

2. La Ley de Dependencia: especial consideración de los aspectos financieros

JOSÉ SÁNCHEZ MALDONADO*

En colaboración con:

CARMEN MOLINA GARRIDO**

CARLOS RIVAS SÁNCHEZ***

2.1. Resumen ejecutivo

Si atendemos a la definición aportada por el Consejo de Europa, la situación de dependencia viene dada como aquel “estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria” [Recomendación n.º 98 (9)].

Como es bien conocido, los cambios demográficos, tecnológicos y sociales están produciendo un incremento progresivo de la población en una situación de dependencia como la descrita. Un fenómeno al que España no ha permanecido ajena, pues se enfrenta a un importante crecimiento de la población de más de 65 años, que ha pasado de 3,3 millones de personas en 1970 a más de 7,7 millones en 2009. A ello hay que añadir el fenómeno demográfico denominado “envejecimiento del envejecimiento”, es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, que representa hoy en día un 4,7% del total poblacional.

A esta situación, derivada del envejecimiento, debe añadirse la dependencia por razones de enfermedad y

otras causas de discapacidad o limitación, que se ha incrementado en los últimos años por los cambios producidos en las tasas de supervivencia de determinadas enfermedades crónicas y alteraciones congénitas, y también por las consecuencias derivadas de los índices de siniestralidad vial y laboral. En la actualidad, el número total de personas residentes en hogares españoles que declaran tener alguna discapacidad supone un 8,5% de la población, según los resultados provisionales de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) del año 2008.

Ambas cuestiones conforman una realidad de la población mayor que conlleva problemas de dependencia en las últimas etapas de la vida para un colectivo de personas cada vez más amplio. Resulta obvio que a medida que el número de personas dependientes aumenta, se hace cada vez más necesario desarrollar paralelamente un sector de cuidado formal de estas personas. En este contexto, la atención a las personas con dependencia se revela como uno de los principales retos sociales de las economías desarrolladas.

Hasta fechas recientes, la atención a las personas dependientes se ha llevado a cabo, básicamente, en el seno familiar, haciéndose cargo los hogares de un considerable esfuerzo personal y económico [véanse López Casanovas *et al.* (2005) e IMSERSO (2005)]. Asimismo, cabe señalar el hecho de que dicha atención recae especialmente en las mujeres, que, en la mayoría de los casos, se ven imposibilitadas para llevar a cabo actividad laboral alguna.

* Catedrático de Hacienda Pública. Departamento de Hacienda Pública de la Universidad de Málaga.

** Profesora Contratada Doctora. Departamento de Hacienda Pública de la Universidad de Málaga.

*** Profesor Contratado Doctor. Departamento de Hacienda Pública de la Universidad de Málaga.

Sin embargo, los nuevos patrones sociales y laborales ponen en cuestión la viabilidad de este cuidado informal, y hacen necesario prever y organizar los recursos que la sociedad, en su conjunto, y los individuos, crecientemente, habrán de aplicar a la atención de sus necesidades debidas a la dependencia. En efecto, nos enfrentamos a una situación en la que se contraponen los efectos derivados del incremento de las necesidades de atención a los dependientes, por una parte, con los cambios en la estructura familiar (proliferación de familias monoparentales, desmembración y reducción de los núcleos familiares y movilidad geográfica), y, por otra, el nuevo papel de la mujer (deja de permanecer en el hogar dedicada en exclusividad a las tareas domésticas y participa activamente en el mercado de trabajo). Ambas cuestiones supondrán menores posibilidades de las familias para prestar tales cuidados.

Hasta el año 2006, España carecía de un sistema nacional de atención a la dependencia, en contraste con otros países europeos. El esquema tradicional de protección era la Ley General de la Seguridad Social, además de otras ayudas, diseñadas y proporcionadas por las Comunidades Autónomas (CCAA). Esta situación pretende modificarse a partir de 2006, año en el que se aprobó la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, creadora del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Este sistema, cuyo calendario prevé su pleno funcionamiento para 2015, tiene como objetivo cubrir la laguna de atención que los dependientes han tenido en nuestro país, facilitando a esas personas una atención pública de calidad, con el nivel de dependencia como único criterio de acceso.

Nuestro trabajo consiste en un análisis de la protección a la dependencia existente en la actualidad en nuestro país. Para ello, y en primer lugar, realizamos una breve descripción de los distintos modelos de protección a la dependencia existentes en el ámbito internacional. A continuación, en el segundo apartado, reflejamos las características básicas del SAAD, haciendo especial hincapié en lo relativo a la financiación del sistema. El ter-

cer apartado se centra en una aproximación al gasto de las CCAA. El bloque siguiente se ocupa de avanzar y discutir algunas líneas de reforma relativas a la financiación del sistema.

Entre las principales conclusiones del trabajo, merece la pena destacar las siguientes:

- La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de la autonomía personal son un reto de los países desarrollados.
- Los cambios demográficos y sociales han producido, y están produciendo, un incremento progresivo de la población en situación de dependencia.
- Existen cuatro modelos básicos de atención a la dependencia en el ámbito internacional. España pertenece al bloque de países mediterráneos en los que el nivel de gasto en dependencia es aún reducido. Este bajo nivel está justificado por tratarse de un modelo en pleno desarrollo, y por la existencia de un elevado nivel de apoyo informal para la atención a los dependientes.
- Con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, nace en España un derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Se crea un sistema para la atención integral al ciudadano, universal, accesible, en el que tiene cabida la iniciativa privada y en el que se garantiza la igualdad real.
- La creación del SAAD pretende mejorar significativamente la calidad de vida de las personas dependientes y sus familias, ampliar el Estado del Bienestar, reducir el diferencial de gasto en protección social frente a la media de la UE y acompasar el crecimiento económico con bienestar.
- Se trata de un modelo público y universal, basado en el derecho subjetivo a la protección de la dependencia, que supera el sistema anterior, de muy baja eficacia protectora.

- El número de personas beneficiarias con prestaciones reconocidas a 1-12-2009 ascendió a 422.277 personas. Lo más destacado es el desigual reparto por CCAA en comparación con la estructura poblacional.
- La Atención residencial es la prestación de servicios más reconocida en el SAAD, representando más del 44% del total de prestaciones de servicios. Las prestaciones más novedosas, como pueden ser los servicios de prevención y promoción de la dependencia, tienen aún una presencia muy marginal en el sistema.
- El catálogo de servicios previsto en la Ley no se aprovecha en la práctica. Se está dando una continuidad alarmante en cuanto a la prestación de servicios se refiere, no habiéndose producido todavía el desarrollo del modelo comunitario que propugna la Ley y que debería suponer una oferta amplia de servicios.
- El 88% de las prestaciones económicas reconocidas son las relativas a los cuidados familiares. Factores como su bajo coste, una gestión administrativa rápida y barata y una oferta insignificante de servicios, han influido en la importancia excesiva de este tipo de prestación.
- La realidad pone de manifiesto que el precepto establecido en la Ley de preferencia de servicios frente a prestaciones económicas no se cumple. Aún está muy presente la cultura de los cuidados familiares propia de los modelos mediterráneos, la libertad de elección de la persona afectada, o de su tutor, que prefiere, por su menor coste, las prestaciones económicas, y los costes inferiores de gestión de este tipo de prestaciones, que inclinan la tendencia a favor de su reconocimiento.
- El Baremo de Valoración de la Dependencia establece los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía, de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria o la necesidad de apoyo de otras personas. Según las organizaciones sociales de discapacidad, el Baremo de Valoración de la Dependencia presenta limitaciones para captar determinadas dependencias y sería recomendable un ajuste en su aplicación.
- La información que los ciudadanos reciben sobre la vía de acceso al sistema es valorada positivamente. Menor grado de satisfacción obtiene la información relativa a cobertura, requisitos, servicios y prestaciones. Se han creado expectativas excesivas respecto a la realidad concreta de un sistema aún en fase de despliegue.
- Existen diferencias importantes en cuanto a los plazos de resolución del proceso de reconocimiento del derecho a prestaciones. Esto afecta al principio de igualdad de los ciudadanos que persigue la Ley y al propio desarrollo conjunto del sistema.
- Hay que destacar el elevado volumen de personas reconocidas con grado III, sobre todo en relación con las proyecciones realizadas en la memoria económica que acompañó a la Ley.
- El Programa Individual de Atención recoge las prestaciones adecuadas a la situación de cada beneficiario. Su definición requiere conocer bien la situación de la persona valorada, la disponibilidad de recursos existentes, y respetar siempre la elección de quien recibirá atención entre las alternativas que se le propongan.
- La divergencia en la recogida de datos y su posterior volcado en el sistema hace imposible un conocimiento transparente y real de la información que genera la actividad que se realiza en el SAAD. Es necesario que todas las CCAA asuman el compromiso de informar de todas las fases del proceso con transparencia.
- El SAAD es un sistema de base completamente descentralizada, por lo que la coordinación resulta un elemento básico para no encontrarnos con un conjunto de 19 subsistemas, sino uno único, coherente

en su diversidad y que garantice en todo el territorio los principios básicos de la Ley. En la actualidad, ese objetivo no se ha conseguido, concretándose el juego administrativo en el convenio de carácter anual, con un elevado coste político y administrativo. Hay CCAA que han aprovechado los tres años desde la implantación de la Ley para adecuar su gestión a la nueva realidad, mientras que otras, que presentan peor funcionamiento, no lo han hecho.

- La financiación del sistema debe ser suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que correspondan a cada una de las Administraciones. Se trata de un modelo no contributivo, corresponsable entre los diferentes niveles de la Administración y en el que se da la corresponsabilidad de los usuarios.
- Se establece una financiación por niveles. La AGE debe asumir íntegramente el coste derivado del nivel mínimo. Para el nivel intermedio las CCAA deben aportar cada año una cantidad al menos igual a la de la Administración General del Estado.
- Los beneficiarios deben contribuir económicamente a la financiación de los servicios de forma progresiva en función de su capacidad económica.
- El nivel más homogéneo de financiación es el mínimo garantizado por la AGE.
- El nivel adicional, exclusivo de cada Comunidad Autónoma, debería utilizarse para mejorar la calidad de los servicios y para completar la oferta de los mismos.
- El nivel acordado entre la AGE y las CCAA es bastante confuso en la mayor parte de sus implicaciones.
- Los convenios firmados entre la AGE y cada una de las CCAA reflejan que el 76% de los recursos se concentra en la prestación de servicios, frente al 15% destinado a prestaciones económicas. El resto es para ayudas económicas para la autonomía y refuerzo de los equipos de valoración.
- Uno de los aspectos más significativos del SAAD es la participación del usuario en la financiación del sistema. Se garantiza la universalidad en el acceso a las prestaciones, pero no su gratuidad. La participación del usuario está determinada, entre otros aspectos, por su capacidad económica, basada en la renta y el patrimonio, y por la naturaleza de la prestación que se le ha reconocido.
- No resulta posible realizar una cuantificación exacta del gasto en dependencia de las Comunidades Autónomas. Se pueden llevar a cabo aproximaciones en base a los programas presupuestarios en los que tradicionalmente se han venido recogiendo las partidas de gasto destinadas a los principales colectivos susceptibles de ser beneficiarios del sistema.
- Los créditos iniciales dedicados por el conjunto de CCAA a las políticas de gasto de "Pensiones" y "Servicios sociales y promoción social", han pasado de 8.294,19 millones de euros en el ejercicio 2006 a 10.869,94 millones de euros en el ejercicio 2008, con unas tasas de variación respecto al ejercicio precedente del 15,48% en 2007 y del 13,48% en 2008.
- Las propuestas de reforma en el modelo de financiación pasan inevitablemente por un incremento en los recursos destinados al sistema. Ese incremento de recursos es necesario para garantizar los derechos reconocidos en la Ley y para el mantenimiento de un sistema que nació con vocación de convertirse en el cuarto pilar del Estado del Bienestar. El volumen de financiación pública parece insuficiente para el esfuerzo de puesta en marcha, equilibrio y garantía que necesita el sistema. La Ley nace en una situación económica completamente distinta a la que nos encontramos en la actualidad, pero es necesario realizar el esfuerzo de dotar de recursos económicos al sistema, dadas las estimaciones acerca del posible déficit acumulado hasta el año 2015.
- El incremento de recursos necesario puede llevarse a cabo a través de un incremento en la presión fiscal

general, ya sea con un aumento en el IRPF o en Impuesto sobre el Valor Añadido.

- La financiación de la dependencia debía encuadrarse dentro de la LOFCA, como un servicio básico más al igual que la educación y la sanidad, incrementándose los recursos a disposición de las CCAA para su financiación.
- Los resultados obtenidos de la aplicación del copago en nuestro país, demuestran que el margen concedido a las CCAA para articularlo ha dado lugar a la aparición de sistemas de contribución diferentes, que no favorecen la equidad interterritorial.

2.2. La atención a la dependencia a nivel comparado

El hecho de que el Estado del Bienestar como rasgo de las políticas públicas se haya incorporado con ritmos y alcances diferentes en cada país, adaptándose además y necesariamente a las características de cada territorio, hace que nos encontremos con una diversidad de modelos de prestación de las políticas sociales. Los cuidados de larga duración, o a la dependencia, en la medida en que constituyen un pilar más de tales políticas sociales o del Estado del Bienestar, se adaptan al patrón general de cada país.

El más influyente intento de tipologización de estos diferentes modelos fue el de Esping-Andersen (1990), más tarde criticado y ampliado por Ferrera (1996) y Abrahamson (1993). Una especie de clasificación de uso corriente en la actualidad a partir de estas aportaciones es aquella que distingue entre cuatro grandes modelos, ligados en buena medida a determinadas áreas geográficas.

Tendríamos así, en primer lugar, el modelo escandinavo, o también llamado modelo socialdemócrata o del Estado del Bienestar propiamente dicho, propio de los países que ocupan ese territorio al norte de Europa (Suecia, Noruega, Finlandia y Dinamarca), caracteriza-

dos por el principio de universalidad o de una alta cobertura de las prestaciones sociales financiadas a través de impuestos.

Un segundo modelo continental o modelo bismarckiano, propio del centro de Europa (Alemania, Francia, Austria), de cobertura universal y de financiación a través de cotizaciones sociales.

En tercer lugar estaría el modelo anglosajón o liberal (Reino Unido, EEUU, Australia), centrado en la asistencia social, en el que las prestaciones se concentrarían en las personas con mayores necesidades.

Un cuarto modelo, de más tardío reconocimiento teórico, sería el modelo mediterráneo. De hecho, el Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO, 2005) sólo hace referencia a los tres primeros modelos en su repaso comparado.

