

actas de la dependencia

6

2012 **NOVIEMBRE**
año 2

LA REFORMA DEL SISTEMA DE DEPENDENCIA. COSTES Y FINANCIACIÓN.

Colaboran:

César Antón Beltrán

Sergi Jiménez-Martín

Juan Oliva Moreno

Cristina Vilaplana Prieto

Emilio Herrera Molina

Julia Montserrat Codorniu

Iván Montejo Sarrias

María del Mar García Calvente

María del Río Lozano

Caser
FUNDACIÓN

Para la Dependencia

Diseño: Los Angeles D.C. / Impresión: Gráficas Enco
Depósito Legal: M-9549-2011
ISSN: 2173-7142

Esta publicación no podrá reproducirse ni total ni parcialmente
sin expresa autorización de la Fundación Caser.

La Fundación CASER para la Dependencia ha considerado necesario dedicar un número monográfico de su revista Actas de la Dependencia a la Reforma del Sistema de la Dependencia, sus costes y financiación. La Revista pretende en estos momentos de incertidumbre económica y financiera acercarse a los temas que hoy preocupan a los beneficiarios, a los poderes públicos y a la sociedad en general, entre los que sin duda se encuentra la atención a la dependencia.

El Gobierno a través del Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y el fomento de la competitividad, ha llevado a cabo una importante reforma de la Ley de Dependencia y, como consecuencia, del Sistema de prestaciones y de su financiación, que precisa de un análisis de las causas en que se fundamenta y de sus efectos.

Para ello, la Revista ha requerido la participación del Director General del IMSERSO, como institución responsable de la aplicación de la Ley, para que analice la Reforma llevada a cabo y explique las razones que la justifican. Asimismo, ha solicitado a un equipo de profesores universitarios e investigadores sociales coordinados por los profesores Sergi Jiménez- Martín y Juan Oliva, de las Universidades Pompeu Fabra y de Castilla la Mancha respectivamente, para que desde una perspectiva académica y con rigor científico aborden los problemas de costes y financiación, que, a su juicio, afectan al Sistema y propongan alternativas de mejora a medio y largo plazo para garantizar su sostenibilidad.

Confiamos en que los temas que en este Número se abordan sean de su interés.

Pablo Cobo

CONSEJO DE REDACCIÓN

Juan Sitges Breiter
Ángel Expósito Mora
Amando de Miguel Rodríguez
Julio Sánchez Fierro
Gregorio Rodríguez Cabrero
Antonio Jiménez Lara
Pablo Cobo Gálvez

DIRECCIÓN DE LA REVISTA

Pablo Cobo Gálvez

SECRETARÍA DE LA REVISTA

Ana Artacho Larrauri

05

INTRODUCCIÓN A LA MONOGRAFÍA SOBRE REFORMA DEL SISTEMA DE DEPENDENCIA, COSTES Y FINANCIACIÓN.

SERGI JIMÉNEZ-MARTÍN

Universitat Pompeu Fabra, Barcelona GSE y FEDEA.

JUAN OLIVA MORENO

Universidad de Castilla La Mancha.

09

EL SISTEMA DE DEPENDENCIA. MEJORAS PARA SU SOSTENIBILIDAD: RIGOR, TRANSPARENCIA Y SENSIBILIDAD SOCIAL.

CÉSAR ANTÓN BELTRÁN

Director General del IMSERSO.

35

VALORACIÓN ECONÓMICA DE LAS MEDIDAS DE MEJORA DEL SISTEMA DE AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

CRISTINA VILAPLANA PRIETO

Universidad de Murcia y FEDEA.

51

COORDINACIÓN ENTRE EL SISTEMA SANITARIO Y LOS SERVICIOS SOCIALES; UNA SENDA DEFINIDA COMO PARTE DE LA SOLUCIÓN.

EMILIO HERRERA MOLINA

Director General de Enterprising Solutions for Health.

63

CÓMO AFRONTAR LOS COSTES DEL SAAD. ANÁLISIS DE REFORMAS EN LOS SISTEMAS DE CUIDADOS DE LARGO PLAZO EN OTROS PAÍSES.

CRISTINA VILAPLANA PRIETO

Universidad de Murcia y FEDEA.

75

EL COPAGO EN LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

JULIA MONSERRAT CODORNIU

Doctora en Economía y profesora colaboradora de la Universidad Autónoma de Barcelona.

IVÁN MONTEJO SARRIAS

Licenciado en Ciencias Políticas y de la Administración por la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona.

99

EL PAPEL DEL CUIDADO INFORMAL EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: ¿CUIDAMOS A QUIÉNES CUIDAN?

MARÍA DEL MAR GARCÍA CALVENTE

MARÍA DEL RÍO LOZANO

Investigadoras de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

INTRODUCCIÓN A LA MONOGRAFÍA SOBRE REFORMA DEL SISTEMA DE DEPENDENCIA, COSTES Y FINANCIACIÓN

SERGI JIMÉNEZ-MARTÍN

Universitat Pompeu Fabra, Barcelona GSE y FEDEA

JUAN OLIVA MORENO

Universidad de Castilla La Mancha

El Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD) nació con mala estrella. Se gestó en una época de bonanza económica, empezó a crecer a la par de la crisis y está en riesgo de languidecer en medio de la profunda recesión de la economía española. Efectivamente, como no podía ser de otra manera, el SAAD no ha escapado a los recientes recortes: 13 % en 2012 y previsión de 15 % en 2013. Además en 2012 se han redefinido profundamente las condiciones de elegibilidad (hasta dos años de espera para recibir la prestación) lo que enmascara otro recorte de igual o mayor dimensión que el presupuestario. A largo plazo las perspectivas no son mejores. Y ello porque el SAAD, muy decantado en ayudas exclusivamente económicas a los cuidadores informales (contradiendo el espíritu de la ley), es insostenible en el largo plazo debido a la escasez de cuidadores informales potenciales con los que hacer frente a las necesidades de cuidado derivadas del envejecimiento.

Sin embargo los problemas presupuestarios a corto y largo plazo no deben enmascarar otros problemas que afectan al SAAD y que deben atajarse a medio plazo para que sistema sea sostenible. El sistema padece un profundo problema de indefinición y, en consecuencia, incertidumbre. Sobre todo en lo que respecta a qué servicios se provén y a quién, pero también en lo que respecta a la financiación de la dependencia que nunca ha estado suficientemente clara. Por ejemplo, es inadmisibles que la financiación de la dependencia no esté incluida en la financiación básica de las CCAA como otros pilares del estado del bienestar. Ante estos elementos de incertidumbre los agentes involucrados (usuarios, gestores, proveedores de servicios, y, también, potenciales aseguradores) difícilmente tomarán decisiones correctas y el

sistema continuará en un continuo proceso de indefinición, en deriva hacia un más que probable fracaso.

La solución a medio y largo plazo pasa por el rediseño del sistema sobre bases más sólidas. Por el lado de los servicios, reduciendo drásticamente el peso de las prestaciones a las personas cuidadoras en el ámbito familiar, que pasarían a ser complementarios. Por el lado de la financiación, diversificando las fuentes de financiación y planteando un coctel entre financiación pública vía impuestos y contribuciones (idealmente mediante un sistema de aseguramiento público) que garanticen un mínimo de atención para todos los ciudadanos y con fórmulas de aseguramiento privado complementario.

En el presente volumen presentamos una interesantísima colección de contribuciones sobre el estado del SAAD y sus problemas de financiación. En el artículo que abre el número, César Antón Bertrán, Director General del IMSERSO, realiza una serie de reflexiones sobre el estado actual del SAAD centradas en el número de usuarios y prestaciones concedidas hasta el momento, en su composición, muy orientada hacia las prestaciones económicas a personas cuidadoras en el entorno familiar, y sobre las desviaciones presupuestarias entre las previsiones iniciales y las ejecutadas. A continuación marca una serie de propuesta de mejora del sistema centradas en las dimensiones de la eficiencia, de la información y transparencia del SAAD y de aspectos económicos y de financiación.

Cristina Vilaplana realiza una interesante valoración económica de las medidas de mejora del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia aprobadas por el Real Decreto

20/2012, de 13 de julio. Para ello, pasa revista a cuatro medidas principales: (1) modificación de las cuantías en concepto de nivel mínimo de protección de la Administración General del Estado para aquellos beneficiarios que ya tuvieran reconocido el grado y nivel de dependencia en el momento de la entrada en vigor de este Real-Decreto Ley; (2) cambio en la intensidad de horas mensuales de Atención a Domicilio; (3) cambios introducidos en las prestaciones económicas; y (4) modificación en el Convenio Especial en el Sistema de Seguridad Social de los cuidadores no profesionales. A juicio de la autora, estas modificaciones producirán un ahorro presupuestario del orden de los 1.593 millones de euros anuales, salvo que se produzcan partidas adicionales compensatorias dotadas desde el ámbito regional. No obstante, habrá que considerar en estudios futuros cómo van a afectar esta reducción de recursos al bienestar de las personas en situación de dependencia.

El artículo elaborado por Emilio Herrera, dedicado a la coordinación entre el Sistema Sanitario y los Servicios Sociales en España, se abre con una interesante reflexión sobre el valor de un sistema de promoción de la salud y el bienestar, que trascienda al clásico concepto de sistema sanitario, en una doble dimensión: efectos directos sobre el bienestar (mejora de la salud de la población) y efectos indirectos (modelo social productivo). Para avanzar hacia un sistema armónico como el propuesto, el autor identifica una serie de elementos facilitadores, dificultades y retos para la coordinación sanitaria y social. En último término, el reto es reorganizar el sistema (coordinando e integrando ambos subsistemas), manteniendo las prestaciones que contribuyan a mantener la salud y la autonomía y desinvirtiendo las superfluas.

Asimismo, Cristina Vilaplana, pasa revista a las reformas en los sistemas de cuidados de largo plazo en cinco países: Alemania, Australia, Estados Unidos, Japón y Singapur. Así, se ofrece un variado abanico de posibilidades y revisión de reformas. La principal conclusión es que, sin la intención de replicar directamente las reformas llevadas a cabo en ninguno de ellos en particular, sí podemos aprender de interesantes experiencias sobre el establecimiento de un sistema de contribución de los trabajadores, modelos de financiación de la atención residencial o de medidas de estímulo de aseguramiento privado. El artículo se cierra con la pregunta de si es posible establecer en España un sistema de pre-funding o de acumulación de reservas para afrontar los costes futuros asociados a los cuidados de largo plazo.

En su contribución, Julia Montserrat reflexiona sobre el papel de los copagos que fija el sistema de atención a la dependencia en España. En el artículo destaca el excelente análisis de los copagos asociados a los diferentes servicios y su impacto sobre la renta de los individuos. El artículo finaliza con un detallado ejercicio de simulación sobre el impacto de la Resolución de 13/7/2012 sobre el copago que deben hacer los individuos en función de su renta para recibir los diversos servicios disponibles.

Aunque no entronca directamente con aspectos de financiación, el monográfico no estaría completo sin una referencia a los cuidados informales, dado que el apoyo familiar es la principal fuente de cuidados de personas dependientes. A este tema se dedica el artículo de García-Calvente y Lozano. En el artículo se argumenta que el modelo de prestación familiar de cuidados más frecuente en nuestro país es el que pivota sobre una única figura central,

la cual en la mayoría de los casos es una mujer de la familia. Asimismo, la carga que supone dedicar numerosas horas de tiempo de cuidado a la semana, sumado a una disponibilidad permanente y a años acumulados de cuidados repercute en las dimensiones de la salud, la vida familiar y social y en las posibilidades laborales de las personas cuidadoras. En este sentido, se precisa incrementar los esfuerzos realizados desde los sistemas públicos para reducir el impacto del cuidado y compensar el coste que recae en las personas cuidadoras, mejorando las estrategias de conciliación entre el trabajo remunerado y el cuidado informal, desarrollando medidas orientadas a mantener y restaurar el bienestar de las personas cuidadoras (servicios de respiro, de formación y asesoramiento, y de información y coordinación del cuidado) y avanzando en medidas de apoyo formal a las personas cuidadoras.

Vistas las contribuciones de la obra, no parece arriesgado afirmar que los recursos del SAAD se verán menguados en una importante cuantía, al menos hasta que se vislumbre la salida a la crisis económica. Con independencia del grado de acuerdo o desacuerdo particular que nos supongan dichas medidas, parece claro que, en primer lugar, pensando en el medio plazo la financiación del sistema debe ser rediseñada y dotada de una coherencia de la cual ha adolecido hasta el momento y, en segundo, hay un largo trabajo que recorrer en la creación de un sistema sociosanitario que promueva la autonomía y la buena salud de la población.

Los coordinadores de este número de Acta Sanitaria en otra obra¹ hemos destacado la necesidad de abordar un Pacto por la Salud que trascendiera el ámbito sanitario y el ámbito de la atención a la dependencia pero que permitiera coordinar los esfuerzos de ambos. Lógicamente, la coordinación entre los servicios sanitarios y los sociales no surgirá espontáneamente: se ha de armar. La cooperación y coordinación (o su ausencia) entre los distintos sistemas (sanitario, servicios sociales y familias) y agentes (a nivel estatal, autonómico, local, familias, ONGs, sector privado) marcarán el futuro del SAAD. La fórmula elegida para la financiación de los servicios sanitarios y los servicios sociales será una de las piezas angulares que permita avanzar en esta senda o que mantenga separados ambos sistemas cual compartimentos estancos. Junto a ello -cómo financiar- una cuestión clave será qué financiar. En este sentido, necesitamos interiorizar la necesidad de evaluar las experiencias de provisión de servicios y de coordinación entre servicios sanitarios y sociales, en términos de recursos invertidos y de resultados en salud obtenidos. Sin ello, no dispondremos de la información adecuada para dedicar nuestros recursos a aquellas estrategias e intervenciones que creen valor (salud, bienestar) y desinvertir en aquellas otras que no suponen sino una carga cuyo coste de oportunidad soporta toda la sociedad, pero muy especialmente quienes no reciben los recursos que necesitarían por una inadecuada asignación de los servicios.

¹ Jiménez-Martín S, Oliva J, Vilaplana C (coord.). Sanidad y dependencia; matrimonio o divorcio. (Atención sanitaria y servicios sociales: ¿una cuestión de integración o sólo de coordinación?). Círculo de la Sanidad. Madrid, 2011.

EL SISTEMA DE DEPENDENCIA. MEJORAS PARA SU SOSTENIBILIDAD: RIGOR, TRANSPARENCIA Y SENSIBILIDAD SOCIAL

CÉSAR ANTÓN BELTRÁN
Director General del IMSERSO

Sumario

1. ¿ERA NECESARIA UNA EVALUACIÓN DE RESULTADOS?
2. PROPUESTAS DE MEJORA. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.
3. TIEMPO PARA EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS DE MEJORA Y SUS RESULTADOS.
4. CONSIDERACIONES FINALES Y ALGUNAS PROPUESTAS Y REFLEXIONES PARA SEGUIR AVANZANDO.

En primer lugar y desde mi punto de vista quiero comenzar por lo que considero debe tenerse siempre presente en la prevención, detección, promoción de la autonomía y atención de las personas en situación de Dependencia: La interrelación entre LOS SERVICIOS SOCIALES Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Pienso que cualquier análisis y propuestas sobre la Dependencia debe ser analizada en su conjunto, hacerlo de forma parcial conduce a conclusiones erróneas. Debe relacionarse con los dos grandes servicios públicos que durante mucho tiempo, y en continua mejora, han venido dando respuesta a las personas en estas situaciones.

No hay duda que el reconocimiento del derecho a las personas en situación de dependencia a recibir servicios y prestaciones para su atención es una conquista y avance en la protección social de nuestro país.

Una cierta precipitación, tanto en su aprobación como en su aplicación y desarrollo iniciales de la Ley, teniendo en cuenta la necesaria coordinación con las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales, hace que la Dependencia haya tenido un desarrollo diferente en el conjunto de nuestro territorio. Sin negar su avance en la protección social, los efectos de esta diferente aplicación conllevan efectos sobre las personas, las familias, las entidades colaboradoras, las empresas y las propias administraciones públicas.

Todo ello, y porque además lo establecía la Ley, apuntaba a que era necesario realizar una reflexión en base a un riguroso y transparente análisis de resultados.

Por otro lado, no hay que olvidar el potencial económico de los Servicios Sociales en nuestro país, pues es un sector que se viene considerando siempre sólo en su vertiente de gasto público dentro del gasto social. Pero tenemos que tener en cuenta que se trata de un sector generador de empleo y de actividad económica, que sostiene empleo y que durante los últimos años ha generado empleo de calidad, profesional, estable y localizado.

En este artículo, en primer lugar, quiero hacer un repaso sobre el análisis de la primera evaluación de resultados aprobada en el Consejo Territorial, no de forma muy extensa y centrándome en los siguientes aspectos:

- Cómo se estaba valorando a las personas dependientes.
- Cómo se está atendiendo según el Catálogo de Servicios.
- Aspectos relativos a la información y estadísticas (SISAAD).
- Sobre el empleo y la Dependencia.
- Sobre la financiación y los costes.
- Las desviaciones sobre las previsiones iniciales anteriores a la Ley.

En el segundo apartado me referiré a las propuestas de mejora en base a este análisis de resultados exponiendo su justificación y objetivos pensando, fundamentalmente, en las personas y sus familias.

En tercer lugar analizaré en qué medida el tiempo es un elemento importante y necesario para evaluar los efectos de estas mejoras.

En el cuarto apartado expondré unas consideraciones finales desde mi punto de vista, formulando una serie de propuestas y reflexiones para seguir avanzando en el futuro de nuestro Sistema de Servicios Sociales y su conexión con la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.

1. ¿ERA NECESARIA UNA EVALUACIÓN DE RESULTADOS?

La evaluación de los resultados de la aplicación de la Ley era necesaria no solo porque la Ley así lo mandaba al Consejo Territorial, sino también con el fin de detectar los problemas de funcionamiento y de aplicación del Sistema y en consecuencia proponer las reformas y mejoras que procedan. La evaluación se ha centrado, entre otros, en los siguientes aspectos:

1.1. El proceso de valoración de la dependencia.

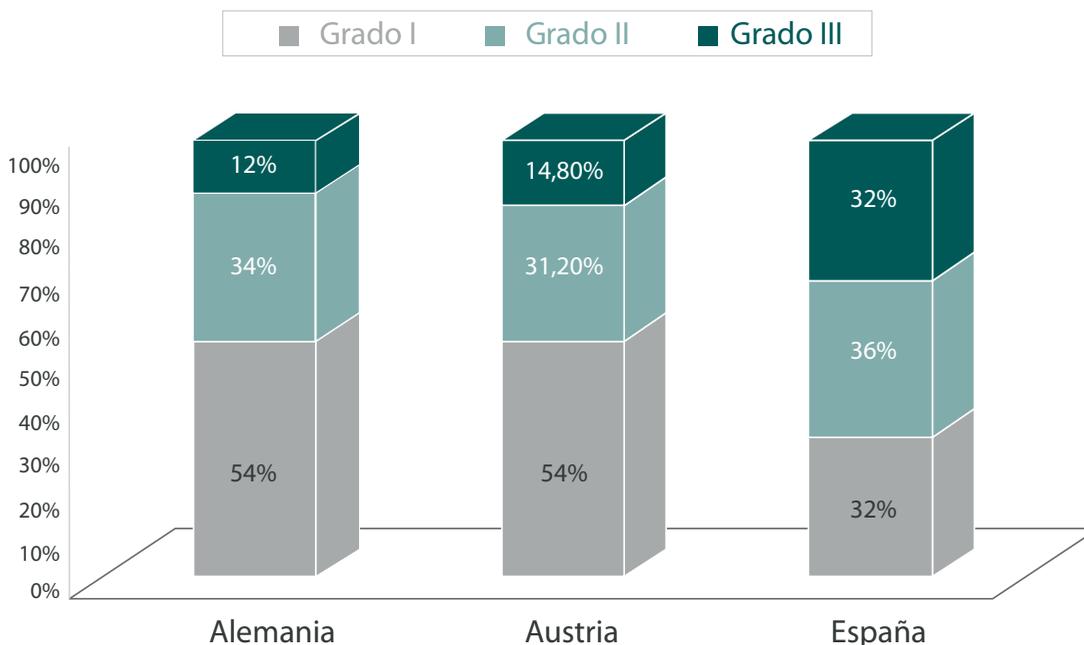
Partimos de la premisa que aún siendo precipitada su elaboración, existe un mismo Baremo de Valoración para todo el conjunto del territorio nacional aprobado por Real Decreto. Del análisis de la evaluación de resultados a 31 diciembre 2011 sobre las personas beneficiarias con prestación (752.005) la media nacional arroja el siguiente resultado: el 48,7% son clasificados de Grado III, el 46,7% clasificados de Grado II y el 4,6% de Grado I Nivel 2, por estar en vigor en esa fecha.

Si analizamos estos datos en las Comunidades Autónomas hay una serie de ellas cuya valoración de Grado III, respecto a esta media nacional, es muy superior, alcanzando en algunos casos hasta el 67,7%, en el Grado III. Solamente

seis Comunidades están por debajo de esta media nacional en este Grado III (Grandes Dependientes). Situaciones similares también se dan en el Grado II.

La primera reflexión trata sobre cómo teniendo el mismo instrumento de valoración la diferencia entre Comunidades Autónomas es tan significativa sobre todo en los altos grados de Dependencia, tanto Grado III como Grado II. Es bueno también hacer una consideración sobre este resultado respecto a nuestro contexto europeo, en cuanto a aquellos datos que cuando existen son comparables si tomamos como base de referencia las personas que tienen valorada su situación de Dependencia: en Alemania el 54% de su población está valorada como Grado de Dependencia I, el 34% como Grado II y sólo el 12% de Grado III. En Austria el 54%, al igual que en Alemania, clasificados como Grado de Dependencia I, el 31,20% de Grado Severo (Grado II) y el 14,8% de Grandes Dependientes (Grado III).

Resultados del proceso de valoración en Alemania, Austria y España.

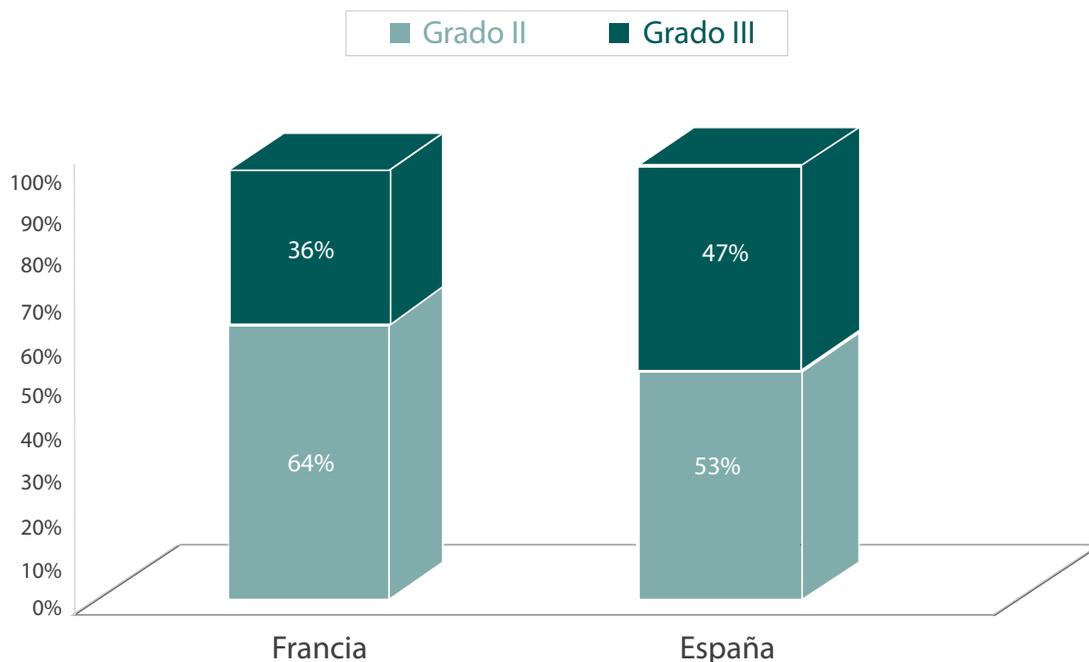


En cambio en España, con datos públicos del Sistema de Información de Atención a la Dependencia y conocidos por todos, el 32% estarían clasificados como Grado de Dependencia Moderada (Grado I), el 36% Dependencia Severa (Grado II) y el 32% Grandes Dependientes (Grado III), un porcentaje muy superior a estos dos países, más del doble que en cualquiera de ellos, cuando la esperanza de vida y los indicadores de salud de nuestro país son similares o incluso superiores en sentido positivo. Creo que estos datos dentro de un contexto europeo deben llevarnos a la reflexión.

Hemos hecho también una pequeña comparación con los datos de nuestro país vecino, Francia, comparación sobre la población mayor de 60 años en situación de Dependencia, porque en Francia es esta población la que tiene derecho a la Atención a la Dependencia. En base

a esta comparativa de población de 60 años y más, en Francia del 64% se clasificada como de Grado II y 36% de Grado III, Gran Dependencia. También en este caso en España los porcentajes son superiores, el 47% Gran Dependencia, superior al 36% de Francia. Un aspecto a considerar es que el Grado I de Dependencia en España no tendría derecho a beneficios por Atención a la Dependencia en nuestro país vecino, Francia.

Resultados del proceso de valoración en Francia y España.



1.2. El régimen de atención según el Catálogo de Servicios.

A continuación me referiré a cómo se está atendiendo a las personas dependientes en nuestro país en base a los resultados de la evaluación de estos primeros cinco años de aplicación de la Ley de Dependencia, periodo 2007 a 2011.

Recordar también que el Catálogo de Servicios para atender las situaciones de Dependencia, una vez realizada la valoración por grados, es el mismo para todo el conjunto del territorio, apreciándose grandes diferencias en función de los distintos territorios o Comunidades Autónomas.

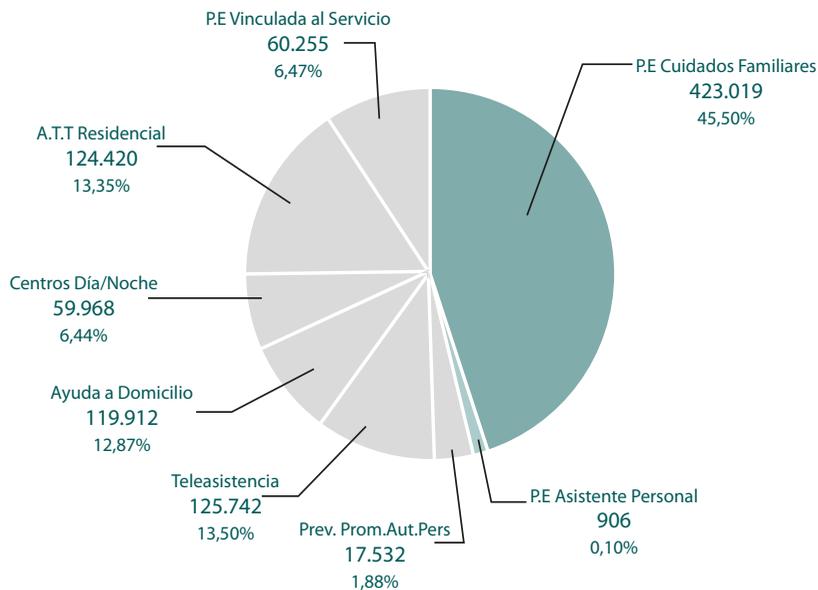
A 1 de enero del 2012, el 54,60% de la Atención a la Dependencia se realizaba a través

de prestaciones de servicios, es decir, ayuda a domicilio, asistencia domiciliaria, atención residencial, centros de día, centros de noche o bien a través de la prestación de servicios mediante la Prestación Económica Vinculada al Servicio y, con muy poco desarrollo, mediante Asistente Personal. El restante 45,40% se realiza a través de Cuidadores en el Entorno Familiar, es decir, prestación económica establecida en la Ley como excepción o mejor dicho como muy excepcional, una vez agotada la cartera de servicios de la Red de Servicios Sociales Pública, y de entidades colaboradoras y empresas privadas, o bien a través de la prestación económica vinculada o de asistente personal. Obviamente estos datos no reflejan el desarrollo y prioridades de Atención a la Dependencia que establece la Ley.

Distribución del Total de Prestaciones por servicios y por prestaciones económicas.



Resumen de distribución de Servicios y Prestaciones. Total nacional.



Si hacemos un breve repaso por las diferentes Comunidades Autónomas solamente siete están muy próximas o superan la media nacional en la Atención a Dependencia mediante servicios profesionalizados y el resto está bastante por debajo de esta media. En un extremo tenemos una Comunidad Autónoma que lo supera ampliamente, con un desarrollo muy importante de su Catálogo de Servicios (el 80%

mediante prestación de servicios) y en el otro una Comunidad Autónoma de estas siete con el 54%.

Si observamos también, en relación con el total de personas que están siendo atendidos en esta fecha, la atención a las personas dependientes se realiza en un 80,19% en el entorno del domicilio, de los cuales el 54,5%

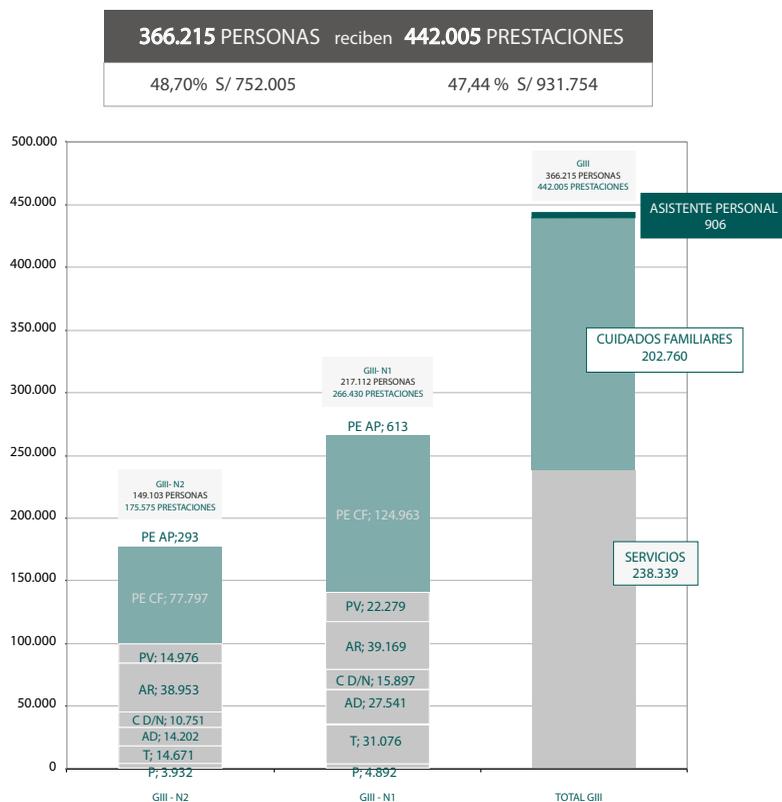
con servicios profesionalizados de apoyo y el 45,5% restante por parte de los cuidadores familiares; únicamente el 19,82% de la atención a personas dependientes se realiza a través de atención residencial directa o indirectamente o mediante prestación vinculada al servicio sin apreciarse grandes diferencias a su vez en el Grado III y el Grado II.

