiarios por la dificultad de visualizar la analogía entre ambas prestaciones.

En la estimación del gasto de atención a la dependencia se debe sumar, al gasto del SAAD, el gasto derivado de los otros sistemas de protección social (Seguridad Social y Clases pasivas). El indicador utilizado en las estadísticas de los Organismos internacionales para comparar los gastos en protección social de los países miembros es el “Gasto público / PIB”, el cual mide el esfuerzo presupuestario del país en protección social (atención a la dependencia) en relación con su producción nacional (PIB).

La evolución de este indicador muestra el efecto de los recortes presupuestarios; así se percibe un incremento del gasto público en el 2011 y en el 2012 para descender en el 2013. Los resultados son: 0,61% (2010), 0,66% (2011), 0,70% (2012) y 0,69% (2013). Ver cuadro.

Cuadro 17. Gasto en atención a la dependencia / PIB

	2010	2011	2012	2013
	(en millones euros)			
TOTAL GASTO SAAD	5.925,56	6.475,82	6.766,24	6.574,38
OTROS REGIMENES DE PROTECCIÓN SOCIAL	411,26	421,13	432,17	437,27
TOTAL GASTO ATENCION DEPENDENCIA	6.336,82	6.896,96	7.198,41	7.011,65
Gasto/PIB (en %)	0,61%	0,66%	0,70%	0,69%

Fuente: SISAAD, Informes económicos de los PGE, Memorias de las Mutualidades y elaboración propia

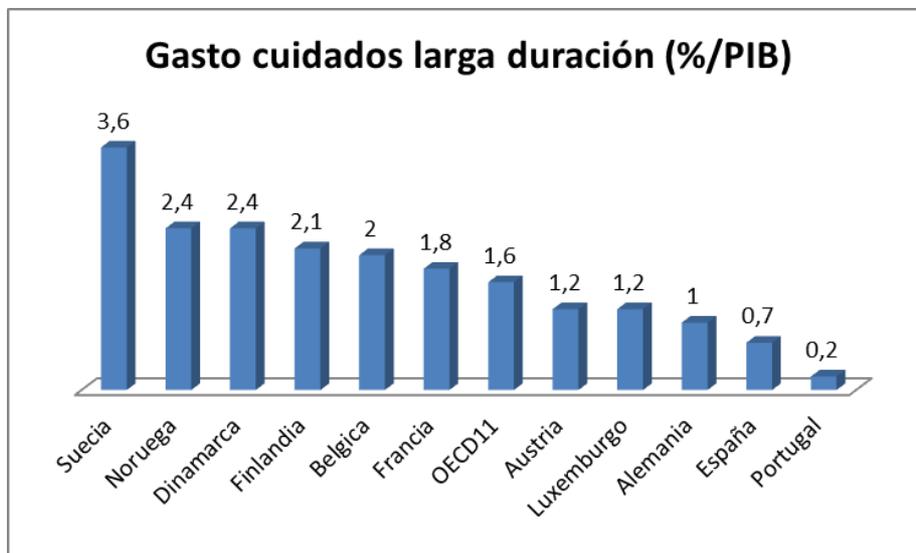
La comparación de los resultados de nuestro país (0,7%/ PIB) con el de otros países de la UE⁵⁰ muestra que es uno de los países con menos gasto en atención a la dependencia. Solo dos países –Portugal y Grecia- están por detrás de España. El resultado representa un gasto por debajo de la mitad de la media de los países de la OCDE (1,6). Ver gráfico.

⁴⁸ Algunos cuerpos de funcionarios del Estado.

⁴⁹ Alguna CA garantizan un determinado importe de la nueva prestación en el caso de compatibilización con otra prestación de análoga naturaleza.

⁵⁰ Son datos de la OCDE con cifras de 2011.

Gráfico 8



Fuente: OCDE. Health at a glance 2013.

Los recortes presupuestarios, estimados en casi 2.500 millones de euros en el 2013, han representado reducir un 0,24% del PIB, el cual se calcula alcanzará el 0,3% del PIB en 2014 con 3.000 millones de euros de reducción del gasto. Si no se hubieran aplicado los “recortes”, la cifra del gasto en protección social sería del 0,94% del PIB en 2013 y alcanzaría el 1% del PIB en el 2014 siendo ésta la cifra prevista en la LAPAD al finalizar la implantación de la Ley.

Con las medidas de contención del gasto público contenidas en la Ley 20/2012 y otras normas no se estima que el gasto crezca hasta que no empiecen a entrar los dependientes moderados en la segunda mitad del 2015. Ello significa que el gasto en protección social en atención a la dependencia ya ha sido “recortado” antes de llegar a su “velocidad de crucero”. Luego ya se verá si se consigue recuperar el tiempo perdido.