De este modo, las notas tradicionalmente definitorias del primero de ellos, el modelo escandinavo, serían las siguientes:

- 1) Dentro de la lógica de protección universal, esto es, del aseguramiento de unos derechos sociales financiados con impuestos, la atención a la dependencia se entiende como un apartado más de los servicios que el Estado aporta a sus ciudadanos, en un nivel similar al de la educación o la sanidad.
- 2) El envejecimiento de la población característico de las últimas décadas del siglo XX, ha sido el factor principal que ha llamado la atención sobre este nuevo conjunto de servicios sociales con entidad propia, asumido progresivamente por las Administraciones Públicas, que ha terminado agrupándose bajo la noción de dependencia o cuidados de larga duración.
- 3) Un rasgo sociológico que se suele citar con frecuencia para explicar el nacimiento y consolidación de los servicios de atención a la dependencia, es la

débil tradición familiar, comparada con la de los países del sur de Europa, de atención informal.

- 4) La financiación del sistema, compartida por los diferentes niveles territoriales de la Administración (central, regional y local) se logra a partir de impuestos generales.
- 5) La Administración local acostumbra a ser la responsable de la prestación de los servicios.
- 6) El coste del sistema se ha revelado alto, con los países que disfrutaban de él invirtiendo alrededor de un 3% del PIB en los servicios para la atención de dependientes. Su financiación se asegura con un nivel impositivo elevado.
- 7) Es un modelo de servicios que nació siendo fundamentalmente público, pero que en la actualidad también incorpora a empresas privadas especializadas.
- 8) Al tratarse de un modelo universal, no existe en general prueba de recursos para acceder a sus prestaciones, aunque en determinados casos puede existir para exigir un cierto grado de aportación del beneficiario al coste del servicio, en función de su capacidad de pago.

El modelo continental, por su parte, concibe la protección a la dependencia en el marco de la Seguridad Social, la cual reconoce el derecho a la atención a la dependencia del mismo modo que reconoce el derecho a una pensión de jubilación o a un subsidio por desempleo. Sus otros rasgos se ven condicionados por este mismo hecho:

- 1) Su financiación procede fundamentalmente de cotizaciones sociales, aunque en la medida en que se tiende a la cobertura universal (de tipo asistencial para los excluidos del sistema de Seguridad Social) pueda recurrirse a la financiación vía impuestos.
- 2) Su regulación depende del Estado, mientras que las Administraciones regionales pueden encargarse

de su gestión. En general, suele ser la Administración central quien gestiona las prestaciones económicas, mientras que la de los servicios recae en las restantes Administraciones territoriales.

- 3) La cobertura del cuidado a los dependientes puede consistir bien en prestaciones monetarias, dirigidas fundamentalmente a apoyar a la propia familia cuidadora o dirigidas a remunerar a cuidadores profesionales, bien en prestaciones de servicios.
- 4) Las prestaciones monetarias concedidas serán de cuantías diferentes en proporción del nivel de gravedad de la situación de dependencia, que será necesariamente evaluado a estos mismos fines.
- 5) Existe un nivel alto de copago en la medida en que las prestaciones acostumbran a tener fijada una cuantía máxima, determinada tanto por el nivel de dependencia estimado como por el servicio prestado, que no llega a cubrir la totalidad del coste del servicio. Consecuentemente, ello obliga al beneficiario a aportar la diferencia y participar así en la financiación de los servicios. Ello tiene como finalidad no sólo contribuir a la financiación, sino también introducir un freno o contención del gasto.
- 6) Además de las prestaciones monetarias, se contemplan también incentivos y ventajas sociales para los cuidadores informales, ya sea en forma de excedencias laborales, seguro de pensiones, período de vacaciones o cursos de formación.

El modelo liberal propio del mundo anglosajón es de tipo asistencial: financiado mediante impuestos, su alcance queda limitado a las necesidades básicas de personas con recursos insuficientes. Otros rasgos definitorios son:

- 1) Es el mercado el que desempeña el papel esencial, con un estado mínimo o residual que incluso puede incentivar a través del sistema tributario los cuidados y los seguros privados.

- 2) Su nivel residual de protección se configura como un sistema público, financiado mediante impuestos, de cobertura limitada, destinado a satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos en situación de dependencia con insuficiencia de recursos económicos.
 - 3) La provisión de servicios puede ser pública o privada, pero esta última prima sobre la pública. De hecho, las instituciones no lucrativas (y dentro de ellas las ligadas a organizaciones religiosas) juegan tradicionalmente un papel importante.
 - 4) La labor de asistencia a los dependientes recae por tanto en la familia, donde las mujeres siguen formando la mayor parte de la población cuidadora.
 - 5) Al estar los cuidados dirigidos a las personas con insuficiencia de recursos, un sistema asistencial deja prácticamente desprotegidas a las clases medias, en el sentido de que, por un lado, la prueba de recursos les impide acceder a los servicios de provisión pública, y, por otro lado, sus recursos son insuficientes para financiar los servicios privados ligados a los cuidados de larga duración.
 - 6) Por el mismo carácter residual de este sistema, existe un importante déficit de servicios en comparación con los países con protección universal.
 - 7) Ante estos déficits y en el contexto de la evolución demográfica, existe una creciente demanda social a favor de la superación del modelo asistencial y hacia modelos de garantía de derechos.
 - 8) Por último, la descentralización de los servicios sociales está dando lugar a un incremento de los desequilibrios territoriales en la extensión y calidad de los mismos.
- 1) La demanda social de una red de servicios formales de atención a la dependencia únicamente se ha hecho sentir de forma más tardía que en los países del norte.
 - 2) Ante las carencias del Estado del Bienestar, es un modelo fundamentado en la solidaridad familiar que, a su vez, descansa fundamentalmente en el trabajo no asalariado de las mujeres, las cuales ven así condicionado su rol profesional.
 - 3) El modelo tradicional de cuidados formales es de tipo asistencial, y por lo tanto limitado, con un papel determinante del sector privado.
 - 4) El nivel de gasto en este tipo de servicios es reducido (menos del 1% del PIB) en comparación con los anteriores modelos.

En un estudio relativamente reciente, OCDE (2005), que no obstante utiliza datos referidos al año 2000, se muestran los niveles de gasto de 19 países de la OCDE, incluida España. Los gastos en cuidados de larga duración van desde el 0,2% (México) o apenas por encima del 0,60% (España e Irlanda), hasta los niveles de los países nórdicos incluidos (2,15% para Noruega y 2,89% para Suecia). La media se sitúa en el 1,25%, y es en torno a este dato en el que se mueven los grandes países desarrollados: Alemania (1,35%), Reino Unido (1,37%) y EEUU (1,29%). Pueden concluirse de este estudio un par de cosas a efectos del nivel general de gasto: por un lado, los diferentes modelos de organización y financiación dan lugar a divergencias notables (compárese España con Suecia), pero también es cierto que existe una convergencia entre países con sistemas diferentes (Alemania y Reino Unido, por ejemplo), y, por lo tanto, no existe una relación unívoca entre el modelo y el volumen de gasto.

Pero tampoco existe, tal vez más sorprendentemente, una relación directa entre la demanda potencial de servicios de atención a la dependencia en cada país (medida por el grado de envejecimiento) y el nivel de gasto. Así, si se toma el porcentaje población por encima de los ochenta años, se puede observar cómo países con nive-

El modelo mediterráneo gravita en torno a un modelo de relaciones familiares más estrechas y más abarcadoras, el cual fomenta y explota mayores posibilidades de cuidados informales. Por lo tanto, suele entenderse que:

les de envejecimiento muy distintos presentan niveles de gasto similares: es el caso de España frente a Irlanda, por ejemplo, que con tasas de envejecimiento muy distintas tienen niveles de gasto similares. Algo que también destaca cuando se compara Reino Unido con Canadá.

En cuanto a la combinación gasto público-gasto privado, el gasto público es la fuente de financiación más importante, con la excepción de España y Suiza. Cuando se desagrega, comprobamos que más de la mitad del gasto público se emplea todavía en instituciones especializadas, frente a la otra posibilidad, que es la atención en el propio hogar. Aunque la tendencia reciente es la de dedicar un porcentaje de recursos cada vez mayor a esta segunda opción. Obviamente, detrás de los grandes datos de gasto quedan borradas las diferencias existentes en el diseño de los programas, así como la existencia o no de copago.

Porque, incluso allí donde existe un sistema universal de atención a la dependencia, existen aportaciones privadas en forma de copago (Suecia y Noruega), tanto para la atención en el hogar como en instituciones especializadas. El copago puede consistir en un porcentaje fijo del coste del servicio o en la diferencia entre prestación y coste del servicio. En muchos casos se calcula en función de la capacidad de pago individual.¹

2.3. El Sistema de Atención a la Dependencia en España. Características generales

2.3.1. Objetivos y principios inspiradores

La pieza clave del sistema de protección social existente en nuestro país es el Sistema para la Autonomía y Aten-

¹ Véase OCDE (2005) para un repaso de los rasgos de los sistemas de atención a la dependencia en 19 países de la OCDE, y http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2003/index_en.htm (Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA) para un resumen centrado en el funcionamiento de estos servicios en los países miembros de la Unión Europea.

ción a la Dependencia (en adelante SAAD), nacido a partir de la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, y para el que está previsto una puesta en marcha gradual. Con este sistema se intenta implantar y desarrollar paulatinamente un sistema formal de protección a los dependientes y a sus familias, en el que colaboran y participan todas las Administraciones Públicas.

La creación de este sistema pretende la consecución de cuatro grandes objetivos:

- 1) Mejorar significativamente la calidad de vida de las personas dependientes y sus familias, cuya situación de incompleta e insatisfactoria atención atentaba contra el principio constitucional de igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales.
- 2) Ampliar el Estado del Bienestar en España, dotándolo de un cuarto pilar que complemente el sistema de salud, el sistema educativo y el sistema de pensiones, todos ellos desarrollados a lo largo de la década de los 80.
- 3) Reducir el diferencial de gasto en protección social en España frente a la media de la UE. Así, mientras que en la zona euro el gasto en protección social durante el período 2000-2004 se ha situado en torno al 19% del PIB, en España apenas ha sobrepasado el 13% para ese mismo período.
- 4) Acompasar el crecimiento económico con más bienestar.

El SAAD está inspirado en los siguientes principios:

- Carácter universal y público de las prestaciones.
- Acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación.
- Participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias.

- Garantía por parte de la Administración General del Estado (en adelante AGE) de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio español.

2.3.2. Cobertura y beneficiarios

El artículo 3 de la Ley 39/2006, especifica que estamos ante un modelo público y universal, en el que se garantiza el derecho de acceso a las prestaciones de todas las personas en situación de dependencia, dentro del marco temporal previsto para la puesta en marcha del SAAD.² Es decir, el nuevo sistema se basa en el derecho subjetivo a la protección de la dependencia superando el sistema anterior de naturaleza asistencial, fragmentado institucionalmente y con una muy baja eficacia protectora.

Asimismo, según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley,³ los beneficiarios de los derechos serán los siguientes:

- Los españoles que, residiendo en territorio español,⁴ se encuentren en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos en la Ley.
- Las personas de nacionalidad no española que reúnan los requisitos de residencia anteriores, se registrarán por lo estipulado en la Ley Orgánica 4/2002, en los tratados internacionales y en los convenios establecidos con cada país de origen.

² Se prevé una puesta en marcha gradual entre 2007 y 2015. De esta forma, el primer año tuvieron acceso al sistema las personas reconocidas con un grado de dependencia 3. A lo largo de 2008, 2009 y 2010 lo harán las de grado 2, y el resto, en el período comprendido entre 2010 y 2015. Los grados van de mayor a menor severidad de la dependencia, correspondiendo el grado 3 a gran dependencia, el 2 a dependencia severa y el 1 a dependencia moderada.

³ Nos referiremos en todo momento a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

⁴ Durante al menos 5 años, de los cuales 2 deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.

- Para los emigrantes españoles retornados y los españoles no residentes en España, el Gobierno fijará las condiciones de acceso.

En el cuadro 1 se refleja el número de beneficiarios con prestaciones reconocidas a 1 de diciembre de 2009. El total ascendió a 422.277 personas, con un desigual reparto por Comunidades Autónomas (en adelante, CCAA). Destaca la situación de Andalucía, que representa más de un 30% de beneficiarios respecto al total nacional, siendo su porcentaje de población algo inferior al 18%. En sentido inverso, Comunidades como Madrid o la C. Valenciana presentan porcentajes de beneficiarios sensiblemente inferiores a lo que significan sus poblaciones respecto al total. Aunque no hay ninguna razón para esperar que la estructura poblacional y la estructura de beneficiarios por CCAA sean iguales, el desajuste que muestran estas cifras parece excesivo.

Cuadro 1.–Beneficiarios del SAAD a 1-diciembre-2009

CCAA	Beneficiarios	%
Andalucía	140.069	33,17%
Aragón	18.594	4,40%
Asturias	10.529	2,49%
Baleares	4.906	1,16%
Canarias	5.605	1,33%
Cantabria	10.294	2,44%
Castilla y León	34.585	8,19%
Castilla-La Mancha	24.377	5,77%
Cataluña	68.499	16,22%
Comunidad Valenciana	23.439	5,55%
Extremadura	11.531	2,73%
Galicia	28.589	6,77%
Madrid	22.530	5,34%
Murcia	11.847	2,81%
La Rioja	5.562	1,32%
Ceuta y Melilla	1.321	0,31%
Total	422.277	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de Información Estadística del SAAD.

2.3.3. Prestaciones y servicios

El objetivo de las prestaciones de atención a la dependencia es doble. Por un lado, pretenden la promoción de la autonomía personal, y por otro, satisfacer las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Pueden ser de dos tipos: prestaciones de servicios y prestaciones económicas.

- Prestaciones de servicios. Tienen carácter prioritario y se desarrollan a través de la oferta pública de servicios sociales de las CCAA, mediante centros públicos⁵ o a través de centros privados debidamente acreditados.

La preferencia en el acceso a este tipo de prestaciones está en función del grado y nivel de dependencia del solicitante, y, a igualdad de grado y nivel, por la capacidad económica de éste, estableciéndose la garantía de que ningún dependiente quedará sin cobertura por no disponer de recursos económicos suficientes.