Esto nos hace reflexionar también sobre si este hecho es el reflejo de la demanda, es decir, de la manifestación de las personas dependientes y sus familias de cómo quieren ser cuidados, teniendo en cuenta que el aspecto económico de la prestación económica por cuidador, puede tener cierta distorsión y efectos en el seno familiar. Se ha de tener en cuenta que la situación socioeconómica de los años anteriores y sobre todo en estos últimos,

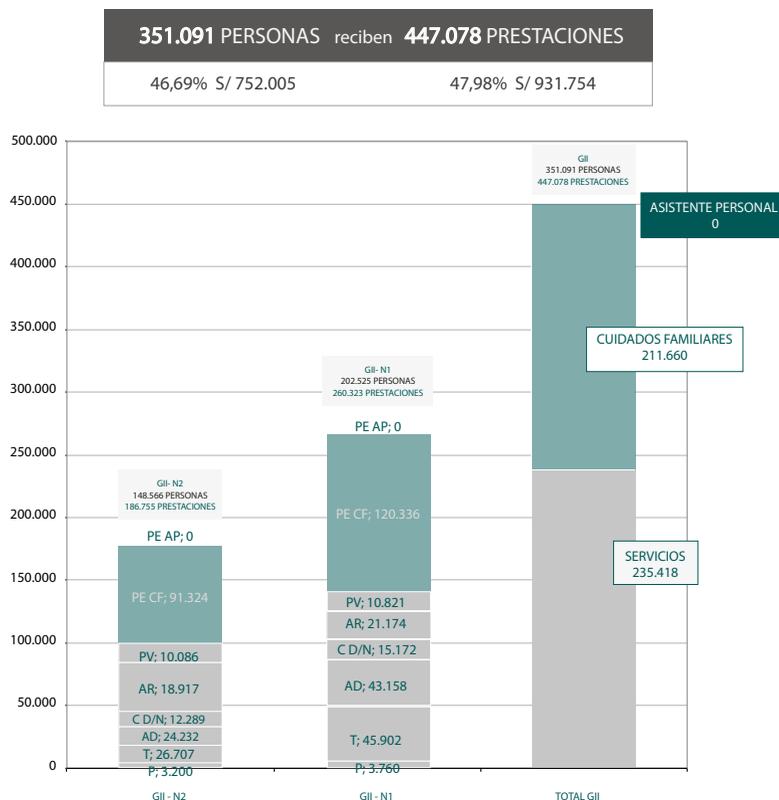
condiciona a la hora de elegir esta prestación, que supone una forma de añadir renta familiar en estas situaciones difíciles; además de que el aumento del desempleo posibilita a familiares en esta situación dedicarse al cuidado de la persona dependiente.

Otro aspecto importante que se deduce de los resultados de esta evaluación, en cuanto a la atención a las personas dependientes que ya la están recibiendo, es que no se aprecian grandes diferencias en la atención a los Grandes Dependientes (Grado III) en cuanto al análisis de cómo están atendidos pues no parece que existan grandes diferencias de Atención a las Personas Dependientes de distinto nivel dentro del mismo Grado y esta característica se da tanto en el análisis del Grado III como del Grado II.

Distribución Grado III entre servicios y prestaciones económicas. Total nacional.



Distribución Grado II entre servicios y prestaciones económicas. Total nacional.



Esto nos lleva a pensar sobre si este entramado de niveles y grados, como estructura de valoración y atención a la Dependencia, es eficiente o la demostración de que a lo único que lleva es a un mayor consumo de recursos en tiempo y económicos, tanto en la valoración como en la atención cuando la diferencia en los resultados finales es prácticamente similar.

Una reflexión que quiero compartir es que considero que este alto porcentaje de las personas en dependencia atendidos en el entorno del domicilio, bien a través de ayudas profesionalizadas o bien a través de los cuidadores familiares, tiene incidencia y repercusión en su

asistencia sanitaria. Obviamente las necesidades de atención sanitaria serán menores cuando la atención se realiza a través de centros residenciales cuyo personal de atención directa puede realizar una serie de cuidados que evitan el desplazamiento a los servicios de salud. Por otro lado, cuando sea una necesidad de emergencias habrá que acudir en todo caso a la atención sanitaria.

También es cierto, desde mi punto de vista, que se ha desarrollado antes la prestación económica por cuidados en el entorno familiar, sin que hayamos tenido el tiempo suficiente de facilitar a estos cuidadores familiares los instrumentos,

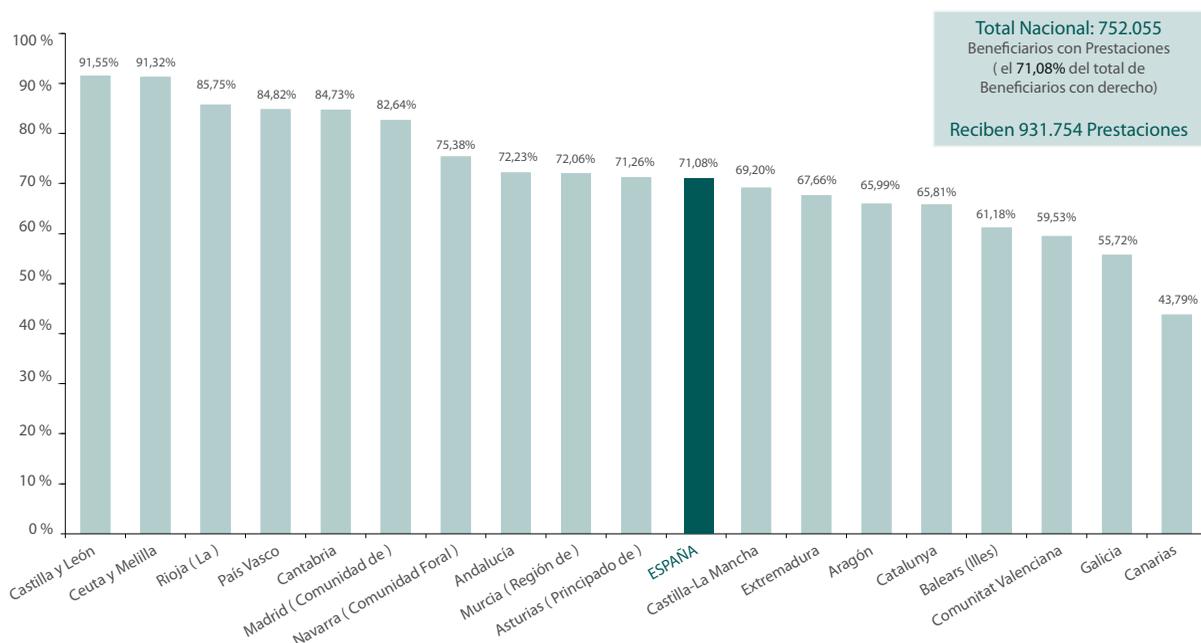
la formación adecuada y prepararles para la atención, sobre todo en el caso de la atención a los Grandes Dependientes.

Otro análisis trata sobre el acceso a recibir las prestaciones por parte de las personas dependientes, objetivo final que se persigue cuando se presenta la solicitud y se recibe la valoración para conseguir la prestación.

Nuevamente en este aspecto hay diferencias entre Comunidades Autónomas a nivel nacional. A fecha de 1 de enero de 2012, el 71,9% de las personas que les corresponde prestaciones

ya la están recibiendo, exactamente 752.005. Una vez más las diferencias son dispares entre Comunidades Autónomas, 9 de ellas más las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla superan esta media nacional, y las variaciones van desde el 99,51% en la que más beneficiarios la reciben al 71,26% dentro de los que superan la media nacional. Por otra parte hay 8 Comunidades Autónomas donde no se alcanza esta media, en el acceso a recibir prestaciones, oscilando en estos casos entre el 69,20% de una y el 43,80% de otra.

Datos de gestión del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. 1 de enero de 2012.



- La media nacional, ocuparía el undécimo puesto en el porcentaje de las personas dependientes que reciben prestaciones.
- A nivel nacional, el 71,08 % de las personas dependientes reciben prestaciones, 20 puntos menos que la primera comunidad.

1.3. La información y la estadística del Sistema (SISAAD).

Otro apartado a considerar en la evaluación de resultados, es el relativo a la información estadística del Sistema de Atención a la Dependencia, es decir, a través del SISAAD. Esta claro que es un Sistema en el que no han tenido gran participación las Comunidades Autónomas en su diseño y aplicación, de hecho no todas lo están utilizando. Las estadísticas que sistemática y periódicamente da el SISAAD han servido más durante este tiempo para controversia entre Comunidades Autónomas y comparaciones entre unas y otras que, desde mi punto de vista, a un análisis global de resultados que estaba pidiendo a voces el Consejo Territorial y que no se hizo en estos cinco años.

Considero que esta primera evaluación de resultados, en base a este Sistema de Información de datos oficiales, públicos y conocidos por todos, da rigor a la primera evaluación de resultados del Sistema de Dependencia que se ha realizado. Se trata de una evaluación con información contrastada y acordada en el máximo órgano responsable del Sistema de Dependencia, el Consejo Territorial.

Por otro lado es cierto que el sistema de información requiere la introducción de algunos datos que no constan en el mismo y que nos ayudarían a mejorar no sólo el conocimiento del Sistema de Dependencia sino también la planificación de recursos. Se ha orientado fundamentalmente como un sistema de datos estadísticos y de gestión sin establecer una unión con los aspectos directamente relacionados con el coste y financiación del Sistema de la Dependencia, para ayudarnos a determinar y conocer el coste total y las aportaciones tanto

de los usuarios como de las Administraciones Públicas (Comunidades Autónomas y Administración General del Estado).

1.4. La evolución de resultados sobre el empleo y la Dependencia.

Desde mi punto de vista y analizando el desarrollo de los últimos casi 20 años de los Servicios Sociales, la creación de empleo profesional y localizado se ha venido realizando alrededor de la profesionalización de los Servicios Sociales, es decir, a través del desarrollo sobre todo de la atención residencial, de servicios de apoyo en el propio domicilio o para facilitar su permanencia en el mismo (servicio de ayuda a domicilio, sin olvidar la atención mediante centros de día, centros de noche,....).

Y esto es debido a que desde el principio se han exigido unos requisitos no sólo arquitectónicos para la atención residencial sino de plantillas de atención directa para las personas mayores y también cuando hablamos de atención residencial para personas con discapacidad. El desarrollo que ha tenido la ayuda a domicilio, uno de los servicios básicos para la atención domiciliaria a personas en situación de Dependencia, ha sido muy importante, se han profesionalizado las condiciones para esta atención y ha tenido un gran desarrollo en la creación de empleo. Es decir, la red de servicios sociales tanto pública como privada con entidades colaboradoras sin ánimo de lucro o con empresas que han decidido tener como objeto social atender a personas en situación de Dependencia, y los requisitos del control por las Administraciones ha favorecido la creación y sostenimiento de empleo estable y localizado en nuestro territorio.

El primer análisis sobre el empleo debe efectuarse teniendo en cuenta que más del 45% de Atención a la Dependencia en estos 5 años se ha realizado por cuidadores familiares. ¿Es este el mejor camino para el mantenimiento, sostenimiento y, sobre todo, creación de empleo por el desarrollo de la Ley de Dependencia? Pienso que no, pues la figura del cuidador familiar que contempla la Ley no es un empleo generado, pues no establece una relación laboral en pleno sentido, es más bien una relación basada fundamentalmente en las relaciones familiares, por supuesto muy importantes en la atención y protección social, pero no con efectos en la generación de empleo, al menos de forma inmediata y más si tenemos en cuenta la edad de estos cuidadores familiares.

Las previsiones de creación de empleo a través del desarrollo de la ley de la Dependencia están relacionadas fundamental y directamente con la prioridad establecida en la atención a las situaciones de dependencia de forma prioritaria a través de la red de los servicios sociales, es decir, de la atención mediante servicios profesionalizados (atención residencial y otros servicios de apoyo en el domicilio). En otras palabras, ayudar a las familias, y también a los cuidadores familiares para atender al dependiente en su domicilio pero con servicios y profesionales adecuados, para una atención de calidad en su entorno familiar, social y geográfico. También debemos tener en cuenta la situación actual de la estructura familiar de nuestra sociedad, quizá en el futuro nuestros hijos, como principales cuidadores familiares, ya no vivan tan cerca del entorno social familiar y geográfico como en tiempos anteriores.

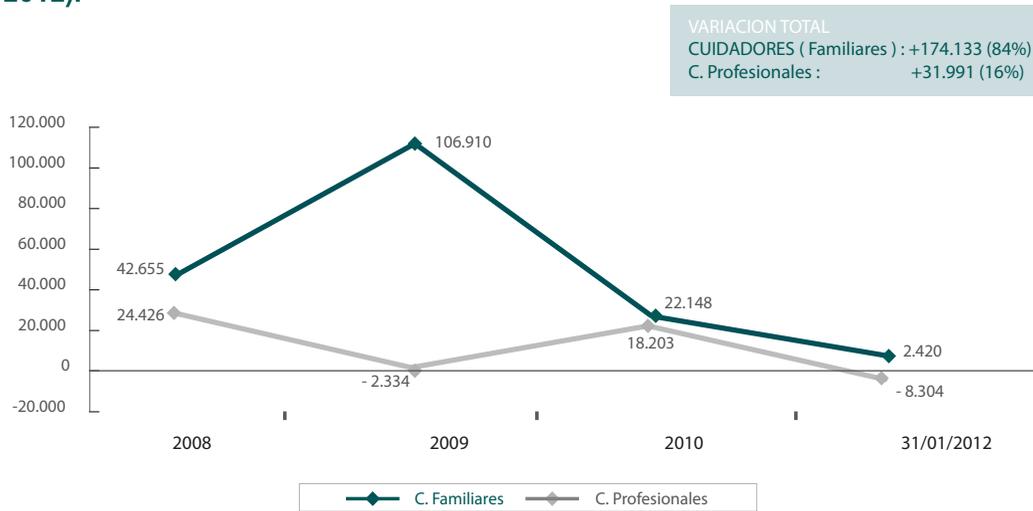
Pues bien, de los datos del análisis de las altas en la Seguridad Social de trabajadores

profesionales de los Servicios Sociales y, por otro lado, de los cuidadores familiares, ya que la Ley establece la posibilidad y así se ha desarrollado de un convenio específico y especial para el alta en la Seguridad Social, se deducen una serie de conclusiones.

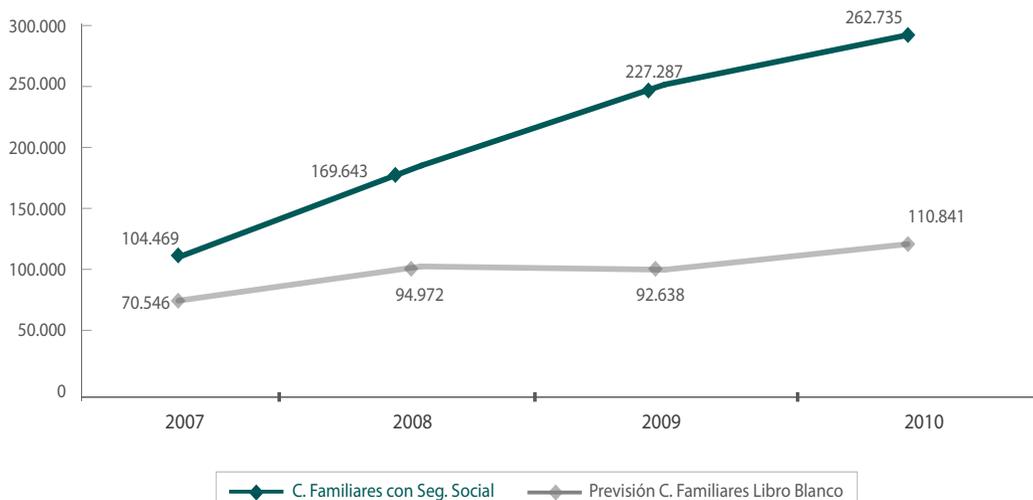
En enero de este año 2012 el 41%, 174.133 del total de cuidadores familiares (422.736) estaban dados de alta en el Convenio Especial de Afiliación a la Seguridad Social. Si analizamos las altas en el régimen de la Seguridad Social del sector de servicios sociales entre 2008 y el 31 de enero del 2012 se deduce que del total de altas para este intervalo (206.124), el 84% son de cuidadores no profesionales o cuidadores familiares, para los cuales las cuotas de afiliación a la Seguridad Social son abonadas por la propia Administración General del Estado. Por el contrario las altas de profesionales de los servicios sociales para este periodo han aumentado en 31.991 (el 16% restante), en el año 2007 fue de 70.546 altas de profesionales de servicios sociales, pero en el último año 2011 se produjeron 8.204 bajas.

Todos estos datos confirman el desfase entre las estimaciones previas a la Ley y los datos actuales. Se estimaron 262.736 nuevos empleos al final del cuarto año de aplicación de la Ley (2010), y los datos demuestran que se han generado solamente 110.841 en el conjunto de los Servicios Sociales, es decir, un bajo porcentaje del objetivo previsto.

Evolución interanual de altas en Seguridad Social de cuidadores profesionales y no profesionales (2008-2012).



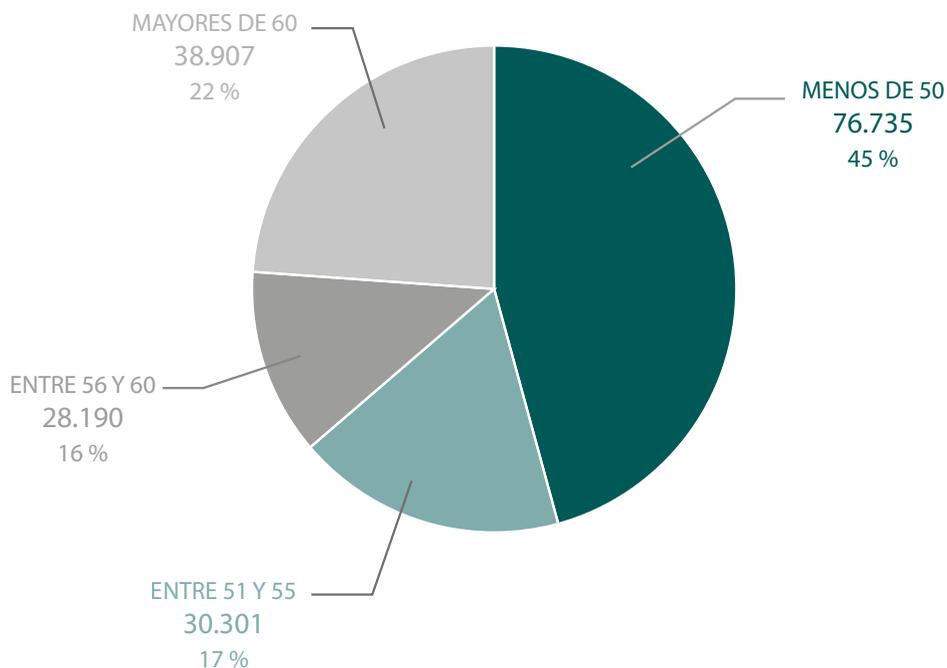
Evolución interanual de altas en Seguridad Social de cuidadores no profesionales y previsiones del Libro Blanco (2007-2010).



Otro aspecto a considerar es el coste que le ha supuesto a la Administración General del Estado, a través de sus presupuestos, el gasto en cuotas de alta a la Seguridad Social de estos cuidadores familiares. Estamos hablando de un gasto para la propia Administración General del Estado y que en este periodo ha sido superior a los 1.047 millones de euros por el alta de estos 174.000 cuidadores familiares, gasto que

no ha sido abonado en su totalidad, teniendo a 1 de enero del 2012 una deuda superior a los 820 millones de euros con la Seguridad Social por los beneficios que ha reportado a estos cuidadores estar de alta.

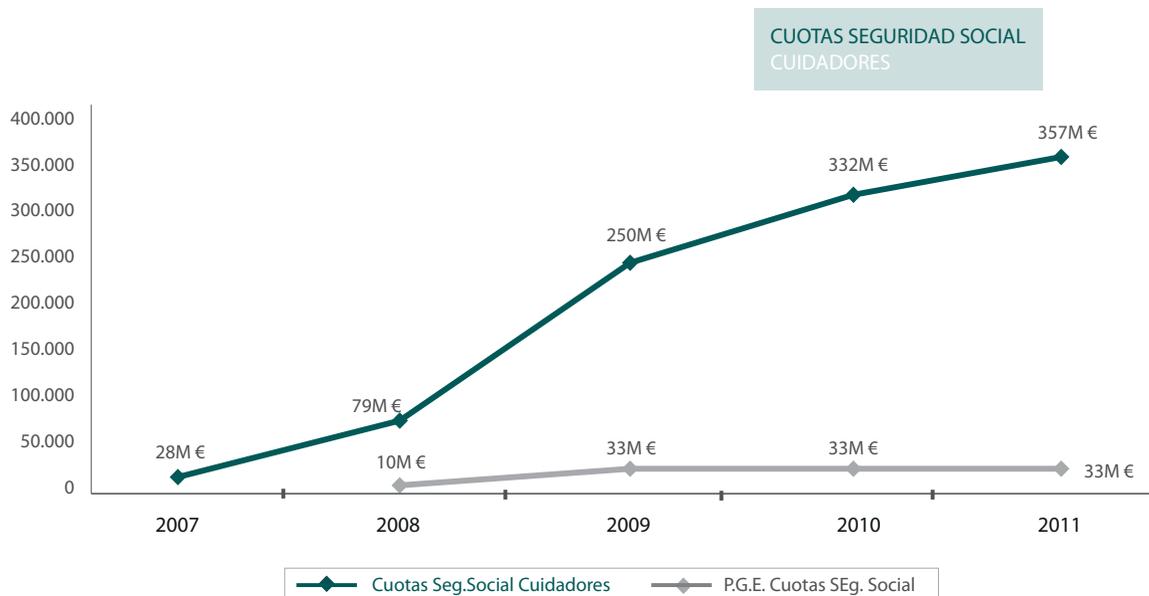
Cuidadores no profesionales por edad. Periodo 2010-Febrero 2012.



Se me ocurre hacer dos consideraciones al respecto, una sería que efectos sobre el empleo habría tenido la Dependencia si la Atención a las Personas Dependientes, lejos de realizarse a través de los más de 400.000 cuidadores familiares, se hubiese realizado a través de servicios profesionalizados. Es decir, cuánto empleo se habría generado si la mayor parte de esta atención se hubiera realizado por las entidades y empresas colaboradoras que prestan atención y desde la propia red de los servicios sociales. Y la segunda reflexión sería sí como dice la Ley la prioridad de atender a las personas es mediante servicios, y para ello deben destinarse los recursos presupuestarios, si estos 1.047 millones de euros se hubiesen destinado en vez de a estos 174.000 cuidadores a los 305.000 dependientes que estaban esperando a recibir atención, quizá la lista de espera no fuese tan numerosa.

Y por último, respecto a la transparencia en la información de los fondos públicos. No es muy buen ejemplo de transparencia presupuestar sistemáticamente 33,5 millones de euros para gastos de alta en la Seguridad Social de los cuidadores familiares conociendo que el coste real anual ascendía a más de 330 millones de euros y seguir presupuestando los 33,5 lo que se ha traducido en generar una deuda pendiente de abono a la Seguridad Social superior a los 820 millones de euros.

Evolución coste-presupuesto cuotas Seguridad Social cuidadores no profesionales (2007-2011).



Las Cuotas de Seguridad Social incluyen el importe total devengado en este periodo (1.047 M de euros) de los cuales han sido pagados 227 M de euros.

1.5 La evaluación de la financiación de la Atención a la Dependencia y de sus costes.

Como he indicado anteriormente no se ha establecido una relación entre los datos del Sistema de Información a la Dependencia, fundamentalmente estadísticos y de gestión, con los costes y la financiación de Atención a la Dependencia. Sobre el sistema de financiación se ha estado más a la controversia entre quién pone más o quién aporta más sin realmente haber determinado cuál es el coste y una vez determinado éste, que cantidades se aportan a su financiación de acuerdo con lo establecido en la Ley. Ésta dice claramente que la financiación del coste de Atención a la Dependencia debe ser mediante las aportaciones de los

beneficiarios, según su capacidad económica definida por su renta y patrimonio, y por las aportaciones públicas a través de los Presupuestos Generales del Estado y de las Comunidades Autónomas.

Quizá un aspecto difícil sobre el que tampoco se ha avanzado, desde mi punto de vista, es que la prioridad de la Atención a la Dependencia debe realizarse a través de la Red de Servicios Sociales, y nunca se han establecido unos indicadores o precios de referencia para que en base a ellos se pudiese establecer un coste de la Atención a la Dependencia mediante este tipo de servicios (ayuda a domicilio, teleasistencia, atención residencia directa e indirecta, centro de día y centro de noche) para que de forma

homogénea se determinase cuál es el coste global por estos servicios. Más fácil, en cambio, es el cálculo de la Atención a la Dependencia a través de las prestaciones económicas, al existir unas cuantías de referencia común para todos. Por último una variable importantísima y totalmente desconocida hasta la fecha, pero imprescindible para la determinación del coste y financiación de la Dependencia, es la aportación de los beneficiarios.

También es cierto que es difícil que las Comunidades Autónomas diferencien en sus presupuestos de gasto partidas específicas para Atención a la Dependencia a través de la prestación de estos servicios, directa o indirectamente, ya que en la gestión en conjunto de todos ellos se engloba la correspondiente a la Dependencia, y por tanto, los presupuestos consignan tanto unas cuantías como otras.

Otro aspecto muy importante de la financiación es la forma y criterios de repartir los fondos de los Presupuestos Generales del Estado a las Comunidades Autónomas que se ha venido haciendo sobre todo en base al número de beneficiarios y en función de su Grado de Dependencia, pero nunca se ha ponderado ni se ha tenido en cuenta la diferenciación en la atención a estos beneficiarios, es decir, si se estaban atendiendo mediante servicios profesionalizados o bien con prestaciones económicas por cuidadores familiares. Esto ha hecho que no sean las Comunidades Autónomas con mayor esfuerzo en la Atención a la Dependencia, a través de servicios de su red pública o a través de la colaboración con todas las entidades de la Red de Servicios Sociales, las que más fondos han recibido proporcionalmente. Dicho de otra manera, las Comunidades Autónomas que más servicios han venido prestando no son las

que más han recibido de los Presupuestos Generales del Estado por no existir ponderación en la atención en función de los servicios, que desde mi punto de vista podría haber sido una buena variable para primar la calidad asistencial.

Por último, del análisis de evaluación de resultados se llega a una serie de conclusiones respecto a las desviaciones por diferencias entre las previsiones iniciales anteriores a la implantación de la Ley y los resultados actuales.

Vamos hacer un primer análisis sobre la población estimada en situación de dependencia y la que existe en la realidad. De este análisis de resultados se deduce que las previsiones de las personas del total de población dependiente estimada en el conjunto nacional eran en el año 2007 de 1.173.764, a 1 de enero del 2012 la situación es de 1.500.182, es decir, 326.416 más de lo previsto inicialmente, una diferencia de un 28%.

Comparación de personas con dependencia y estimaciones del Libro Blanco.

Comunidades Autónomas	Previsión 2007	SITUACIÓN ACTUAL	DIFERENCIA	
	Estimaciones (Total)	A 1 de Enero de 2012 (Total)	Actual s/previsto	% Desviación
Andalucía	202.147	367.409	165.262	81,75%
Catalunya	181.617	258.364	76.747	42,26%
Madrid	133.695	127.063	-6.632	-4,96%
C. Valenciana	119.135	105.552	-13.583	-11,40%
Castilla y León	84.017	96.769	12.752	15,18%
Galicia	91.243	91.243	0	0,00%
País Vasco	54.544	79.776	25.232	46,26%
Castilla-La Mancha	57.860	79.608	21.748	37,59%
Murcia (Región de)	33.245	52.158	18.913	56,89%
Aragón	37.904	50.451	12.547	33,10%
Extremadura	33.692	39.463	5.771	17,13%
Canarias	39.938	33.091	-6.847	-17,14%
Asturias (Principado)	36.330	32.035	-4.295	-11,82%
Cantabria	16.695	26.093	9.398	56,29%
Balears (Illes)	23.632	25.360	1.728	7,31%
Navarra (C. Foral)	16.269	18.540	2.271	13,96%
Rioja (La)	9.041	13.935	4.894	54,13%
Ceuta y Melilla	2.762	3.272	510	18,46%
TOTAL NACIONAL	1.173.764	1.500.182	326.416	27,81%

Todas las Comunidades Autónomas excepto cuatro, han superado altamente estas previsiones respecto de la media. Si hacemos esta valoración en cuanto a la Gran Dependencia (Grado III) el número de personas dependientes estimadas era de 200.915 en el total nacional, a 1 de enero del 2012 hay 431.811 personas valoradas en Grado III de Dependencia, es decir Grandes Dependientes, 225.896 más que las inicialmente previstas, una diferencia superior al 110%.

Todas las Comunidades Autónomas en este caso superan esta media nacional, si bien es cierto que hay tres Comunidades que su desviación

respecto a la media nacional es muy considerable así, una supera el 208%, otra el 191% y una tercera el 161%. No cabe duda que esto ha tenido que influir para que la situación del nivel de dependencia en el conjunto del Estado tenga estas diferencias con respecto a nuestro entorno de la Unión Europea como ya he descrito anteriormente.

Las estimaciones en la financiación para Atención a la Dependencia se realizaron en base a esta población a atender, y si analizamos los Presupuestos Generales del Estado, sólo los Presupuestos Generales del Estado, la memoria económica de la Ley establecía que el

primer año de puesta en marcha, año 2007, se destinarían 400 millones de euros llegando al 2015 a los de 2.213 millones de euros.