4. Conclusiones

Las medidas de estabilidad presupuestaria incluidas en la Ley 20/2012 junto con las contenidas en las Leyes de los Presupuestos Generales del Estado (2012-2014) han asestado un duro golpe a la protección social de la Ley de Promoción de la autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Estas no solo introducen medidas de recortes presupuestarios sino que además remueven los objetivos asistenciales de la Ley.

Los recortes presupuestarios inciden en que nuestro nivel de protección (0,7%/PIB) sea uno de los más bajos de la UE; la reducción de casi 2.500 millones de euros en el 2013 ha representado minorar el gasto en un 0,24% del PIB y se prevé alcanzará una reducción del 0,3% del PIB, en el 2014, con los recortes estimados de 3.000 millones de euros en dicho año. El objetivo de alcanzar un nivel de protección del 1% del PIB, en el 2015, tal como estaba previsto en la LAPAD, queda muy lejos de conseguirse con dichas medidas.

La reforma de la LAPAD a través de la Ley 20/2012, aunque en teoría no modifica el objetivo asistencial inicial, en cambio, en la práctica, lo hace vetando el derecho de entrada de las personas con dependencia moderada durante casi cuatro años, pudiendo provocar un empobrecimiento progresivo de este tramo de la población. El efecto exclusión de las personas

con Grado 1 es la medida que tiene un mayor impacto en el ahorro, generando una disminución del gasto de alrededor de 3.000 M€ en tres años (2012-2014), dejando fuera de cobertura a más de medio millón de personas⁵¹.

La presión ejercida sobre las Autonomías para reducir al “mínimo” la prestación económica por cuidados en el entorno familiar hará subir la oferta de los servicios asistenciales, bien sea a través de la prestación de servicios, bien sea a través de la prestación económica vinculada a servicios. Esta medida celebrada por muchos como una forma de mejorar la atención asistencial a la persona puede no ser tan buena si se considera que la evidencia manifiesta que la alternativa a dicha prestación se realiza con servicios de baja intensidad asistencial como, por ejemplo, ayuda domiciliaria con pocas horas de atención. No siempre el pase de una prestación económica a otra en servicios representa una mejora en la calidad asistencial.

El sector privado jugará un papel importante en la oferta de los servicios al SAAD, tal como pone de manifiesto el Programa Nacional de Reformas (2013). Una parte de su colaboración es a través de la provisión pública realizada a través del sistema de conciertos, pero otra parte más importante será el aumento de la oferta de las plazas privadas⁵² a las que será más fácil acceder con la ayuda de la prestación vinculada. Ante estas dos alternativas, se puede entrever que la balanza se decantará hacia las prestaciones vinculadas por varias razones: su oferta no está sujeta a la burocracia de un sistema de concertación, mayor diversidad en la oferta (ubicaciones y precios), mayor capacidad de elección del usuario, menor coste de gestión de la Administración (nómina de usuarios), sin problemas en la gestión (plantillas y gestión del personal, etc.) y para el usuario representa no tener que hacer “cola” para acceder al servicio. Ello puede suponer un cambio de enfoque en los objetivos asistenciales de la LAPAD promoviendo una privatización de los servicios de la LAPAD.

El cambio de modelo asistencial puede producir una dualización de los servicios. Aunque parezca que todas las personas pueden acceder a la prestación vinculada por el hecho de que, en teoría, ésta complementa los ingresos que le faltan a la persona beneficiaria para pagar el servicio, la realidad no es exactamente así. La fijación de un coste de referencia del servicio – base para calcular la cuantía de la prestación económica- tiene efectos perversos. El precio real de un centro, generalmente, es superior⁵³ al fijado por la Administración, lo cual incide en que la persona/familiares han de disponer de recursos económicos que puedan complementar el precio real del servicio. Así, las personas con rentas bajas o sin ayudas familiares quedarán excluidas de este tipo de prestaciones. La dualización de la oferta de los servicios supone desigualdad en el trato de las personas (listas de espera en el caso de los servicios públicos, diferente trato asistencial, etc.) dando lugar a la clásica separación entre servicios públicos para los menos pudientes y servicios privados para aquellos con más posibilidades económicas.

La reforma de la LAPAD mediante la Ley 20/2012 pone un gran énfasis en la contención del gasto público (disminución de las cuantías de las prestaciones económicas, disminución de las intensidades de los servicios, etc.), siendo uno de los flancos la disminución del gasto público a través del incremento de la recaudación de ingresos de las personas usuarias (copago). El modelo de copagos aprobado en la Resolución de 13/7/2012 es un modelo muy rígido en su formulación, con escasa progresividad y con grave afectaciones en la equidad en los copagos. Las cuotas mínimas establecidas en el servicio de ayuda a domicilio, la diferente presión recaudatoria favoreciendo a las rentas medias-altas y la afectación del patrimonio por las deudas contraídas y no liquidadas con la administración pueden provocar en las personas beneficiarias la exclusión voluntaria del Sistema.