El artículo 15 de la Ley detalla el catálogo de servicios existente. Se trata de un inventario cerrado que no deja abierta la puerta a combinaciones cambiantes y adaptables de servicios, a la innovación y al desarrollo de nuevas iniciativas. Este catálogo se refleja a continuación:

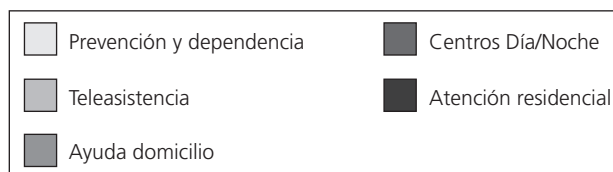
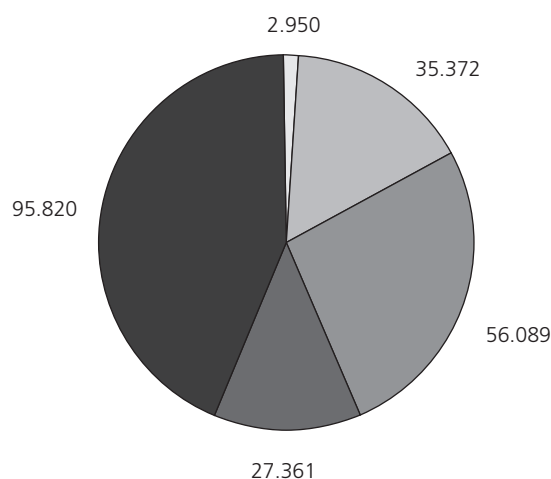
- Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de Ayuda a domicilio:
 - Atención de las necesidades del hogar.
 - Cuidados personales.

⁵ La red de centros estará formada por los centros públicos de las Comunidades Autónomas, de las Entidades Locales, y los Centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de situaciones de dependencia.

- Servicio de Centro de Día y de Noche:
 - Centro de Día para mayores.
 - Centro de Día para menores de 65 años.
 - Centro de Día de atención especializada.
 - Centro de Noche.
- Servicio de Atención residencial:
 - Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
 - Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

El cuadro 2 aporta información acerca de los tipos de prestaciones de servicios reconocidas a 1 de diciembre de 2009 en el SAAD. El número total asciende a 217.599, presentando una heterogeneidad importante, como puede apreciarse también en la figura siguiente.

Prestaciones de servicios



Cuadro 2. Prestaciones de servicios reconocidas a 1-diciembre-2009

CCAA	Prevención y Dependencia	Teleasistencia	Ayuda a domicilio	Centros Día/ Noche	Atención residencial
Andalucía	5	26.919	30.990	7.809	15.391
Aragón	0	0	0	614	2.362
Asturias	0	147	1010	854	2.804
Baleares	0	0	0	285	1092
Canarias	0	0	0	1005	1.595
Cantabria	0	9	485	900	2.442
Castilla y León	1.718	696	2.560	2.201	7.186
Castilla-La Mancha	63	2.127	2590	697	6.163
Cataluña	0	5	7.071	1.797	12.552
Comunidad Valenciana	1	0	0	507	9.595
Extremadura	572	355	1.043	281	3.079
Galicia	38	110	4.156	1.222	4.470
Madrid	0	9	74	3.819	15.335
Murcia	0	816	0	18	835
Navarra	0	136	0	172	1.029
País Vasco	0	3.663	4.683	4.577	8.762
La Rioja	410	314	1367	575	989
Ceuta y Melilla	150	66	60	28	139

Fuente: Elaboración propia a partir de Información Estadística del SAAD.

Las prestaciones más novedosas, como son los servicios de prevención y promoción de la dependencia, tienen todavía una presencia muy marginal en el sistema, no estando reconocida aún en 10 CCAA, y representando apenas el 1,36% del total de prestaciones de servicios. Como señala el Informe final del Grupo de Expertos para la Evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006, hoy por hoy, son los servicios de base en manos de los Ayuntamientos y los servicios sanitarios de atención primaria quienes detectan las necesidades de la población que atienden, y llevan el peso de la intervención en las Comunidades, constituyendo éste el marco ideal para el desarrollo de esas acciones de prevención y promoción. Sin embargo, no existe en la cartera de servicios o en la organización de los mismos ninguna referencia a la coordinación socio-sanitaria necesaria para su prestación, lo que puede justificar el escaso peso que tienen en la actualidad. Asimismo,

el servicio en el que parece observarse una presión creciente de la demanda es en la Ayuda a domicilio que prestan los Ayuntamientos, a los que, prácticamente, no se les ha dado voz en la Ley.

La Atención residencial es, con diferencia, la prestación de servicios más reconocida en la totalidad de CCAA, salvo Andalucía, La Rioja, Ceuta y Melilla. Representa más del 44% del total de servicios, y en el caso de la C. Valenciana, supone más del 90% de los servicios reconocidos. Porcentajes algo más bajos, pero igualmente significativos, presentan Aragón, Baleares, Madrid o Navarra. Estas cifras ponen de manifiesto la continuidad del sistema anterior en cuanto a los servicios se refiere, no habiéndose producido aún el desarrollo de ese modelo comunitario que propugna la Ley y que debería suponer una oferta amplia y variada de servicios.

- Prestaciones económicas. Existen tres clases de prestaciones económicas:

Prestación económica vinculada al servicio: tiene carácter periódico y se reconoce únicamente cuando no sea posible el acceso al servicio, ya sea público o concertado, de atención y cuidado. Se establece en función del grado, nivel de dependencia y capacidad económica del beneficiario, y está vinculada necesariamente a la adquisición de un servicio.

Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales: será reconocida de forma excepcional cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, debiendo el cuidador ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social.⁶ Se establece, al igual que

las vinculadas al servicio, en función del grado, nivel de dependencia y capacidad económica del beneficiario.

Prestación económica de asistencia personal: tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario una vida más autónoma.

El cuadro 3 ofrece el volumen y tipo de prestaciones económicas reconocidas a fecha 1 de diciembre de 2009.

El total de prestaciones económicas asciende a 303.132, concentrándose en su mayor parte en las prestaciones de cuidados familiares, que representan casi un 88%

Cuadro 3. Prestaciones económicas reconocidas a 1-diciembre-2009

CCAA	Vinculada al servicio	Cuidados familiares	Asistencia Personal
Andalucía	3.201	85.021	32
Aragón	3.554	12.067	1
Asturias	935	5.239	0
Baleares	209	3.411	13
Canarias	50	2.955	0
Cantabria	0	6.465	0
Castilla y León	8.456	15.314	26
Castilla-La Mancha	1237	16.122	8
Cataluña	10.149	45.408	18
Comunidad Valenciana	1498	11.838	0
Extremadura	2.029	5.460	0
Galicia	1.462	17.939	29
Madrid	20	3.347	0
Murcia	541	10.658	0
Navarra	1.491	5.735	1
País Vasco	713	15.239	530
La Rioja	417	3.178	0
Ceuta y Melilla	114	1002	0

Fuente: Elaboración propia a partir de Información Estadística del SAAD.

⁶ El cuidador tendrá derecho a beneficiarse de acciones de formación, información y medidas para atender períodos de descanso promovidas por el Consejo Territorial del SAAD.

del total.⁷ Factores como su bajo coste, una gestión administrativa rápida y barata, y una oferta aún insignificante de servicios, han podido influir en la contundencia de estas cifras.

Aunque la Ley contempla las prestaciones económicas como excepcionales frente al desarrollo de los servicios, la realidad nos muestra que se ha producido el efecto contrario, siendo más numerosas las primeras. Varios pueden ser los factores explicativos de este sesgo. A nivel general cabe indicar la solidez de la cultura de los cuidados familiares, que sigue estando presente a pesar de la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo. Esto constituye un indicador de la naturaleza de modelo mediterráneo de régimen de bienestar que comentamos en el apartado anterior; por otra parte, destaca la tendencia europea de ampliar la libertad de elección de la persona afectada o de su tutor, en coincidencia con políticas públicas más proclives a las prestaciones económicas por su inferior coste;⁸ también presentan menores costes de gestión, sin considerar la inversión que los servicios requieren.

Además del volumen de prestaciones económicas, hay que destacar el importe de las mismas. Estos importes

se especifican anualmente por el Gobierno, siendo las cuantías para el ejercicio 2009 las mostradas en el cuadro 4. A esos importes, se les aplica un coeficiente reductor según la capacidad económica del beneficiario de acuerdo con su nivel de renta y patrimonio. De esta forma, la capacidad económica del beneficiario será la correspondiente a su renta, modificada al alza por la suma de un 5% de su patrimonio neto a partir de los 65 años, de un 3% para los comprendidos entre los 35 y los 65 años, y de un 1% para los menores de 35 años.⁹

Finalmente, dentro del apartado de prestaciones y servicios, la Ley incluye en su disposición adicional tercera la posibilidad de efectuar acuerdos entre la AGE y las CCAA con el objetivo de conceder subvenciones para facilitar la autonomía personal. Estas subvenciones están destinadas a:

- Apoyar a la persona con ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria.
- Facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el hogar que contribuyan a mejorar la capacidad de desplazamiento en la vivienda.

Cuadro 4. Cuantías máximas de las prestaciones económicas por Grado y Nivel para el año 2009

Grados y niveles	Prestación económica vinculada al servicio (€ mensuales)	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (€ mensuales)		Prestación económica de asistencia personal (€ mensuales)
	Cuantía	Cuantía	Cuota SS+FP	Cuantía
Grado III. Nivel 2	831,47	519,13		831,47
Grado III. Nivel 1	623,60	415,73	160,13 €	623,60
Grado II. Nivel 2	460,80	336,24	(158,67+1,46 €)	–
Grado II. Nivel 1	400,00	300,00		–

Fuente: Real Decreto 73/2009, de 30 de enero.

⁷ En Cantabria la prestación para cuidados familiares es la única prestación económica reconocida.

⁸ En torno a un tercio de una prestación en servicios por término medio.

⁹ A la hora de valorar el patrimonio del beneficiario, únicamente se computa la vivienda habitual en el supuesto de que éste perciba el servicio de Atención residencial o la prestación económica vinculada a este servicio.

2.3.4. Valoración de la dependencia

El artículo 26 de la Ley establece los grados y niveles de dependencia reconocidos, y que se especifican en los cuadros siguientes:

Cuadro 5. Grados de dependencia

Grado I. Dependencia moderada	La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día, o tiene necesidad de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
Grado II. Dependencia severa	La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
Grado III. Gran Dependencia	La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día, y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona, o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 6. Variables que determinan el Grado

Grados	Frecuencia de ayuda para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria	Necesidad de apoyo
Grado I	Al menos 1 vez al día	Intermitente o limitado para su autonomía personal
Grado II	2 o 3 veces al día	Extenso para su autonomía personal o apoyo no permanente de un cuidador
Grado III	Varias veces al día	Generalizado para su autonomía personal o apoyo continuo de un cuidador

Fuente: Elaboración propia.

Cada uno de los tres grados de dependencia está dividido en dos niveles determinados por la autonomía personal del solicitante y la intensidad de los cuidados que necesita. En este sentido, las personas dependientes que requieran de mayor ayuda estarán integradas en el nivel 2, mientras que aquéllas que necesiten una atención relativamente inferior serán de nivel 1.¹⁰

Cuadro 7. Variables que determinan el Nivel

Nivel	Autonomía personal	Intensidad de cuidados requeridos
Nivel 1	Elevada	Reducida
Nivel 2	Reducida	Elevada

Fuente: Elaboración propia.

El grado y nivel correspondientes se dictaminan mediante la aplicación del Baremo de Valoración de la Dependencia. Este baremo¹¹ establece los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía, de la capacidad para realizar las distintas actividades de la vida diaria, o de la necesidad de apoyo de otra persona. En la actualidad, y tras dos años de implantación del SAAD y a la luz de la escasa diferencia entre solicitudes registradas en el sistema y valoraciones realizadas, parece recomendable un ajuste en su aplicación. Este ajuste no tendría por qué suponer una extensión de la población que accede al sistema, si al mismo tiempo se delimitaran con mayor precisión otras situaciones de dependencia.

2.3.5. Reconocimiento del derecho

El reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD está recogido en los artículos 28 y 29 de la Ley. Ambos regulan el acceso al sistema reconociendo la situación de dependencia y la asignación de la correspondiente prestación social

¹⁰ Cada una dentro de su grado correspondiente.

¹¹ Establecido a partir del Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, y común para todas las Comunidades Autónomas.

adecuada a dicha situación. Se trata de dos procedimientos diferentes, pero interrelacionados entre sí.

Respecto a la solicitud de acceso al sistema, hay que destacar la valoración positiva que las entidades sociales otorgan a la información de la que los ciudadanos disponen sobre la vía de acceso. Este proceso previo a la tramitación de la solicitud se desarrolla en el ámbito municipal, e integra la información a los potenciales destinatarios, el apoyo para cumplimentar la solicitud, y sobre todo, la elaboración del informe social que debe acompañar a la solicitud y del informe médico casi siempre elaborado por el médico de atención primaria. Ahora bien, aunque la valoración es positiva, también se han detectado ciertas deficiencias en la información ofrecida sobre cobertura, requisitos y prestaciones. En general, han podido crearse expectativas a veces excesivas respecto a la realidad concreta de un sistema que aún está en fase de despliegue.

Una vez registrada la solicitud, el reconocimiento de la situación de dependencia se lleva a cabo a instancia de la persona interesada o de quien la represente. Es un proceso que resuelve la Comunidad Autónoma a partir de la valoración que resulte de la aplicación del Baremo anteriormente descrito. Se inicia así la segunda fase, consistente en la asignación de las prestaciones más adecuadas a las necesidades, según el grado y nivel de dependencia. A dicho efecto, la Ley reconoce explícitamente la "participación previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le representen."

En el cuadro 8 se aporta información acerca del número de solicitudes registradas en el SAAD a fecha 1 de diciembre de 2009.

Cuadro 8. Solicitudes registradas en el SAAD a 1 de diciembre de 2009

CCAA	Población	Solicitudes registradas
Andalucía	8.202.220	329.315
Aragón	1.326.918	39.100
Asturias	1.080.138	28.246
Baleares	1.072.844	19.335
Canarias	2.075.968	24.681
Cantabria	582.138	17.550
Castilla y León	2.557.330	59.658
Castilla-La Mancha	2.043.100	64.006
Cataluña	7.346.078	169.000
Comunidad Valenciana	5.029.601	60.487
Extremadura	1.097.744	30.982
Galicia	2.784.169	62.775
Madrid	6.271.638	48.422
Murcia	1.426.109	20.905
Navarra	620.377	18.067
País Vasco	2.157.112	76.156
La Rioja	317.501	10.674
Ceuta y Melilla	148.837	3.055
TOTAL	46.139.822	1.082.414

Fuente: Elaboración propia a partir de Información Estadística del SAAD.

Respecto al desarrollo del proceso de valoración, hay que señalar diferencias importantes, sobre todo en los plazos de resolución del mismo. Esto afecta al principio de igualdad de los ciudadanos que persigue la Ley y al propio desarrollo conjunto del sistema. El cuadro 9 muestra el volumen de dictámenes emitidos por CCAA.