Del análisis de esta financiación para el periodo 2007 a 2011 se llega a la conclusión de que las valoraciones iniciales acumuladas llegarían

a 4.764 millones de euros y para este mismo periodo los presupuestos definitivos para esta atención en los Presupuestos Generales del Estado han ascendido a 7.487 millones de euros, es decir, ha habido una diferencia en el gasto superior al valorado en 2.724 millones de euros.

Desviaciones sobre lo previsto en las aportaciones de la A.G.E. a través de los presupuestos generales del Estado (en miles de euros).

AÑOS	PREVISIÓN INICIAL (Memoria Ley P.G.E.)	APORTACIONES REALES (*) 2007/2011 P.G.E.		DESVIACIONES SOBRE LO PREVISTO			
		P. INICIALES	P. DEFINITIVOS	s/Previsiones Iniciales		s/Ptos. Definitivos	
2007	400.000	400.000	331.011	0	0,00%	-68.989	-17,25%
2008	678.685	871.000	840.189	192.315	28,34%	161.504	23,80%
2009	979.365	1.158.000	2.179.896	178.635	18,24%	1.200.531	122,58%
2010	1.160.331	1.581.000	2.172.107	420.669	36,25%	1.011.776	87,20%
2011	1.545.426	1.498.000	1.964.151	-47.426	-3,07%	418.725	27,09%
Subtotal acumulado a 2011	4.763.807	5.508.000	7.487.354	744.193	15,62%	2.723.547	57,17%
2012	1.673.885						
2013	1.876.031						
2014	2.111.572						
2015	2.212.904						
TOTAL ACUMULADO	12.638.199						

(*) Aportaciones por Nivel Mínimo, Nivel Acordado, Fondo Especial Plan E, Cuotas Seguridad Social Cuidadores Entorno Familiar y Fondo Apoyo Promoción Infraestructuras.

Las cuotas de Seguridad Social incluyen el importe total devengado en este periodo (1.047 M de euros) de los cuales han sido pagadas 227 M de euros.

La relación es clara, un aumento de población atendida respecto a las previsiones iniciales y a su vez en el mayor grado de Dependencia (Grado III), ha tenido un aumento en los recursos de los Presupuestos Generales del Estado para financiar la atención a Dependencia en este periodo.

El haber realizado por primera vez una evaluación de resultados como establecía la Ley (Disposición Final Primera) a través del Consejo Territorial de Atención a la Dependencia de forma participada y acordada entre las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado, y a su vez por los órganos consultivos del Consejo, la convierte en un

instrumento muy importante para conocer de forma transparente y con rigor los datos para realizar propuestas de mejora.

Es decir, realizar una evaluación del Sistema de la Dependencia en base a datos públicos oficiales, cómo es el Sistema de Información de la Dependencia (SISAAD), le otorga la garantía de la posibilidad de ser contrastada de forma transparente, frente a otras posibles evaluaciones parciales no con una visión global y de conjunto, y en base a datos que son difíciles de contrastar. Bien es cierto que el no haber hecho esta evaluación con anterioridad ha permitido que se haya producido otro tipo de consideraciones y análisis, pero el que haya sido el Consejo Territorial, de forma global y conjunta, además de cumplir el mandato legal, da fuerza a esta evaluación, que además de lo anterior la convierte en un instrumento fundamental para poder realizar propuestas de mejora a la vez que sirve para la planificación de necesidades y recursos del Sistema de Dependencia.

Otra reflexión a realizar a la vista de los resultados, es que la atención no se ha desarrollado prioritariamente a través de servicios profesionalizados, y tampoco las expectativas de generación de empleo se han cumplido, cabe preguntarse ¿dónde están los retornos para el Estado?, tanto en nuestro Sistema de Seguridad Social como en otro tipo de ingresos sino se ha generado la actividad económica prevista.

Dónde están los retornos de futuro, a través de la prevención, si no se ha desarrollado el contenido de “Promoción de la Autonomía Personal”.

2. PROPUESTAS DE MEJORA. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.

Voy a agrupar estas propuestas de mejora en un primer bloque con el principio y objetivo de mejora en la eficiencia, un segundo apartado dirigido a mejorar la transparencia en la información y un tercer grupo referido a los aspectos económicos y de financiación del Sistema de Dependencia.

2.1. Medidas para mejorar la eficiencia.

El primero de ellos, se refiere a **medidas para el proceso de valoración y acceso a recibir prestaciones y servicios**, que es el objetivo fundamental para las personas en situación de Dependencia. Este conjunto de medidas se han realizado para simplificar la actual estructura del proceso de valoración y clasificación de las situaciones de Dependencia, así como agilizar el acceso a las prestaciones.

Del análisis de resultados hemos sacado tres conclusiones:

- una que la Atención a las Personas Dependientes en distinto nivel del mismo grado era prácticamente la misma o sin grandes diferencias;
- otra que en los procedimientos de valoración de distinto nivel dentro de cada grado no siempre existían diferencias claras para su clasificación,
- y por último que además todo ello conlleva un consumo de recursos en tiempo y dedicación que se restan a los procedimientos para nuevas valoraciones, ya que en muchas ocasiones se realizan demasiadas solicitudes

para cambio a un nivel superior porque lleva asociado un coste en la financiación más alto.

Otro conjunto de medidas ha sido fundamentalmente **para adaptar la atención de las prestaciones y servicios a las personas dependientes a la realidad de su atención**, a través de la experiencia de 5 años. A veces la teoría estaba superando a la realidad de la atención, me refiero fundamentalmente a las intensidades en las horas del servicio de ayuda domicilio, pues se está demostrando que son más parecidas a las que indicamos en las mejoras aprobadas, que a las que realmente se están prestando.

Estos avances en adaptar a la realidad la atención a las personas en situación de Dependencia y simplificar la estructura actual junto con los efectos del nuevo baremo, que entró en vigor el pasado febrero, aprobado en el año 2011, pretenden adaptarse más a las previsiones iniciales en cuanto a población dependiente previas a la Ley así como a los países de nuestro entorno de la Unión Europea, datos a los que nos referíamos en el análisis de la evaluación.

Por otro lado se han establecido mejoras como es el hecho de ampliar la prestación económica para asistente personal a todos los grados de Dependencia.

Así mismo, se han establecido las garantías respecto a los cuidadores familiares en la Atención a las Personas Dependientes. Se trata de fijar unos requisitos que deben cumplir los cuidadores familiares, cuidadores principales, en la línea de garantizar una adecuada atención que entendemos se establece en la propia Ley.

Quiero ser muy claro a este respecto, siempre

alabaré a aquella persona que decide cuidar y atender a su familiar dependiente en el ámbito de su domicilio, de su entorno social y familiar, pero es cierto que tenemos la obligación de ayudarle y comprobar que tiene la formación y preparación para que atienda de la mejor forma posible a su familiar dependiente, a la vez de garantizar que se den las circunstancias adecuadas del entorno como, por cierto, se establece desde el inicio en la Ley.

Por ello se han establecido medidas que garantizan esta atención por los cuidadores familiares, garantías que se van a comprobar con las Comunidades Autónomas y si se cumplen los requisitos en principio continuarán con la prestación, en caso contrario tendrá que revisarse esa situación y plantearse una nueva prestación. Para los nuevos cuidadores se exigirán estos requisitos que han sido acordados desde el primer momento.

En este mismo sentido si ya existían normas y requisitos para el Grado I, ya que fue una normativa más reciente en publicarse, lo lógico y coherente es aplicar estos mismos requisitos a los Grados III y II que tenían una regulación anterior.

2.2. Medidas para mejorar la información y transparencia del Sistema de Atención a la Dependencia.

Las medidas se basan sobre todo en criterios para completar y coordinar la información del SISAAD, con el fin de mejorar el conocimiento actual y aumentar las posibilidades y datos para una mejor planificación y propuestas de mejora en el presente y en el futuro.

Además, este sistema de información de datos de gestión y estadísticas de Atención a la

Dependencia, debe mejorarse en su correlación con la necesidad de justificación para realizar las liquidaciones de pagos del Nivel Mínimo, como créditos de los Presupuestos Generales del Estado a transferir a las Comunidades Autónomas para financiación la Atención a la Dependencia. Dicho de otra manera, es bueno relacionar los datos de gestión con la corresponsabilidad de las administraciones en la documentación necesaria para que con transparencia se vea el destino y la utilización de fondos públicos tan importantes como es en este caso por su volumen, sus efectos y la relación con los beneficiarios.

Muy importante en este apartado ha sido el compromiso acordado en el Consejo Territorial de desarrollar el contenido del programa de lo que debe ser la promoción de la autonomía personal con aspectos generales para todas las personas dependientes teniendo a su vez en cuenta los aspectos concretos específicos por un lado para las personas mayores y por otro para las personas con algún tipo de discapacidad.

Desde mi punto de vista este desarrollo es imprescindible porque ha sido un apartado abandonado y que se encuentra perfectamente recogido en el Título de la propia Ley. Esto supone una actuación de prevención, la promoción de la autonomía personal con el fin de preparar a las personas y a las familias a como afrontar y anticiparse a la prevención de situaciones Dependencia o incluso a cómo realizar de forma autónoma estas situaciones de la vida diaria. Todo ello es importantísimo no sólo en el presente sino también para el futuro del Sistema de Atención a la Dependencia.

Considero además que el conjunto de estas medidas de mejora favorecen la relación y la

conexión con los Servicios Sociales ya que en su mayoría no sólo por el Catálogo de servicios coincidentes sino en las actuaciones de apoyo y prevención que en las mismas se contienen, se pueden aprovechar positivamente la experiencia y conocimiento de los Servicios Sociales.

2.3. Medidas sobre aspectos económicas y de financiación del Sistema.

El último grupo de mejoras del Sistema de Dependencia reúne los aspectos económicos y de financiación.

Me gustaría hacer una declaración previa sobre las medidas de mejora en estos aspectos puesto que deben ser analizados y explicados en su conjunto por su estrecha interrelación. Me refiero a que las medidas de ahorro en el Sistema de Dependencia tiene una incidencia directa en su reducción de coste y, a su vez, van unidas a la financiación y sus efectos en las fuentes de financiación, así como también considerar los efectos de la nueva regulación de la aportación del usuario a la financiación de los costes de la Dependencia. Por dos razones, porque el coste y la financiación como está establecido en la Ley le corresponde desde el punto de vista público a los presupuestos de las Comunidades Autónomas y a los Presupuestos Generales del Estado y, por otro lado, es necesario para determinar el conjunto de la financiación del coste de la Dependencia conocer cual es la aportación de los usuarios a esta financiación.

Quiero comenzar por la medida de carácter económico que se tomó en el Consejo Territorial, es muy importante situarla en primer lugar, ya que fue la primera medida a petición de las Comunidades Autónomas por la situación

presupuestaria de las administraciones públicas, incluida la Administración General del Estado, estoy hablando de llevar a cabo medidas de ahorro en el sistema global de la Dependencia ya en los presupuestos del año 2012. En el ánimo también, de acuerdo con las Comunidades, en que la Atención a la Dependencia la prioridad es a través de su prestación de servicios profesionalizados de la Red de Servicios Sociales, se llegó a la conclusión de acordar que la única forma posible para producir ahorro era mediante la reducción de las cuantías de la prestación económica por cuidados en el entorno familiar. El acuerdo de reducir estas cuantías en un mínimo del 15% genera directamente un ahorro, al conjunto del sistema, de 289 millones de euros al año, estimados en base a los beneficiarios de esta prestación económica de cuidados en entorno familiar en ese momento. Esta reducción de las cuantías inmediatamente lo que produce es un ahorro en los Presupuestos de gastos de las Comunidades Autónomas porque son éstas las que conceden las ayudas, pero no cabe duda que la financiación de estas ayudas no sólo es a través de los Presupuestos de las Comunidades, sino también mediante la financiación del Nivel Mínimo, que las Comunidades reciben como Ingresos procedentes de los Presupuestos Generales del Estado para esta finalidad.

En base a este sistema de financiación de aportaciones de las dos administraciones, había que repartir el ahorro entre quienes lo financian. El reparto de este ahorro entre las dos fuentes de financiación se realizó en un 65% en los Presupuestos Generales del Estado, es decir, 188 millones de euros, y el 35% restante en los Presupuestos de las Comunidades Autónomas, es decir 101 millones de euros anuales. Así se hizo porque las cuantías de las prestaciones

económicas tienen el carácter de cuantías máximas y las Comunidades Autónomas pueden reducirlas aún más, y así conseguirían un mayor ahorro en sus presupuestos. Hay que tener en cuenta, además, que la nueva aportación de los usuarios, superior a la que existe en este momento, produce a su vez, un menor coste para las Comunidades Autónomas que se suma al de la reducción mínima de las cuantías en el 15% de las prestaciones económicas.

Este tema es muy importante aclararlo porque puede entenderse que el ahorro sólo se ha producido en una de las partes pero con esta explicación, basada en el mecanismo de financiación de la Dependencia, el análisis con rigor es necesario para comprender y aclarar otras posibles interpretaciones sesgadas y de carácter interesado.

Además es importante tener en cuenta que la estimación del cálculo del ahorro para el conjunto del Sistema y, por tanto, para cada una de las fuentes de financiación, se hace sólo sobre el coste de las prestaciones económicas por cuidadores familiares, no sobre el coste global para todo el conjunto de prestaciones del Sistema de Atención a la Dependencia.

Unido a estas medidas tiene también importancia, para mantener la línea de priorizar la Atención a la Dependencia mediante servicios, respecto a las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar, que por primera vez en el reparto de los créditos de los Presupuestos Generales del Estado a las Comunidades Autónomas a través del Nivel Mínimo, se ha acordado que de forma progresiva a partir del año 2013, no se haga sólo de forma lineal por beneficiario y grado de Dependencia, sino que además se prime ponderando positivamente a

aquellas Comunidades Autónomas que en la Atención a la Dependencia la realizan a través de servicios por encima de la media nacional respecto a su atención por cuidados en el entorno familiar. El periodo progresivo comenzará en el año 2013 partiendo de un reparto del 90% como en la actualidad (por Beneficiario y Grado de Dependencia) y un inicial 10% que pondere positivamente a las Comunidades que concedan una atención mediante servicios respecto a prestaciones económicas por cuidados familiares, superior a la media, y al llegar el quinto año (2017) el reparto del Nivel Mínimo se realizará al 50% en base a beneficiarios por grado y el otro 50% con esta ponderación expuesta.

Con este conjunto de medidas económicas y de financiación se persigue un objetivo común que es intentar que a partir de este momento se produzca un trasvase de los ahorros inmediatos por la reducción de las cuantías para cuidados en entorno familiar, hacia la concesión de prestaciones de servicios para la Atención a la Dependencia. No cabe duda que no es fácil lograr este objetivo después de cinco años donde los cuidados en el entorno familiar ocupan un porcentaje muy importante en la Atención a la Dependencia. Cambiar esta tendencia no se puede conseguir de forma rápida pero no cabe duda que ha sido la que en el seno del Consejo Territorial se ha considerado como más adecuada para conseguir este objetivo.

Las Comunidades Autónomas, además de estos nuevos instrumentos para priorizar la Atención a la Dependencia, cuentan con los ahorros que se producirán a medio o largo plazo por la eliminación de acumular la retroactividad en la concesión de prestaciones económicas para cuidadores familiares, medida en la que también existe un acuerdo unánime en el conjunto del

Consejo Territorial. Con ello tienen la posibilidad, a su vez, de planificar la eliminación de las personas dependientes en espera de recibir prestación, teniendo en cuenta el mayor grado de Dependencia y el tiempo de espera acumulado.

Así mismo, para incidir en el principio de igualdad ante las mismas situaciones de las personas dependientes, se ha acordado en el Consejo Territorial una norma común de mínimos para determinar la capacidad económica, es decir, la renta y el patrimonio de las personas dependientes y su aportación a la financiación para el conjunto del territorio nacional de forma similar. Aspecto importante y de necesaria regulación tanto para cumplir el citado principio de igualdad como para aclarar y atender el mandato legal de regular la aportación de los usuarios para la financiación de la Dependencia.

Por otro lado, a los cuidadores familiares se le sigue ofreciendo la posibilidad de alta en la Seguridad Social a través del Convenio Especial pero ante la situación actual y más con el análisis realizado de lo que supone de gasto para la Administración General del Estado el abono de estas cuotas de Seguridad Social, a partir de enero deberán ser satisfechas por aquellos que voluntariamente se suscriban al citado Convenio.

Por último una medida de carácter económico, y creo que de responsabilidad del Consejo Territorial, es que establezcamos para la prestación de servicios unos precisos indicadores de referencia a los solos efectos, y no otros, de poder establecer un criterio para el cálculo del coste de los servicios de forma homogénea y similar en el conjunto del territorio nacional. De no dar este paso seguiremos estableciendo para este apartado al menos 17 costes distintos en función de lo que cada Comunidad Autónoma

establezca como costes de la prestación de los servicios. De esta manera podremos conocer el coste real del Sistema de Atención a la Dependencia de forma cierta y con transparencia y así poder establecer las aportaciones de cada una de las fuentes de financiación (Comunidades Autónomas y Presupuestos Generales del Estado), ya que además ahora dispondremos de la otra variable que es la aportación mínima de los usuarios en el conjunto del territorio nacional.

3. TIEMPO PARA EL ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS DE MEJORA Y SUS RESULTADOS.

El conjunto de propuestas de mejora que se ha realizado y explicado tienen diferentes tiempos en su aplicación. Es obvio que las medidas de ahorro inmediato (reducción del 15% de las cuantías de la prestación económica por cuidados familiares) empiezan a dar su fruto en el mes de agosto, pero bien es cierto que están calculadas sus estimaciones para su análisis en un horizonte mínimo de un año, y no es posible un análisis mínimo riguroso sólo en base al primer mes de su aplicación.

Hay una serie de medidas de carácter estructural que han modificado no sólo aspectos de la Ley sino también la propia concepción y funcionamiento siendo diferentes a lo que ha sido lo habitual en los últimos cinco años de desarrollo de la Ley. Me refiero a medidas que deben analizarse siempre a medio y largo plazo porque su modificación requiere cambios estructurales, cambios de funcionamiento y cambios también de actitud tanto por parte de las Comunidades Autónomas para su aplicación como por la propia Administración General del Estado.

Por último, en el aspecto concreto de aportación de los usuarios se produce un gran cambio respecto a lo ocurrido durante los cinco años anteriores, es decir, no se llegó a desarrollar un aspecto tan complicado y delicado de la Ley como el relativo a la aportación de los usuarios de forma homogénea y similar para todo el conjunto del territorio nacional. Este principio de igualdad va a hacer que la propia norma que ha sido aprobada en el Consejo Territorial requiera de un período de aplicación y adaptación a las nuevas situaciones para los usuarios que ya están incluidos en el Sistema.

También es cierto que la diferencia será distinta en función de cada una de las Comunidades Autónomas porque algunas sí que lo regularon pero otras no estaban realizando ninguna adaptación de la aportación del usuario a los criterios no sólo de la Ley sino del acuerdo del Consejo Territorial, incluso para algunos beneficiarios la aportación estaba siendo cero en ciertas Comunidades.

Se requerirá como mínimo un análisis de resultados y evaluación conjunta de los mismos para poder llegar a conclusiones en un plazo mínimo de un año desde la entrada en vigor de estas medidas. Realizar análisis inmediatos y antes de llegar al año produce conclusiones rápidas, erróneas y parciales.

No cabe duda que cualquier análisis o conclusión, cuando únicamente ha transcurrido un mes de las modificaciones de las propuestas de las mejoras llevadas a cabo, sólo puede llegar a conclusiones erróneas más si se hace única y exclusivamente de algunos de los aspectos y no en su conjunto. Si se analiza por separado algunos de los aspectos de forma unilateral, las conclusiones parciales siempre están abocadas

a no ser fiables al no tener un sentido de evaluación en su conjunto salvo que se busquen otros intereses específicos al realizar estas precipitadas conclusiones sobre las modificaciones y las mejoras en el sistema de la Dependencia en su conjunto.

4. CONSIDERACIONES FINALES Y ALGUNAS PROPUESTAS Y REFLEXIONES PARA SEGUIR AVANZANDO.

4.1. Consideraciones finales.

A modo de resumen quiero destacar las siguientes consideraciones con vistas a mejorar el Sistema:

- El Consejo Territorial debe ejercer su papel de líder en la coordinación y cohesión de la Dependencia.
- Es muy importante que sea el Consejo Territorial, como máximo órgano de coordinación entre las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado, y de participación con el sector, el que asuma la evaluación de resultados del Sistema de Dependencia, de forma periódica; con rigor, con datos oficiales, públicos y contrastados y de forma transparente.
- La ordenación y simplificación de procedimientos para la gestión de la Dependencia, repercutirá en la eficiencia y agilidad en la atención de las personas en situación de dependencia, priorizando a quienes más atención necesitan.
- La Atención a la Dependencia, prioritariamente a través de la Red de Servicios Sociales, consolidada en nuestro país y financiada,

ha dado mejores resultados que donde se han creado nuevas estructuras paralelas. Es muy importante apoyarse en la experiencia y conocimiento de los profesionales de los Servicios Sociales y, sobre todo, en su cercanía con las personas y las familias.

- La estructura y entramado de Grados y Niveles relacionadas con las cuantías de la financiación por la Administración General del Estado, sin ponderar el entorno de la atención mediante servicios profesionalizados, ha demostrado no ser equitativa, y además, ha conllevado un camino de revisiones en base a conseguir un nivel superior.
- Es necesario modificar los criterios de asignación de los créditos de los Presupuestos Generales del Estado a las Comunidades Autónomas, para incentivar y reconocer el mayor esfuerzo por la prestación de servicios y sus efectos en el empleo.
- Avanzar en la mejor adecuación del Catálogo de Servicios a las necesidades de atención de las personas, repercutirá directamente en una mejor calidad de vida de las personas dependientes y sus familias.
- La Prestación Económica Vinculada al Servicio es un instrumento muy adecuado para adaptar las necesidades de atención de las personas dependientes en base a su Plan Individual de Atención (P.I.A.) y los servicios para atenderlas, a la vez que facilita la posibilidad de elección por parte del beneficiario de entre las diferentes opciones que se le ofrecen.
- La utilización del Catálogo de Servicios por parte de las Comunidades Autónomas para

la Atención a la Dependencia, tiene una estrecha relación con la dotación y cobertura que existe en cada una de ellas.

- Debe avanzarse en mejorar el Sistema de Información de la Dependencia (SISAAD), para aumentar el conocimiento y datos necesarios para realizar mejoras y planificar la necesidad de recursos a nivel nacional.
- Es preciso aumentar las garantías, con más datos y documentación mínima, en el proceso de liquidación y pago del Nivel Mínimo por la Administración General del Estado a las Comunidades Autónomas, dotándole de mayor transparencia y conocimiento del coste total de la dependencia y las aportaciones a su financiación, tanto por parte de los beneficiarios, como por las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado.

4.2. Propuestas y reflexiones para seguir avanzando.

Finalmente para seguir avanzando en la atención integral a las personas que requieren atención y cuidados en el ámbito social me gustaría compartir algunas reflexiones que no sólo podrían estar en el contenido de este artículo, sino que también aprovecho para que, sobre las mismas, se pueda generar debate y opinión.

La primera de ellas sería **¿es posible un modelo común de Servicios Sociales en nuestro país?** Está claro que no es nada fácil, nuestra estructura política y administrativa ha hecho que la protección social, que bien es cierto ha avanzado mucho en nuestro país, lo haya hecho de forma diferenciada según se aprecia al analizar cada uno de los territorios de las Comunidades.

No se trata de una crítica, es un dato. No cabe duda que, por otro lado, si queremos pensar en la atención a las personas y sus familias que requieren cuidados en el ámbito social, y teniendo en cuenta que las personas se mueven por todo el territorio, fijar criterios comunes coordinados y cohesionados es fundamental para conseguir este objetivo así como para la colaboración público privada con el sector que, a su vez, puede operar en todo el territorio.

Ambos aspectos, creo, son fundamentales para el aumento y desarrollo presente y también de futuro de la protección social. Un modelo, aún siendo difícil, debiera contemplar como mínimo un Catálogo de referencia común para todo el conjunto del territorio que a su vez tenga un contenido definido y criterios similares básicos, en cuanto a la definición de este contenido.

Debe incluir un buen sistema de información común de responsabilidad pública y compartido por todos los operadores y colaboradores del Sistema y, por supuesto, con todas las administraciones públicas responsables que nos permita dar mucha mayor transparencia a nuestro Sistema de Servicios Sociales y una mejor información para conocer la realidad y así poder realizar propuestas de mejora de presente y de futuro. Además, debiera avanzarse dentro de este sistema de información con una mayor transparencia en el gasto y costes destinados a esta atención social, lo cual requeriría precios al menos indicativos de los costes de referencia para el conjunto del territorio. Esto sería como tener un sistema contable común para determinar los costes y el gasto social de forma y con criterios coordinados y cohesionados para el conjunto del territorio.

Si fuésemos capaces de definir las mismas formas de atender las necesidades de carácter social similares en el conjunto del territorio nacional, con unos criterios compartidos en su contenido reflejados en un Catálogo común y básico y con un sistema de información compartido que recoja el conjunto de actuaciones y el gasto destinado, avanzaríamos en la transparencia del Sistema de Protección Social a nivel nacional, de buena calidad logrado con el esfuerzo conjunto de toda la sociedad a lo largo del tiempo.

Mi primera conclusión al respecto es que un modelo de Servicios Sociales común para el conjunto del territorio, aún no siendo fácil, debe ser posible porque considero que es necesario.

Otra de las reflexiones a compartir para avanzar en la mejora presente y futura de la protección social, es la necesidad de una buena conexión entre los Servicios Sociales y Sistema Nacional de Salud. Conexión que a su vez debe tener como premisa previa la Prevención y Atención a la Dependencia como parte integrada en los Servicios Sociales de nuestro país.

La atención personal integral de las personas y sus familias que en algún momento de su vida requieran atención social y sanitaria nos obliga a realizar una cartera o un catálogo que de forma integral concrete y defina esta atención coordinada de forma simultánea para las personas. Actualmente se están dando pasos con la nueva cartera del Sistema Nacional de Salud y con el nuevo Catálogo de referencia de Servicios Sociales que constituirán la base para poder definir y concretar lo que podría ser la atención social y sanitaria para aquellas personas y familias que de forma paralela en algún

momento de su vida la necesiten. Definida esta cartera y su contenido, es necesario establecer el marco normativo de autorización y acreditación que recoja a su vez los requisitos y niveles para garantizar la calidad en la atención por quienes ya están preparados para cumplirlo, o lo que deben hacer los que quieran incorporarse.

Además de mejorar la atención, haremos ambos Sistemas, especialmente el Sistema Nacional de Salud, más eficientes y prestaremos mejor atención y cuidados a las personas que lo necesiten.

Otro tema importante para la reflexión es si debe desarrollarse la Disposición Adicional Séptima, denominada "Instrumentos privados para la cobertura de la Dependencia" recogida en la Ley y que establecía un plazo de seis meses para promover las modificaciones legislativas que sean precisas con un tratamiento fiscal de estos instrumentos privados para la cobertura de la Dependencia.

Todos estos aspectos son una reflexión personal y aprovecho esta oportunidad que se me brinda para escribir sobre estos temas, pero siendo consciente que cada uno de ellos por si solo o todos en su conjunto requieren de mucho debate sosegado, con rigor y conocimiento de las situaciones.

VALORACIÓN ECONÓMICA DE LAS MEDIDAS DE MEJORA DEL SISTEMA DE AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

APROBADAS POR EL REAL DECRETO 20/2012, DE 13 DE JULIO¹

CRISTINA VILAPLANA PRIETO
Universidad de Murcia y FEDEA

Sumario

1. INTRODUCCIÓN.

2. CAMBIOS INTRODUCIDOS EN LA APORTACIÓN DE LA AGE PARA EL NIVEL MÍNIMO.

3. SERVICIO DE ATENCIÓN A DOMICILIO.

4. CAMBIOS INTRODUCIDOS EN LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS.

4.1. Nuevos beneficiarios de la prestación para cuidados en el entorno familiar.

4.2. Nuevos beneficiarios de prestaciones económicas.

5. MODIFICACIÓN EN EL CONVENIO ESPECIAL EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS CUIDADORES NO PROFESIONALES.

6. CONCLUSIONES Y VALORACIÓN FINAL.

¹ Agradecimientos a la financiación recibida de los proyectos ECO2011-30323-C03-02 y ECO2011-28501.

1. INTRODUCCIÓN.

En julio 2012, el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) ha sido sometido a una doble revisión. Por una parte, después de cinco años de andadura del mismo, el Consejo Territorial del SAAD ha llevado a cabo una evaluación del mismo con objeto de asegurar su sostenibilidad y fortalecer el desarrollo de la Ley de Dependencia en todo el ámbito nacional. Por otra parte, la implementación de medidas de ajuste fiscal y de contención del gasto necesarias para cumplir con el objetivo de reducción del déficit al 6,3% del PIB en 2012, 4,5% en 2013 y 2,8% en 2014. Todos los sectores productivos se han visto afectados por este escenario de fuertes restricciones presupuestarias, incluido el SAAD. Esta doble confluencia ha dado lugar a que el Real Decreto-Ley de 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y el fomento de la competitividad, el Título III esté dedicado a las “Medidas de racionalización del sistema de dependencia”. Este Real Decreto-Ley ha venido acompañado de la Resolución de 13 de julio, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. En conjunto, las medidas aprobadas se pueden clasificar en cuatro grupos:

1. Medidas que persiguen simplificar el funcionamiento del SAAD.

- Nueva clasificación de la dependencia en sólo tres grados (grado III: gran dependencia; grado II: dependencia severa; grado I: dependencia moderada).
- Mejoras en la gestión (solicitud de inicio del procedimiento, resolución de reconocimiento de la situación de dependencia, resolución de concesión de servicios o prestaciones en

base al Programa Individual de Atención).

2. Medidas que persiguen mejorar la capacidad de análisis del funcionamiento del SAAD

- Mejora en la explotación estadística de los datos del SISAAD.
- Creación del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

3. Mejoras en las prestaciones recibidas por los beneficiarios del SAAD.

- Ampliación de la prestación de asistencia personal a todos los grados de dependencia.
- Normas para el traslado de personas en situación de dependencia reconocida a otras Comunidades Autónomas
- Para estimular la atención a las personas en situación de dependencia mediante servicios profesionalizados, se propone un reparto de los créditos de los Presupuestos Generales del Estado a las Comunidades Autónomas, que incorpore de forma progresiva una ponderación en función del número de beneficiarios y del porcentaje de prestaciones en servicios (para ponderar positivamente la prestación en servicios frente a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar).