⁵¹ Se estima en 644.000, aproximadamente, el número de personas con dependencia moderada, estando atendidas, actualmente, alrededor de 120.000.

⁵² Plazas privadas sujetas a un sistema de acreditación.

⁵³ Se consideran extras los servicios complementarios (lavandería y productos de parafarmacia entre otros).

Los colectivos más afectados por los recortes presupuestarios en la LAPAD son, en primer lugar, las personas en situación de dependencia moderada (Grado 1), por su exclusión del Sistema al menos durante casi cuatro años y, en segundo lugar, las personas con rentas medias-bajas por su “casi” exclusión del Sistema, al ser cautivos de un régimen de servicios públicos de baja intensidad asistencial, reducida oferta pública de servicios y escasa posibilidad de disponer de una prestación vinculada junto con una elevada presión del copago que les sitúa al borde de la exclusión voluntaria del Sistema, produciendo una pérdida de bienestar para el conjunto de la sociedad.

La nueva configuración de la Ley puede hacernos retornar a situaciones de un modelo asistencial cuando éste ya se creía superado.

5. Bibliografía

Asociación estatal de directores y gerentes de servicios sociales (2010-2014): *Informes sobre el desarrollo y evaluación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* en Observatorio AEDGSS. Madrid.

Gobierno de España (2013): *Programa Nacional de Reformas 2013*. Madrid.

IMSERSO (2014): *Avance de la evaluación 2013 del Sistema de la dependencia*.

Marbán Gallego, Vicente (2012): “Actores sociales y desarrollo de la Ley de la dependencia” en *Revista Internacional de Sociología*, nº 70, 375-398.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011): *Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia*. http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_082153.pdf

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011): *Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España*. Madrid.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004): *Libro blanco de la dependencia*. Madrid.

Montserrat, J. (2006): “Luces y sombras del anteproyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia en sus aspectos organizativos y económicos” en *Cuadernos de Información económica*, nº 191/2006.

Montserrat, J. (2008): “El impacto de la Ley de la dependencia en las rentas de los usuarios mayores de 65 años: incidencia del copago” en *Documentos del Instituto de Estudios Fiscales*, nº 20, 2008, pp. 1-48.

Montserrat, J. (2011): “Copago en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: costes e impactos en la renta de los usuarios” en *Papeles de Economía Española*, nº 129/2011, pp.195:207.

Montserrat, J. (2012): “El copago en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en La reforma del sistema de dependencia: costes y financiación”. *Revista Actas de la dependencia*, nº. 6, pp. 75: 99.

Prada, M.D. y Borge, L.M. (2014): *Una aproximación al coste de la dependencia en España y su financiación*. Fundación Caser. Madrid.

Rodríguez Cabrero, Gregorio (2011): “Los sistemas públicos europeos de atención a la dependencia”. *Revista Actas de la dependencia*, nº 1.

- Rodriguez Cabrero, Gregorio (2012): “La Ley de la dependencia: ¿una oportunidad perdida en el desarrollo de los derechos sociales?” en *Gaceta sindical: reflexión y debate* nº 19, 319-338.
- Rodriguez Cabrero, G y Montserrat, J. (2011): “Un avance de valoración de la aplicación del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia” en *ICE. Cuadernos de información económica*, nº 222.
- Sosvilla, S. (2011): “Diálogos para la dependencia 2010” *Revista Actas de la dependencia*, nº 1.
- Sosvilla, S. (2012): “La atención a la dependencia: Estimaciones del gasto presupuestario y sus efectos macroeconómicos” en *Presupuesto y Gasto Público* nº 66, 127-148.
- Tribunal de Cuentas (2013): *Informe nº 977. Informe de fiscalización de la gestión económico-financiera y de la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia*. Madrid.
- Vilà Mancebo, Toni (2013): “Evolución y reforma del sistema para la autonomía y atención a la dependencia”. *Revista Actas de la dependencia*, nº 8.
- Vilaplana, C. (2012): “Valoración económica de las medidas de mejora del SAAD aprobadas en el RD 20/2012, de 13 de julio”. *Revista Actas de la dependencia*, nº 6, 35: 51.



FUNDACIÓN FOESSA
FOMENTO DE ESTUDIOS SOCIALES
Y DE SOCIOLOGIA APLICADA



Caritas