Cuadro 9. Dictámenes a 1-diciembre-2009

CCAA	Dictámenes
Andalucía	281.526
Aragón	33.481
Asturias	22.058
Baleares	16.402
Canarias	17.820
Cantabria	15.772
Castilla y León	52.930
Castilla-La Mancha	55.472
Cataluña	167.892
Comunidad Valenciana	56.648
Extremadura	22.354
Galicia	56.954
Madrid	47.783
Murcia	20.698
Navarra	16.952
País Vasco	67.908
La Rioja	10.015
Ceuta y Melilla	2.672

Fuente: Elaboración propia a partir de Información Estadística del SAAD.

Como se señala en el Informe final del Grupo de Expertos para la Evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006, hay varias razones que explican las diferencias apreciables entre regiones: estructuras de servicios sociales basadas en tradiciones y compe-

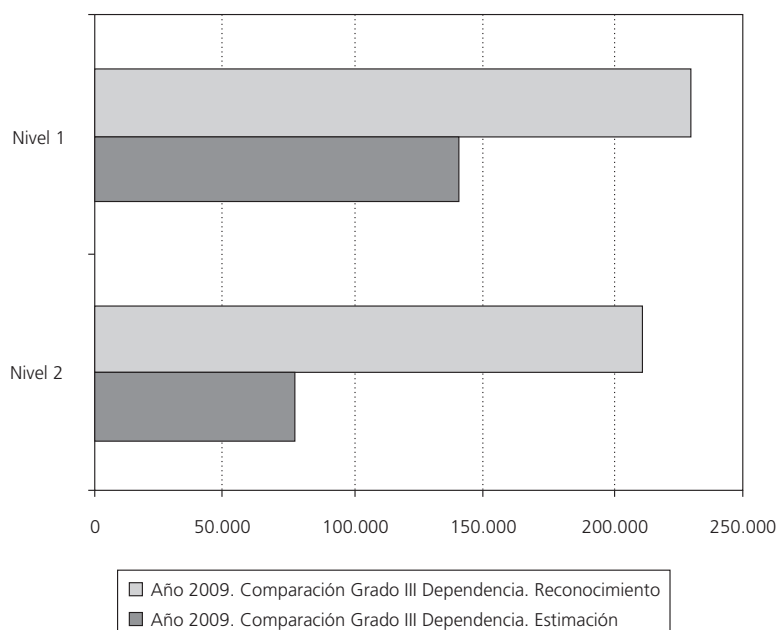
tencias distintas, diversidad en el papel atribuido a la Administración local, indefinición o imprecisión de los perfiles profesionales que deben componer los equipos de valoración, disposición de herramientas y definición de procesos de gestión dispar, y la existencia o no de sistemas de supervisión y control de calidad.

Respecto a los resultados de las valoraciones, el cuadro 10 muestra los grados y niveles reconocidos. Resulta necesario destacar el volumen de personas evaluadas con grado III, sobre todo en comparación con las proyecciones realizadas en la memoria económica que acompañó a la Ley, y que se recogen en el cuadro siguiente.

Cuadro 10. Estimación del número de dependientes por grados y niveles de dependencia (2008-2015)

Año	Grado III. Gran dependencia		Grado II. Dependencia severa		Grado I. Dependencia moderada	
	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1
2007	73.093	132.821	165.610	224.313	250.874	327.052
2008	75.173	136.599	169.842	230.045	254.588	331.894
2009	77.253	140.379	174.165	235.900	258.180	336.576
2010	79.320	144.136	178.528	241.809	261.600	341.036
2015	89.575	162.770	200.666	271.795	281.484	366.957

Fuente: Memoria económica Ley 39/2006.



Una vez que la persona solicitante ha sido valorada, la segunda fase del procedimiento de reconocimiento del derecho es la asignación de las prestaciones más adecuadas a la situación de necesidad detectada. Este reconocimiento se efectúa a través de la formulación del llamado Programa Individual de Atención. Ésta es una competencia de los servicios sociales de las CCAA. Definir el Programa Individual de Atención requiere conocer bien la situación de la persona valorada, la disponibilidad de recursos y servicios existentes, y respetar siempre la elección de quién recibirá atención entre las alternativas

que se le propongan. Este último hecho, ya mencionado anteriormente, ha podido condicionar el elevado reconocimiento de las prestaciones de tipo económico, en el sentido de que para ser beneficiario de un servicio prestado resulta necesario llevar a cabo una aportación económica importante por parte del usuario o de la familia. En contraposición, la prestación económica significa un ingreso más en la economía familiar. Asimismo, ha podido darse la paradoja de que quien debía definir el Programa Individual de Atención no tenía información suficiente respecto a la disponibilidad de recursos.

Cuadro 11. Grados y niveles a 1-diciembre-2009

CCAA	Grado III Nivel 2	Grado III Nivel 1	Grado II Nivel 2	Grado II Nivel 1	Grado I Nivel 2	Grado I Nivel 1	Sin grado
Andalucía	56.654	56.726	36.452	48.036	26.457	31.440	25.761
Aragón	7.155	9.107	4.076	4.848	2.735	3.064	2.496
Asturias	5.124	4.748	2.431	2.880	1.954	2.492	2.429
Baleares	2.912	4.304	2.246	2.536	1.787	1.478	1.139
Canarias	5.724	4.866	2.137	1.964	1.053	1.063	1.013
Cantabria	3.784	3.969	2.390	2.386	1.074	1.196	1.426
Castilla y León	13.245	13.716	6.903	6.764	3.766	3.757	4.779
Castilla-La Mancha	10.775	13.462	6.555	8.183	4.906	6.387	5.204
Cataluña	34.026	46.231	23.089	24.521	12.553	15.557	11.915
Comunidad Valenciana	14.364	15.465	8.914	8.594	3.402	2.730	3.179
Extremadura	6.272	5.980	2.751	3.099	1.933	1.139	1.180
Galicia	15.297	13.986	7.691	8.002	3.954	4.674	3.350
Madrid	14.014	12.182	9.912	4.660	3.317	3.695	3
Murcia	7.018	6.399	3.623	3.658	0	0	0
Navarra	2.659	2.058	2.103	3.116	1.911	2.854	2.251
País Vasco	9.167	13.560	8.159	10.333	7.025	9.789	9.875
La Rioja	2.759	2.164	1.188	1.410	746	945	803
Ceuta y Melilla	377	487	333	365	273	361	476

Fuente: Elaboración propia a partir Información Estadística del SAAD.

2.3.6. Gestión de la información

Como señala el Informe de Expertos para la Evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006, la construcción de un sistema lleva implícita la generación de información y transparencia en la

transmisión, y el análisis de la misma por y para los implicados en la gestión, los que deciden y los que financian. Así, el artículo 37 de la Ley establece que el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales creará un sistema de información que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre

las Administraciones Públicas. Este sistema contendrá información sobre el catálogo de servicios e incorporará, como datos esenciales, los relativos a población protegida, recursos humanos, infraestructuras de la red, resultados obtenidos y calidad en la prestación de los servicios.

En la actualidad, la divergencia en la recogida de datos y su posterior volcado en el sistema hace imposible un conocimiento transparente y real de la información que genera la actividad que se realiza en el marco general del SAAD. Algunas CCAA aducen que el sistema creado por el Ministerio no es más que un sistema de control enfocado a la contabilización de la actividad, como justificación para establecer la aportación económica de la AGE. En cualquier caso, parece que genera una desconfianza importante que lleva a una confusa recogida de la información.

Es necesario que todas las CCAA asuman el compromiso de informar de todas las fases del proceso y con transparencia. Parece que el acuerdo de junio de 2009 de la Comisión Delegada del Consejo Territorial del SAAD ha abierto la vía para la construcción de un sistema de información que recoja los datos básicos a transferir por las CCAA sobre solicitantes, red de centros, servicios y funcionamiento del sistema.

2.3.7. Coordinación

El SAAD es un sistema de base completamente descentralizada, en el que intervienen directa o indirectamente numerosos actores procedentes de redes de atención distintas, servicios sociales y servicios de salud, y de Administraciones diversas: Estado, CCAA y Administración local. La coordinación entre todos ellos resulta, pues, un elemento básico, y así está expresamente reconocido en la Ley. Esta coordinación debe establecerse en un plano doble: coordinación entre Administraciones, y coordinación entre redes de atención.

En primer lugar, la Ley establece una serie de mecanismos de cooperación y coordinación entre la Adminis-

tración del Estado y las CCAA, entre los que destaca la creación del Consejo Territorial para la Autonomía y Atención a la Dependencia como instrumento de cooperación para la articulación del SAAD.

Este Consejo está constituido por el titular del Ministerio que asume las competencias, en este caso el Ministerio de Sanidad y Política Social, un representante de cada una de las CCAA, y un número de representantes de los diferentes departamentos ministeriales. Así pues, se establece expresamente que en la composición del Consejo tendrán mayoría los representantes de las CCAA, de modo que el gobierno compartido del sistema queda, en todo caso, subordinado a la decisión eventualmente mayoritaria de las mismas.

Las funciones que se desarrollan en el seno del Consejo Territorial son las siguientes:

- Acordar un marco de cooperación interadministrativa para el desarrollo de la Ley.
- Establecer los criterios para determinar la intensidad de protección de los servicios.
- Acordar las condiciones y cuantías de las prestaciones económicas.
- Adoptar los criterios de participación del beneficiario en el coste de los servicios.
- Acordar el baremo con los criterios básicos del procedimiento de valoración y de las características de los órganos de valoración.
- Acordar, en su caso, planes, proyectos y programas conjuntos.
- Adoptar criterios comunes de actuación y evaluación del sistema.
- Facilitar la puesta a disposición de documentos, datos y estadísticas comunes.

- Establecer los mecanismos de coordinación para el caso de las personas desplazadas en situación de dependencia.
- Informar la normativa estatal de desarrollo en materia de dependencia.
- Servir de cauce de cooperación, comunicación e información entre las Administraciones Públicas.

Por lo tanto, el modelo atribuye competencias específicas al Consejo Territorial, que reducen la capacidad de intervención unilateral de la AGE a la vez que modulan, e incluso limitan, las competencias exclusivas de las CCAA en materia de servicios sociales. En cualquier caso, su objetivo es robustecer la coordinación de forma que no nos encontremos con un conjunto de diecinueve subsistemas, sino uno único, coherente en su diversidad y que garantice en todo el territorio los principios básicos de la Ley.

La realidad muestra que en la actualidad ese objetivo de coordinación entre las Administraciones todavía no se ha conseguido. La fórmula instrumental en la que se ha concretado el juego administrativo ha sido el convenio interadministrativo de carácter anual, que supone un elevado coste político y administrativo.¹²

En segundo lugar, la Ley deja en el ámbito de las CCAA la coordinación de los aspectos sociales y sanitarios de atención, dado que se trata de aspectos organizativos de su exclusiva competencia. No obstante, el artículo 11 insta a las CCAA a establecer los mecanismos de coordinación socio-sanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención.

Asimismo, el artículo 21 establece la necesidad del desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de sa-

lud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad, y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos, encaminados todos ellos a la prevención de las situaciones de dependencia.

Un modelo socio-sanitario de base territorial debería incluir un punto de entrada único, realizar las valoraciones de necesidad y las propuestas de atención a través de equipos multidisciplinares, y prestar la atención desde los servicios de salud y los servicios sociales simultáneamente. Sin embargo, en la actualidad, ni el propio planteamiento de la Ley ni los modelos vigentes en las distintas CCAA consolidan esta situación.

2.3.8. Financiación

El Capítulo V del Título III de la Ley, regula la financiación del SAAD y la aportación de los beneficiarios.

Así, el artículo 32 establece que la financiación del sistema debe ser suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que correspondan a las Administraciones Públicas competentes, determinándose tal financiación anualmente en los correspondientes presupuestos. Asimismo, señala que la AGE debe asumir íntegramente el coste derivado del nivel mínimo,¹³ mientras que las CCAA deben aportar, cada año, una cantidad al menos igual a la de la AGE. Se establece, por lo tanto, una financiación por niveles.

Por su parte, el artículo 33 establece que los beneficiarios deben contribuir económicamente a la financiación de los servicios de forma progresiva en función de su capacidad económica, teniendo en cuenta para ello el tipo de servicio que se presta y el coste del mismo, señalándose expresamente que a la hora de fijar la parti-

¹² De hecho, para el ejercicio 2009 se han prorrogado los convenios aprobados en 2008, que actualizaban los datos referentes al ejercicio anterior.

¹³ Es el núcleo básico de acción que trata de garantizar la igualdad entre los beneficiarios con independencia de su lugar de residencia.

cipación del beneficiario debe distinguirse entre servicios asistenciales, de manutención u hoteleros. Asimismo, se establece que la capacidad económica del beneficiario debe tenerse en cuenta también para la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas.

Estamos, por lo tanto, ante un modelo de financiación que se caracteriza por ser un modelo no contributivo, establecido entre diferentes niveles de la Administración y en el que se da participación a los usuarios en el coste de los servicios, confiriéndole la característica de ser un modelo de financiación público-privado.

El modelo no contributivo

Un modelo no contributivo es aquél basado en un sistema de redistribución de rentas en el contexto de los Presupuestos Generales del Estado, y cuya fuente de financiación son los impuestos. El derecho a la prestación deviene por el simple hecho de ser ciudadano, con independencia de la capacidad y contribución impositiva de éste al sistema. Esta característica también la presenta el sistema sanitario, en el que cualquier individuo que sea reconocido como enfermo tiene derecho a la prestación sanitaria, con independencia de si ha pagado o no sus impuestos y de la cuantía que en su caso haya abonado.

Financiación por niveles

La Ley establece tres niveles de protección/financiación dentro del SAAD:

- Nivel de protección mínimo. Lo establece la AGE, que es quien lo financia.
- Nivel de protección acordado. Surge del acuerdo entre la AGE y las CCAA, que deben aportar, cada año, una cantidad al menos igual a la de la AGE.
- Nivel adicional. Es establecido discrecionalmente por cada Comunidad Autónoma.

En lo que se refiere al nivel mínimo garantizado, debemos señalar que las cuantías para el ejercicio 2009 se reflejan en el cuadro 12. Este es el nivel más homogéneo de todos, ya que lo establece y financia la AGE. Sin embargo, su importe no lo cobra directamente el beneficiario, sino que el Estado lo transfiere a la Comunidad Autónoma para que lo gestione y le proporcione una prestación adecuada a su necesidad.

Cuadro 12. Expresión cuantificada de los niveles de protección del SAAD para 2009

Grado y Nivel	Mínimo de protección garantizado (€)
Grado III. Gran Dependencia Nivel 2	263,93
Grado III. Gran Dependencia Nivel 1	179,47
Grado II Dependencia severa Nivel 2	102,00
Grado II Dependencia severa Nivel 1	70,00

Fuente: Real Decreto 74/2009, de 30 de enero.