4. Medidas de ahorro y reducción del déficit público.

- Modificación del calendario de aplicación de la Ley de Dependencia, retrasando la efectividad del derecho a las prestaciones de las personas valoradas en el Grado I, nivel 2, que no la tuvieran reconocida antes del 1 de enero de 2012, a partir del 1 de julio de 2015. Y la efectividad de las prestaciones de

las nuevas personas valoradas en el Grado I, se realizará a partir del 1 de julio de 2015.

- Revisión de los requisitos para la concesión de la prestación de cuidados en el entorno familiar.
- Normativa para determinar la capacidad económica y la aportación del beneficiario: es una nueva regulación del copago después de que la sentencia de la Audiencia Nacional (Sala de lo Contencioso-Administrativo) de 25 de febrero de 2011 declarara nula la Resolución de 2 de diciembre de 2008 de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, en el particular relativo a las previsiones que contiene sobre los criterios de participación económica del beneficiario en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Reducción del número de horas de atención a domicilio.
- Nuevas cuantías de las prestaciones económicas, que en el caso de la prestación vinculada al servicio y de asistencia personal solamente afectarán a los nuevos beneficiarios, pero en el caso de la prestación para cuidados en el entorno familiar, afecta tanto a los nuevos beneficiarios como a los que ya lo eran antes de la entrada en vigor del Real Decreto-Ley.
- Revisión del convenio especial con la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales y supresión del mismo a partir del 1 de enero de 2013.
- Nuevo nivel mínimo de protección de la Administración General del Estado.

En este artículo sólo se van a estudiar algunas de las medidas tendentes a reducir el déficit público. En particular, se procederá a efectuar una estimación del posible ahorro de recursos

mediante la comparación entre las cuantías de las diversas prestaciones antes y después de la aprobación del Real Decreto-Ley. Para ello, en la sección 2, se analiza el efecto de los cambios acaecidos en el nivel mínimo de protección garantizado por la Administración General del Estado. En la sección 3, se procede a cuantificar en términos monetarios la reducción en el número de horas de atención a domicilio. En la sección 4, se analizan las modificaciones introducidas en las prestaciones económicas, distinguiendo entre: “antiguos beneficiarios” de prestaciones para cuidados en el entorno familiar y “nuevos beneficiarios” de cualquiera de las tres prestaciones económicas. En la sección 5, se analiza el efecto de la supresión del convenio especial de la Seguridad Social de los cuidadores informales no profesionales. Por último, en la sección 6 se ofrece una valoración conjunta de las medidas de racionalización del gasto en el SAAD, así como unas conclusiones finales.

2. CAMBIOS INTRODUCIDOS EN LA APORTACIÓN DE LA AGE PARA EL NIVEL MÍNIMO.

La Disposición transitoria undécima del Real Decreto 20/2012, de 13 de julio, ha aprobado unas nuevas cuantías en concepto de nivel mínimo de protección de la Administración General del Estado (AGE) para aquellos beneficiarios que ya tuvieran reconocido el grado y nivel de dependencia en el momento de la entrada en vigor de este Real-Decreto Ley. La Tabla 1 muestra la comparación entre las aportaciones del nivel mínimo para cada grado y nivel. En promedio, todas se han reducido un 13,2%.

Tabla 1. Comparación de la aportación de la AGE en concepto de nivel mínimo de protección.

	Aportación Administración General del Estado (euros/mes)		
	Antes R.D.-Ley	Después R.D.-Ley	Variación (%)
Grado III. Nivel 2	266,57	231,28	-13,24
Grado III. Nivel 1	181,26	157,26	-13,24
Grado II. Nivel 2	103,02	89,38	-13,24
Grado II. Nivel 1	70,70	61,34	-13,24
Grado I. Nivel 2	60,00	52,06	-13,23

Fuente: Elaboración propia a partir del Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, y del Real Decreto 569/2011, de 20 de abril, por el que se determina el nivel mínimo de protección garantizado a las personas beneficiarias del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para el ejercicio 2011.

A la fecha de 1 de septiembre de 2012, 1.037.370 personas habían recibido su valoración de dependencia. Multiplicando el número de beneficiarios (de cada grado y nivel) por el nivel mínimo mensual (antes y después del Real Decreto Ley) se obtiene que, en términos

anuales, la financiación del nivel mínimo ha pasado de 1.634 millones de euros a 1.418 millones de euros, lo que supone una reducción de 216 millones de euros al año (una reducción del 13% respecto al coste inicial).

Tabla 2. Estimación del coste derivado del nivel mínimo de protección.

	Nivel mínimo Aportación de la AGE		Números de beneficiarios 1-09-2012	Producto (nivel*beneficiario)	
	Antes RD	Después RD		Antes RD-Ley	Después RD-Ley
Grado III. Nivel 2	266,57	231,28	158.511	42.254.277	36.660.424
Grado III. Nivel 1	181,26	157,26	250.000	45.315.000	39.315.000
Grado II. Nivel 2	103,02	89,38	185.166	19.075.801	16.550.137
Grado II. Nivel 1	70,70	61,34	276.682	19.561.417	16.971.674
Grado I. Nivel 2	60,00	52,06	167.011	10.020.660	8.694.593
Total (mes)			1.037.370	136.227.156	118.191.828
Total (año)				1.634.725.871	1.418.301.932
Ahorro con el Real Decreto 20/2102, de 13 de julio					216.423.939

Fuente: Elaboración propia a partir de estadística de 1 de septiembre del SAAD.

3. SERVICIO DE ATENCIÓN A DOMICILIO.

La Resolución de 13 de julio de 2012 ha aprobado un cambio en el número de horas mensuales de Atención a Domicilio, de manera que para las personas que a la entrada en vigor de dicha Resolución ya tuvieran reconocido el

grado y nivel de dependencia, la intensidad de la ayuda a domicilio pasará a ser la que viene recogida en la Tabla 3. Como se observa, mientras que antes una personas valorada como gran dependiente de nivel 2, recibía entre 70 y 90 horas al mes de atención a domicilio, ahora pasa a recibir entre 56 y 70 horas al mes. Si consideramos el punto medio de cada intervalo de

horas y calculamos la variación antes-después de la entrada en vigor de la Resolución, se aprecia una reducción de en torno al 20% en el número de horas para grandes dependientes y

dependientes severos de nivel 2, del 28% para dependientes severos de nivel 1 y del 60% para dependientes moderados de nivel 2.

Tabla 3. Comparación de las horas mensuales de Atención a Domicilio.

	Antes		Ahora (Resolución 13-7-2012)		Variación (%) entre puntos medios
	Hora/mes	Horas promedio	Hora/mes	Horas promedio	
Grado III. Nivel 2	70-90	80	56-70	63	-21,25
Grado III. Nivel 1	55-70	62,5	46-55	50	-20,00
Grado II. Nivel 2	40-55	47,5	31-45	37,5	-21,05
Grado II. Nivel 1	30-40	35	21-30	25	-28,57
Grado I. Nivel 2	21-30	25	Máx. 20	10	-60,00

Fuente: Elaboración a partir de la Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia y del Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.

Para valorar el impacto de este cambio en el número de horas, se ha procedido a obtener la distribución del número de beneficiarios de Atención a Domicilio a fecha 1 de septiembre

de 2012 de acuerdo con la información disponible de la distribución de los mismos por niveles y grados de dependencia, tal y como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de las prestaciones de ayuda a domicilio por grado y nivel de dependencia.

	Distribución porcentual de prestaciones para ayuda a domicilio (1-1-2012)	Número de prestaciones de ayuda a domicilio (1-9-2012)
Grado III. Nivel 2	11,84	52.105
Grado III. Nivel 1	22,97	101.044
Grado II. Nivel 2	20,21	88.904
Grado II. Nivel 1	35,99	158.341
Grado I. Nivel 2	8,99	39.547
Total	100,00	439.940

Fuente: Elaboración propia a partir de "Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre 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" y de datos estadísticos del SAAD (1-9-2012).

En la Tabla 5 se ha calculado el coste total de horas antes y después de la reforma. Para ello se ha multiplicado el número de horas promedio por el número de beneficiarios por grado y nivel de dependencia. Suponiendo constantes los 439.940 beneficiarios de atención a domicilio, la entrada en vigor de la Resolución de 13 de julio de 2012 implica que, en términos anuales, el número de horas proporcionadas se reduce de 254,8 millones a 192,2 millones de horas (reducción de 62,5 millones de horas).

Para obtener una valoración monetaria de las mismas es necesario aplicar un precio por hora de atención a domicilio. La propia Reso-

lución de 13 de julio de 2012, ha aprobado un precio de referencia de 14 euros/hora para servicios relacionados con la atención personal y de 9 euros/hora para servicios relacionados con la atención a las necesidades domésticas o del hogar. No hay información disponible sobre cómo se reparte actualmente el tiempo entre cuidados personales y tareas domésticas, de manera que se ha optado por aplicar un precio promedio de 11,5 euros/hora. En términos anuales, el coste de la atención a domicilio disminuye de 2.930 millones de euros a 2.211 millones de euros, lo que supone un ahorro de 719,5 millones de euros o del 24,55% respecto al coste inicial.

Tabla 5. Estimación del coste en Atención a Domicilio antes y después de la Resolución de 13-7-2012.

• **Antes de la Resolución de 13 de julio de 2012.**

	Intervalo de horas	Horas promedio	Número de prestaciones de ayuda a domicilio (1-9-2012)	Número total de horas	Coste promedio de horas
Grado III. Nivel 2	70-90	80	52.105	4.168.409	47.936.701
Grado III. Nivel 1	55-70	62,5	101.044	6.315.250	72.625.371
Grado II. Nivel 2	40-55	47,5	88.904	4.222.928	48.563.672
Grado II. Nivel 1	30-40	35	158.341	5.541.919	63.732.066
Grado I. Nivel 2	21-30	25	39.547	988.665	11.369.651
Total (mes)			439.940	21.237.171	244.227.461
Total (año)				254.846.046	2.930.729.530

• **Con la Resolución de 13 de julio de 2012 (para las personas que ya tenían reconocido el grado y nivel de dependencia).**

	Intervalo de horas	Horas promedio	Número de prestaciones de ayuda a domicilio (1-9-2012)	Número total de horas	Coste promedio de horas
Grado III. Nivel 2	56-70	63	52.105	3.282.622	37.750.152
Grado III. Nivel 1	46-55	50	101.044	5.052.200	58.100.297
Grado II. Nivel 2	31-45	37,5	88.904	3.333.891	38.339.741
Grado II. Nivel 1	21-30	25	158.341	3.958.513	45.522.905
Grado I. Nivel 2	Máx. 20	10	39.547	395.466	4.547.860
Total (mes)			439.940	16.022.692	184.260.955
Total (año)				192.272.300	2.211.131.454
Ahorro con el Real Decreto 20/2102, de 13 de julio				62.573.746	719.598.076

Fuente: Elaboración propia a partir del Resolución de 13 de julio de 2012. (artículo 1).

Para calcular el coste de la atención a domicilio se ha utilizado el promedio entre 14 euros/hora para cuidados personales y 9 euros/hora para tareas domésticas. Estos precios han sido establecidos en la presente Resolución. (Otros servicios del catálogo. Pág. 55672).

4. CAMBIOS INTRODUCIDOS EN LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS.

4.1. Nuevos beneficiarios de la prestación para cuidados en el entorno familiar.

La Disposición Transitoria Décima del Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, ha establecido una modificación en la cuantía de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar para las personas que eran beneficiarias de dicha prestación con anterioridad a la entrada en vigor de este Real Decreto-Ley. En

cambio, las personas que ya eran beneficiarias de una prestación económica vinculada al servicio o de asistencia personal con anterioridad a la entrada en vigor de este Real Decreto-Ley, no verán modificada la cuantía de las prestaciones recibidas.

La Tabla 6 muestra la cuantía de la prestación para cuidados en el entorno familiar antes y después del Real Decreto-Ley. Las nuevas prestaciones son aproximadamente un 15% inferiores para todos los grados y niveles de dependencia.

Tabla 6. Comparación cuantía de la prestación para cuidados en el entorno familiar.

Prestación para ciudadanos en el entorno familiar (euros/mes)			
	Antes R.D.-Ley	Después R.D.-Ley	Variación (%)
Grado III. Nivel 2	520,69	442,49	-15,02
Grado III. Nivel 1	416,68	354,43	-14,94
Grado II. Nivel 2	337,25	286,66	-15,00
Grado II. Nivel 1	300,90	255,77	-15,00
Grado I. Nivel 2	180,00	153,00	-15,00

Fuente: Elaboración propia a partir del Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, y del Real Decreto 570/2011, de 20 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y se establecen las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2011.

Para valorar el ahorro que supone este cambio es necesario aplicar la cuantía de la prestación al número de beneficiarios por grado y nivel de dependencia. Para ello se ha utilizado el informe "Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre 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" proporciona datos sobre la distribución porcentual de cada

una de las prestaciones por grados de dependencia. Se ha supuesto que esta distribución se ha mantenido constante y se han aplicado estos porcentajes al dato más reciente de prestaciones para cuidados en el entorno familiar correspondiente a 1 de septiembre de 2012 (439.940 prestaciones).

Tabla 7. Distribución de las prestaciones para cuidados en el entorno familiar por grado y nivel de dependencia.

	Distribución porcentual de prestaciones para cuidados en el entorno familiar (1-1-2012)	Número de prestaciones para cuidados en el entorno familiar (1-9-2012)
Grado III. Nivel 2	18,39	80.909
Grado III. Nivel 1	29,54	129.962
Grado II. Nivel 2	21,59	94.977
Grado II. Nivel 1	28,45	125.150
Grado I. Nivel 2	2,03	8.943
Total	100,00	439.940

Fuente: Elaboración propia a partir de “Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre 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” y de datos estadísticos del SAAD (1-9-2012)

A continuación se calcula el producto del número de beneficiarios por la cuantía de cada prestación, antes y después de la aprobación del Real Decreto-Ley. Si se hubieran mantenido las anteriores cuantías, el coste anual de las prestaciones para cuidados en el entorno familiar

hubiera ascendido a algo más de 2 mil millones de euros. Con la reducción del 15% en la cuantía de las prestaciones, el nuevo coste es de 1,7 mil millones de euros, es decir, se consigue un ahorro de 301 millones de euros.

Tabla 8. Estimación del coste derivado de las prestaciones para cuidados en el entorno familiar (antes y después del Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio).

	Coste prest. cuidados entorno familiar (Antes R.D.-Ley)	Coste prest. cuidados entorno familiar (Después R.D.-Ley)
Grado III. Nivel 2	42.128.468	35.801.390
Grado III. Nivel 1	54.152.396	46.062.287
Grado II. Nivel 2	32.030.997	27.226.110
Grado II. Nivel 1	37.657.487	32.009.490
Grado I. Nivel 2	1.609.734	1.368.274
Total (mes)	167.579.081	142.467.550
Total (año)	2.010.948.976	1.709.610.601
Ahorro con el Real Decreto 20/2102, de 13 de julio		301.338.375

Fuente: Elaboración propia.

4.2. Nuevos beneficiarios de prestaciones económicas.

La Disposición transitoria décima del Real Decreto 20/2012, de 13 de julio, ha establecido unas nuevas cuantías para las prestaciones económicas para los solicitantes de reconocimiento

de la situación de dependencia con anterioridad a la entrada en vigor de este Real Decreto-Ley respecto de los que no exista resolución administrativa de reconocimiento de grado y/o reconocimiento de prestaciones, así como a los nuevos solicitantes. La Tabla 9 muestra la

comparación de las cuantías antes y después de la entrada en vigor de este Real Decreto-Ley. Aunque ahora ya solo haya tres grados de dependencia, a efectos de la comparación se ha mantenido una clasificación hipotética en grados y niveles.

- La nueva prestación vinculada al servicio es inferior a la que antes tenían los grandes dependientes de nivel 2 (-14,26%), pero superior a la de los de nivel 1 (+14,33%). Lo mismo ocurre para los dependientes severos: la nueva prestación es inferior en comparación con los que antes eran de nivel 2 (-7,80%) y superior para los de nivel 1 (6,21%).

- En el caso de la prestación para cuidados

en el entorno familiar, se ha producido una reducción de la cuantía de las prestaciones para todos los niveles. Por ejemplo: la prestación que hubiera recibido el cuidador de una persona valorada como gran dependiente de nivel 2 se ha reducido un 25% con esta modificación.

- En cuanto a la prestación para asistencia personal, es indudable que va a suponer una gran mejora para aquellos beneficiarios (dependientes severos o moderados) que antes no tenían acceso a la misma. En cambio, para una persona que antes hubiera sido valorada como gran dependiente de nivel 2, la nueva prestación es un 14,26% inferior.

Tabla 9. Comparación de las cuantías de las prestaciones económicas para nuevos beneficiarios.

	R.D.-Ley	R.D.Ley	(%)
Grado III. Nivel 2	833,96	715,07	-14,26
Grado III. Nivel 1	625,47	715,07	14,33
Grado II. Nivel 2	462,18	426,12	-7,80
Grado II. Nivel 1	401,20	426,12	6,21
Grado I. Nivel 2	300,00	300,00	0,00
P. cuidados en el entorno familiar			
	Antes R.D.-Ley	Después R.D.-Ley	Variación (%)
Grado III. Nivel 2	520,69	387,64	-25,55
Grado III. Nivel 1	416,68	387,64	-6,97
Grado II. Nivel 2	337,35	268,79	-20,30
Grado II. Nivel 1	300,90	268,79	-10,67
Grado I. Nivel 2	180,00	153,00	-15,00
P.asistencia personal			
	Antes R.D.-Ley	Antes R.D.-Ley	Antes R.D.-Ley
Grado III. Nivel 2	833,96	715,07	-14,26
Grado III. Nivel 1	625,47	715,07	14,33
Grado II. Nivel 2		426,12	
Grado II. Nivel 1		426,12	
Grado I. Nivel 2		300,00	

Fuente: Elaboración propia a partir de las cuantías de las prestaciones económicas para nuevos beneficiarios (Disposición transitoria décima del Real Decreto 20/2012, de 13 de julio) y del Real Decreto 570/2011, de 20 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y se establecen las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2011.

Para valorar en términos monetarios la modificación en la cuantía de las prestaciones económicas, se ha tomado como referencia la variación en el número de beneficiarios entre el 1 de septiembre de 2011 y el 1 de septiembre de 2012, y así poder utilizar los últimos datos disponibles. En el último año, el número de prestaciones vinculadas al servicio ha aumentado en 7.337, el número de prestaciones para cuidados en el entorno familiar ha aumentado en 25.252 y el número de prestaciones de asistencia personal ha aumentado en 273. Para

obtener la distribución por grados de dependencia, que no se encuentra disponible en las estadísticas mensuales, se ha utilizado la distribución porcentual ofrecida por el informe "Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre 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". Se ha realizado el supuesto de que dicha distribución se ha mantenido constante entre el 1 de enero de 2012 y el 1 de septiembre de 2012.

Tabla 10. Estimación por grados de dependencia de nuevos beneficiarios de prestaciones económicas durante el último año.

	Distribución porcentual del número de beneficiarios de prestaciones económicas			Incremento en el número de beneficiarios 1-9-2011 a 1-9-2012		
	P. vinculada al servicio	P. cuidados en el entorno familiar	P. asistencia personal	P. vinculada al servicio	P. cuidados en el entorno familiar	P. asistencia personal
Grado III. Nivel 2	24,85	18,39	32,34	1.824	4.644	88
Grado III. Nivel 1	36,97	29,54	67,66	2.713	7.460	185
Grado II. Nivel 2	16,74	21,59	0,00	1.228	5.452	0
Grado II. Nivel 1	17,96	28,45	0,00	1.318	7.183	0
Grado I. Nivel 2	3,47	2,03	0,00	255	513	0
Total	100,00	100,00	100,00	7.337	25.252	273

Fuente: La distribución porcentual del número de beneficiarios se ha obtenido del "Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre 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". El incremento en el número de beneficiarios entre 1-9-2011 y 1-9-2012 se ha obtenido a partir de información estadística del SAAD.

La Tabla 11 se compone de dos partes. En la izquierda se ha calculado el coste de las prestaciones económicas, si hipotéticamente continuaran siendo las mismas durante el año 2013 y suponiendo que los nuevos beneficiarios que se incorporaran al sistema fueran los referenciados en la Tabla 10. En la parte derecha de la Tabla 11, se ha calculado un coste alternativo asumiendo las nuevas cuantías en las prestaciones económicas y el mismo incremento en el número de beneficiarios. Aunque hay que ser cauteloso, debido a las supuestos introducidos, parece que de todas las medidas estudiadas, ésta es la que conllevaría un menor ahorro de

recursos, ya que solamente se ahorrarían 17,4 millones de euros en concepto de prestaciones para cuidados en el entorno familiar. En cambio, debido al aumento las prestaciones vinculadas al servicio y de asistencia personal para personas que antes hubieran sido valoradas como "grandes dependientes de nivel 1" y ahora solamente como "grandes dependientes", las modificaciones introducidas conllevan un incremento de 177.768 euros/año en prestaciones para cuidados en el entorno familiar y de 72.643 euros/año en prestaciones de asistencia personal.

Tabla 11. Comparación del coste anual derivado de las prestaciones económicas a nuevos beneficiarios antes y después del Real Decreto.

	Cuantía de las prestaciones antes del Real Decreto-Ley			Cuantía de las prestaciones después del Real Decreto-Ley		
	P. vinculada al servicio	P. cuidados en el entorno familiar	P. asistencia personal	P. vinculada al servicio	P. cuidados en el entorno familiar	P. asistencia personal
Grado III. Nivel 2	18.249.364	29.017.450	883.545	15.647.720	21.602.728	757.586
Grado III. Nivel 1	20.361.457	37.299.349	1.386.381	23.278.282	34.699.817	1.584.983
Grado II. Nivel 2	6.811.406	22.062.465	0	6.279.970	17.583.899	0
Grado II. Nivel 1	6.343.588	25.937.906	0	6.737.612	23.169.989	0
Grado I. Nivel 2	917.481	1.108.760	0	917.481	942.446	0
Total (año)	52.683.297	115.425.930	2.269.926	52.861.065	97.998.879	2.342.569
Ahorro con el Real Decreto 10/2102, de 13 de julio						
P. vinculada al servicio		-177.768				
P. cuidados en entorno familiar		17.427.051				
P. asistencia personal		-72.643				

Fuente: Elaboración propia a partir de las cuantías de las prestaciones económicas para nuevos beneficiarios (Disposición transitoria décima del Real Decreto 20/2012, de 13 de julio) y del Real Decreto 570/2011, de 20 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y se establecen las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2011.

5. MODIFICACIÓN EN EL CONVENIO ESPECIAL EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS CUIDADORES NO PROFESIONALES.

La Disposición transitoria décimo tercera del Real Decreto 20/2012, de 13 de julio, ha establecido que los convenios especiales en el Sistema de la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales se extinguirán el día 31 de agosto de 2012, salvo que el suscriptor solicite expresamente el mantenimiento de dicho convenio con anterioridad al 1 de noviembre de 2012. En este caso, se entenderá que el convenio continúa vigente desde el día 1 de septiembre de 2012. La cotización a la Seguridad Social tendrá una reducción del 10%, de forma que el 90% restante se repartirá de la siguiente forma: 5% a cargo de la Administración General del Estado y 85% cargo del cuidador no profesional. De todas formas, a partir del día

1 de enero de 2013, el convenio especial será a cargo exclusivamente del cuidador no profesional.

Para valorar el impacto de esta reforma se ha seguido el mismo procedimiento que en los casos anteriores. Se ha utilizado la distribución porcentual de las prestaciones para cuidados en el entorno familiar, y se ha supuesto que es la misma distribución que la de las personas atendidas por cuidadores no profesionales que han suscrito el convenio especial con la Seguridad Social. De esta forma, se obtiene la distribución de los 177.348 cuidadores no profesionales que habían suscrito el convenio a fecha 1 de septiembre de 2012-

Tabla 12. Distribución de las prestaciones para cuidados en el entorno familiar por grado y nivel de dependencia.

	Distribución porcentual de prestaciones para cuidados en el entorno familiar (1-1-2012)	Número cuidadores no profesionales que han suscrito el convenio (1-9-2012)
Grado III. Nivel 2	18,39	32.616
Grado III. Nivel 1	29,54	52.390
Grado II. Nivel 2	21,59	38.287
Grado II. Nivel 1	28,45	50.450
Grado I. Nivel 2	2,03	3.605
Total	100,00	177.348

Fuente: Elaboración propia a partir de “Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre 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” y de datos estadísticos del SAAD (1-9-2012).

A continuación se ha estimado el coste para la Administración General del Estado y para los propios cuidadores derivado de la implantación de esta medida. Como el Real Decreto-Ley establece un periodo de transición (4 meses, de septiembre a diciembre de 2012) durante el cual los cuidadores no profesionales pueden manifestar su voluntad de continuar con el convenio, aceptando el pago del 85% de la cuota, se ha supuesto que todos los cuidadores optarían por esta posibilidad. De tal manera, las cifras obtenidas se pueden interpretar como un umbral máximo de lo que costará este periodo de transición, hasta que definitivamente desaparezca el convenio a partir del 1 de enero de 2013.

Multiplicando la cuota mensual a la Seguridad Social por el número de cuidadores no profesionales (para cada grado y nivel), por 4 meses y por 0,05 se obtiene que el coste para la Administración General del Estado es de 5,6 millones de euros. Por otra parte, multiplicando la cuota mensual por el número de cuidadores por 4 meses y por 0,85 se obtiene que

el coste para los propios cuidadores es de 95,8 millones de euros.

En el caso contrafactual de que continuase el convenio durante el año 2013 y la Administración General del Estado fuese responsable del 100% de las cuotas, se ha estimado que debería afrontar un gasto de 338 millones de euros.

Tabla 13. Estimación de las cuotas a la Seguridad Social durante el periodo 1-9-2012 a 31-12-2012 e hipotéticamente durante el año 2013.

	Cuota mensual Seguridad Social	Aportaciones del 1-9-2012 al 31-12-2012		Lo que hubiera debido pagar la AGE en 2013
		Administración General del Estado 5% de la cuota	Cuidadores no profesionales 85% de la cuota	
Grado III. Nivel 2	160,54	1.047.231	17.802.928	62.833.865
Grado III. Nivel 1	160,54	1.682.136	28.596.313	100.928.163
Grado II. Nivel 2	160,54	1.229.319	20.898.423	73.759.141
Grado II. Nivel 1	160,54	1.619.852	27.537.478	97.191.100
Grado I. Nivel 2	82,27	59.318	1.008.405	3.559.075
Total		5.637.856	95.843.547	338.271.344

Fuente: Elaboración propia a partir del Real Decreto 20/2012, de 13 de julio, y de Real Decreto 570/2011, de 20 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y se establecen las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2011.

6. CONCLUSIONES Y VALORACIÓN FINAL.

Para tener una idea global del ajuste conseguido con el Real Decreto 20/2012, de 13 de julio, en la Tabla 14, se recoge el volumen de ahorro de recursos derivado de la implementación

de cada una de las medidas estudiadas. Cada uno de los conceptos mide el cambio introducido en relación con la situación previa en términos anuales. El ahorro estimado asciende a casi 1.600 millones de euros (0,14% del PIB a precios de mercado de 2011).

Tabla 14. Ahorro de recursos (euros/año) derivado de las medidas de ajuste aprobadas por el Real Decreto 20/2012, de 13 de julio.

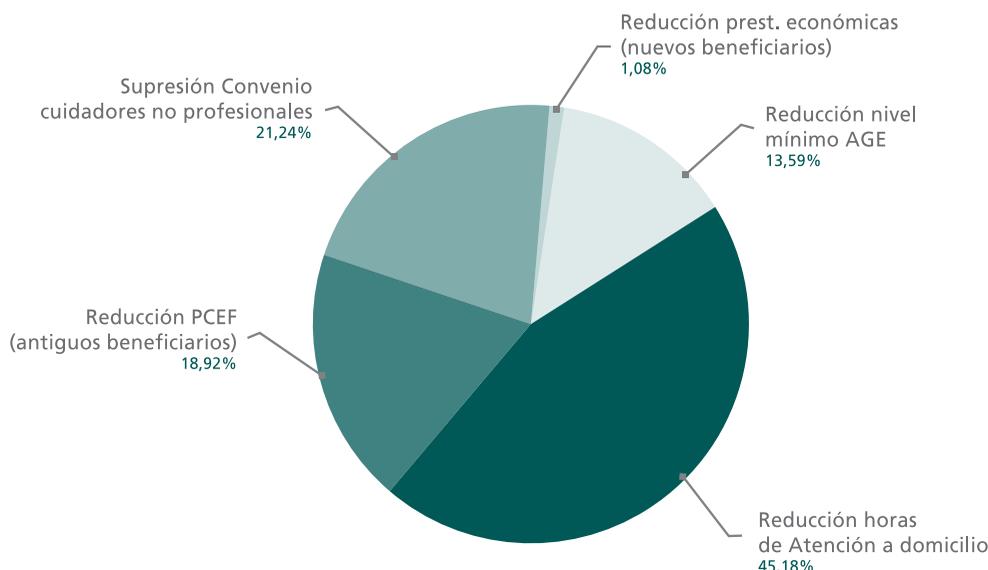
Reducción en el nivel mínimo	216.423.939
Reducción horas de Atención a Domicilio	719.598.076
Prestaciones económicas:	
(1) P. cuidados en el entorno familiar (antiguos beneficiarios)	301.338.375
(2) P. vinculada al servicio (nuevos beneficiarios)	-177.788
(3) P. cuidados en el entorno familiar (nuevos beneficiarios)	17.427.051
(4) P. asistencia personal (nuevos beneficiarios)	-72.643
Convenio Especial Seguridad Social cuidadores no profesionales	338.271.344
Total Ahorro con el Real Decreto 20/2102, de 13 de julio	1.592.808.374

Fuente: Elaboración propia. El signo (+) quiere decir que con las medidas del Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio, se consigue un ahorro de recursos, mientras que el signo (-) quiere decir que lo que se produce es un mayor gasto.