En cuanto al nivel adicional, financiado exclusivamente en el ámbito de cada Comunidad Autónoma con sus propios recursos, señalar que debería plantearse para la mejora en la calidad de los servicios o para completar discrecionalmente la oferta de los mismos. No debería plantear problemas de equidad si los otros dos niveles estuviesen bien definidos y financiados. Entre las acciones que debiera financiar estarían las siguientes:

- Aplicar coeficientes correctores a las prestaciones económicas de "baja intensidad", con el fin de reducir la coparticipación del beneficiario en el coste de las prestaciones económicas.
- Aplicar bonificaciones a los copagos de los usuarios de los servicios de "alta intensidad".
- Permitir la compatibilización entre varias prestaciones de la dependencia.
- Fijar una prestación mínima garantizada para aquellas personas que son beneficiarias de prestaciones

de análoga naturaleza de otros regímenes de previsión social del Estado.

- Fijar precios de referencia de los servicios menores con el fin de disminuir la carga del copago de los servicios.
- Desarrollar prestaciones económicas adicionales a las establecidas en la Ley.

El nivel acordado tendría como principal objetivo fomentar el desarrollo y la racionalización de la oferta de las estructuras de servicios, así como estimular la participación del sector privado. Es la máxima expresión de la colaboración financiera entre las Administraciones. Sin embargo, en la actualidad todo lo relativo al mismo es bastante confuso. Intentaremos arrojar algo de luz en las líneas siguientes.

Es el nivel de financiación compartido por la AGE y las CCAA. La AGE decide anualmente la aportación económica con la que va a contribuir en este nivel, repartiéndose la misma entre las CCAA en función de una serie de criterios que veremos a continuación. Asimismo, cada Comunidad Autónoma tiene la obligación de aportar cada año una cantidad igual a la que resulte del reparto estatal.

Por lo tanto, y en primer lugar, resulta necesario detallar los criterios de distribución de los recursos aportados por la AGE entre las distintas CCAA. Para el ejercicio 2009 se consideró oportuno no modificar sustancialmente los criterios de distribución acordados para ejercicios anteriores, con la salvedad de actualizar los datos relativos a la población dependiente, tomando como variable de referencia el número de personas reconocidas como dependientes con derecho a prestación a fecha 1 de abril de 2009. También se ha incrementado la ponderación de las personas beneficiarias ya reconocidas como tales, frente a la población estimada como potencialmente dependiente en cada territorio.

- El 80% del crédito se reparte a través de tres fondos distintos, para los que se establece un índice de

reparto específico. El fondo general 1, que tiene una ponderación del 85%, se distribuye en función de la población y de determinados criterios correctores. El fondo general 2, ponderado con un 7,5%, se reparte en función del número de beneficiarios. El fondo adicional, también ponderado con un 7,5%, se distribuye en función de la renta y las pensiones medias.

- El 20% restante del crédito se reparte en función del número de personas reconocidas como dependientes con derecho a prestación, y registradas en el SAAD a fecha 1 de abril de 2009.

En los cuadros siguientes se aporta información acerca de los índices específicos de reparto para cada una de las Comunidades Autónomas.

Cuadro 13. Índices de distribución del 80% del crédito con criterios acordados en 2008

CCAA	Fondo General 1	Fondo General 2	Fondo Adicional	Índice definitivo
Andalucía	16,3053	27,9112	19,3691	17,4055
Aragón	3,9675	4,3846	3,3725	3,9542
Asturias	3,3408	2,9735	3,0435	3,2909
Baleares	2,12	2,0768	1,8883	2,0994
Canarias	3,9424	2,5363	3,8233	3,8281
Cantabria	1,5155	1,8554	1,4194	1,5338
Castilla y León	8,5858	6,4781	7,8977	8,3761
Castilla-La Mancha	5,5715	6,6451	5,9078	5,6773
Cataluña	16,4942	17,3746	14,7459	16,4291
Com. Valenciana	10,5367	5,7092	11,505	10,2473
Extremadura	3,0461	3,2559	3,5195	3,0974
Galicia	8,6539	7,3347	9,0916	8,5878
Madrid	12,1797	5,9438	10,2642	11,5683
Murcia	2,6909	3,8882	3,1665	2,8164
La Rioja	0,8281	1,3732	0,7575	0,8637
Ceuta y Melilla	0,22	0,26	0,23	0,22

Fuente: Resolución de 21 de mayo de 2009, IMSERSO.

Cuadro 14. Índice de distribución del 20% del crédito

CCAA	Porcentaje
Andalucía	29,0943
Aragón	4,2824
Asturias	2,9022
Baleares	2,124
Canarias	1,976
Cantabria	1,9129
Castilla y León	5,8487
Castilla-La Mancha	6,4533
Cataluña	18,0603
Comunidad Valenciana	5,6575
Extremadura	3,0474
Galicia	6,7331
Madrid	6,2039
Murcia	4,0265
La Rioja	1,3825
Ceuta y Melilla	0,3

Fuente: Resolución de 21 de mayo 2009, IMSERSO.

En el ejercicio 2009, la AGE contribuyó a la financiación del nivel acordado con un crédito presupuestario de 283.197.420 €, cuyo reparto entre CCAA se refleja en el cuadro siguiente y que se desarrolla mediante los convenios interadministrativos mencionados anteriormente.

Los convenios firmados entre la AGE y cada una de las CCAA, a través de los cuales se articula este nivel acordado, tratan de asegurar los recursos financieros de ambas Administraciones y el destino final que éstos tendrán, llegando incluso a establecerse el número preciso de plazas, servicios o prestaciones que se pondrán en marcha, y su ámbito geográfico exacto. Los cuadros siguientes ofrecen un resumen de dichos convenios para el conjunto de CCAA.

Cuadro 15. Total distribución del crédito del Marco de Cooperación 2008

CCAA	80%	20%	Suma	% respecto al total
Andalucía	39.433.572	16.478.880	55.912.452	19,7433
Aragón	8.958.516	2.425.531	11.384.047	4,0198
Asturias	7.455.864	1.643.764	9.099.628	3,2132
Baleares	4.756.402	1.203.044	5.959.446	2,1043
Canarias	8.672.763	1.119.181	9.791.944	3,4576
Cantabria	3.474.907	1.083.437	4.558.344	1,6096
Castilla y León	18.976.814	3.312.666	22.289.480	7,8707
Castilla-La Mancha	12.862.336	3.655.088	16.517.424	5,8325
Cataluña	37.221.373	10.229.259	47.450.632	16,7553
Com. Valenciana	23.216.030	3.204.352	26.420.382	9,3293
Extremadura	7.017.306	1.726.055	8.743.361	3,0874
Galicia	19.456.398	3.813.583	23.269.981	8,2169
Madrid	26.208.972	3.513.877	29.722.849	10,4955
Murcia	6.380.739	2.280.588	8.661.327	3,0584
La Rioja	1.956.726	783.044	2.739.770	0,9674
Ceuta y Melilla	509.218	167.135	676.353	0,24

Fuente: Resolución de 21 de mayo de 2009, IMSERSO.

Cuadro 16. Financiación de los servicios en nivel acordado. Año 2007 (€)

Servicio	Aportación AGE	Aportación CCAA
Teleasistencia	663.844	4.150.555
Ayuda a domicilio	28.087.738	69.906.251
Residencia o Centro de Día en plazas públicas de la CA	18.191.211	27.187.021
Residencia o Centro de Día en plazas públicas de la A. local	13.726.121	31.137.353
Residencia o Centro de Día en plazas privadas-concertadas	61.641.737	146.741.226

Fuente: Elaboración propia a partir Convenios de Colaboración CCAA-AGE.

Cuadro 17. Financiación de las prestaciones económicas en nivel acordado. Año 2007 (€)

Prestaciones económicas	Aportación AGE	Aportación CCAA
Vinculada a un servicio	20.395.960	76.493.868
Cuidados entorno familiar	4.375.585	8.792.684
Asistente personal	116.785	686.334

Fuente: Elaboración propia a partir Convenios de Colaboración CCAA-AGE.

Cuadro 18. Otra financiación en nivel acordado. Año 2007 (€)

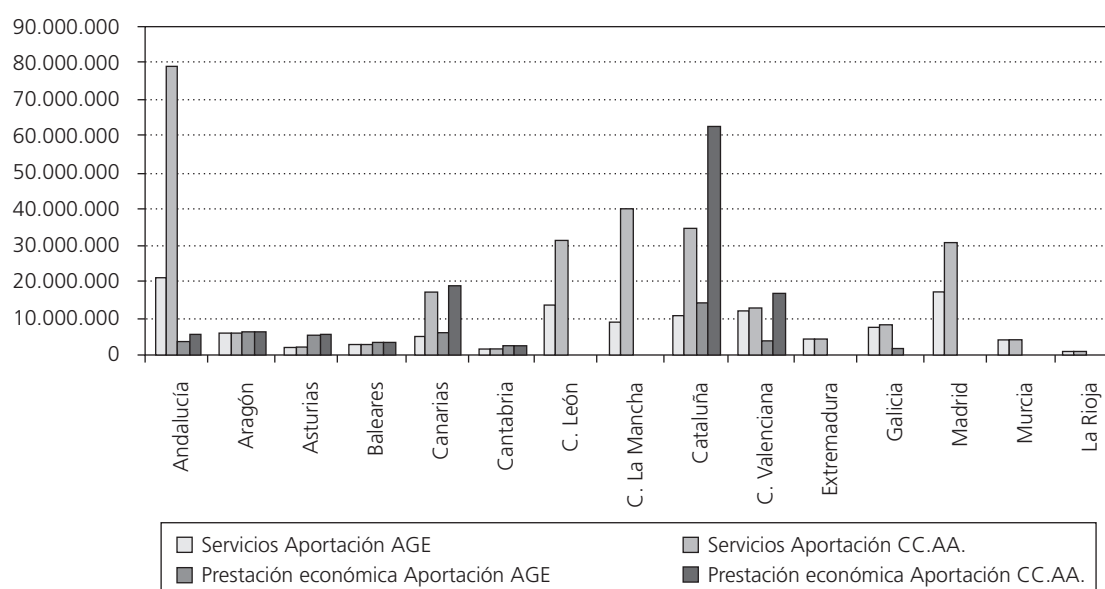
Otras	Aportación AGE	Aportación CCAA
Ayudas económicas para la autonomía	6.092.624	7.363.433
Valoración y apoyo a la gestión	6.342.494	6.713.944

Fuente: Elaboración propia a partir Convenios de Colaboración CCAA-AGE.

Como podemos apreciar en el cuadro 17, de los recursos que la AGE destina a financiar servicios y prestacio-

nes en 2007, el 76% se concentra en la prestación de servicios, el 15% en prestaciones económicas, y el resto en ayudas económicas para la autonomía y refuerzo de los equipos de valoración. Haciendo un análisis pormenorizado por capítulos, hemos de señalar que el 58,5% del presupuesto que la AGE destina a servicios y prestaciones está dedicado a financiar plazas residenciales en centros de día, concentrándose la mayor parte en plazas privadas concertadas, siendo el volumen de plazas residenciales de titularidad pública considerablemente inferior. Respecto a las prestaciones económicas, éstas suponen un 15,5% de la aportación total de la AGE, siendo la más importante la prestación vinculada a un servicio, que constituye casi un 82% del total de prestaciones económicas financiadas en el ámbito estatal.

El equilibrio en la prestación preferente de servicios que se aprecia en el conjunto del Estado se quiebra en Cataluña y la C. Valenciana, como podemos apreciar en la figura siguiente.



En el caso de Cataluña, la cuantía que la AGE destina a financiar prestaciones económicas es superior a la que destina a servicios; si a estas cantidades les añadimos la aportación de la Comunidad Autónoma, la relación es

de 45 millones en servicios y 76,8 millones en prestaciones económicas. Es decir, por cada euro que se destina a servicios, se destina 1,7 euros a prestaciones económicas.

En el caso de la C. Valenciana, la aportación de la AGE sí que ha respetado el equilibrio preferente de servicios. Sin embargo, la aportación de la Comunidad Autónoma ha desnivelado esa proporción, ya que financia con mayor cuantía, en comparación con el Estado, las prestaciones económicas, destinando prácticamente la misma cantidad a financiar servicios que prestaciones económicas. Es igualmente significativo que esta Comunidad Autónoma haya decidido concentrar toda la financiación en prestaciones económicas en la prestación vinculada a un servicio, seguramente influenciada por el modelo cheque servicio que tenía implantado esta Comunidad.

Es significativo, asimismo, que la mitad de las CCAA hayan decidido no consignar cantidad alguna a la financiación de las prestaciones económicas. Esto no implica que en esos territorios no se vaya a reconocer este tipo de prestaciones, que como hemos visto en los apartados anteriores sí que lo han hecho, sino que no estarán financiadas a través del nivel acordado de financiación entre la AGE y las CCAA.

Asimismo, debemos hacer mención en este apartado a la financiación de inversiones en infraestructuras, cuyas cuantías se reflejan en el cuadro siguiente.

Cuadro 19. Financiación nuevas inversiones en infraestructuras de servicios (€)

Tipo de inversión	Aportación AGE	Aportación CA
Construcción y/o equipamiento y/o adaptación de nuevas plazas de titularidad pública de la Comunidad Autónoma	17.719.650	17.935.446
Construcción y/o equipamiento y/o adaptación de nuevas plazas de titularidad pública de la Administración local	17.473.841	21.253.753
Construcción y/o equipamiento y/o adaptación de nuevas plazas de titularidad privada-concertada	11.785.041	10.374.338

Fuente: Elaboración propia a partir Convenios de Colaboración CCAA-AGE.

Esta partida ha supuesto casi 47 millones de euros por parte de la AGE y casi 50 por parte de las CCAA, y está

destinada a financiar la construcción y/o equipamiento y/o adaptación de nuevas plazas de titularidad pública o privada concertada en el SAAD.

En este capítulo, el 70% del presupuesto destinado por la AGE ha servido para financiar infraestructuras de titularidad pública, centrándose en la creación de nuevas plazas en el ámbito municipal, cuya inversión media es significativamente menor que las de titularidad autonómica. Mientras que la aportación de la AGE para financiar 9.183 plazas es de 17.473.841 euros, la aportación para financiar 3.314 plazas en el ámbito autonómico es de 17.719.650 euros.

Todas las CCAA, salvo C. León y Andalucía, priorizan la financiación de plazas públicas frente a las privadas concertadas. En el caso de Andalucía, lo que se produce es una equiparación entre ambas redes, mientras que en C. León se destina el doble de financiación a la nueva red privada.

Las CCAA del País Vasco y Navarra, debido a su particular sistema de financiación al margen del régimen común, han suscrito convenios de colaboración con la AGE con un nivel de concreción sensiblemente inferior a los analizados aquí.

Participación del beneficiario en el coste del sistema

Como mencionamos anteriormente, uno de los aspectos más significativos del modelo de financiación del SAAD es su combinación en un modelo mixto, en el que una parte del coste es soportada por la Administración Pública, y otra parte es soportada por el usuario cuando utiliza el servicio o cuando percibe un importe menor de las prestaciones en metálico. Es decir, la Ley garantiza la universalidad en el acceso a las prestaciones, pero no su gratuidad. De esta forma, el coste total de las prestaciones, ya sea en forma de servicios o de prestaciones económicas, no es financiado íntegramente con fondos públicos, sino que los usuarios financian una parte.¹⁴

¹⁴ En la memoria económica de la Ley se establece que el objetivo de la política de copagos es lograr una recaudación de ingresos que permita rebajar un tercio la factura del coste social de las prestaciones de la dependencia.

En este sentido, resulta fundamental el concepto de capacidad económica de los beneficiarios del SAAD, que se determina en función de la renta y el patrimonio.

- Se entiende por renta los ingresos derivados tanto del trabajo como del capital, así como cualesquiera otros sustitutivos de aquéllos (pensiones, rentas de seguros, etc.). Se entiende como renta personal la mitad de la suma de los ingresos de ambos miembros de la pareja, y se tendrá en consideración el número de miembros que estén a cargo del beneficiario.
- Se considera patrimonio el conjunto de bienes y derechos de contenido económico (viviendas, locales, valores, etc.) de que sea titular el beneficiario, con deducción de las cargas y gravámenes que disminuyan su valor.

Únicamente procederá la imputación del rendimiento de la vivienda habitual cuando el beneficiario perciba el servicio de Atención residencial, es decir, cuando vaya a una residencia, o perciba una prestación económica vinculada a este servicio. En el resto de casos,¹⁵ no se tendrá en cuenta esta imputación.

Como mencionamos anteriormente, la capacidad económica del beneficiario será la correspondiente a su renta, modificada al alza por la suma de un 5% del

patrimonio neto a partir de los 65 años, un 3% si tiene entre 35 y 65 años y un 1% a los menores de 35 años.

Asimismo, y para la cuantificación del copago, se tendrá en cuenta la naturaleza de la prestación reconocida:

- Servicio de Atención residencial. Las Administraciones Públicas fijarán un precio de referencia que deberá estar en relación con el precio de concertación de plazas en centros de iniciativa privada. La cuota diferenciará entre el importe de la parte asistencial y el de la parte hotelera, estableciéndose un porcentaje de participación comprendido entre el 70 y el 90%, límite como máximo en la parte asistencial. Asimismo, se establece la garantía de ingresos, según la cual el dinero mínimo que le debe quedar al usuario, después de pagar la cuota, no puede ser inferior al de un porcentaje del IPREM o indicador equivalente a determinar por la Administración competente.
- Centros de día y servicios a domicilio. Se exime de contribuir a las personas con una capacidad económica inferior a 1 vez el IPREM, aunque la Comunidad Autónoma puede fijar un margen superior. El importe del copago se establece en función de unos porcentajes según tramos de la capacidad económica de los beneficiarios comprendidos entre el 10% y el 65%, siendo éste el porcentaje máximo.

Cuadro 20. Participación beneficiario en coste de los servicios

Tipo de servicio	Indicador de referencia	% de participación del beneficiario en el coste del servicio	Otras consideraciones
Ayuda a domicilio	En función del tipo de servicio prestado y de su intensidad	Entre el 10% y el 65% del indicador de referencia	El beneficiario no participa en el coste de los servicios asistenciales en el domicilio si su capacidad económica es igual o inferior al IPREM.
Centro de Día/ Noche	Relacionado con el precio de concertación de plazas en centros privados	Entre el 70% y el 90% del indicador de referencia	Los costes de transporte y/o manutención podrán elevar el porcentaje de participación del beneficiario.
Atención residencial			Se garantiza la cobertura de costes de manutención y hoteleros. Se garantiza al beneficiario una cantidad mínima para gastos personales.

Fuente: Elaboración propia.

¹⁵ La persona, tenga cónyuge o pareja de hecho, ascendientes, hijos menores de 25 años o hijos mayores de 25 años en situación de discapacidad, siempre que continúen viviendo en el domicilio y dependan económicamente del beneficiario.

- Prestaciones económicas. Si la capacidad económica del beneficiario es igual o inferior al IPREM, la cuantía de la prestación económica será del 100%. A partir de esta cuantía se establecen coeficientes reductores sobre el importe máximo de la prestación, según la capacidad económica del beneficiario. No obstante,

el importe final de la prestación económica vinculada no puede ser superior al precio del servicio que le corresponda. Asimismo, se fijan topes a los coeficientes reductores: para las prestaciones vinculadas, se podrá reducir hasta el 40%, y para la prestación de cuidador no profesional, el 25%.

Cuadro 21. Participación beneficiario en prestaciones económicas

Tipo de prestación	Capacidad económica del beneficiario	% mínimo de ayuda a percibir por el beneficiario	Otras consideraciones
Vinculada al servicio	Superior al IPREM	40% de la cuantía establecida para esta prestación económica.	El beneficiario deberá realizar un gasto igual o superior a la cuantía máxima determinada para dichas prestaciones.
De asistencia personal			
Para cuidados en el entorno familiar		75% de la cuantía establecida para esta prestación económica.	

Fuente: Elaboración propia a partir Convenios de Colaboración CCAA-AGE

Financiación adicional para el SAAD. Financiación autonómica y Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo

La propuesta de reforma del sistema de financiación autonómica comienza describiendo los objetivos de la reforma, entre los que detalla: "El Gobierno se compromete a aportar recursos adicionales a las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía que permitan reforzar los servicios del Estado del Bienestar, particularmente la sanidad, la educación y los servicios sociales, así como la dependencia."

Posteriormente declara seguir 4 ejes básicos, siendo uno de ellos el refuerzo de las prestaciones del Estado de Bienestar en el marco de la estabilidad presupuestaria. Dentro del mismo, precisa que junto con los criterios generales de población y "como es básico continuar apoyando financieramente el desarrollo de las prestaciones destinadas a ayudar a las personas en situación de dependencia, como pilar fundamental para la expansión de los derechos individuales y el bienestar de los ciudadanos..., el Estado se compromete a apor-

tar recursos adicionales distribuidos en proporción a la población dependiente de cada Comunidad, para facilitar la aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia."

A continuación la propuesta desglosa dos grandes clases de recursos:

A) Recursos adicionales que se integran en el nuevo sistema de financiación en el 2009, por importe de 4.900 millones de euros, distribuidos de la siguiente manera:

- El 75% de estos recursos, en atención al peso relativo de la variación de la población ajustada entre 1999 y 2009 para cada Comunidad Autónoma, y en relación a la variación del total de la población ajustada, para ese mismo período.
- El 25% restante se distribuirá en atención a:

* Un 50% de ese 25%, o sea un 12,5% del total, según el peso relativo de la población ajustada

de cada Comunidad Autónoma en 2009, en relación a la población ajustada total de las CCAA de régimen común a esa misma fecha.

- * Un 40% de ese 25%, o sea un 10% del total, según el peso relativo de la población potencialmente dependiente de cada Comunidad, corregida por el factor de ponderación, en relación al total correspondiente a todas las CCAA de régimen común, según los datos de la Resolución de 21 de mayo de 2009 del IMSERSO (nivel acordado previsto).
- * Un 10% de ese 25%, o sea un 2,5% del total, según el peso relativo del número de personas reconocidas como dependientes con derecho a prestación registradas en el SISSAD, en relación al total correspondiente a todas las CCAA de régimen común, según los datos y ponderaciones de la Resolución anteriormente citada.

B) Recursos adicionales que se integran en el nuevo sistema de financiación en el 2010, por importe de 1.200 millones de euros, repartidos en atención al peso relativo del número de personas reconocidas como dependientes con derecho a prestación, registradas en el SISSAD, en relación al total correspondiente a todas las CCAA de régimen común, según los datos y ponderaciones de Resolución de 21 de mayo de 2009 del IMSERSO.

Asimismo, el Gobierno puso en marcha a finales de 2008 medidas extraordinarias para la reactivación de la actividad económica y la generación y mantenimiento del empleo, a través del Real Decreto-ley 9/2008, de 28 de noviembre, por el que se creó un Fondo Estatal de Inversión Local y un Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo. Ese Fondo tenía, entre otras finalidades, la realización de actuaciones vinculadas con el sector de los servicios sociales y, en concreto, con la atención a la dependencia, asignando para tal fin una partida de 400 millones de €, a repartir entre las CCAA.

2.4. Aproximación al gasto presupuestario de las CCAA en materia de dependencia

En este apartado tratamos de valorar el impacto que el SAAD ha tenido en los presupuestos de gastos de las CCAA. El principal problema con el que nos encontramos procede de la inexistencia de fuentes estadísticas y contables que permitan una determinación precisa del volumen de recursos que las distintas Administraciones están dedicando a cubrir los servicios y prestaciones que prevé la Ley, en la medida en que ninguna de ellas ofrece una categoría que se ajuste exactamente al ámbito de estudio. En Herrero, C. y de la Fuente, A. (2009), siguiendo la información ofrecida en las estadísticas territoriales disponibles en la página web del Ministerio de Economía y Hacienda, se lleva a cabo, en primer lugar, una aproximación al gasto efectuado en base a las principales políticas de gasto en materia de protección y asistencia social, y, en segundo lugar, una aproximación en función de los principales colectivos susceptibles de ser beneficiarios del sistema.

En ambos casos se aprecia un incremento considerable de los recursos destinados por las CCAA a este fin, aunque son apreciables diferencias entre las distintas partidas en las que ese gasto se ha materializado. Los principales resultados los resumimos en los dos subapartados siguientes.

2.4.1. Principales políticas de gasto en materia de protección y asistencia social

Dentro de la clasificación de las políticas de gasto llevada a cabo en los presupuestos de las CCAA, cabe destacar el área 2, relativa a "Actuaciones de protección y promoción social", y en concreto las políticas de gasto 21 "Pensiones" y 23 "Servicios sociales y promoción social", dentro de las cuales se integran las actuaciones en materia de dependencia, junto con otras como pensiones y prestaciones distintas de las asistenciales, juventud y mujer.

Los créditos iniciales dedicados por el conjunto de CCAA a estas políticas han pasado de 7.818,75 millo-

nes de euros, en el ejercicio 2006, a 10.120,23 millones de euros, en el ejercicio 2008 (cuadro 22), con tasas de variación respecto a ejercicios precedentes del 15,48%

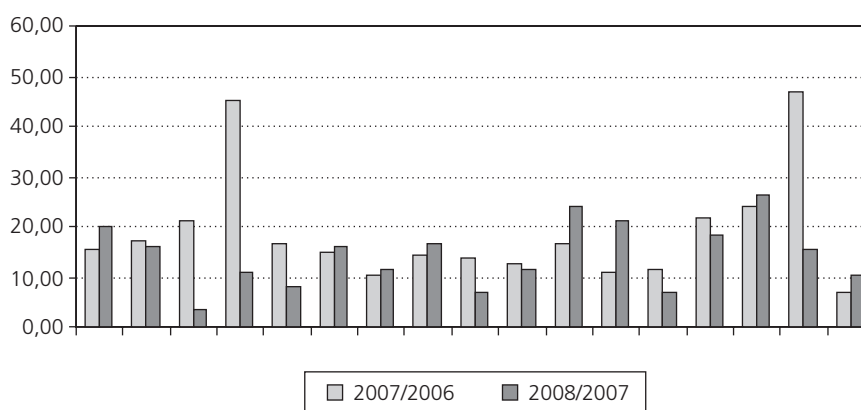
en 2007 y del 13,48% en 2008, presentando una heterogeneidad muy grande entre CCAA, como puede observarse en la figura siguiente.

Cuadro 22. Presupuestos. Créditos iniciales. Gasto no financiero en "Pensiones" y "Servicios sociales y promoción social" (Miles de €)

CCAA	2006	2007	2008
Andalucía	1.371.770,14	1.580.321,03	1.891.896,82
Aragón	201.016,84	235.666,51	273.108,95
Asturias	199.322,73	241.849,66	250.725,75
Baleares	61.979,72	89.988,48	99.809,87
Canarias	274.643,25	319.891,05	346.056,82
Cantabria	123.883,24	142.021,01	164.781,72
Castilla y León	671.636,49	740.387,97	824.130,55
Castilla-La Mancha	557.745,01	637.414,42	741.771,94
Cataluña	1.373.233,20	1.563.509,49	1.667.281,82
Comunidad Valenciana	471.813,86	529.954,82	591.687,00
Extremadura	234.977,84	273.953,81	340.361,64
Galicia	384.068,07	425.738,26	515.122,43
Madrid	1.134.662,72	1.264.393,72	1.347.946,05
Murcia	189.237,92	230.785,21	272.511,00
La Rioja	74.721,13	92.608,00	116.953,30
Navarra	181.271,88	266.423,55	307.293,01
País Vasco	312.763,46	334.099,01	368.788,19
Total	7.818.747,50	8.969.006,00	10.120.226,86

Fuente: Elaboración propia a partir de Herrero, C. y de la Fuente, A. (2009), y del Ministerio de Economía y Hacienda.

Tasas de variación. Gasto no financiero en "Pensiones" y "Servicios sociales y promoción social"



Atendiendo a la clasificación económica del gasto realizado, son las operaciones corrientes las que marcan la evolución de estas políticas, en la medida en que absorben en torno al 85% de las mismas. Dentro de éstas destacan los “Gastos Corrientes en Bienes y Servicios”, donde se integran los conciertos para la prestación asistencial y residencial, y las

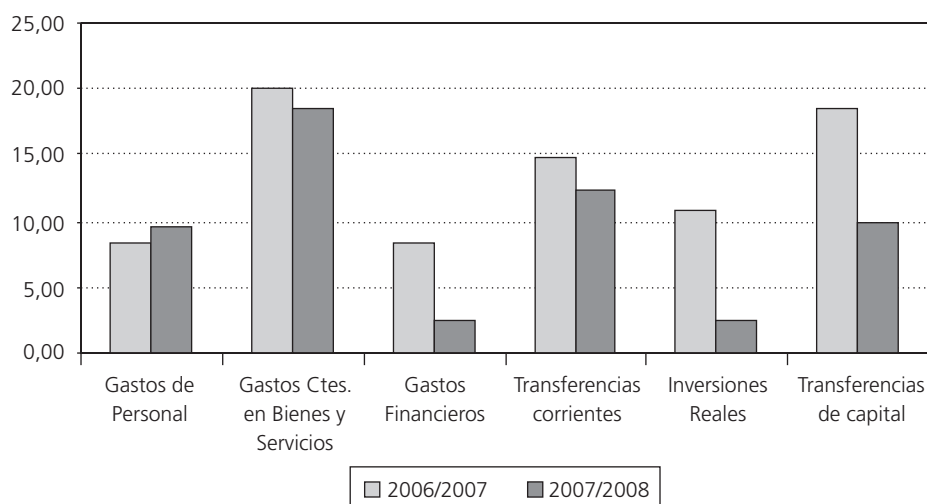
“Transferencias corrientes”, donde se enmarcan las prestaciones económicas reconocidas. Por su parte, los capítulos relativos a “Inversiones Reales” y “Transferencias de capital” presentan un comportamiento variable, si bien, en ambos capítulos, se observa un descenso considerable en sus tasas de crecimiento interanual.