Por otro lado, y para una mejor visualización, el Gráfico 1 muestra el reparto porcentual de cada una de las medidas de ajuste. El mayor ahorro de recursos proviene de la reducción de horas de atención a domicilio (45,18%), seguido por la supresión del Convenio Especial

de los cuidadores no profesionales (21,24%) y de la reducción para antiguos beneficiarios de la prestación para cuidados en el entorno familiar (18,92%). Estas tres medidas agrupan el 85,34% del ahorro de recursos.

Gráfico 1. Distribución porcentual del ahorro conseguido con el Real Decreto 20/2012, de 13 de julio.



Fuente: Elaboración propia.

A tenor de los resultados expuestos es evidente, que el Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, puede conseguir un considerable ahorro de recursos. Hay aspectos como la nueva forma de cálculo de la contribución del usuario, con reglas explícitas referentes a la valoración de la capacidad económica (renta más patrimonio), o como el reparto del nivel mínimo de protección en función del número de beneficiarios y del porcentaje de prestaciones en servicios concedidos en cada comunidad autónoma que no se han tratado en este capítulo, pero que también merecen un análisis detallado. Tampoco se ha valorado si la introducción de

estas medidas de racionalización del gasto, en especial la supresión del convenio de cuidadores no profesionales y la reducción del número de horas de atención a domicilio, van a afectar de forma negativa al bienestar de las personas en situación de dependencia. En principio, la idea de que el SAAD vuelva a sus orígenes, es decir, a un sistema que prime la prestación en servicios por encima de las prestaciones económicas, debe redundar en una mejora colectiva: tanto para el beneficiario porque puede recibir atención de un cuidador profesional, como para las perspectivas de generación de empleo en el sector sociosanitario.

La prestación para cuidados en el entorno familiar no debiera haberse convertido en una “subvención” al cuidador informal (que en muchos casos puede que esté demandando otro tipo de ayuda, como un centro de día o un servicio de respiro, por verse absolutamente desbordado o agotado), ni tampoco debería ser un “refugio” frente a una situación de desempleo. Es evidente que la reducción en horas de Atención a Domicilio puede suponer un menoscabo en el bienestar de los beneficiarios, si no existe otra vía de compensación (por ejemplo: fomento de la autonomía personal, servicios de respiro). Por otra parte, y a la hora de obtener una perspectiva global también habría que tener en cuenta si la reducción

de costes, puede redundar en un aumento del bienestar de los contribuyentes, vía disminución de impuestos. En definitiva, se trata de un engranaje muy complejo que requiere de una gran precisión en la implantación de todas las medidas, cumplimiento de los plazos previstos y una gran colaboración por parte de todos los agentes implicados (AGE, Comunidades Autónomas, Consejo Territorial de Servicios Social y del SAAD). No se debe olvidar nunca que, más allá de la racionalización del gasto, el eje de cualquier política social, y más aún las relacionadas con las situaciones de dependencia, debe ser la persona, el ser humano en toda su dimensión, física y psíquica.

COORDINACIÓN ENTRE EL SISTEMA SANITARIO Y LOS SERVICIOS SOCIALES; UNA SENDA DEFINIDA COMO PARTE DE LA SOLUCIÓN

EMILIO HERRERA MOLINA

Director General de Enterprising Solutions for Health

Sumario

1. LA COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA COMO MEDIDA EFICIENTE EN LA QUE INVERTIR.
2. ELEMENTOS FACILITADORES, DIFICULTADES Y RETOS PARA LA COORDINACIÓN SANITARIA Y SOCIAL. RESUMEN DE MEDIDAS CONCRETAS.
3. CUIDADOS INTEGRADOS Y COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA: TABÚES APARTE, UNA OPCIÓN QUE NO DEBE DEMORARSE.
4. ANEXOS.
5. BIBLIOGRAFÍA.

1. LA COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA COMO MEDIDA EFICIENTE EN LA QUE INVERTIR.

Desde un concepto amplio, un sistema de promoción de la salud y el bienestar, sin duda rebasa con creces al clásico concepto de la asistencia sanitaria. Si construir un sistema de protección social adecuado, requiere incidir en variables desde diferentes frentes y sectores complementarios para la mejora de la salud pública (concepto de la horizontalización de las políticas de salud, Oliva, González, Ortún), el ámbito de la atención a la dependencia debe ser la primera de las primeras fichas a mover para permitir la reorganización que apunte la reestructuración social a la que el cambio sociodemográfico y epidemiológico nos llevan. Como se ha publicado, los recortes sociales pueden llegar a influir incluso más negativamente en la salud de la población que los recortes en el propio sistema sanitario (Stuckler 2010). Y esto a su vez, tener las primeras consecuencias para disminuir la productividad social.

Dicho de otro modo, para poder alcanzar un modelo social productivo capaz de hacer frente a la dura realidad económica en la que estamos inmersos, necesitamos una estructura social sustentada en unos pilares firmes, capaces de atender de manera suficiente las necesidades primarias de sus ciudadanos.

Las diferentes estimaciones sobre la envergadura del problema de la enfermedad crónica, señalan que origina más del 60% de las muertes a nivel mundial (enfermedades no transmisibles y desórdenes mentales), que en el 2020 las enfermedades crónicas serán primera causa de discapacidad en el mundo, o que en el Sistema Nacional de Salud en España suponen

el 80% de las consultas de atención primaria (AP) y un 60% de ingresos hospitalarios. Más del 50% de las camas hospitalarias están ocupadas por mayores de 65 años, y el consumo farmacéutico de la enfermedad crónica supera el 50% del gasto total. La atención a personas con enfermedad crónica y dependencia, lejos de ser una cuestión marginal en la escala de valores, significa una de las claves primeras a solucionar para que la nueva organización social se pueda mantener. Este argumento ha pasado de ser sólo una cuestión de ética solidaria para la protección de los más débiles, a encabezar las obligaciones de gestión de unos sistemas que ven como la mayor parte del gasto socio-sanitario, se acumula en los últimos meses de la vida de las personas cuando la enfermedad se hace más patente, requiere más intervenciones y necesita más apoyo para cubrir sus necesidades sociales y las de sus cuidadores. Si es en estas situaciones de necesidades crecientes, en las que los sistemas sanitario y social se gastan la gran mayoría de sus presupuestos (enfermedades crónicas avanzadas, último año de vida y situaciones de gran dependencia) de las partidas que a su vez suponen casi el 50% (alrededor de 2200 M de euros/millón de habitantes/año) del total de los presupuestos públicos, parece lógico entender, que la solución del problema no puede partir de dejar de atenderlo.

Muy al contrario, se trata por tanto de: 1º) invertir en medidas de salud horizontales para partir de un sistema de protección social capaz de fomentar nuestra capacidad de producir; 2º) disminuir (“desinvertir”) decididamente en aquellos servicios de escaso valor añadido y alto coste que han venido añadiéndose al sistema de servicios públicos en tiempos de malentendida “bonanza”; y 3º) de diseñar sistemas complementarios que empasten entre sí,

cumpliendo la doble misión de atender mejor y más integralmente a las personas generando sinergias, evitando desatención de necesidades perentorias, evitando duplicidades y aumentando la productividad.

En este sentido, diversos sistemas nacionales de salud están focalizando en un reajuste en las prestaciones sanitarias de coste-efectividad asumibles, y al tiempo, explorando mediante verdaderos proyectos demostración, modelos que avancen hacia servicios sanitarios y sociales complementarios, coordinados e incluso integrados. Si bien es cierto que muchos de los resultados de estos modelos de atención están aún en estudio, a la luz de los resultados actuales, podemos afirmar que es mucho el conocimiento ya extraído, y aunque proviniendo a veces de sistemas diferentes al nuestro, puede resultar de enorme utilidad. Una característica que hoy día nos diferencia claramente de otros países, es la importante incapacidad que está mostrando nuestro sistema a la hora de implementar las nuevas medidas llamadas a corregir los errores existentes. Las definiciones en nuestro ámbito de lo que es la coordinación socio-sanitaria y el espacio socio-sanitario, han ocupado múltiples trabajos profesionales, documentos de titularidad pública (el propio Libro Blanco de la Dependencia) e incluso normativa legal como la propia Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Incluso es profusa la publicación de planes destinados a profundizar en esta línea. No así, la implementación de los cambios estructurales que han venido siendo anunciados.

Sin embargo, si bien es difícil encontrar importantes renovaciones hacia sistemas integrados en la provisión de servicios, sí hay un extraordinario número de iniciativas aisladas

alrededor de España que están mostrando buenos resultados en las múltiples facetas que representan la coordinación socio-sanitaria. Con la intención de profundizar y resumir el conocimiento existente sobre los elementos facilitadores y las barreras para el desarrollo de iniciativas de coordinación socio-sanitaria, estudiar la situación en el conjunto de Comunidades Autónomas (CCAA), y proponer medidas para el avance en este sentido, se trabajó y publicó el Libro Blanco de Coordinación Socio-sanitaria (LBCSS) desde el Ministerio de Sanidad y Política Social.

2. ELEMENTOS FACILITADORES, DIFICULTADES Y RETOS PARA LA COORDINACIÓN SANITARIA Y SOCIAL. RESUMEN DE MEDIDAS CONCRETAS.

Tal y como se resumía en el texto mencionado tras la revisión de diversas experiencias, se identificaron factores que facilitaban y dificultaban respectivamente la coordinación entre los sectores sanitario y social (Anexo. Tabla 1). Cuando estos elementos pasan de ser leídos a ser reflexionados, bastan para entender que la realidad que nos envuelve se pone en contra: es difícil encontrar de los primeros y abrumadora la presencia de los segundos.

Si a esto se unen las diferentes culturas de ambos sectores, las marcadas diferencias organizativas territoriales entre ambos, niveles competenciales muy dispares, sistemas de financiación muy diferentes (desde los modelos de ingreso hasta los mecanismos de asignación presupuestaria), estructuras y procesos asistenciales separados y a veces incluso paralelos, y sistemas de información que hoy por hoy no permiten compartir análisis intersectoriales, se entiende el por qué de la falta de avances en la

práctica, al tiempo que cobran mérito las experiencias llevadas a cabo.

Hasta hace pocos meses, y con carácter general, el nivel de desarrollo de la coordinación socio-sanitaria en España, destacaba por un mayor número de normativas, estructuras, y planes de coordinación socio-sanitaria, y una falta importante tanto de definición de su funcionamiento, como de constancia del mismo y evaluación de sus resultados. Por el contrario, y como de costumbre ha venido ocurriendo en la coordinación socio-sanitaria, alcanzaba una nota muy positiva el grado de definición y consenso de programas y/o protocolos integrales e intersectoriales para la atención de trastornos mentales graves o de la enfermedad mental en general.

Especialmente llamativo era que todas las cuestiones que tuvieran que ver con la acción conjunta desde ambos sectores de manera sinérgica eran las más ausentes. Así, las actuaciones coparticipadas por profesionales de ambos sectores, los mecanismos de financiación compartida de recursos de atención a pacientes con enfermedad crónica y dependencia, o la existencia de indicadores conjuntos por lo general, resultaban prácticamente anecdóticas.

Si bien es cierto que hasta ahora la coordinación socio-sanitaria se ha entendido como el medio y no como un fin en sí mismo, también es válido el argumento de que si se acepta la finalidad de lograr un sistema que provea una atención integral y eficientemente coordinada, más que ante una simple herramienta de gestión, estamos ante los principios fundamentales de un modelo organizativo.

No podemos aceptar la reverberante expresión

del “ya estamos en esto”, porque nada hay más lejos de la realidad y es la primera barrera para dar los primeros pasos hacia los cambios que necesitamos. Que el SNS y el SAAD han representado logros de tremenda importancia para la consolidación del estado del bienestar no cabe duda, pero también, que la situación actual dista mucho de la pretendida tal y como se constata en los pocos estudios de campo realizados.

De alguna manera, este es el principio inspirador de los proyectos innovadores que en el escenario internacional están evaluando los condicionantes, aciertos y ventajas, de la llamada atención integrada (“integrated care”). Probablemente para afrontar nuestra necesidad con determinación es necesaria la desaparición tanto de importantes complejos como de renombrados tabúes.

Beland y Hollander señalaban en una reciente revisión que entre los sistemas integrados de atención había tanto experiencias de áreas pequeñas y locales, que surgían más de abajo arriba, como intentos macro que eran más dirigidos desde la clase política hacia los niveles de gestión, en un intento de regular de manera diferente los sistemas preexistentes. Tanto en unos como en otros, las claves para el desarrollo de los proyectos con éxito parecían haber contemplado medidas comunes: la creencia comprometida en la filosofía del continuum de los cuidados coordinados, una planificación consecuente a través de todo el rango de servicios, la existencia de una estructura de servicios comunitarios suficientes, puerta de entrada única, la gestión de casos y clasificación de pacientes independiente de los proveedores, sistemas de información integrados, la definición de niveles, procedimientos, servicios elegibles,

así como la posibilidad de combinar los servicios y de los pacientes de transitar entre los diferentes niveles.

Al igual que se han descrito los elementos favorecedores y aquellos que caracterizan los proyectos que han ido mostrando cierto éxito, también se han descrito en el propio LBCSS las medidas que definen la senda a seguir para avanzar hacia un modelo más coordinado que el actual. (Anexos. Tabla 2, Tabla 3, Tabla 4).

No estamos pues indefensos ante la falta de elementos que indiquen por donde seguir reorganizando hasta mejorar la complementariedad de ambos sectores. Más aún, muchas de las medidas enumeradas, surgieron del estudio pormenorizado de los proyectos (“hazañas” dado el entorno), puestas en marcha en las cada una de las 17 CCAA. La quietud parece por tanto obedecer más a una falta de fe que de definición del camino; responder más a la ausencia de arrojo que a la escasez de lógica analítica. El argumento de la “prudencia” podría tener cierta disculpa inicial, pero el tiempo de crédito se ha agotado. Si por el contrario, la causa de tanto retraso fuera la convicción de que cada una de estas medidas suponen más gasto que inversión, entonces es que partimos de un grave error de conceptos.

Si como hemos quedado, se trata de definir elementos que mejoren la eficiencia, ésta no se alcanza quitando prestaciones sin determinar criterios comparativos de coste-utilidad entre ellas, sino reorganizando funcionalmente el sistema (coordinando e integrando ambos subsistemas en la actualidad), al tiempo que se sustituyen prestaciones superfluas por medidas horizontales que mejoren tanto la salud como la calidad de vida de las personas con enfermedad

crónica y con dependencia. Esto no son quimeras imposibles, sino una declaración de principios en la determinación del rumbo y un guante en la cara ante la falta de acción decidida. Claro está que sin crédito no iremos a ninguna parte, pero con él ¿Hacia dónde?...

Hemos de demostrar que tenemos conocimientos para saber dónde debemos ir, y talla suficiente para tomar las decisiones (con los riesgos que conlleva) de saber dónde invertir.

3. CUIDADOS INTEGRADOS Y COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA: TABÚES APARTE, UNA OPCIÓN QUE NO DEBE DEMORARSE.

Sabemos que el sistema en su conjunto hace aguas, y especialmente por los huecos que dejan entre sí ambos sectores. Pero la coordinación socio-sanitaria y los cuidados integrados deben ser reconocidos como algo más que el conjunto de medidas destinadas a mejorar la calidad de atención de aquellas personas que son derivadas desde un nivel asistencial a otro, con el fin de mejorar la seguridad del paciente, disminuir las duplicaciones, y evitar los errores (cambios de medicación, etc...). La mayor parte de las dificultades se suelen evidenciar más intensamente al dar de alta desde los hospitales de agudos, tanto al ámbito comunitario como al sector social (Hocfmarcher 2007). Estas acciones han sido bautizadas como “transitional care”. Construir un sistema de cuidados integrados funcionalmente debe incluir también la mejora del cuidado en la transición entre los niveles asistenciales y los diferentes sectores, pero centrarse únicamente en atar cabos desde ambas orillas y en planificar las derivaciones de pacientes con enfermedades crónicas, es sólo una visión parcial de la tarea por realizar.

A los miedos ya consagrados de la “sanitarización de los servicios sociales” por parte del sector social, o de la “responsabilidad de tener que afrontar el sistema sanitario además de las deudas propias, las de un sistema de la dependencia” que parte de presupuestos insuficientes, se suman las protestas y reivindicaciones de los diferentes colectivos por no perder el status quo que se han ido consiguiendo hasta nuestros días. Todo esto en el caldo de cultivo de la agónica popularidad social de la política, hace bueno cualquier pretexto para reforzar la excusa de que aún no es el momento de planificar ni de iniciar cambios de fondo. Hemos de pasar página.

La verdadera dificultad no está tanto en saber recortar prestaciones sin provocar levantamientos sociales, sino en saber invertir los créditos para obtener la mayor rentabilidad en el medio plazo que nos saque del hoyo. Al igual que los mercados y que la marca España, también el sistema de salud y de bienestar necesita confianza para reconstruirse y salir adelante; eso comienza por hacer caso a lo que desde tantas fuentes reputadas, incluido el propio Consejo Interterritorial, se ha venido repitiendo.

Al tiempo que se va generando evidencia, diversos sistemas de salud han ido tomando determinaciones en el avance de sistemas de cuidados integrados, en los que se establecen nuevas y marcadas relaciones a nivel local entre el gobierno del sistema nacional de salud, los servicios sociales y la propia responsabilidad de los agentes locales y municipales (Humphries 2010). De alguna forma, se trata de ir alineando las iniciativas de coordinación socio-sanitaria, con la integración de los cuidados centrando los servicios en el ciudadano, junto a la firme decisión de devolver a la comunidad

y la atención primaria la responsabilidad y el liderazgo en el abordaje de la salud y el bienestar (Primary care partnerships). En este nuevo modelo, la armonía entre responsabilidad con el sistema y autonomía local es extremadamente delicada: un fallo tanto por exceso como por defecto podría dar al traste con el equilibrio. Resulta fundamental dejar claro los que deben ser los objetivos de productividad y resultados a nivel local. En esta perspectiva subyace el cambio de perspectiva del Gran Estado hacia la perspectiva de la Gran Sociedad.

Junto a la congoja por la falta de ingresos suficientes para mantener la arquitectura actual de la sanidad, se une ahora la lectura de un sistema de atención a la dependencia que estaría en una situación tan crítica como el anterior, insuficiente en sus presupuestos para atender a quienes debe, mal distribuido en cuanto a servicios y prestaciones económicas, y que requiere de un freno abrupto respecto de la previsión de crecimiento planteada en el pasado.

Si defendemos la importancia tanto de la prevención de la enfermedad y de la dependencia, como de la promoción de la salud y de la autonomía personal (Herrera 2011), cabría plantearse si el supuesto freno que queremos poner al gasto público, debe comenzar de nuevo, por postergar la inversión en la prevención de los grados leves de la dependencia, para aplicar los gastos a la gran dependencia, antes incluso de haber filtrado la posible falta de pertinencia de parte de las prestaciones económicas concedidas.

Tal vez debiéramos modificar el enfoque de las preguntas que debe hacerse el sistema para seguir progresando. En vez de tanto insistir exclusivamente en la pregunta erosiva de dónde

recortar sin provocar un tumulto social, debiéramos plantearnos qué acciones mejorarían el bienestar de los ciudadanos con el uso eficiente de recursos alternativos ya existentes en el mapa de los servicios públicos y privados, y cuáles de ellas podrían estimular la vía de ingresos del sistema y disminuir la vía de gasto general (por ejemplo, con la disminución de prestaciones por desempleo). El crédito debe venir para invertir en desarrollo (Rivera 2005), no para perpetuar las conocidas ineficiencias. Necesitamos un sistema de salud integral, que aporte más valor social que nunca, a un menor coste. Como defienden Humphries y Curry, “afrota una situación crítica sin precedentes en cuanto a la presión entre necesidad de servicios y escasez presupuestaria”; si bien esto pondrá a prueba las buenas relaciones entre los diferentes actores, también puede traer consigo la evidencia patente de cuánto pueden llegar a necesitarse ambos sectores para hacer bien las cosas con presupuestos tan escasos.

Tal como defiende López Casanovas: “... Hay que valorar el sector sanitario no solamente desde la óptica del gasto que genera sino también en relación con el bienestar que crea...”. Socialmente hemos de alinear los términos de producción del sistema con el análisis económico tanto de los costes, para obtenerla, como de los beneficios que se obtengan. Y en este sentido necesitamos un replanteamiento del término utilidad social cuando hablamos del cuidado de personas con enfermedad crónica y dependencia como resultado de la función de producción en salud. Si creemos que la atención a la cronicidad y a la dependencia deben pasar a ser la prioridad del sistema de atención, como ya son la principal necesidad y la principal fuente de gasto, los objetivos a perseguir y a evaluar deben estar más relacionados

con la calidad de vida, el control sintomático, el bienestar en general y la eficiencia en la gestión del caso, que con los clásicos parámetros que han venido siendo los valorados a la hora de medir la rentabilidad de las iniciativas a poner en marcha en el sector de la salud.

Tal vez de nuevo, las dudas sobre la verdadera eficiencia que puede aportar o no la coordinación se basen en la falta de pruebas debidas a la dificultad para alcanzar evidencia en sistemas complejos con variables difíciles de controlar, o a la existencia de estudios que no estuvieron adecuadamente diseñados originalmente para medir resultados integrales comparados con alternativas clásicas (OCDE 2007).

Más no siempre es mejor; pero menos, tampoco. El incremento del gasto es inasumible ante una amenaza tan evidente de quiebra financiera; pero la inexistencia de inversión y apuesta por modelos al medio plazo, es la peor de las noticias ante un sistema que requiere soluciones. La inversión en salud no es un objetivo aplazable hasta la llegada de mejores momentos económicos, porque si fueran recortados servicios básicos de alto valor añadido para el bienestar de los ciudadanos, podría caer la productividad social, y con ella más aún el nivel de riqueza. Como defiende Surhcke, “Los países desarrollados deberían considerar invertir en salud como una (de las pocas) opciones de alcanzar sus objetivos económicos”. Del estado del bienestar depende que logremos superar esta crisis. Y aquel, depende a su vez de abandonar la quietud ensimismada que contempla pasmada la vía de los recortes como única alternativa, y progresar en la implantación las numerosas medidas bien definidas que sabemos, son parte de la solución.

Tenemos la obligación moral y todavía más la posibilidad real de invertir en la construcción de un sistema que se adapte a las necesidades actuales de los ciudadanos, apueste por la eficiencia y vuelva a reunir la ilusión incluso de aquellos desencantados que han visto caer el sueño de un sistema nacional de salud que ayudaron a construir, o los que ahora se suman a la decepción, admitiendo las recientes noticias de que tal vez, tampoco sea viable económicamente un sistema que proteja a las personas con dependencia.

La salida de la tempestad no puede ser dejar de nadar para ahorrar energías. Así el final está asegurado. Si bien avanzar en el sentido equivocado puede tener tremendas consecuencias, la parálisis y la falta de avances para nada es-

timulan la productividad del nuevo modelo social que buscamos. En tiempos de incertidumbre encontrar el camino exacto siempre es una incógnita; al fin y al cabo, los procesos de integración socio-sanitaria se comportan como sistemas adaptativos complejos, en los que al tiempo que ir dando pasos, se requiere ir aprendiendo de la experiencia y reorientándola, más que obedecer ciegamente a pasos rígidamente estructurados (Tsisis 2012) . Es decir, avanzar es necesario para poder aprender; y es posible si sabemos al menos la dirección que deben tomar nuestras decisiones. El rumbo pasa por la estrecha coordinación de ambos sectores y una integración funcional de ambos subsistemas. La senda está definida.

4. ANEXOS.

Tabla 1. Factores que facilitan y dificultan la coordinación socio-sanitaria.

FACTORES QUE FACILITAN	FACTORES QUE DIFICULTAN
<ul style="list-style-type: none"> ● Cultura organizacional y liderazgo. ● Enfoque hacia el paciente. ● Desarrollo de estructuras de coordinación que funcionen. ● Apoyo de sistemas de información. ● Existencia de equipos interprofesionales. ● Gestión del desempeño. ● Gestión financiera. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Presión financiera. ● Complejidad organizativa. ● Cambio de líder. ● Rigidez Cultural. ● Complejidad del manejo de la información.

Fuente: adaptado del LBCSS del MSPS.

Tabla 2. Medidas de Innovación Organizativa.

A) Generar una cultura organizacional compartida:
<ul style="list-style-type: none">• Definición común de principios generales.• Establecimiento de política estratégica común.• Viraje a un modelo proactivo de salud.• Prioridades: prevención y atención cronicidad y dependencia.• Asunción de los cambios.• Compromiso y responsabilidad compartida que garantice la continuidad de cuidados.• Equiparación entre sectores.
B) Normas y directrices para fomentar el desarrollo de la coordinación:
<ul style="list-style-type: none">• Estrategia a nivel nacional con respeto al ámbito autonómico.• Articulación de iniciativas jurídicas conjuntas.• Sensibilización para promoción de la salud y PAP.• Protocolos conjuntos de actuación.• Transferencia de conocimientos inter e intraterritorial.
C) Estructuras y procedimientos de coordinación:
<ul style="list-style-type: none">• Equivalencia de los mapas sanitario y social.• Creación de estructuras de gestión y coordinación.• Gestión por procesos.• Diseño de protocolos asistenciales.• Método interdisciplinar de trabajo.• Procedimientos de derivación entre sectores.• Relación entre la historia clínica/historia social.• Puerta de entrada única.• Marcos de colaboración con la red privada y el tercer sector.
D) Sistemas de Calidad y Evaluación:
<ul style="list-style-type: none">• Definición de estándares de calidad.• Diseño de herramientas de evaluación.• Establecimiento de objetivos de mejora continua.• Divulgación de los resultados.• Fomento de estudios sobre eficiencia del sistema.
E) Sistemas de Financiación y Gestión económica:
<ul style="list-style-type: none">• Flexibilización del modelo financiero.• Nuevas medidas de financiación.• Financiación conjunta.• Innovación hacia modelos de gestión compatibles.• Optimización de costes.• Dotación presupuestaria específica y complementaria.• Reorientación de estructuras a la finalidad perseguida.

Fuente: adaptado del LBCSS del MSPS.

Tabla 3. Medidas de Innovación Asistencial.

<p>A) Sistema Asistencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinación de la población diana. • Cartera de servicios conjuntos. • Generación de espacios de expresión de los usuarios y familiares. • Conexión del sistema socio-sanitario con el resto de sectores. • Promoción de programas comunes de atención. • Priorización de casos complejos. • Planificación precoz de las altas hospitalarias. • Generación de cuidados intermedios. • Apoyo al cuidador. • Racionalización del gasto en material terapéutico y fungible. • Implicación de los dos sectores desde el origen de los casos asistenciales. • Implicación de todos los niveles territoriales (nacional, regional y local).
<p>B) Formación y Gestión de profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso profesional con el modelo. • Trabajo en equipo, distribución competencial. • Incentivos a la productividad. • Planes de formación conjuntos. • Establecimiento de nuevos canales de comunicación entre profesionales. • Empoderamiento del profesional. • Gestión del cambio. • Definición de perfiles y categorías profesionales. • Unificación del mapa retributivo. • Formación específica para la mejora de las competencias y las habilidades. • Capacitación de cuidadores.

Fuente: adaptado del LBCSS del MSPS.

Tabla 4. Medidas de Innovación Tecnológica.

<p>Tecnologías de la Información y la Comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de criterios para incorporación de las TIC • Definición del CMBD socio-sanitario • Generación de espacios virtuales de colaboración e información de pacientes y profesionales • Tarjeta social y sanitaria • Sistemas de información compartidos • Sistemas de seguimiento y evaluación de la calidad • Soluciones tecnológicas para la comunicación y la teleatención remota

Fuente: adaptado del LBCSS del MSPS.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Beland F, Hollander M. Integrated Models of Care Delivery for the Frail Elderly: International Perspective. *Gac Sanit* 2011; 25 (S): 138-146.
- González López-Valcarcel B, Ortún V. Putting health in all welfare policies: is it warranted? A southern european perspective. *J Epidemiol Community Health*. 2010; 64: 497-9.
- Herrera E, Muñoz I, Martín V, Cid M. Experiencias españolas en la promoción de la autonomía personal en las personas mayores. *Gac Sanit* 2011; 25 (S): 147-157.
- Herrera E, Campón JC, Simón M, et al. Plan Marco de Atención socio-sanitaria de Extremadura 2005-2010. Junta de Extremadura.
- Hofmarcher, M. M., H. Oxley and E. Rusticelli (2007). "Improved Health System Performance through better Care Coordination", OECD Health Working Papers, No. 30, OECD Publishing. doi:10.1787/246446201766.
- Humphries R, Curry N. Integrating health and social care: where next?. The kings fund 2010.
- López Casasnovas G. El valor de la salud. 2003. Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.upf.edu%2Fpdi%2Fres%2Flopez_casasnovas%2F_pdf%2FGuillemdef.pdf&ei=wPhiULrGG8nW0QXCpYCgAQ&usg=AFQjCNF84SyWYiKLeHcoOqCh0EmFG2hjGg&sig2=s7M2nd0rv7cg_Rs7PEo8_g.
- Ministerio de sanidad y política social. Libro Blanco para la coordinación socio-sanitaria en España. 2011.
- Oliva J, et al. La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010.
- Rivera B, Currais L. La inversión en salud como gasto productivo: un análisis de su contribución al crecimiento económico. Presupuesto y gasto público 2005. Instituto de estudios fiscales: 103-120.
- Stuckler, Suhrcke. Will the recesión be bad for our health?. *Social science&medicine* 2012; 74: 647-653.
- Suhrcke M, McKee M, Sauto R, Tsolova S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the european unión. European Communities. Luxembourg: office for oficial publications of the European Communities.
- Tsisis P, Evans J, Owen S. Reframing the challenges to Integrated Care: a complex adaptative systems perspective. *International Journal of Integrated Care* 2012; (12).

CÓMO AFRONTAR LOS COSTES DEL SAAD.

ANÁLISIS DE REFORMAS EN LOS SISTEMAS DE CUIDADOS DE LARGO PLAZO EN OTROS PAÍSES¹

CRISTINA VILAPLANA PRIETO
Universidad de Murcia y FEDEA

Sumario

1. INTRODUCCIÓN.
2. EJEMPLOS DE REFORMAS EN LOS SISTEMAS DE DEPENDENCIA.
 - 2.1. Alemania.
 - 2.2. Australia.
 - 2.3. Estados Unidos.
 - 2.4. Japón.
 - 2.5. Singapur.
3. ¿Y SI EN ESPAÑA SE PASARA A UN SISTEMA DE PRE-FUNDING?
4. CONCLUSIONES.
5. BIBLIOGRAFÍA.

¹ Agradecimientos a la financiación recibida de los proyectos ECO2011-30323-C03-02 y ECO2011-28501.

1. INTRODUCCIÓN.

Ya ha transcurrido un tiempo suficiente desde la aprobación de la Ley 29/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia como para poder hacer un breve balance de la misma, en los aspectos relativos a financiación, número de beneficiarios y número de prestaciones concedidas. En el Anteproyecto de la Ley de Dependencia se contemplaba una financiación de 4.764 millones de euros para el periodo 2007-2011. A día de hoy se ha constatado que el Presupuesto Definitivo Acumulado para ese mismo periodo ha ascendido a 7.487 millones de euros, es decir, 2.723 millones euros por encima de lo previsto². En cuanto al número de beneficiarios, la previsión en 2007 era de 1.175.764 personas dependientes, y sin embargo, la realidad a fecha 1 de septiembre de 2012, es que antes de que el sistema esté totalmente implementado ya hay reconocidos 1.028.455 beneficiarios (grandes dependientes, dependientes severos y moderados de nivel 2). En cuanto a la previsión de grados, las previsiones de 2007 apuntaban a 205.915 personas grandes dependientes, y según los últimos datos hay 408.511, es decir, 202.596 más de las previstas. El análisis de las prestaciones concedidas muestra que el 51,88% son prestaciones económicas y que la prestación para cuidados en el entorno familiar representa el 45,10% del total de prestaciones. Esta prestación, que inicialmente estaba concebida como una excepción dentro del conjunto de servicios y prestaciones recogidos en la Ley, y que no sirve para generar empleo y actividad económica, se ha convertido en la “prestación estrella” del sistema. En estos momentos, y a pesar de la difícil situación económica y presupuestaria, es preciso

afrontar esta situación mediante tres vías: (1) una mejora de los procesos de valoración de la dependencia, (2) un mayor control en la concesión de las prestaciones económicas y un mayor énfasis en las prestaciones de servicios y (3) una mejor presupuestación de los recursos necesarios para garantizar la viabilidad y sostenibilidad del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. En este artículo sólo se va a tratar esta última vía, y para tratar de imprimir un cierto enfoque optimista o esperanzador vamos a partir de la base de que España no es el único país que se ha visto obligado a acometer una serie de reformas para garantizar la sostenibilidad financiera de nuestro sistema de cuidados de largo plazo. A lo largo de este artículo se van a analizar las reformas llevadas a cabo en otros 5 países (Alemania, Australia, Estados Unidos, Japón y Singapur). La elección de estos países se basa en que ofrecen un variado abanico de posibilidades, de manera que sin la intención de replicar las reformas llevadas a cabo en ninguno de ellos en particular sí que se pueden tomar ideas sobre cómo establecer un sistema de contribución de los trabajadores, cómo financiar la atención residencial o cómo estimular el aseguramiento privados. En Estados Unidos se están sentando las bases de un nuevo sistema de prestaciones económicas para la dependencia a partir de la creación de un fondo de reservas constituido con las aportaciones de los asegurados. Este mismo procedimiento, se inició unos años antes en Singapur, pero con la diferencia de que el fondo de reservas es gestionado por tres aseguradoras privadas, mientras que en Estados Unidos el responsable es el Department of Health and Human Services. Por otro lado, Japón y Alemania constituyen dos ejemplos interesantes sobre cómo se ha afrontado el problema del desfase

² “Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre la 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”. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

entre los recursos previstos y los gastos realmente generados. Además el caso de Japón es interesante porque existe un cierto paralelismo con España, puesto que las valoraciones de personas en situación de dependencia fueron muy superiores a las inicialmente proyectadas. Por este motivo, y tras sólo 6 años de andadura de su sistema de dependencia se llevó a cabo una reorganización de las prestaciones reconocidas, redefiniendo las funciones de algunas de ellas (como el caso de la atención a domicilio) y limitando también su cuantía. Por su parte, en Alemania se ha constatado una constante preocupación por ajustar ingresos y gastos, para lo cual se han producido varios incrementos en los tipos de cotización al seguro social de cuidados de largo plazo. No obstante, no se ha mostrado la misma preocupación por la actualización de la cuantía de las prestaciones económicas para evitar que perdieran poder adquisitivo.

A continuación, en la sección 2 se analizan en detalle las reformas acometidas en los 5 países mencionados. En la sección 3, se pone sobre la mesa la propuesta de si sería conveniente un sistema de “pre-funding” o de acumulación de reservas para financiar los cuidados de largo plazo en España, y se estudia qué grupos de población deberían contribuir al sistema para que fuese viable. Por último, en la sección 4 se ofrecen unas conclusiones y comentarios finales.

2. EJEMPLOS DE REFORMAS EN LOS SISTEMAS DE DEPENDENCIA.

2.1. Alemania.

El Sistema Social de Cuidados de Largo Plazo de Alemania ha sufrido numerosas reformas que se han ido materializando en un progresivo

aumento de las contribuciones sociales (como porcentaje del ingreso bruto) (Börsch-Supan, 2006; Heinicke y Thomsen, 2010). Inicialmente, en 1995, se fijó una contribución del 1%. El aseguramiento era obligatorio a través del Seguro Social Sanitario. No obstante, los empleadores manifestaron su disconformidad ante este cambio, puesto que la contribución se repartía a partes iguales entre empleador y empleado. Al final se llegó a un acuerdo mediante el cual los empleados renunciaban a un día de vacaciones (“day repentance”), y con el valor económico de dicho día extra compensar el aumento de costes. A pesar de todo, al año siguiente fue preciso aumentar las contribuciones al 1,7%. Posteriormente, durante el periodo 1999-2005 se observó que los gastos en cuidados de largo plazo crecían más que los ingresos y se optó por aumentar la contribución de 1,7% a 1,95% solamente para los cotizantes sin hijos. Implícitamente se estaba suponiendo, que si estas personas carecían de apoyo informal, iban a ser mayores demandantes de servicios sociales de largo plazo, y en consecuencia, su contribución debía ser mayor. En el año 2007, se volvió a observar un nuevo incremento de los gastos por encima de los ingresos y se procedió a un aumento de 0,25 puntos de las contribuciones: de 1,7% a 1,95% para los cotizantes con hijos y de 1,95% a 2,2% para los que no tenían hijos. Por su parte, los pensionistas también deben aportar al sistema de cuidados de largo plazo en función de sus ingresos de jubilación.

Para garantizar la solvencia del sistema se ha establecido el requisito de que las reservas al final de cada año deben ser al menos iguales al 50% del gasto en cuidados de largo plazo generado durante un trimestre.

Llama la atención que aunque los tipos de cotización subieron tres veces en el periodo 1995-2008, la cuantía de las prestaciones no se había ido actualizando, por lo que su poder adquisitivo había disminuido considerablemente. Por fin, en el año 2008 se diseñó un plan en tres etapas (2008, 2010 y 2015) para ir revalorizando progresivamente su valor.

Para ser beneficiario es necesario haber cotizado al menos 2 años (con anterioridad a 2008 se exigía una cotización de 5 años), y es preciso necesitar ayuda para realizar actividades de la vida diaria durante un periodo de al menos 6 meses. Las personas que sufren discapacidades intelectuales, enfermedades mentales y demencias no estaban incluidas en el grupo de beneficiarios hasta la reforma de 2008. De todas formas, aunque se las haya incluido en la actualidad, no reciben prestaciones de ayuda en cuidados personales o tareas domésticas, sino exclusivamente para supervisión.

2.2. Australia.

En Australia se ha establecido un interesante sistema que garantiza tanto la calidad en la atención recibida en los centros residenciales como la sostenibilidad financiera de las mismas (Department of Health and Ageing of Australia, 2012). En primer lugar, los proveedores de cuidados (centros residenciales privados) deben ser verificados por el Gobierno y recibir una certificación de "approved-provider". Esta lista es pública y conocida por las personas que puedan estar interesadas en trasladarse a vivir a un centro residencial (de forma temporal o permanente). En segundo lugar, los usuarios pueden ser categorizados como receptores de un bajo o un alto nivel de cuidados. Si solamente necesitan recibir pocos cuidados deben

financiar su estancia en la residencia mediante un sistema de bonos de alojamiento ("accommodation bonds"), mientras que si precisan de grandes dosis de atención, entonces pagan una tarifa diaria ("accommodation charge"), como máximo de 22 AUS/día.

En relación a los bonos de alojamiento, su cuantía es pactada entre el proveedor y el residente. Para ello el proveedor tiene en cuenta los activos del residente (se puede obtener una valoración de los mismos a través de dos agencias: Centrelink o Department of Veteran's Affairs). El valor de la vivienda habitual se excluye de dicho cómputo si en ella reside un cónyuge o hijo económicamente dependiente o si vive un familiar que ha sido cuidador informal de la persona que va a entrar en la residencia durante al menos 5 años y que carece de otras rentas. Una vez obtenida una valoración de sus rentas y patrimonio, el proveedor puede exigir al residente un bono de alojamiento determinado, pero sabiendo que el residente siempre debe conservar al menos 2,25 veces la pensión básica anual (como la pensión básica en el año es de 18.000 AUS/año, debe conservar al menos 40.500 AUS). El pago del bono de alojamiento puede efectuarse de una sola vez, periódicamente o mediante una combinación de una parte fija a la entrada en la residencia más otra periódica. La duración máxima del bono de alojamiento es de 5 años (puede ser inferior si el residente regresa antes a su hogar o decide cambiar de residencia). Pasados esos 5 años, el proveedor debe devolver el importe del bono, deducido el cobro de las cuotas mensuales, y si el residente continúa viviendo allí el proveedor solamente puede cobrarle una tarifa diaria.

Por ejemplo, consideremos un situación en la que una vez deducido el importe de la pensión

básica anual que debe conservar el residente, el proveedor solicitara un bono de 70.000 AUS. El residente podría optar entre pagar todo de una vez o pagar 40.000 AUS al inicio y el resto en pagos mensuales (en este caso se aplicaría un tipo de interés sobre los 30.000 AUS restantes; en el año 2012 el tipo de interés es del 8,37%). En el primer caso, el proveedor debe deducir una cantidad mensual (fijada en 318 AUS/mes), pero pasados 5 años deberá devolverle 50.920 AUS ($70.000 - 318 \times 60$). En el segundo caso, el proveedor recibirá los pagos mensuales y tendrá 318 AUS/mes del bono de alojamiento, de manera que pasados 5 años deberá devolver al residente 20.920 AUS ($40.000 - 318 \times 60$).

Respecto a la utilidad del bono de alojamiento, el proveedor está obligado a invertirlo y utilizar los rendimientos para mejorar la calidad de las instalaciones de la residencia. Por consiguiente, puede considerarse que este sistema funciona como si el residente hiciera un préstamo al proveedor por el cual no tiene que pagar intereses.

2.3. Estados Unidos.

En marzo de 2010, se aprobó la "Affordable Health Care for America Act", que marcó el inicio de un nuevo programa nacional de seguro de cuidados de largo plazo a nivel nacional, denominado "Community Living Assistance Services and Supports" (CLASS)³. Este programa se financia por medio de contribuciones individuales aunque es administrado por el gobierno federal. Se ha establecido un periodo de transición de 5 años (2011-2015) durante el cual se procederá a la adscripción al programa y al pago de las correspondientes primas, aunque verdaderamente, las primeras prestaciones

no comenzarán a concederse hasta 2016. Para poder participar en este programa es necesario tener al menos 18 años, estar trabajando y alcanzar unos ingresos suficientes como para tener derecho a un trimestre de cobertura en la Seguridad Social (\$1.100 en el año 2010). En relación a la cuantía de las primas que deberán pagar las personas adscritas al programa, su cuantía varía con la edad y se deducen automáticamente de su nómina. Hay que destacar el hecho de que las primas no varían según el estado de salud o el nivel de ingreso, por lo que determinadas personas que antes no pudieran permitirse un seguro de dependencia o a las que se les denegaba por condiciones médicas pre-existentes ahora sí van a tener acceso a esta cobertura. Se ha calculado que la prima promedio es de \$123 (aunque existe una prima reducida de solamente \$5 para estudiantes que trabajan menores de 22 años o trabajadores con muy bajos ingresos).

Aunque inicialmente se haya decidido contratar el seguro, existe la posibilidad de rescindir el contrato. No obstante, y para evitar continuos cambios de decisión, si un ex-asegurado decidiera volver a contratar el seguro, se le calcularía una nueva prima de acuerdo con su edad, con lo que al ser su prima más alta, sufriría una cierta penalización. Además, si se la decisión de volver a reanudar el seguro se produjera después de un lapso de más de 5 años, el re-asegurado debería pagar la prima durante al menos 24 meses seguidos para tener derecho a recibir cobertura.

Para poder recibir la prestación de cuidados de largo plazo es preciso haber contribuido al programa CLASS durante al menos 5 años (de los cuales 3 debe haber estado trabajando).

³ Assistant Secretary for Planning and Evaluation. U.S. Department of Health and Human Services. <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2011/class/index.shtml>.

Además, debe presentar una limitación funcional en al menos 2 actividades de la vida diaria durante un periodo superior a 90 días o sufrir una discapacidad cognitiva que requiera supervisión (Alzheimer, esclerosis múltiple...).

Las prestaciones del programa CLASS son solamente económicas, de duración ilimitada y proceden de un fondo constituido a partir de las primas de los asegurados y los intereses generados por las mismas. La cuantía de las prestaciones se hará pública en octubre de 2012 y será determinada por el Department of Health and Human Services con el objetivo de garantizar la solvencia del programa durante al menos 75 años. De todas formas, se ha avanzado que la cuantía de las prestaciones dependerá del grado de discapacidad y será al menos de \$50/día. La prestación se hará disponible a través de la cuenta corriente del beneficiario, y el remanente que pueda quedar de la misma será acumulable de mes a mes, pero no de año a año. Es importante recalcar que es imprescindible seguir pagando la prima aunque se esté cobrando la prestación.

2.4. Japón.

En Japón se han llevado a cabo dos importantes reformas en la provisión de cuidados de largo plazo. En primer lugar, en el año 2000 se creó el "Seguro de Cuidados de Largo Plazo" que tenía como objetivo fundamental reducir el peso soportado por las familias como cuidadoras de personas en situación de dependencia (Campbell e Ikegami, 2003). De hecho el lema de este seguro era "de cuidados por la familia a cuidados por la sociedad". Se trataba de un programa universal para todas las personas de 65 y más años que viviesen tanto en sus hogares como en centros residenciales. La población

objetivo se concentró en la cohorte de más edad porque de acuerdo con las proyecciones disponibles se estimaba que en el año 2030, Japón sería uno de los países más envejecidos del mundo y que el 29,6% de la población japonesa tendría 65 o más años.

El sistema de financiación de este seguro estaba rigurosamente planificado: un 45% a partir de primas que debían pagar todas las personas de 40 y más años (aprox. 2.530 yen/mes); un 45% a partir de impuestos (la mitad nacionales, una cuarta parte de las prefecturas y la otra cuarta parte de los municipios) y un 10% de copago. Hay que destacar dos elementos de este sistema de financiación. Primero, en Japón hay 47 prefecturas y cada una determina su propio presupuesto y las primas que deben pagar sus residentes. Segundo, el copago es fijo, los beneficiarios deben pagar el 100% del servicio y luego la administración les devuelve el 90%.

Con la implantación de este sistema se estimaba que el gasto en cuidados de larga duración ascendería a 5,5 trillones de yens. Sin embargo, la realidad arrojó una cifra final de 6,8 trillones de yens. Este desfase se debió al aumento desproporcionado de los beneficiarios con niveles de dependencia inferiores (denominados "necesidad de apoyo" y "necesidad de cuidados nivel 1"), que pasaron de 840.000 en 2000 a más de 2 millones en 2005 (Tsusui y Muramatsu, 2007).

Por este motivo se llevó a cabo una segunda reforma en el año 2006 (Campbell et al., 2010). El objetivo de la misma fue mejorar la salud mental y física, así como el estado nutricional de las personas mayores con el objeto de retrasar las situaciones de dependencia. Además,

se llevó a cabo una reordenación de las prestaciones que podían recibir: las personas calificadas como “necesidad de soporte 1 y 2” (que agrupaban a las anteriormente denominadas “necesidad de apoyo” y “necesidad de cuidados nivel 1”) y que suponían unos 1,7 millones de beneficiarios sólo recibirían servicios de prevención. El resto de los beneficiarios (calificados como “necesidad de cuidado 1, 2, 3, 4 o 5”) solamente recibirían prestaciones en especie (suprimiéndose las prestaciones económicas). Como contrapartida se amplió la población que podía recibir una prestación, incluyéndose a las personas de 40-64 años que padeciesen alguna de las 16 enfermedades tipificadas (ej: demencia y enfermedades cerebrovasculares).

A la hora de planificar la atención en centros de día o en el domicilio, se llevó a cabo un examen de las necesidades del paciente para determinar dos aspectos: i) cuáles son las necesidades reales de los usuarios y ii) qué tipo de necesidades deben ser cubiertas con cuidados y servicios públicos. El objetivo era tanto acotar la pluralidad de actividades que hasta el momento estaban desempeñando los profesionales socio-sanitarios como llegar a un consenso con el beneficiario para decidir en qué actividades iba a recibir ayuda.

2.5. Singapur.

El caso de Singapur es interesante porque constituye una forma de estimular la inversión en una forma particular de seguros de dependencia. Actualmente los seguros privados de dependencia en España constituyen un producto nicho puesto que el número de asegurados era solamente de 19.526 en el año 2011 (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Memoria 2011). Dos pueden ser

las razones que hay detrás de este escaso éxito. Primero, porque tradicionalmente han sido considerados como un producto demandado sobre todo por el segmento de población con mayores ingresos o acumulación de activos (Ergas y Paolucci, 2010). Segundo, porque el modelo de prestación de cuidados de largo plazo en España ha estado fundamentado sobre la figura del cuidado familiar. Es preciso solucionar esta especie de “miopía” de los agentes económicos que les induce a concebir las situaciones de dependencia como improbables, lejanas en el tiempo, y que en caso de producirse siempre es posible recurrir al cuidador informal. Según Zhou-Richter et al. (2010) en la medida en que los individuos sean más conscientes de los riesgos de una situación de dependencia (consumo de recursos humanos y económicos, perfil del paciente pluripatológico u ortogerátrico, situaciones de claudicación de las familias que no pueden afrontar por más tiempo el cuidado de una persona en situación de dependencia sin ningún tipo de ayuda) aumentará la demanda de seguros privados de dependencia.

Centrándonos en el programa de Singapur, en el año 2002 comenzó a funcionar un sistema privado de cuidados de largo plazo denominado Eldershield (Hoffman, 2009). Se trata de un programa diseñado por el gobierno aunque administrado por 3 aseguradoras privadas, y que de manera quinquenal es revisado para verificar su sostenibilidad. Pueden suscribir este seguro todas las personas de 40 y más años y deben pagar una prima hasta la edad de 65 años. Existe la posibilidad de no suscribir el programa (opt-out) y también se ha configurado un sistema especial para las personas que ya se encontraban en situación de dependencia antes del año 2002.

La cuantía de la prima depende de la edad y del sexo, pero no del ingreso. El requisito para ser beneficiario de una prestación es no poder realizar 3 actividades básicas de la vida diaria de una lista de 6 (vestirse, lavarse, afeitarse, comer, moverse y cambiar de postura). Las prestaciones que concede el sistema son solamente económicas y tienen duración limitada. Inicialmente eran de 300 SGD/mes durante un máximo de 5 años, pero luego en 2007 se ampliaron a 400 SGD/mes durante 6 años. La prestación puede interrumpirse por recuperación del beneficiario, y reanudarse más tarde, pero en conjunto, no puede superar la duración de 6 años.

3. ¿Y SI EN ESPAÑA SE PASARA A UN SISTEMA DE PRE-FUNDING?

Nos encontramos ante una realidad incuestionable: “se necesita más financiación”, y también ante una disyuntiva: ¿cómo conseguirla? Algunos países han establecido mecanismos de aportación de los trabajadores (en algunos casos los pensionistas también), de forma voluntaria como en Estados Unidos o Singapur, u obligatoria como en Japón y Alemania. Estas contribuciones pasan a integrarse dentro de un fondo específicamente creado para atender al sistema de cuidados a largo plazo. De esta forma, la financiación de los cuidados de largo plazo deja de ser una partida presupuestaria más, al albur de las contingencias económicas. Tal vez éste pudiera ser el momento idóneo para reflexionar sobre la idoneidad de crear algún mecanismo de acumulación reservas para España (o en terminología anglosajona de “pre-funding”), para lo cual hay que sopesar sus ventajas y sus inconvenientes.

Un sistema de pre-funding o de acumulación de reservas para afrontar los costes futuros asociados a los cuidados de largo plazo presenta dos importantes ventajas. Primero, evita incrementos bruscos de cotizaciones o impuestos (“tax-smoothing”) que pudieran producirse si hubiera que corregir un desfase imprevisto entre gastos asociados a cuidados de largo plazo y la financiación presupuestada. Segundo, minimiza la posibilidad de que los posibles déficit en la financiación de la dependencia pudieran derivar en una mayor deuda, y por consiguiente, no se trasladan cargas financieras a las generaciones futuras.

No obstante, y a pesar de estas ventajas hay que reconocer que los comienzos de un sistema de estas características son difíciles porque exigen un esfuerzo financiero por parte de las actuales generaciones de jóvenes y adultos para poder iniciar el proceso de acumulación de reservas. Por ejemplo, en el caso de Estados Unidos se ha previsto un periodo de carencia de cinco años (2011-2015) durante el cual se van acumulando las aportaciones de los asegurados, pero no se concede ninguna prestación.

Pero dadas las perspectivas demográficas que apuntan a un mayor peso de la cohorte de población de edad avanzada y a un menor peso de la cohorte de población en edad de trabajar, tal vez no sería equitativo en términos inter-generacionales que los jóvenes/adultos contribuyeran a financiar un sistema del cual se beneficiarían en gran parte las personas mayores, las cuales habrían aportado proporcionalmente mucho menos a la constitución de dichas reservas. En este sentido, se ha comprobado que no existe una única opción para resolver este problema. En Japón, Estados Unidos y Alemania, los jubilados o pensionistas continúan

aportando al sistema. En Alemania se ha producido una escalada sucesiva de los tipos de cotización para cubrir los gastos en dependencia. Por otra parte, en Japón y en Singapur, para no gravar en exceso a las cohortes más jóvenes, se ha optado porque la contribución al sistema no empiece con el inicio en la vida laboral sino a los 40 años.

Como propuesta final de este artículo nos planteamos cómo se debería crear un fondo de reservas cuya finalidad fuese asegurar que el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia fuese sostenible a largo plazo. Para ello, partimos de la fórmula que comenzó a aplicarse en el año 2005 en Alemania para revalorizar las pensiones (Börsch-Supan, 2006):

$$P_t = P_{t-1} \cdot \frac{IN_{t-1}}{IN_{t-2}} \cdot \left[1 - \frac{\frac{Pens_{t-1}}{Cot_{t-1} + Des_{t-1}}}{\frac{Pens_{t-2}}{Cot_{t-2} + Des_{t-2}}} \cdot \alpha + 1 \right] \quad (2)$$

donde P representa la pensión de jubilación, IN es el ingreso promedio de los contribuyentes (neto de impuestos y contribuciones), $Pens$ es el número de pensionistas de jubilación, Cot es el número de cotizantes y Des el número de desempleados. La expresión entre corchetes sirve para tener en cuenta el cambio en los parámetros demográficos a la hora de planificar la revalorización de las pensiones. El parámetro α , que toma valores entre 0 y 1, sirve para redistribuir el ajuste de la pensión entre cotizantes y pensionistas. Por ejemplo, si α fuera igual a 1 todo el peso del ajuste recaería sobre los pensionistas. Por otra parte, la evolución relativa de pensionistas respecto a cotizantes más desempleados indica si la pensión debe aumentar, reducirse o permanecer constante:

$$\frac{Pens_{t-1}}{Pens_{t-2}} \cdot \frac{Cot_{t-2} + Des_{t-2}}{Cot_{t-1} + Des_{t-1}} \begin{cases} > \frac{Cot_{t-2} + Des_{t-2}}{Cot_{t-1} + Des_{t-1}} \rightarrow \text{Aumenta } P_t \\ = \frac{Cot_{t-2} + Des_{t-2}}{Cot_{t-1} + Des_{t-1}} \rightarrow \text{Igual } P_t \\ < \frac{Cot_{t-2} + Des_{t-2}}{Cot_{t-1} + Des_{t-1}} \rightarrow \text{Disminuye } P_t \end{cases} \quad (2)$$

Tomando como referencia esta fórmula, definimos una similar que fuese aplicable a nuestro sistema, en donde $Benef$ SAAD se refiere al número de beneficiarios reconocidos del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y Af denota el número de afiliados a la Seguridad Social. La comparación entre la evolución del número de beneficiarios y el número de afiliados pudiera ser considerada como un indicador sobre la evolución de las pensiones de cuidados de largo plazo:

$$\frac{Benef\ SAAD_{t-1}}{Benef\ SAAD_{t-2}} \cdot \frac{Af_{t-2}}{Af_{t-1}} \begin{cases} > \frac{Af_{t-2}}{Af_{t-1}} \rightarrow \text{Aumenta } P_t \\ = \frac{Af_{t-2}}{Af_{t-1}} \rightarrow \text{Igual } P_t \\ < \frac{Af_{t-2}}{Af_{t-1}} \rightarrow \text{Disminuye } P_t \end{cases} \quad (3)$$

Utilizando datos del SAAD y de la Encuesta de Estadísticas Laborales sobre afiliados a la Seguridad Social, la Tabla 1 muestra la evolución de los respectivos cocientes entre beneficiarios y afiliados. Para todos los años el ratio entre beneficiarios es superior al ratio entre afiliados, aunque las diferencias entre ambos se han ido reduciendo, lo que debiera interpretarse como un signo a favor de la reducción de las pensiones de dependencia. De todas formas es necesario realizar dos matizaciones sobre la afirmación anterior. Primero, parte del desfase entre ambos ratios se debe a la asincronía entre la evolución del SAAD (creado en 2007, justo antes del inicio de la crisis económica) y la evolución del mercado de trabajo. Segundo, la diferencia entre ambos ratios se ha ido reduciendo con el paso de los años, de forma que para con la actualización de datos de los

últimos meses de 2012, casi podría alcanzarse una igualación entre ambos, que debiera ser interpretado como un síntoma de a favor de

estabilidad en la cuantía de las prestaciones de dependencia.

Tabla 1. Evolución de los beneficiarios con derecho a prestación del SAAD y de los afiliados a la Seguridad Social.

	Beneficiarios con derecho a prestación SAAD	Afiliados a la Seguridad Social
2008	422.846	19.005.600
2009	717.044	17.916.800
2012	888.962	17.581.800
2011	1.053.957	17.336.300
2012 (sept)	1.028.455	16.682.400

	Benef _{t-2} Benef _{t-1}	Af _{t-2} Af _{t-1}
2010	1,6958	0,9427
2011	1,2398	0,9813
2012	1,1856	0,9855
2013	0,9758	0,9628

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y del Boletín Mensual de Estadísticas Laborales.

Puesto que en Alemania, Estados Unidos y Japón las personas jubiladas también contribuyen al sistema, se ha procedido a utilizar la fórmula (3) para comparar la evolución de los beneficiarios del SAAD con la suma de afiliados y pensionistas de jubilación (y adicionalmente de pensionistas de incapacidad permanente). Como se muestra en la Tabla 3,

tanto en las contribuciones de los trabajadores como de parte de la población inactiva (jubilados, incapacitados permanentes).

$$\frac{Af_{t-2} + PJ_{t-2}}{Af_{t-1} + PJ_{t-1}} \text{ o } \frac{Af_{t-2} + PJ_{t-2} + PI_{t-2}}{Af_{t-1} + PJ_{t-1} + PI_{t-1}}$$

son ligeramente superiores que $\frac{Benef_{t-2}}{Benef_{t-1}}$

para el año 2013, lo que podría interpretarse como un signo de que si se estableciera un sistema de "pre-funding", éste debería basarse

Tabla 2. Evolución de los beneficiarios con derecho a prestación del SAAD, afiliados a la Seguridad Social, pensionistas de jubilación y de incapacidad permanente.

	Beneficiarios SAAD (Benef)	Afiliados SS (Af)	Pens. de jubilación (PJ)	Pens. de incap. Permanente (PI)
2008	422.846	19.005.600	4.936.840	906.830
2009	717.044	17.916.800	5.038.860	920.860
2012	888.962	17.581.800	5.140.600	933.730
2011	1.053.957	17.336.300	5.246.241	938.490
2012 (agost)	1.028.455	16.682.400	5.338.390	944.890

	$\frac{\text{Benef}_{t-2}}{\text{Benef}_{t-1}}$	$\frac{\text{Af}_{t-2} + \text{PJ}_{t-2}}{\text{Af}_{t-1} + \text{PJ}_{t-1}}$	$\frac{\text{Af}_{t-2} + \text{PJ}_{t-2} + \text{PI}_{t-2}}{\text{Af}_{t-1} + \text{PJ}_{t-1} + \text{PI}_{t-1}}$
2010	1,6958	0,9588	0,9609
2011	1,2398	0,9898	0,9908
2012	1,1856	0,9934	0,9939
2013	0,9758	0,9756	0,9768

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y del Boletín Mensual de Estadísticas Laborales.