Cuadro 23. Clasificación económica del gasto no financiero en “Pensiones” y “Servicios sociales y promoción social”

	2006	2007	2008
Gastos de Personal	1.663.398,81	1.800.820,89	1.974.389,39
Gastos Ctes. en Bienes y Servicios	2.019.558,21	2.425.785,42	2.877.086,03
Gastos Financieros	94,81	102,59	104,99
Transferencias corrientes	3.362.073,51	3.859.148,37	4.333.805,78
Operaciones corrientes	7.045.125,34	8.085.857,27	7.210.996,80
Inversiones Reales	436.543,34	483.980,36	496.275,75
Transferencias de capital	337.078,82	399.168,37	438.564,92
Operaciones de capital	773.622,16	883.148,73	934.840,67

Fuente: Elaboración propia a partir de Herrero, C. y De la Fuente, A. (2009) y del Ministerio de Economía y Hacienda.

Tasas de variación Clasificación Económica



2.4.2. Gasto autonómico dirigido a los principales colectivos beneficiarios del SAAD

Respecto a los principales colectivos beneficiarios del SAAD, personas mayores y con discapacidad, señalar, como se pone de manifiesto en el cuadro 24, que el

gasto no financiero presupuestado por las CCAA ascendió a 3.702,92 millones de euros en el ejercicio 2006, año anterior a la entrada en vigor de la Ley, importe que se ha ido incrementando paulatinamente hasta el ejercicio 2009, donde alcanza una cifra de 6.220,84 millones de euros.

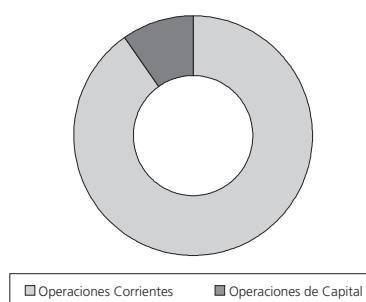
Cuadro 24. Clasificación económica del gasto estimado en atención a personas mayores y con discapacidad (€).

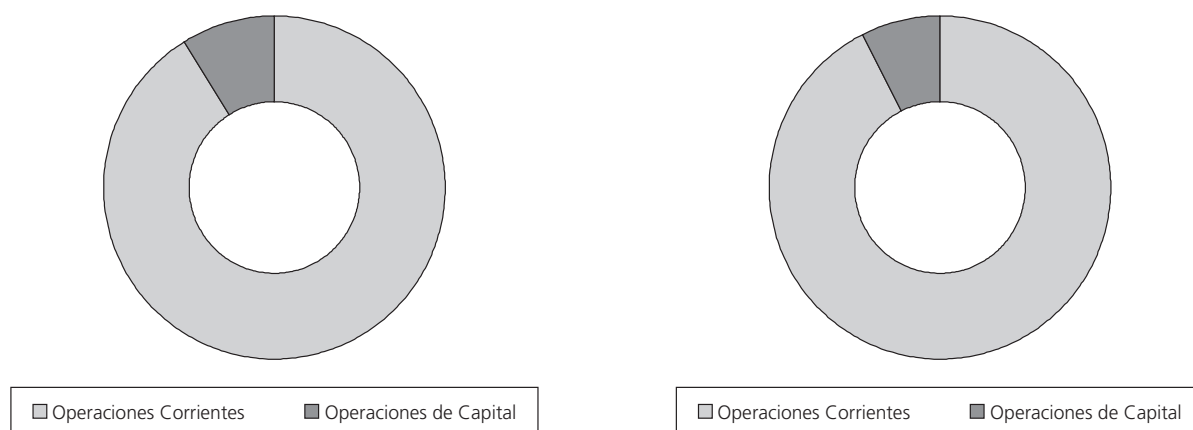
	2006	2007	2008	2009
Gastos de personal	892.294,94	951.038,24	1.091.387,11	1.171.823,95
Gastos corrientes en bienes y servicios	1.360.381,62	1.691.851,41	2.082.492,93	2.413.619,31
Convenios/conciertos con entes territoriales o privados	950.052,33	1.238.211,57	1.555.706,94	1.836.367,16
Resto del capítulo 2	410.329,29	453.639,84	526.785,99	577.252,15
Gastos financieros	45,89	47,51	50,61	50,52
Transferencias corrientes	1.097.278,17	1.341.663,02	1.670.604,16	2.160.939,76
A Entidades Locales	221.185,71	301.480,10	374.123,95	535.719,18
A familias e instituciones sin ánimo de lucro	817.779,28	953.437,95	1.185.555,30	1.479.910,18
Resto del capítulo 4	58.313,19	86.744,96	110.924,91	145.310,40
Operaciones corrientes	3.350.000,62	3.984.600,18	4.844.534,81	5.746.433,55
Inversiones reales	201.571,43	234.056,81	237.480,72	245.699,05
Transferencias de capital	151.344,44	196.254,11	239.041,61	228.703,75
A Entidades Locales	71.050,02	99.227,21	117.390,53	102.248,54
A familias e instituciones sin ánimo de lucro	59.883,35	78.378,55	95.350,14	100.622,29
Resto del capítulo 7	20.411,07	18.648,34	26.300,94	25.832,92
Operaciones de capital	352.915,86	430.310,92	476.522,34	474.402,80
Total gasto no financiero	3.702.916,48	4.414.911,11	5.321.057,14	6.220.836,36

Fuente: Elaboración propia a partir de Herrero, C. y de la Fuente, A. (2009), y del Ministerio de Economía y Hacienda.

Dentro de estos gastos no financieros, y dada la naturaleza prestacional y asistencial de los servicios, se puede observar la importancia absoluta, y a su vez creciente, de los gastos por operaciones corrientes frente a los

gastos por operaciones de capital. Los primeros representan en el ejercicio 2009 un 92,37% de los gastos no financieros totales dirigidos a personas mayores y con discapacidad.





A su vez, dentro de las operaciones corrientes destacan los gastos corrientes en bienes y servicios, que representan en 2009 un 38,80% sobre el total no financiero, y dentro de este capítulo, los relativos a convenios y conciertos con entes territoriales o priva-

dos, que suponen un porcentaje del 29,52% sobre dicho total, observándose, asimismo, una tendencia creciente en el peso relativo de estos gastos, unida a un descenso en el resto de los conceptos del capítulo 2.

Cuadro 25. Estructura porcentual Presupuesto Gasto destinado personas mayores y dependientes

	2006	2007	2008	2009
Gastos de personal	24,10	21,54	20,51	18,84
Gastos corrientes en bienes y servicios	36,74	38,32	39,14	38,80
Convenios/conciertos con entes territoriales o privados	25,66	28,05	29,24	29,52
Resto del capítulo 2	11,08	10,28	9,90	9,28
Gastos financieros	0,00	0,00	0,00	0,00
Transferencias corrientes	29,63	30,39	31,40	34,74
A Entidades Locales	5,97	6,83	7,03	8,61
A familias e instituciones sin ánimo de lucro	22,08	21,60	22,28	23,79
Resto del capítulo 4	1,57	1,96	2,08	2,34
Operaciones Corrientes	90,47	90,25	91,04	92,37
Inversiones reales	5,44	5,30	4,46	3,95
Transferencias de capital	4,09	4,45	4,49	3,68
A Entidades Locales	1,92	2,25	2,21	1,64
A familias e instituciones sin ánimo de lucro	1,62	1,78	1,79	1,62
Resto del capítulo 7	0,55	0,42	0,49	0,42
Operaciones de Capital	9,53	9,75	8,96	7,63
Total no Financiero	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de Herrero, C. y de la Fuente, A. (2009), y del Ministerio de Economía y Hacienda.

Por su parte, las transferencias corrientes suponen un 34,74% de los créditos no financieros, e igualmente presentan una evolución creciente a lo largo del período. Estas transferencias se distribuyen fundamentalmente entre transferencias a familias e instituciones sin fines de lucro, básicamente prestaciones económicas a beneficiarios, que representan un porcentaje del 23,79%, y transferencias a Entidades Locales, con un peso relativo del 8,61%.

Por lo que respecta a los gastos de personal y a las operaciones de capital, se observa cómo el peso relativo ha disminuido a lo largo del período, lo cual, unido al descenso apuntado en los gastos corrientes en bienes y servicios distintos de conciertos o convenios, parece indicar que en los primeros años de vigencia del sistema se ha acudido en mayor medida a la gestión indirecta en los servicios de atención y cuidado a los beneficiarios, así como a la satisfacción de prestaciones económicas, en detrimento de la gestión directa de los servicios de cuidado y asistencia previstos en la Ley.

2.5. Propuestas de reforma en la financiación del SAAD

La financiación del SAAD es, sin lugar a dudas, una de las partes menos desarrolladas y más problemáticas. Como mencionamos anteriormente, los tres ejes básicos en torno a los cuales gira su modelo de financiación son los siguientes: se trata de un modelo no contributivo, establecido en tres niveles, y en el que se da la participación del usuario en el coste del sistema. En las líneas que siguen nos dedicamos a explorar las ventajas e inconvenientes que presentan cada una de estas características, ofreciendo algunas propuestas que pueden contribuir a mejorar un modelo que adolece de problemas que es necesario corregir, para garantizar los principios básicos establecidos en la Ley.

2.5.1. Modelo contributivo frente a modelo no contributivo

Un modelo contributivo es un sistema de seguro público cuya fuente de financiación son las cotizaciones so-

ciales. En un sistema de este tipo, los individuos deberán cotizar durante un número de años para tener derecho a la prestación y sus beneficios estarán en función de los importes de esas contribuciones.

A favor de este modelo se argumenta que, al ser la dependencia un riesgo que puede producirse, o no, a lo largo de la vida de una persona, los ciudadanos deben prever el riesgo futuro mediante un sistema de seguros. De esta forma, los ciudadanos transferirían una parte pequeña de sus recursos mediante cotizaciones finalistas a un fondo común de la Seguridad Social, con el que se haría frente a las situaciones de dependencia que se produjesen, y que debiera autofinanciarse. Se evitaría así que cada individuo se viera obligado a ahorrar individualmente cantidades muy significativas, por si en algún momento de su vida apareciera una situación de dependencia. También se menciona, como una de sus principales ventajas, la garantía de unas prestaciones mínimas iguales para todos los individuos, con independencia del lugar de residencia.

En contraposición, debemos señalar la limitación en cuanto a financiación que este modelo supone, puesto que la capacidad del sistema va a estar condicionada por el importe de las contribuciones realizadas por los cotizantes.¹⁶ Asimismo, y para hacer efectivo el principio de universalidad previsto en la Ley, se deberían prever sistemas complementarios de cobertura para aquellos sujetos que no hubiesen cotizado o lo hubiesen hecho de manera insuficiente. Con este sistema contributivo no se lograría la universalidad de manera inmediata, sino que deberían preverse varias puertas de entrada al sistema, con el peligro de desigualdad que ello conlleva. Por otra parte, la igualdad garantizada por las prestaciones mínimas no garantiza la equidad, ya que los problemas derivados de los diferentes niveles de renta de las CCAA y la diferencia de costes en las prestaciones de los servicios pueden repercutir en inequidades.

¹⁶ Estos cotizantes, en base al principio de solidaridad intergeneracional, pagarán los derechos de los pasivos en cada ejercicio.

Un modelo no contributivo es aquél basado en un sistema de redistribución de rentas en el contexto de los Presupuestos del Estado, y cuya fuente de financiación son los impuestos. El derecho a la prestación procede del simple hecho de ser ciudadano. Una de las ventajas de este modelo frente al contributivo es que para tener acceso al sistema el individuo no necesita demostrar que ha pagado sus impuestos. El principio de solidaridad y la intervención estatal están presentes en ambos, pero mientras que en el modelo contributivo la redistribución se hace sólo entre los individuos que han cotizado, en el no contributivo, la redistribución se efectuaría entre todos los ciudadanos, no estando el importe máximo de la redistribución condicionado a la recaudación de un fondo específico.

Por último, una alternativa o propuesta a los modelos puros de financiación y que podría ser viable, sería la creación de un sistema híbrido que aprovecharse lo mejor de cada parte. Dado que la prestación de dependencia tiene tres niveles, podría pensarse que cada nivel fuese asumido por un agente diferente. Así, el nivel de contribución básico sería una prestación de la Seguridad Social financiada con cotizaciones sociales; el segundo nivel estaría a cargo de los usuarios mediante el copago, mientras que el tercer nivel correspondería a la contribución asistencial financiada con cargo a los impuestos estatales.

Como señala Montserrat, J. (2007), este modelo mixto mezclaría dos naturalezas diferentes del objeto de la prestación. La naturaleza de seguro público correspondería a la contribución básica, mientras que la naturaleza de redistribución de rentas la asumiría la contribución asistencial. De esta forma, con la primera se asegurarían unos mínimos para todos los individuos con independencia del territorio donde recibiesen la prestación, y, con la segunda, se garantizaría una función niveladora entre las CCAA en función de sus necesidades. La contribución asistencial financiaría las prestaciones de aquellos individuos que no tuviesen derecho a la prestación en el sistema de seguro público, aseguraría los costes de unos determinados niveles asistenciales y compensaría los déficits por las diferentes nece-

sidades o desigualdades de rentas entre los diferentes territorios.

2.5.2. Colaboración financiera entre las diferentes Administraciones

La Ley se caracteriza por establecer un modelo de colaboración financiera entre los diferentes niveles de la Administración. Si, como veremos, la disponibilidad de una financiación suficiente para la dependencia es un problema abierto, y no menor en las condiciones económicas actuales, la existencia de diferentes Administraciones a cuyo cargo está la realización de las prestaciones de dependencia, participando todas ellas en su financiación, no resta complejidad al problema, muy al contrario.