4. CONCLUSIONES.

La consecución de un sistema de cuidados de largo plazo universal, de calidad y financieramente sostenible no debe ser un objetivo irrenunciable. El hecho de que un sistema sea universal no es obstáculo para que exista una selección de las prestaciones sobre la base de las necesidades de cuidado. La meta a la que se debe aspirar es el logro de un sistema capaz de responder a las demandas de aquellos que más lo necesitan (asegurando la igualdad de tratamiento y "good value of money"). Por otra parte, somos conscientes de que el buen funcionamiento del sistema de cuidados a la dependencia requiere de cantidades crecientes de recursos y que posiblemente, el modelo de financiación que se había previsto en sus comienzos deba ser modificado. Por el

momento, el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, que se analizará con más detalle en el artículo de "Financiación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia", ha aprobado una reducción de las cuantías máximas de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, y, una disminución de la financiación de la Administración General del Estado para el nivel mínimo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. No sabemos si estas medidas serán suficientes, pero lo que sí parece claro es que se ha optado por reducir gastos más que por buscar modelos alternativos de financiación. Tal vez el momento actual no sea el escenario idóneo, y la realidad económica y social se está volviendo tan convulsa y con tanta incertidumbre que los

cuidados a la dependencia pasan a un segundo plano, pero tampoco los países comentados en el capítulo han acometido sus reformas en momentos fáciles, sino cuando las circunstancias así lo han requerido.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Börsch-Supan, A. H. (2006). "What are NDC systems? What do they bring to reform strategies?" In *Pension Reform: Issues and Prospects for Notional Defined Contribution (NDC) Schemes*, ed. R. Holzmann and E. Palmer, chapter 3. Washington, DC: World Bank.
- Campbell, J., Ikegami, N. (2003). Japan's radical reform of long-term care. *Social Policy & Administration* 37(1), 21-34.
- Campbell, J., Ikegami, N., Gibson, M. (2010). Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan. *Health Affairs* 29(1), 87-95.
- Department of Health and Ageing of Australia (2012). Accommodation bonds for residential aged care. Australian Government. Department of Health and Ageing. Information Sheet No. 16.
- Ergas, H., Paolucci, F. (2010). Providing and financing age care in Australia. *Health and Ageing*. No. 23. Geneva Association Information Newsletter, October.
- Heinicke, K. Thomsen, L. (2010). The social long-term care insurance in Germany: origin, situation, threats and perspective. Discussion Paper No. 10-012. Center for Economic Research.
- Hoffman, J. (2009). Singapore long-term care plan. Eldershield government sponsored, privately sold. Society of Actuaries of Singapore. *International News*. Issue No. 49.
- Tsutsui, T., Muramatsu, N. (2007). Japan's universal long-term care system reform of 2005: containing costs and realizing a vision. *Journal of the American Geriatric Society* 55(9), 1458-1463.
- Zhou-Richter, T. (2010). Don't they care? Or, are they just unaware? Risk perception and the demand for long-term care insurance. *Journal of Risk and Insurance* 77(4), 715-747.

EL COPAGO EN LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA:

ANÁLISIS DE LAS MEDIDAS INTRODUCIDAS EN LA
RESOLUCIÓN DE 13/7/2012

JULIA MONTSERRAT CODORNIU

Doctora en Economía y profesora colaboradora de la Universidad Autónoma de Barcelona

IVÁN MONTEJO SARRIAS

Licenciado en Ciencias Políticas y de la Administración por la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona

Sumario

1. EL COPAGO COMO INSTRUMENTO DE FINANCIACIÓN.

2. LA REGULACIÓN DEL COPAGO DE LAS PRESTACIONES DE LA DEPENDENCIA: ANTES Y DESPUÉS DE LA NORMATIVA DE 13 DE JULIO DE 2012.

2.1 La capacidad económica: Antes y después de la Resolución de 13 de julio de 2012.

2.2 Determinación de la cuota a pagar: Modificaciones y situación actual.

3. CAPACIDAD ECONÓMICA Y COBERTURA DEL COPAGO SOBRE EL COSTE DE LAS PRESTACIONES: SIMULACIÓN SEGÚN CRITERIOS DE LA RESOLUCIÓN 13/7/2012.

3.1. Estimación capacidad económica de las personas mayores de 65 años.

4. ESTIMACIÓN DE LOS COPAGOS SEGÚN CRITERIOS RESOLUCIÓN 13/7/2012.

4.1. Impacto del copago en la renta de los usuarios.

5. CONCLUSIONES.

Resumen

La Resolución de 13/7/2012 recoge un conjunto de medidas de mejora del Sistema de la dependencia, entre ellas las relacionadas con la normativa para determinar la capacidad económica y aportación del beneficiario. El artículo analiza los nuevos criterios de participación económica del beneficiario en el coste de las prestaciones, las diferencias con el modelo anterior y el efecto que los copagos tienen en la renta de los usuarios, con especial atención a la inclusión del patrimonio en la valoración de la capacidad económica. Los resultados se analizan desde la perspectiva de la equidad en el reparto de las cargas económicas de los copagos según las rentas de las personas usuarias.

Palabras clave: Capacidad económica, copago, renta, patrimonio, equidad.

1. EL COPAGO COMO INSTRUMENTO DE FINANCIACIÓN.

Copago es la denominación “informal”, pero ampliamente aceptada, de la cuota que paga el usuario como contraprestación del disfrute de un servicio o una prestación pública. A través del copago se instrumentaliza un modelo de financiación mixto “publico-privado” permitiendo a la Administración unos ingresos adicionales sin tener que recurrir a los impuestos.

Se argumenta que mediante este sistema de financiación mixto, salen beneficiadas las dos partes. Por un lado, la Administración pública rebaja su presupuesto para la financiación del servicio en cuestión y, por otro lado, el usuario recibe un servicio o una prestación que, de no ser así, en muchos casos sería inalcanzable. Si bien el planteamiento teórico parece correcto,

se debe analizar si es equitativo -reparto de cargas proporcionales- y qué efecto tiene en los individuos, tanto en el acceso a los servicios como en el impacto sobre sus rentas. Se entrevé que al ser, el de los impuestos y el del copago, dos modelos de financiación diferentes, la repercusión en los usuarios será diferente.

La financiación vía impuestos -sistema contributivo- es solidaria y redistributiva. Los contribuyentes pagan en función de su capacidad económica y las prestaciones se reparten según las necesidades de los individuos. En cambio, la financiación vía copagos es individual y no redistributiva. La persona beneficiaria paga para recibir su propio servicio y los ingresos del copago no tienen un objetivo de redistribución de rentas sino meramente recaudatorio y de contribución a la sostenibilidad económica del Sistema.

El copago no es redistributivo pero de él se destacan otras ventajas. El mecanismo del copago permite la concienciación del usuario sobre el coste del servicio; el precio se hace visible y el usuario "sabe lo que cuesta". Por otro lado, el usuario percibe directamente el beneficio ya que "paga por lo que recibe", al contrario que con los impuestos, donde "no todo el que paga recibe el servicio". La mayor transparencia de los costes permite que el copago actúe como racionalizador de la demanda ya que el individuo tiende a evitar el consumo excesivo que se puede producir cuando los servicios son gratuitos.

Junto con las ventajas se destacan otras desventajas del copago. Hay algunos autores que argumentan que, en las prestaciones de la dependencia, no existe el copago como elemento disuasorio de la demanda, ya que la demanda

es prácticamente inelástica (los servicios se demandan en función de la necesidad y no del precio) y la elección de las prestaciones no es exclusiva del individuo sino que está dirigida por un profesional de la Administración.

El coste de la burocracia es otro de los argumentos en contra del copago en las prestaciones de atención a la dependencia. El establecimiento de mecanismos de copagos relacionados con el nivel de renta lleva implícitos problemas de tipo operativo y administrativo como son: la determinación de la capacidad económica de los individuos, la asignación del peso que suponen las cargas familiares, la consideración o no del patrimonio del individuo, la fiabilidad de los datos de las rentas, la justificación de determinadas situaciones personales, entre otras. Todo ello lleva apareada una carga administrativa importante que puede hacer detraer una parte significativa de los recursos que, si no existiera el copago, podrían ser destinados a los costes directos de atención.

La corresponsabilidad de los individuos en la financiación de los servicios públicos puede plantearse como un elemento de concienciación del individuo (copago mínimo) o como un instrumento de recaudación para aminorar el gasto público. El modelo de financiación óptimo sería aquel que combinase la responsabilidad pública y la privada de forma que se alcance el efecto redistributivo implícito en la tributación y la racionalidad del gasto sin que ello tuviese un impacto negativo en las rentas de los usuarios. En general, copagos reducidos y con pocas excepciones pueden ser útiles para favorecer la corresponsabilidad de los individuos pero no al revés, ya que ello puede tener un efecto negativo en la utilización de los Servicios, por parte de aquellos usuarios con rentas

¹ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de Dependencia.

bajas, al restringir la demanda o inducir a una utilización inapropiada de los mismos.

2. LA REGULACIÓN DEL COPAGO DE LAS PRESTACIONES DE LA DEPENDENCIA: ANTES Y DESPUÉS DE LA NORMATIVA DE 13 DE JULIO DE 2012.

La LAPAD¹ fija los criterios generales para la participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones (art 33) y delega al Consejo Territorial la determinación del modelo específico de copago en las prestaciones de la dependencia. Casi dos años después de la entrada en vigor de la LAPAD, el 27 de Noviembre de 2008, el Consejo Territorial (CT) alcanzó el Acuerdo sobre dicha materia, el cual fue publicado mediante **Resolución de 2 de diciembre de 2008**. Este primer Acuerdo ha sido modificado por otro de fecha 10 de Julio de 2012 y publicado como **Resolución de 13 de Julio de 2012**. El segundo Acuerdo del CT del SAAD introduce modificaciones sustanciales al modelo de copago acordado previamente. Según la **exposición de motivos de la Resolución de 13/7/2012** esta reforma se realiza por la necesidad de establecer un **desarrollo normativo mínimo, común y homogéneo** que permita una aplicación coherente en todo el Estado de la normativa de la dependencia a fin de contribuir a garantizar el principio de igualdad.

Es un hecho reconocido que la amplia libertad dada a las Autonomías, en el primer Acuerdo del CT, para fijar la participación del usuario en la financiación de la dependencia, desembocó en diecisiete modelos diferentes de copagos, los cuales se caracterizaron por una amplia

regulación de las prestaciones económicas y un ínfimo desarrollo de la regulación del copago en los servicios. En este último caso, la mayoría de CCAA continuaron aplicando los criterios establecidos antes de la entrada en vigor de la LAPAD manteniendo incluso criterios discrepantes² con los recogidos por el CT. Por ello, la Resolución hace referencia a la multiplicidad y diversidad de los modelos de copagos existentes en las CCAA para modificar las normas anteriores con el fin de establecer un desarrollo normativo mínimo, común y homogéneo para todos los territorios.

La diversidad y la uniformidad son los extremos que caracterizan el primer y el segundo Acuerdo del CT. El primer Acuerdo (Resolución de 2/12/2008) daba amplio margen de manobra a la Autonomías para que definieran su propio modelo de copago, siempre y cuando respetaran los criterios mínimos acordados por el CT; en cambio, el segundo Acuerdo (Resolución de 13/7/2008) encorseta el margen de actuación de las CCAA, elevando el grado de definición del modelo sin que apenas puedan establecer alguna mejora económica a sus ciudadanos³. La única asimetría autorizada es por el camino de la reducción del gasto público, permitiéndoseles incrementar el copago de las personas beneficiarias en los servicios y en las prestaciones económicas⁴ (menor importe de la prestación). Se supone que dicha opción no va a ser utilizada por las Autonomías ya que ello supondría una mayor presión sobre los usuarios, lo cual sería, probablemente, impopular, sin que ello viniera acompañado de incrementos significativos en la recaudación.

¹ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de Dependencia.

² En algunas CCAA no se respetaba el criterio de ingresos brutos anuales, excluyendo, en el cálculo de la capacidad económica, los importes de las pagas extras, entre otros ejemplos.

³ Las CCAA podían establecer los gravámenes para determinar el copago dentro de unos límites, fijar los precios públicos de referencia, fijar el porcentaje de la cuantía máxima de la prestación económica, entre otras.

⁴ Cláusula 6.5 de la Resolución de 13/7/2012.

La **uniformización** de los criterios se extiende hasta el extremo de no reconocer que la carestía de la vida es superior en unas CCAA que en otras y que, por lo tanto, la capacidad adquisitiva que representa el IPREM no es la misma en un territorio que en otro. Por ejemplo, Cataluña aplicaba su propio IPREM (el IRSC⁵) como indicador de referencia para aplicar el mínimo exento en la determinación del copago de los usuarios. La Resolución de 13/7/2012 pone énfasis en que la menor recaudación originada por la aplicación de un mayor techo en la exención de la participación de los usuarios, supondrá un mayor coste para la Comunidad Autónoma (CA), el cual deberá ser financiado a cargo del Nivel adicional (cláusula 2, apart.11, Resolución 13/7/2012). Dicho matiz no era necesario señalarlo ya que el propio Sistema de financiación del SAAD⁶ conduce a que cualquier disminución de la recaudación, bien sea por los ingresos del AGE⁷ bien sea por el usuario, origina una mayor carga financiera para la Autonomía ya que ésta tiene la responsabilidad de proveer la prestación por ser ésta de carácter universal.

El espíritu de la cláusula anterior es claramente intervencionista y garantista de que se aplique una mayor presión en los copagos de los usuarios, al mismo tiempo que es una cláusula altamente confusa sobre el procedimiento aplicable para estimar ese menor montante de recaudación⁸ aunque parece deducirse que la reducción del importe liberable a la CA se aplicaría rebajando la cuantía del Nivel mínimo garantizado, lo cual vulneraría el derecho

básico que tiene la CA de recibir ese importe. Cabe recordar que el “beneficiario” del Nivel Mínimo⁹ es la propia persona beneficiaria de la prestación cuyo importe es gestionado por la CA, la cual deberá añadir más recursos para poder atenderle según sus necesidades (art. 9 de la LAPAD).

La configuración del “nuevo” modelo de copago se enmarca en los objetivos de **reducción del gasto incluidos** en el Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Las medidas que más directamente suponen un recorte del gasto público son: la reducción de los importes de las prestaciones económicas y la reducción de la cuantía del Nivel Mínimo. Éstas vienen acompañadas de otras no menos significativas como la reducción de la intensidad de los servicios, la eliminación de los niveles de dependencia, el diferimiento de la entrada de los dependientes moderados (Grado 1) hasta julio del 2015, la restricción en la compatibilidad de las prestaciones, entre otras.

El **principio de progresividad de la participación de la persona beneficiaria** en el coste de las prestaciones establecido en la LAPAD y regulado en la Resolución de 13/7/2012 no se cumple de forma general por dos motivos; en primer lugar, existe una limitación general en todos los casos consistente en que el usuario no puede pagar más del precio de referencia; en el caso de las prestaciones de dependencia, el tope se establece en el del 90% del precio de

⁵ En Cataluña se empleaba el IRSC (Indicador de Rentas de Suficiencia de Cataluña) que equivale a 1,068 el IPREM.

⁶ Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

⁷ AGE son las siglas de Administración General del Estado.

⁸ La estimación de ese impacto supondría recalcular todos los copagos excepto el de servicio residencial.

⁹ Por eso se llama Nivel Mínimo garantizado ya que la Ley le garantiza ese mínimo de financiación.

referencia o cuantía máxima de la prestación. El efecto que produce dicho “tope” es que la progresividad se trunca cuando se alcanza ese punto, a partir del cual el porcentaje de participación del usuario irá decreciendo a medida que aumente la renta. En segundo lugar, el modelo de copago establecido en el servicio residencial no cumple dicho principio porque es un modelo de “tarifa plana” en el sentido que el usuario siempre ha de pagar el precio total con el único límite del 19% del IPREM.

El abanico de recortes presupuestarios se completa con la **modificación del modelo de copago** existente hasta la fecha de la Resolución de 13/7/2012, el cual redefine criterios anteriores o introduce nuevos criterios en la participación de las personas beneficiarias en la financiación de las prestaciones. Los cambios afectan básicamente a la determinación de la cuota a pagar por los usuarios. A continuación se realiza un breve esbozo de las principales modificaciones en estos dos aspectos.

2.1. La capacidad económica: Antes y después de la Resolución de 13 de julio de 2012.

En la definición de la **capacidad económica**, el segundo Acuerdo del CT solo introduce un pequeño cambio respecto a la normativa anterior, el cual se refiere a la exención de las ayudas económicas concedidas en el marco del programa de Violencia de género como renta en la determinación de la capacidad económi-

ca¹⁰. Reafirma que la renta a tener en cuenta es la correspondiente a la persona beneficiaria y, en el caso de beneficiario con cónyuge en régimen de gananciales o de participación de bienes, se considerará renta personal la mitad de la que figure en el la declaración del IRPF. En el cómputo de renta personal se debe tener en cuenta el número de miembros a cargo de la persona beneficiaria o de los cónyuges¹¹.

En cuanto al valor del **patrimonio** a imputar en la capacidad económica, la Resolución de 13/7/2012 **reafirma** los mismos porcentajes que los establecidos en la LAPAD (5% del patrimonio neto a partir de los 65 años de edad, el 3% de los 35 a los 65 años de edad y un 1% a los menores de 35 años). Por otro lado, **clarifica algunos conceptos** sobre la valoración del mismo; así, establece que el valor de la vivienda habitual del usuario será el **valor catastral** o, en su defecto, el valor escriturado y **deberán aplicarse los mínimos exentos establecidos en el Impuesto sobre el Patrimonio**¹². La clarificación del concepto de patrimonio es muy positiva porque la revisión de la normativa autonómica ponía en evidencia que cada Autonomía aplicaba un criterio diferente y la mayoría no respetaban los mínimos exentos señalados en la normativa de dicho impuesto.

La Resolución 13/7/2012 mantiene la cláusula de que el valor patrimonial de la vivienda habitual solo se computa en el supuesto de que el beneficiario perciba el servicio de atención residencial o la prestación económica vinculada

¹⁰ Los ingresos que integran la capacidad económica de la persona beneficiaria son los derivados del trabajo y del capital. Se deduce que se excluyen las variaciones patrimoniales. No se incluyen como renta: las prestaciones de análoga naturaleza, las rentas derivadas de seguro de dependencia, la ayuda económica contemplada en el programa de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género y aquellas similares establecidas por las CCAA; en cambio, se integran las rentas exentas del IRPF.

¹¹ El punto 4.1 de la Resolución de 13/7/2012 hace referencia a la composición de la carga familiar, la cual está integrada por el cónyuge o pareja de hecho, los ascendientes mayores de 65 años, descendientes o personas vinculadas al beneficiario menores de 25 años o mayores de tal edad en situación de dependencia o discapacidad siempre que convivan con el beneficiario y dependan económicamente de este.

¹² Mínimo exento en la vivienda habitual es de 150.000 euros y el mínimo exento general es de 112.000 euros (ejercicio 2011).

al servicio, siempre que no tenga personas a su cargo que continúen residiendo en dicha vivienda. En los supuestos de cotitularidad solo se tendrá en cuenta el porcentaje del patrimonio correspondiente a la propiedad del beneficiario. Se continúa manteniendo el criterio de incluir como patrimonio las disposiciones patrimoniales realizadas en los cuatro años anteriores y se respeta la cláusula de “no inclusión” en el patrimonio de los bienes y derechos aportados a un patrimonio especialmente protegido.

2.1.1. La complejidad de la imputación del patrimonio en la capacidad económica.

El objetivo del legislador de incluir el valor del patrimonio en la determinación de la capacidad económica de la persona beneficiaria es **aumentar el copago** de las prestaciones de dependencia, lo cual debería comportar un mayor volumen de recaudación y una disminución del gasto público “neto”¹³. No obstante, la inclusión del patrimonio como renta genera numerosos “interrogantes” por las consideraciones siguientes: a) es una renta no monetaria, b) no se dispone de las declaraciones de patrimonio en la mayoría de los casos, c) comporta complejidad en la identificación y valoración del mismo, d) la imputación del patrimonio no comporta aumentos significativos en la recaudación y e) es inequitativo ya que solo afecta a las rentas de las clases medias-bajas.

Uno de los principales efectos de la imputación del patrimonio en la determinación del

copago es el hecho de ser una “**renta no monetaria**”, lo cual implica que no genera liquidez en el momento de copagar incidiendo en que el usuario se convierta en “acreedor” de la Administración Pública. Así, **la liquidez no se garantiza a corto plazo al mismo tiempo que la Administración incide en costes de gestión¹⁴ y efectividad de la deuda**. Uno de los interrogantes no aclarados por la Resolución 13/7/2012 es **qué ocurre cuando el patrimonio del usuario está constituido solo por capital mobiliario** (depósitos bancarios, acciones, fondos de inversión, seguros de vida, entre otros).

Otro aspecto cuestionable es lo que se debe entender por patrimonio. La Resolución 13/7/2012¹⁶ remite a la normativa del Impuesto sobre el patrimonio para la consideración de los bienes que se deben incluir así como las normas de valoración que se deben tener en cuenta. Según la Resolución citada, el patrimonio incluye todos los bienes de los que sea titular el beneficiario, incluyendo no solo los bienes inmuebles sino, también, los bienes muebles y aquellos otros de valor relevante.

La identificación y valoración del patrimonio es el primer problema que se presenta al no existir declaraciones fiscales y por la dificultad que supone la identificación de ciertos elementos patrimoniales. La inexistencia de declaraciones patrimoniales procede de la voluntad del Gobierno central y de las Administraciones autonómicas de “suspender” la obligación de

¹³ Gasto público neto es la diferencia entre el gasto de las prestaciones y los ingresos de los copagos.

¹⁴ No existen estudios fehacientes que pongan de relieve el coste derivado de la efectividad de las deudas.

¹⁵ La Administración garantiza el derecho de su deuda mediante una inscripción en la titularidad de la vivienda habitual del beneficiario excepto en los casos en que en ésta continúen viviendo personas que estaban a cargo de la persona beneficiaria siempre que cumplan con los requisitos establecidos para ser considerados “carga familiar”.

¹⁶ De igual manera lo hacía la Resolución anterior de 2/12/2008,

los contribuyentes de realizar la liquidación del Impuesto sobre el patrimonio con efectos a partir del ejercicio del 2008¹⁷. Aunque se ha vuelto a “reeditar” para los periodos 2011, 2012 y 2013¹⁸ solo afecta a un pequeño segmento de la población: aquellos cuyo patrimonio neto sea superior a 700.000 euros y siempre que la correspondiente Autonomía haga uso de su derecho de ponerlo en vigor¹⁹. Por ello, la Administración carece y carecerá de datos fiscales fehacientes para la mayoría de las personas beneficiarias de las prestaciones de la dependencia, las cuales generalmente pertenecen al segmento de clases medias-bajas.

La dificultad de detectar ciertos patrimonios, como por ejemplo los depositados en sociedades patrimoniales o aquellos que no constan en ningún registro (obras artísticas de valor, colecciones, antigüedades, joyas, etc.), implica que la identificación del patrimonio se fundamentará en la declaración del individuo y que la ocultación total o parcial de los mismos comportará problemas de equidad, perjudicando, generalmente, a los que tienen patrimonios de escasa cuantía o difíciles de ocultar como es el caso de los inmuebles.

La problemática de la valoración del patrimonio afecta de manera particular al patrimonio mobiliario (fondos de inversión, valores, participaciones, etc.). Las normas de valoración son complejas ya que incluyen criterios de cálculo diferentes según los títulos que posea el individuo, valor de los activos según diferentes conceptos de referencia (valor de mercado, precio de adquisición, valor catastral), entre otros. La valoración de dicho patrimonio es objeto de

“fluctuaciones”, especialmente en tiempos de crisis económica, en los activos y sus rendimientos varían de forma sustancial de un año respecto a otro. El cambio de valor de dichos bienes hará necesario actualizar el importe de los copagos anualmente. Ello crea burocracia para la Administración e inseguridad al beneficiario sobre el montante del copago que debe pagar.

2.2. Determinación de la cuota a pagar: Modificaciones y situación actual.

De acuerdo con la LAPAD y según recoge la Resolución 13/7/2012, la participación de la persona beneficiaria en el coste del servicio se debe hacer de forma progresiva mediante la aplicación de un porcentaje en función de su capacidad económica, dando como resultado que el copago sea proporcional a las rentas de las personas beneficiarias. En los siguientes apartados se expone el efecto de las formulas introducidas en dicha Resolución para la determinación del copago, examinado su progresividad, o no, especialmente cuando se añade la valoración del patrimonio.

El apartado de la determinación de la aportación del usuario es donde se concentra la mayoría de las modificaciones introducidas en la Resolución de 13/7/2012, las cuales tiene como objetivos, elevar el copago de los usuarios en la financiación del coste de las prestaciones y uniformizar los criterios para determinar el copago. Contrasta la rigidez actual con la flexibilidad anterior. Antes cada Autonomía podía definir sus propias tarifas de gravamen siempre que respetara los criterios mínimos; en cambio, con la nueva regulación, todo esta re-

¹⁷ No existirán declaraciones de patrimonio para los ejercicios 2008,2009 y 2010.

¹⁸ A partir del 2014, el Impuesto sobre el patrimonio vuela a quedar “en letargo”, art 10. del proyecto de Ley por la que se adoptan diversas medidas tributarias dirigidas a la consolidación de las finanzas públicas y al impulso de la actividad económica (BOCG de 4 de octubre de 2012).

¹⁹ Las Autonomías de Madrid, Illes Balears y Comunidad Valenciana no lo han reinstituído.

gulado incluido el servicio de ayuda a domicilio cuya competencia es de los Municipios.

La uniformidad de las cuotas a pagar con independencia de la ubicación del domicilio de la persona beneficiaria es uno de los objetivos perseguidos en aras del principio de igualdad; no obstante, ello no significa que garantice el principio de equidad por la diferente capacidad adquisitiva entre los diferentes territorios.

El objetivo de incrementar la recaudación de los copagos se pone de manifiesto, en primer lugar, por la disminución en las prestaciones económicas de las cuantías máximas y de todos los demás tramos y, en segundo lugar, por el incremento de los "topes" de los copagos tanto en los servicios como en las prestaciones económicas. Ello se acompaña con el establecimiento de otros criterios como es la fijación de una cuota mínima a pagar en el servicio de ayuda a domicilio y una reducción en la garan-

tía de la renta mínima.

La prestación de cuidados en el entorno familiar es la que sufre el recorte más importante de las prestaciones económicas; las reducciones van desde el 25% en el Grado 3-2 al 15% en el Grado 1. Transitoriamente, a los que ya tenían asignada la prestación de cuidados en el entorno familiar, las cuantías se reducen un 15%. En las otras dos prestaciones -prestación vinculada al servicio y asistencia personal-, los recortes oscilan entre el 14% en el Grado 3 y el 6% en el Grado 2. Ver cuadro.

Cuadro 1. Importes de las prestaciones económicas según Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio.

	CUIDADOR ENTORNO FAMILIAR			PRESTACIÓN VINCULADA Y ASISTENTE PERSONAL		
	A partir Agosto/2012	Antes de Agosto /2012	Diferencia %	A partir Agosto/2012	Antes de Agosto /2012	Diferencia %
Grado 3-2	387,64	520,69	-25,55	715,07	833,96	- 14,26
Grado 3-1	387,64	416,98	- 7,04	715,07	625,47	14,33
Grado 2-2	268,79	337,25	- 20,3	426,12	462,18	- 7,8
Grado 2-1	268,79	300,9	-10,67	426,12	401,2	6,21
Grado 1-2	153	180	-15	300	300	0

Una novedad importante es el aumento del tope de la cuota a pagar; así, la cuota topada del 90%, que antes era solo en el servicio residencial, ahora se aplica a todos los servicios y prestaciones económicas. En los servicios no institucionalizados -centro de día y ayuda a domicilio- el tope se eleva del 65% al 90%. No obstante es en las prestaciones económicas donde se produce una mayor elevación del tope; en la prestación económica de cuidados en el entorno familiar pasa del 25% al 90% y en la de la prestación vinculada, así como la prestación de asistencia personal, el salto ha sido del 40% al 90%. La consecuencia de esta medida es incrementar la recaudación en tanto en cuanto los importes de las prestaciones económicas son inferiores y las aportaciones de los usuarios de los servicios de proximidad, mayores.

Se introduce, como novedad, **una cuota mínima a pagar de 20 euros mes en el servicio de ayuda a domicilio** cuando el resultado de aplicar el gravamen resulte negativo o inferior a dicha cantidad. Ello puede reportar un esfuerzo económico importante para aquellas personas con rentas bajas, mientras que, a medida que aumenta la renta, el esfuerzo económico se reduce. Otra novedad introducida en la Resolución es la fijación del importe garantizado de gastos personales, que en el caso del servicio residencial es del 19% del IPREM. En el caso de personas en situación de dependencia por razón de discapacidad, **la cantidad mínima por gastos personales se incrementa en un 25%**.

La fijación de **precios públicos iguales para todo el territorio puede repercutir negativamente para las Autonomías**. En la medida que

los precios de referencia sean inferiores a los realmente concertados, el gasto no cubierto por los copagos será mayor y, por ello, la CA deberá cubrir la diferencia entre el precio real y la cantidad recibida del usuario. En cambio, en el caso de la prestación vinculada al servicio, la repercusión es para el beneficiario²⁰ que es quien deberá aportar una mayor cantidad de recursos para acceder a la residencia.

3. CAPACIDAD ECONÓMICA Y COBERTURA DEL COPAGO SOBRE EL COSTE DE LAS PRESTACIONES: SIMULACIÓN SEGÚN CRITERIOS DE LA RESOLUCIÓN 13/7/2012.

La LAPAD establece el principio básico por el cual los usuarios deben contribuir a la financiación del coste de la dependencia de acuerdo con su capacidad económica y según el coste del servicio o prestación. La cuantía de la recuperación del coste depende de la fórmula utilizada para determinarlo y de la capacidad económica de las personas beneficiarias. Para ello se estima, en primer lugar, la capacidad económica de las personas beneficiarias y, en segundo lugar, se estiman los copagos según los criterios establecidos en la Resolución 13/7/2012.

El análisis se realiza para cada una de las diferentes prestaciones, sean servicios o prestaciones económicas. **La población objetivo son las personas mayores de 65 años** ya que representan, aproximadamente, tres cuartas partes de la población beneficiaria de las prestaciones de la dependencia. El ámbito geográfico lo constituye el Territorio de régimen fiscal común²¹. Los resultados se agrupan por intervalos de rentas de importe igual a 1 IPREM; el número de tramos es de 6, recogiendo el último intervalo

²⁰ El importe de la prestación económica es menor cuanto menor sea el precio público de referencia; por ello, la persona beneficiaria debe complementar el precio del servicio con una aportación mayor cuanto menor sea el importe de la prestación económica recibida.

²¹ No están incluidas las CCAA del País Vasco y Navarra.

las rentas superiores a 5 veces el IPREM.

El ejercicio de simulación se realiza con los datos de la renta de los individuos incluidos en la Muestra²² de declarantes y No-declarantes del IEF-AEAT²³ del 2008. Los datos de la renta han sido actualizados a valores del 2011 de acuerdo con la evolución del IPC durante dicho periodo de tiempo (6,3%).

Del número total de casos de la Muestra original se han escogidos aquellos cuya edad del declarante era igual o superior a 65 años. El número de casos totales contenidos en la muestra es de 3.814.345 de los cuales, 3.093.047 son declarantes y 721.298 son no-declarantes; en dicho total se han excluido un 0,02% de rentas negativas²⁴.