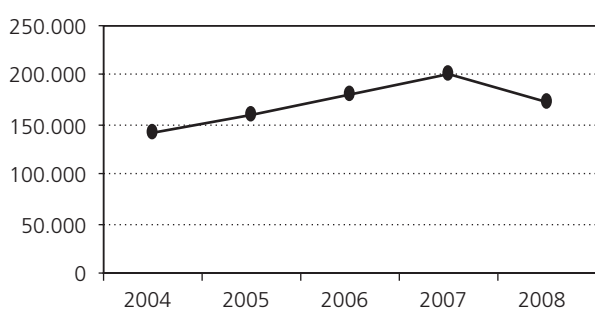
El primer aspecto que debemos destacar es que desde sus inicios la Ley ha presentado una financiación a tres niveles incierta, puesto que nació sin que tuviera asegurada una fuente de financiación específica o se previera el incremento de ingresos financieros adecuados a los nuevos costes a asumir. El hecho de enmarcar la financiación en un modelo "fiscal" financiado a través de impuestos excluía la posibilidad de establecer una línea de financiación específica, observándose cierta imprevisión tanto a nivel estatal como en la parte correspondiente a las CCAA.

De esta forma, y en un primer momento, el legislador estimó que los gastos ocasionados por la dependencia podían ser cubiertos, en la parte estatal, por los superávits de los Presupuestos Generales del Estado, y que su cuantía económica no reclamaba la necesidad de incrementar los ingresos fiscales, ni tampoco asegurar la adscripción de un determinado porcentaje de los ingresos totales para su financiación. Sin embargo, en la actualidad, el volumen de financiación aportado resulta insuficiente para el esfuerzo de puesta en marcha, equilibrio y garantía que necesita el sistema.

La Ley nació en una situación económica completamente distinta a la que nos encontramos en la actualidad, y su financiación a través de excedentes presu-

puestarios resulta insostenible, como se pone de manifiesto al comprobar la caída experimentada en la recaudación total en el último ejercicio económico para el que están disponibles los datos en la AEAT.

Total Ingresos Tributarios 2004-2008 (Millones de €)



Uno de los síntomas más evidentes de la insuficiencia financiera del sistema, es que las cifras de gasto estatal inicialmente previstas han debido ser sustituidas por otras previsiones mayores. Así, mientras que para 2008 se estimó un presupuesto de 678,68 millones de euros y la cifra aprobada finalmente fue de 871 millones de euros, en 2009 la cifra inicial era de 979,68 millones de euros, estimándose una cifra definitiva de 1.158,69 millones. En el cuadro se ofrece una estimación extraída del trabajo de Alonso (2009) acerca del posible déficit acumulado hasta el año 2015.

Cuadro 26. Déficit previsto LAAD

Año	AGE + CCAA	Costes estimados	Saldo	Saldo acumulado
2007	800	4.622	-3.822	-3.822
2008	1.357	5.989	-4.632	-8.454
2009	1.959	8.298	-6.340	-14.794
2010	2.321	8.844	-6.523	-21.317
2011	3.091	11.111	-8.020	-29.336
2012	3.348	11.824	-8.477	-37.813
2013	3.752	15.870	-12.118	-49.931
2014	4.223	16.862	-12.638	-62.570
2015	4.426	17.856	-13.430	-76.000

Fuente: Alonso (2009).

Así pues, resulta evidente que es necesario dotar de más recursos al sistema. En la literatura consultada al respecto, y entre las vías de financiación pública alternativas a los excedentes presupuestarios, se encuentran las siguientes:

- Podría incrementarse transitoriamente el Impuesto sobre el Valor Añadido en 1 o 2 puntos, afectando estos incrementos a la financiación del sistema.
- Restaurar el Impuesto sobre el Patrimonio a un tipo único. En este punto hay que mencionar el riesgo de percepción negativa que se puede dar con la reintroducción de un impuesto después de su supresión, pero en este caso, y dado que el patrimonio forma parte de los elementos considerados en la capacidad económica de los posibles beneficiarios, existe una afectación clara a la dependencia, y, en cualquier caso, no se trata de una figura impositiva muy distorsionadora.
- Aumentar el recurso a los Impuestos generales, especialmente el IRPF, ya que los beneficiarios de las prestaciones de dependencia son los propios individuos. Además, tiene el atractivo de difuminar la presión fiscal sobre una base muy amplia, y aunque crearía distorsiones ineludibles, éstas serían menores si la carga se concentrase sobre otras figuras impositivas.
- Eliminar la exención del copago sanitario (farmacéutico) a cambio de aumentar los recursos financieros para los futuros dependientes de cada generación. Esta sería una medida compensatoria y equilibradora. Por una parte, se elimina una exención muy importante en la actualidad como es la bonificación de la compra de medicamentos por parte del Sistema Nacional de Salud, que llega al 100% en el caso de los pensionistas, y por otra, se afectan al SAAD recursos similares a los ahorrados al Sistema Nacional de Salud, de forma que aquellos miembros más frágiles de cada generación corriente concentran recursos que, de otra forma, se dispersarían en el conjunto de efectivos no tan necesitados de ellos.

Todos estos elementos tendrían la consideración de un ingreso afectado, y podrían servir para la creación de un Fondo de Suficiencia de la Dependencia con el que eliminar esa financiación estatal incierta.

En cuanto a la financiación por parte de las CCAA, debemos señalar que el rasgo más destacado es que la Ley ha impulsado a las autonomías a un incremento de gastos presupuestarios, sin que su financiación esté asegurada.

Aunque la Ley establece que la distribución de la carga financiera debe ser distribuida a partes iguales entre los dos niveles de la Administración, este principio se trunca por dos motivos fundamentalmente. En primer lugar, porque el importe del nivel mínimo garantizado por la AGE es inferior a la mitad del coste de las prestaciones, a las que tienen que hacer frente las CCAA. En segundo lugar, porque la carga presupuestaria de las CCAA se va a tener que ir incrementado a medida que entren nuevos beneficiarios en el sistema, porque la financiación básica de las prestaciones va a disminuir.

Esto significa que la parte mayoritaria de la financiación estará a cargo de las CCAA, y que éstas no disponen en la actualidad de los recursos suficientes para hacer frente a dicha financiación. Así, la continuidad o la calidad del sistema podría quedar dañada por la incapacidad financiera de hacer frente a los pagos, se generarían colas de espera para el acceso a las prestaciones, y tanto la calidad del servicio como el importe de las prestaciones podrían verse reducidos. Toda nueva política social debe ir acompañada de la correspondiente financiación para asegurar la sostenibilidad de la misma. Ésta es una premisa básica, ya que si no se cumple, se pone en peligro el alcance de los beneficiarios, la cantidad y la calidad del sistema.

Ante esta situación, las recomendaciones que ofrecemos son las siguientes:

- En primer lugar, la atención a la dependencia debería encuadrarse dentro de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas como un servi-

cio básico, al igual que lo es la educación y la sanidad.

- Deben incrementarse los recursos a disposición de las CCAA.
- Este incremento de recursos puede materializarse en una cesión impositiva mayor, sobre todo del Impuesto sobre el Valor Añadido o en los Impuestos Especiales.
- Debería compensarse a aquellas CCAA que, antes de la aprobación de la Ley, ya habían desplegado programas “asistenciales” de atención a las personas en situación de dependencia.

En cualquier caso, resulta evidente que es necesario incrementar los recursos financieros a disposición de las CCAA para que el sistema pueda desarrollarse con el orden y grado de integración necesario, si quiere convertirse la atención a la dependencia en el cuarto pilar del Estado del Bienestar.

2.5.3. Participación de los usuarios en el coste del sistema. El copago

La Ley garantiza el acceso a un conjunto de prestaciones para todos los individuos que se encuentren en situación de dependencia, con independencia de su capacidad económica. Pero a la universalidad en el acceso a las prestaciones se contraponen la no gratuidad en el disfrute de las mismas. Ello implica que las prestaciones públicas que reciban los usuarios no serán gratis, sino que deberán contribuir a su financiación.

El reparto del coste de los servicios entre el beneficiario y los poderes públicos puede revestir tres formas diferentes. La primera consiste en el pago de una cantidad fija que el usuario abona para poder recibir el servicio, la segunda se calcula como un porcentaje del coste del servicio, y la tercera consiste en un desembolso de parte del coste realizado antes de que comience el período de cobertura, normalmente con periodicidad anual. La segunda posibilidad, también conocida como copago, es la que se ha adoptado en España.

Como coinciden una gran parte de los estudiosos del tema, entre las ventajas de utilizar mecanismos de copago respecto a la financiación vía impuestos resaltan las siguientes:

- Mayor visibilidad de los costes del servicio y de los beneficios asociados a los mismos.
- Mayor racionalización del gasto en las decisiones individuales de elección.
- Tendencia a reducir el exceso de consumo que puede producirse cuando los servicios son gratuitos.

Entre los argumentos que se esgrimen en contra resaltan:

- Puede discriminar el acceso a los servicios para aquellos usuarios con rentas bajas. Sin embargo, también se argumenta que la utilización del copago como elemento racionalizador del gasto no es aplicable a los servicios de atención a la dependencia, ya que la demanda de este tipo de prestaciones es prácticamente inelástica. Los servicios son demandados en función de la necesidad y no del precio, y además, la elección de las prestaciones no es exclusiva del individuo, sino que está dirigida por un profesional.
- Los costes de gestión de los copagos son elevados, y suponen una parte importante de los recursos, que, si no existiera copago, podrían ser destinados a costes directos de atención.
- La capacidad de escoger entre servicios alternativos puede ser nula o casi nula.
- Puede inducir a incrementos de precios en la oferta de los proveedores del sector privado.

En el caso del SAAD, es la Resolución de 2 de diciembre de 2008 la que ha establecido unas cuantías máximas de copago para los beneficiarios de las prestaciones,

excluyendo a aquéllos con niveles de renta reducidos. El copago se aplica a todas las modalidades de prestaciones reconocidas en la Ley. Así, el usuario paga una cuota tanto si recibe un servicio como una prestación en metálico. En los servicios, el usuario debe hacer una aportación económica a la tesorería de la Administración Pública que le presta el servicio, mientras que en el caso de la prestación en metálico la aportación del copago no se visualiza, ya que el beneficiario cobra un importe menor del máximo estipulado por la Ley.

Los resultados obtenidos en diversos trabajos¹⁷ de la aplicación del copago en nuestro país, demuestran que el margen concedido a las CCAA para articularlo ha dado lugar a la aparición de sistemas de contribución diferentes que no favorecen la equidad interterritorial, de manera que dos individuos con el mismo nivel de renta y dependencia, pero residentes en CCAA distintas, pueden enfrentarse a copagos muy desiguales. Si a esto se suma la variabilidad regional de los precios de los servicios, se constata que en muchos casos la prestación recibida una vez deducido el copago no es suficiente para costear dicho servicio, y el usuario debe aportar recursos personales.

Ante esta situación, cabe reformar este recurso de financiación. El copago debe ser lo más sencillo de operar, entendible y objetivo, aplicable mediante una fórmula establecida en función del baremo. Debe cumplir los criterios de suficiencia, equidad y eficiencia. Entre las propuestas para su reforma está la detallada en el Informe final del Grupo de Expertos para la Evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006, que señala que el copago debe articularse progresivamente, de forma que vaya de más copago para servicios asociados a la dependencia hacia menos copago a medida que los servicios se sitúan en el centro de las prestaciones. En cualquier caso, debe garantizarse que no se convierta en un impuesto por la puerta de atrás sobre, por ejemplo, el patrimonio.

¹⁷ Entre ellos el de VILAPLANA, C. (2010).

2.6. Bibliografía

- ABRAHAMSON, P. (1999): "The Welfare Modelling Business", *Social Policy and Administration*, 33 (4): 394-415.
- ALONSO (2009): "El futuro de la financiación de la dependencia", Congreso FED, Madrid, junio 2009.
- ANTONNEN, A. y SIPILA, J. (1996): "European social care services: Is it possible to identify models?", *Journal of European Social Policy*, 6: 87-100.
- Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2009): *Financiación y costes de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, mimeo.
- BENÍTEZ, E. et al. (2009): *El sistema estatal de atención sociosanitaria en el ámbito de la dependencia. El caso español y otros modelos de referencia*, Asociación para el Cuidado de la Calidad de Vida, Valencia.
- BIRD (2009): "Sistemas fiscales e investigación fiscal: ¿hay pruebas de convergencia?", Conferencia en el Seminario "Tax Systems: Whence and Wither (Recent evolution, current problems and future challenges)", Funcas, Málaga.
- CASADO, D. y LÓPEZ, G. (2001): "Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro", *Colección de Estudios Sociales*, 6, Barcelona.
- CERVERA, M.; HERCE, J. A.; LÓPEZ, G.; SOSVILLA, S. (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 personas en situación de dependencia*, mimeo, Madrid.
- COMISIONES OBRERAS (2008): *El destino de la financiación compartida del Sistema de Dependencia 2007*.
- Estudio de los Convenios AGE-CCAA para la financiación del nivel acordado del SAAD, mimeo, Madrid.
- DURÁN, M. Á. y GARCÍA, S. (2005): "Presente y futuro del cuidado de los dependientes en España y Alemania", *Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias*, 16, IMSERSO.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Oxford.
- FERRERA, M. (1996): "The 'Southern' Model of Welfare in Social Europe", *Journal of European Social Policy*, 6 (1): 17-37.
- HERRERO, C. y DE LA FUENTE, Á. (2009): "Impacto de la entrada en vigor de la Ley 39/2006 sobre el gasto presupuestario de las comunidades autónomas en el período 2006-2009", *Presupuesto y Gasto Público*, 56: 113-126.
- IMSERSO (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2006): *Estado actual y análisis prospectivo sobre las personas mayores y las personas dependientes en España, procedentes de la Unión Europea*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2009): *Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 1 de septiembre de 2009*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- JIMÉNEZ, A. (2007): *El sector de la salud y la atención a la dependencia*. Documento de trabajo 111/2007, Fundación Alternativas, Madrid.
- MARTÍNEZ-VÁZQUEZ, J. et al. (2009): "Imposición directa versus imposición indirecta: tendencias, teoría y relevancia económica", Conferencia en el Seminario "Tax Systems: Whence and Wither (Recent evolution, cu-

urrent problems and future challenges)", Funcas, Málaga.

MONTSERRAT, J. (2009): "El patrimonio en el copago de las prestaciones de la Ley de Dependencia", *Economistas*, 122, Madrid.

MONTSERRAT, J. (2009): "Evolución y perspectivas de la financiación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia", *Documentación administrativa*, 276-277, Instituto Nacional de Administración Pública, Madrid.

OCDE (2005): *Long-Term Care for Older People*, Paris.

RODRÍGUEZ, G. (2009): "El Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia en España (SAAD): desarrollo y ámbitos de evaluación", *Economistas*, 122, Madrid.

TANZI, V. (2009): "Sistemas Fiscales en la OCDE: evolución reciente, competencia y convergencia", Conferencia en el Seminario "Tax Systems: Whence and Wither (Recent evolution, current problems and future challenges)", Funcas, Málaga.

VILAPLANA, C. (2010): "Análisis del copago en las prestaciones económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia", *XVII Encuentro de Economía Pública*, mimeo, Murcia.