Los casos de la Muestra de declarantes corresponden a unidades familiares, las cuales pueden proceder de declaraciones individuales o de declaraciones conjuntas; en cambio, los casos de la Muestra de los no declarantes corresponden siempre a rentas individuales. A efectos del estudio se estima la renta personal del beneficiario según el criterio establecido en la LAPAD.

El tratamiento de los datos se realiza con el paquete estadístico SPSS y los resultados de los descriptivos se adjuntan en un anexo.

3.1. Estimación capacidad económica de las personas mayores de 65 años.

El concepto de renta utilizado en este estudio intenta aproximarse al definido en el acuerdo del CT, aunque tiene alguna limitación como es la que se deriva de no disponer de los datos de las rentas exentas de tributar por IRPF²⁵, las cuales, en cambio, se incluyen en la capacidad económica para determinar el copago. No obstante, el número de beneficiarios que perciben este tipo de rentas es pequeño en relación con el número total de beneficiarios de las prestaciones de la dependencia.

Según la LAPAD, la capacidad económica incluye la renta y el patrimonio de la persona beneficiaria. Por ello, a fin de ajustar en mayor medida la capacidad económica de los beneficiarios de las prestaciones de la dependencia se realiza una estimación²⁶ del patrimonio para los casos incluidos en la Muestra objeto de estudio. Se toma como referencia los valores obtenidos por la Encuesta Financiera de las Familias (EFF2008) realizada por el Banco de España y se realizan otras estimaciones de acuerdo con informaciones estadísticas de la CNMV²⁷ y del Banco de España.

La vivienda habitual, con el 84%, y los depósitos bancarios, con el 94%, son los activos más habituales poseídos por las personas mayores. Sus valores medianos se sitúan en 183,37 miles de euros y 11,47 miles de euros, respectivamente.

²² El tamaño de la Muestra del IRPF-AEAT está calculada para un error, en la media de la variable renta, menor del 1,1% con un nivel de confianza del 3 por mil.

²³ Instituto de Estudios Fiscales y Agencia Española de la Administración Tributaria.

²⁴ La base imponible en las declaraciones del IPRPF puede ser negativa por diversas circunstancias, si bien el porcentaje de dichos casos es pequeño y, por ello, se excluyen de la Muestra.

²⁵ Pensiones y prestaciones por invalidez de cualesquier de los regímenes de protección social incluyendo las prestaciones no contributivas por este concepto, ciertas pensiones de viudedad, pensiones de orfandad, entre otras.

²⁶ La estimación del patrimonio solo puede realizarse con los datos de la Muestra de declarantes ya que la Muestra de no declarantes no dispone de datos referidos al patrimonio de la persona.

²⁷ Comisión Nacional del Mercado de Valores.

El patrimonio real incluye otras propiedades como la segunda vivienda, con un valor mediano estimado de 49,10 miles de euros, o los inmuebles arrendados, con un valor mediano de 83,77 miles euros. Además de los depósitos bancarios, otros activos del patrimonio como

acciones, participaciones en capital, deuda pública, planes de pensiones y seguros de vida están en manos de un 11,5 % de la población y su valor mediano asciende a 7,1 miles de euro. Ver cuadro.

Cuadro 2. Estimación valor patrimonio de las personas mayores.

	% HOGARES DE + 65 AÑOS	VALOR MEDIANO (miles euros)
Patrimonio Real	88,8	187,1
Patrimonio Financiero	94,6	14,81
Patrimonio TOTAL	98,94	200,49

Fuente: EFF(200), Muestra de declarantes IRPF (2008) y elaboración propia.

La estimación del patrimonio²⁸ se realiza imputando una rentabilidad media²⁹ a los rendimientos del capital y a los activos reales que figuren en la declaración del IRPF para obtener el valor del activo financiero o el valor del activo real. En el caso de la vivienda habitual, la estimación se realiza aplicando el valor mediano obtenido por la EFF2008 por decilas de rentas a las correspondientes según la Muestra de declarantes³⁰ del IRPF. Dicha asignación se realiza solo a aquellos individuos que declaran ser titulares de la misma en la declaración del IRPF.

A efectos de estimar la capacidad económica de los casos de la Muestra objeto de estudio,

no se ha efectuado ninguna revalorización de los datos obtenidos de patrimonio con valores del 2008 ya que durante el periodo 2008-2011, los valores de los activos han sido objeto de importantes fluctuaciones con tendencia a la baja y, por ello, no se estima que los valores de los activos se hayan revalorizado

La capacidad económica de la persona beneficiaria se calcula, de acuerdo con los criterios de la normativa actual³¹, diferenciándola según el patrimonio incluya la vivienda habitual o no la incluya.

²⁸ En las declaraciones conjuntas de IRPF, se toma como hipótesis que el patrimonio se distribuye a partes iguales entre los dos miembros de la pareja.

²⁹ Otras viviendas, el 1,1 valor catastral; inmuebles arrendados, el 4% valor mercado; dividendos y participaciones en fondos propios, 10% valor nominal de los títulos; depósitos a largo plazo, 7% media anual de los depósitos; letras y otros activos financieros, 3% valor títulos; otras rentas de capital mobiliario, 10% valor títulos; planes de pensiones y seguros de vida, según valores de las decilas del EFF2008; valor de la vivienda habitual se imputa el valor mediano de las decilas del EFF2008 a las decilas de IRPF (120,2;150,3; 180,0;187,1;240,4;300,4 miles de euros),

³⁰ La imputación del patrimonio solo puede realizarse en la Muestra de declarantes del IRPF ya que no se dispone de ninguna referencia patrimonial de la Muestra de no declarantes.

³¹ LAPAD, Resolución 13/7/2012 y otras normas concordantes.

Los resultados obtenidos se muestran desglosados por tramos de renta múltiples del valor del IPREM del 2011 (6 tramos) y los casos se clasifican según el tramo de renta que le corresponde cuando su capacidad económica se determina solo con la renta de la persona beneficiaria. Ello se hace así para mostrar el efecto que tiene el patrimonio en la determinación de la capacidad económica y en el copago.

Las cifras correspondientes a la **capacidad económica** sin patrimonio de las personas mayores de 65 años muestran que la media es de 1.505 euros al mes. Por tramos de renta se observa que, **un 15% tiene rentas inferiores a 1**

IPREM³², un 60% de la población tiene rentas inferiores a 2 veces IPREM; un 20% entre 2 y 3 IPREM y, otro 20%, más de 3 IPREM. Se puede apreciar que hay un 7% de la población con rentas muy elevadas (más de 5 IPREM).

La capacidad económica incrementa un 15% cuando se considera el patrimonio sin vivienda y un 42% cuando se incluye el patrimonio con la vivienda habitual. Los valores de la capacidad económica son: 1.723 euros mes y 2.143 euros mes según que el patrimonio no incluya la vivienda habitual o que sí la incluya. Ver cuadro.

Cuadro 3. Rentas medias, con y sin patrimonio, de la población mayor de 65 años (euros mes).

	CAPACIDAD ECONÓMICA POR TRAMOS DE IPREM (€/mes)							
	Media	Negativas	0 a 1 IPREM	1 a 2 IPREM	2 a 3 IPREM	3 a 4 IPREM	4 a 5 IPREM	Más 5 IPREM
(% Poblacional)	100	0	15	45	20	8	5	7
Número	3.815.087	742	557.387	1.717.607	755.912	310.311	197.804	275.324
Capacidad económica	1.505	-913	366	924	1.503	2.125	2.802	5.813
Capacidad económica + patrimonio sin vivienda	1.723	-301	392	967	1.636	2.442	3.206	7.500
Capacidad económica + patrimonio con vivienda	2.143	-560	544	1.266	2.072	3.114	4.101	8.550

Fuente: Muestra declarantes y No declarantes IRPF-AEAT (2008) y elaboración propia

4. ESTIMACIÓN DE LOS COPAGOS SEGÚN CRITERIOS RESOLUCIÓN 13/7/2012.

De acuerdo con las formulas establecidas en la Resolución 13/7/2012 para determinar el importe de los copagos para cada una de las prestaciones, se han estimado³³ las cuotas a pagar en los servicios y los descuentos soportados

por los usuarios en las prestaciones económicas en el supuesto de prestaciones para personas en situación de dependencia muy grave (Grado 3). Ver cuadro.

³² Los cálculos se realizan con el valor del IPREM del 2011, el cual es de 621,26 euros mes.

³³ Los precios de referencia utilizados han sido: 1.600 euros/mes en residencias, 650 e/mes en centros de día, 13h/mes en el servicio de ayuda domiciliaria, 715,07 euros/mes cuantía máxima prestación vinculada y 387,64 euros/mes cuantía máxima cuidados en el entorno familiar.

Cuadro 4. Importe medio de los copagos por tramos de IPREM (euros/mes).

	COPAGO MEDIO POR TRAMOS DE IPREM (€/mes)						
	Media	0 a 1 IPREM	1 a 2 IPREM	2 a 3 IPREM	3 a 4 IPREM	4 a 5 IPREM	Más 5 IPREM
CO_Residencia_G3	960	259	806	1.334	1.440	1.440	1.440
CO_Centro de Día_G3	284	0	183	415	583	585	585
CO_SAD_60 Horas	313	0	191	433	664	702	702
CO_SAD_30 Horas	141	0	64	206	337	351	351
CO_PVinculada_R3	220	0	38	449	555	555	555
CO_Cuidador_G3	186	0	126	282	349	349	349
CO_PAT_Residencia_G3	1.111	436	1.059	1.389	1.440	1.440	1.440
CO_PAT_Centro Día_G3	298	10	199	439	584	585	585
CO_PAT_SAD_60 horas	331	11	209	470	675	702	702
CO_PAT_SAD_30 horas	150	4	75	226	341	351	351
CO_PAT_PVinculada_R3	324	18	238	504	555	555	555
CO_PAT_Cuidador_G3	193	15	136	292	349	349	349

³³ Los precios de referencia utilizados han sido: 1.600 €/mes en residencias, 650 €/mes en centros de día, 13€/mes en el servicio de ayuda domiciliaria, 715,07€/mes cuantía máxima prestación vinculada y 387,64 €/mes cuantía máxima cuidados en el entorno familiar.

Los resultados que se obtienen ponen de manifiesto que en el nuevo modelo (Resolución 13/7/2012) aumenta la carga en los usuarios que, en promedio, **deberán pagar alrededor de la mitad del precio de referencia**. Ello supone un incremento importante respecto a la situación anterior³⁴ pasando de un promedio del 14% al 50%. Los copagos más elevados son aquellos cuya valoración de la capacidad económica se incluye el patrimonio con la vivienda habitual, es decir el servicio residencial y la prestación económica vinculada al servicio residencial.

Las estimaciones sobre los copagos muestran que la persona beneficiaria contribuirá con casi un 70% del coste en la prestación de servicio residencial y con un 46% en la prestación vinculada al servicio. En los servicios de centro de día aportan un 46% del precio de referencia y en el servicio de ayuda a domicilio el porcentaje depende del número de horas: en el supuesto de 60 horas mes, el copago representa un 42% y en el supuesto de 30 horas mes, 38%, aproximadamente. Ver cuadro.

³⁴ Informe gobierno para la evaluación de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. 4 de noviembre 2011, pg. 532.

Cuadro 5. Cobertura de los copagos sobre el precio de referencia servicios/cuantía máxima prestación (en %).

	COBERTURA COPAGO MEDIO POR TRAMOS DE IPREM (€/mes)						
	Media	0 a 1 IPREM	1 a 2 IPREM	2 a 3 IPREM	3 a 4 IPREM	4 a 5 IPREM	Más 5 IPREM
CO_Residencia_G3	60%	16%	50%	83%	90%	90%	90%
CO_Centro de Día_G3	44%	0%	28%	64%	90%	90%	90%
CO_SAD_60 Horas	40%	0%	25%	56%	85%	90%	90%
CO_SAD_30 Horas	36%	0%	16%	53%	86%	90%	90%
CO_P.Vinculada_R3	31%	0%	5%	63%	78%	78%	78%
CO_Cuidador_G3	48%	0%	32%	73%	90%	90%	90%
CO_PAT_Residencia_G3	69%	27%	66%	87%	90%	90%	90%
CO_PAT_Centro Día_G3	46%	2%	31%	68%	90%	90%	90%
CO_PAT_SAD_60 horas	42%	1%	27%	60%	87%	90%	90%
CO_PAT_SAD_30 horas	38%	1%	19%	58%	87%	90%	90%
CO_PAT_P.Vinculada_R3	45%	2%	33%	71%	78%	78%	78%
CO_PAT_Cuidador_G3	50%	4%	33%	75%	90%	90%	90%

A continuación se analiza el impacto que tiene la inclusión del patrimonio en la valoración de la capacidad económica y en el importe del copago.

4.1. Impacto del copago en la renta de los usuarios.

La equidad es uno de los principios básicos incluidos en la LAPAD. Se entiende como tal la aplicación del mismo trato a todas aquellas personas en las mismas condiciones, o la discriminación del trato en función de las necesidades o condicionantes de la persona con el fin de que el resultado final sea lo más igualitario-

posible entre ellas. El cumplimiento de dicho principio equivaldría a que el efecto final del copago representara el mismo sacrificio económico para todas las personas beneficiarias.

Se obtiene, para cada tipo de prestación, el importe medio del copago según que en la capacidad económica se incluya, o no, el patrimonio. Para cada una de las prestaciones se toma el valor del patrimonio que le corresponde según el tipo de prestación definida ya que cuando la persona vive en su domicilio no se incluye el valor patrimonial de la vivienda habitual y, en cambio, sí se incorpora cuando se traslada a una residencia³⁵.

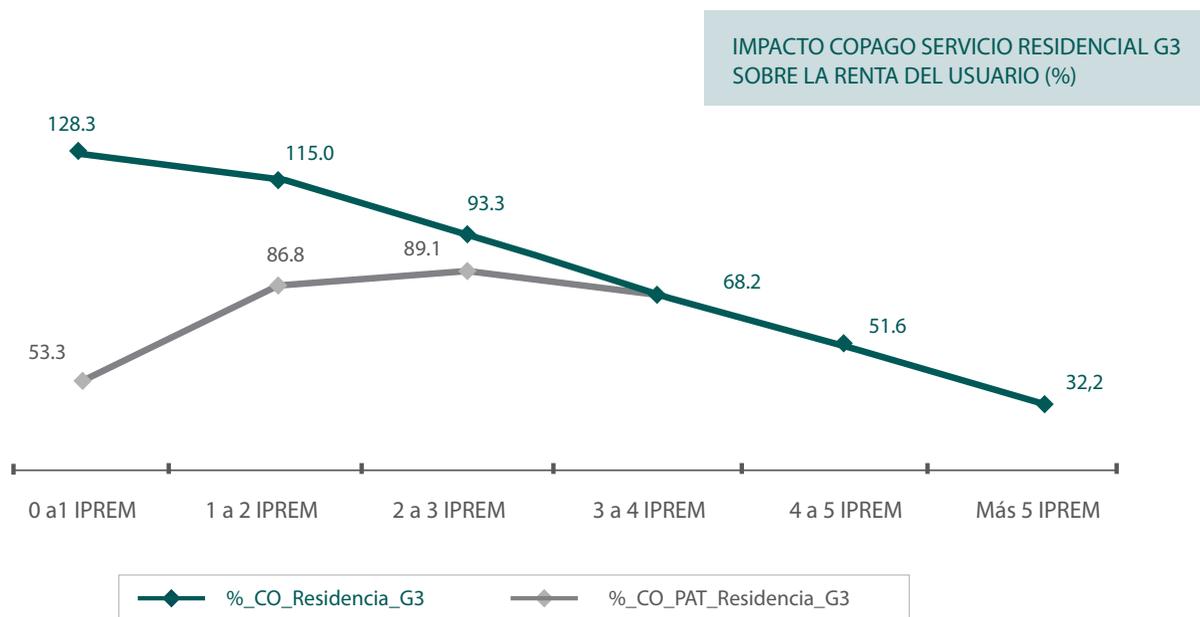
³⁵ Ello ocurre siempre que en la vivienda no siga viviendo miembros de la unidad familiar a cargo de la persona beneficiaria.

Los estadísticos descriptivos de la microsimulación realizada con la Muestra de declarantes y no declarante del IRPF2008, actualizada al 2011, se muestra en Anexo 1. Los valores medios que se obtiene son los importes de los copagos y el porcentaje que estos representan sobre la renta monetaria (solo capacidad económica). En este artículo se comentan sólo los resultados correspondientes a las prestaciones del grado 3 por ser los más representativos de la situación.

4.1.1. Impacto del copago sobre las rentas: Servicio residencial.

El gráfico siguiente muestra el impacto de los copagos en la capacidad económica de la persona beneficiaria según que ésta incluya el patrimonio, o no.

Gráfico 1. Impacto copago residencia Grado 3 sobre renta del usuario.



El impacto del copago sobre la renta de la persona beneficiaria muestra los siguientes efectos:

- 1) El **modelo de copago** en el servicio de residencia es **regresivo en todos los tramos de renta cuando este se calcula según la capacidad económica ampliada con el patrimonio** ya que, en todo momento, el importe del copago es inversamente proporcional a la renta del individuo. La regresividad mejora algo

cuando la capacidad económica se calcula "sólo" sobre la renta anual del individuo. En este caso, el copago incrementa en los tres primeros tramos de renta hasta alcanzar el **punto de inflexión (tope cuota)**, a partir del cual, la cuota disminuye volviéndose regresivo el modelo.

- 2) **Los tramos de renta media-baja son los que aportan un mayor porcentaje de su renta como copago.** Se puede apreciar como en

las rentas inferiores a 3 IPREM, el porcentaje del copago es superior al correspondiente al de los tramos de renta situados a partir de 4 IPREM.

3) Hay entre un 20 y un 32% (grado 2 y grado 3) de personas cuyo copago es superior a su renta disponible teniendo que hipotecar su patrimonio o reconocer su deuda ante la Administración.

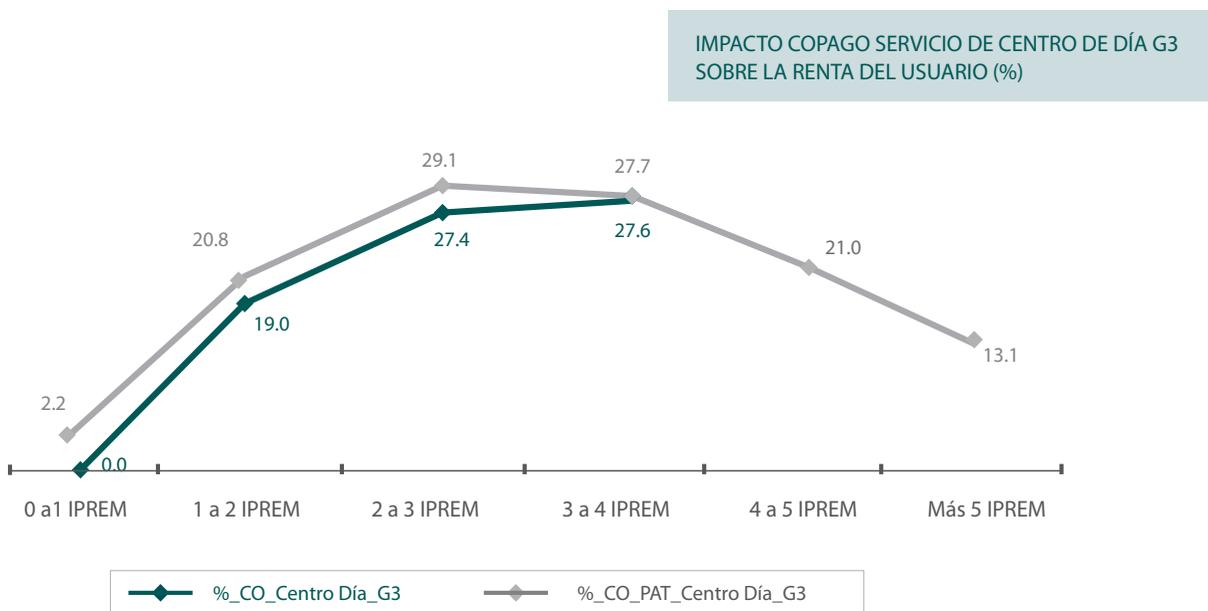
4) El patrimonio no tiene ningún efecto en incrementar el copago de las rentas medias-altas ya que la cuota a pagar alcanza el tope

antes de que éste pueda tener alguna incidencia. Así, a partir del punto de inflexión el copago calculado con patrimonio y el copago calculado sin patrimonio se funden en una sola línea.

4.1.2. Impacto del copago sobre las rentas: Centro de día/noche.

El gráfico siguiente muestra el impacto de los copagos en la capacidad económica de la persona beneficiaria según que ésta incluya el patrimonio, o no.

Gráfico 2. Impacto copago centro de día Grado 3 sobre renta usuario.



El impacto del copago sobre la renta de la persona beneficiaria muestra los siguientes efectos:

1) Hay un punto de inflexión que corresponde al tope de la cuota, a partir del cual la carga económica que supone el copago es inversamente proporcional a la renta del

individuo. En el servicio de centro de día, el punto de inflexión se alcanza en las rentas entre 3 y 4 IPREM.

2) Los individuos con rentas medias son los que aportan un mayor porcentaje de su renta como copago y el efecto aun es mayor si el copago se determina con la capacidad

económica incluyendo el patrimonio. Así, el porcentaje más elevado de copago lo alcanzan aquellas personas con rentas entre 3 y 4 IPREM, aportando entre el 29,3% y el 27,4% según si el copago se calcula con patrimonio o sin patrimonio.

3) El patrimonio no incrementa el copago de las rentas medias-altas ya que la cuota a pagar alcanza el tope antes de que el patrimonio pueda tener efecto. Así, el copago calculado con patrimonio y el copago calculado sin patrimonio se funden en una sola línea poco después del punto de inflexión.

4.1.3. Impacto del copago sobre las rentas: Servicio de ayuda a domicilio.

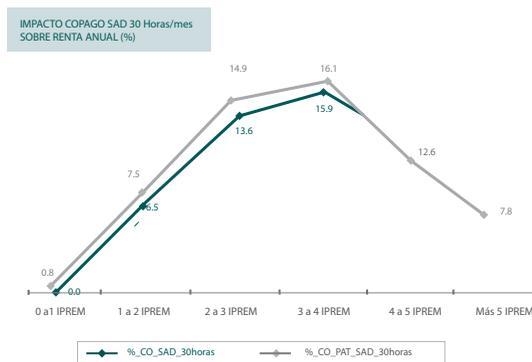
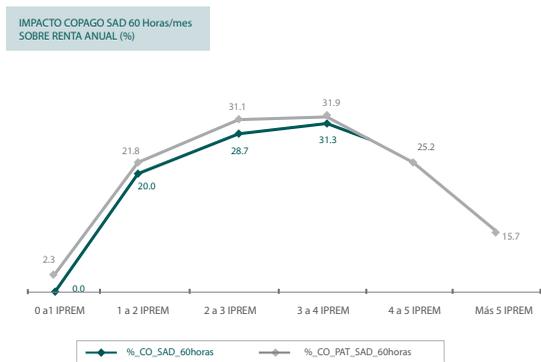
Se ha tomado como precio de referencia un mix del precio hora de asistencia personal (14 euros hora) y del precio hora de trabajo doméstico

(9 euros hora) suponiendo que cada uno de estos dos tipos de atención intervienen en la proporción de un 80% y un 20%, respectivamente; ello da como resultado un precio de 13 euros hora.

Las simulaciones del copago se realizan de acuerdo con las hipótesis de 60 y de 30 horas mes y se exime del copago a las rentas inferiores a 1 vez IPREM. A partir de dicho nivel de renta, si el resultado de aplicar la formula para determinar el importe es negativo o inferior a 20 euros mes, se aplica un mínimo de 20 euros al mes de acuerdo con los criterios de la Resolución de 13 de julio de 2012.

A continuación se muestran dos gráficos del impacto del copago sobre la renta anual de los usuarios según que el número de horas de servicio de ayuda a domicilio sea de 60 o de 30 horas al mes.

Gráfico 3. Impacto copago servicio ayuda a domicilio.



1) La carga económica que supone el copago es progresiva hasta que la cuota llega al punto de inflexión (tope cuota) a partir del cual, ésta se vuelve regresiva. En el SAD, el punto de inflexión se alcanza, con el precio de referencia calculado, aproximadamente, a partir de 4 IPREM. Ver gráficos.

2) El porcentaje de copago sobre la renta anual es proporcional al número de horas de SAD recibidas. Así, en el caso de 60 horas al mes, el porcentaje aumenta progresivamente hasta alcanzar el 32% de la renta y, en el caso de 30 horas al mes, el porcentaje máximo se alcanza en el 16%.

No obstante, la proporcionalidad no se cumple estrictamente ya que la fórmula de cálculo es diferente según sea hasta 45 horas/mes o superior a 45 horas/mes. En el caso de más de 45 h/mes, la carga del copago es superior a la que representa cuando el número de horas recibidas es inferior a 45 h/mes, tal como se puede apreciar en la comparación entre los porcentajes de copago según tramos de renta IPREM.

3) El patrimonio repercute en un aumento del copago hasta que alcanza el punto de inflexión. A partir de dicho punto (4 IPREM, aprox.), los impactos del copago calculado con patrimonio o sin patrimonio se funden en una sola línea, lo cual implica que éste ya no repercute en un aumento de la cuota.

4.1.4. Impacto del copago en la prestación económica vinculada al servicio.

El copago en la prestación económica vinculada al servicio tiene un doble impacto, el que afecta a la Administración pública y el que afecta al usuario. Para la Administración, el copago es la diferencia entre la cuantía máxima y lo que recibe la persona beneficiaria, mien-

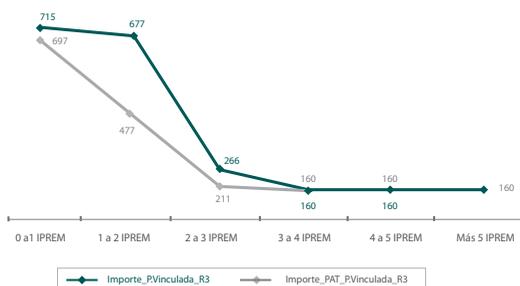
tras que el copago para el usuario es la diferencia entre lo que recibe y lo que realmente le cuesta la residencia o cualquier otro servicio del que sea beneficiario. En este segundo caso, la aportación real del usuario para acceder al servicio es de cuantía variable y puede ser superior al que representaría si accediera a un servicio público.

Se realiza la simulación aplicando las cuantías máximas de la prestación según el Real Decreto Ley de 20/2012, de 13 de julio y se respeta que el tramo de rentas inferior a 1 IPREM queda exenta del copago (recibe íntegramente la cuantía máxima de la prestación). Asimismo, se garantiza un 10% de importe mínimo de la prestación, la cual corresponde a un 90% de copago. El ejercicio de simulación se realiza para una prestación vinculada económica de servicio residencial Grado 3. El precio público de referencia utilizado ha sido de 1.600 euros mes.

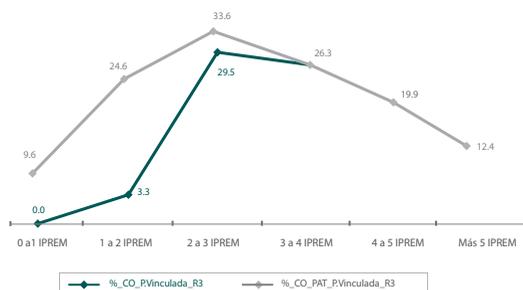
El Gráfico siguiente muestra la progresión de los importes de la prestación económica vinculada al servicio y el impacto del patrimonio en los importes de la prestación económica vinculada al servicio residencial.

Gráfico 4. Importe y copago de la prestación económica vinculada al servicio residencial.

IMPORTES PRESTACIÓN VINCULADA RESIDENCIA G3 (€/Mes)



IMPACTO COPAGO EN PRESTACIÓN VINCULADA RESIDENCIA G3 (%)



1) El impacto del patrimonio reduce el importe de la prestación hasta alcanzar la renta de 3 IPREM, aproximadamente; a partir de ese punto, el importe de la prestación es del 10% del precio de referencia.

2) El copago de la prestación económica vinculada al servicio residencial Grado 3 alcanza el 33,6% de la renta periódica cuando se incluye el patrimonio. Este porcentaje se reduce al 29,5% cuando se considera solo la renta de la persona beneficiaria.

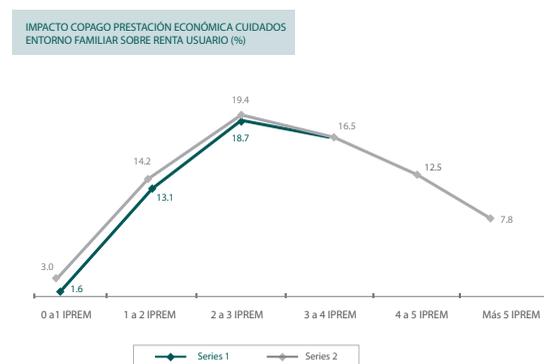
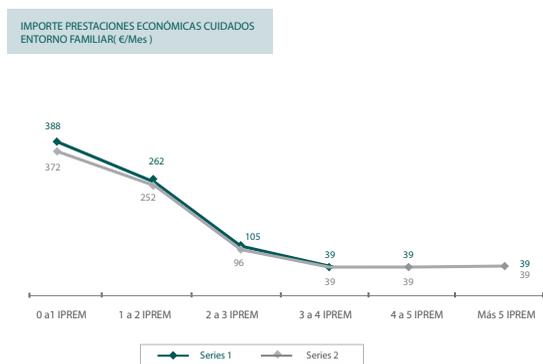
3) La progresión del importe del copago es muy intensa. Después del primer tramo de renta que está exento, el segundo tramo (de 1 a 2 IPREM) soporta un copago moderado y en el tercer tramo (de 2 a 3 IPREM) el porcentaje de

copago sube de forma acelerada hasta alcanzar los porcentajes referenciados en el apartado anterior.

4.1.4. El impacto del copago en la prestación económica de cuidados entorno familiar.

El copago en la prestación económica de cuidados en el entorno familiar es la diferencia entre la cuantía máxima de la prestación y el importe que recibe la persona beneficiaria. En el gráfico siguiente se puede apreciar la progresión de los importes de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar y el impacto del patrimonio sobre la renta de la persona.

Gráfico 5. Importe de la prestación económica e impacto sobre la renta del usuario.



1) El punto de inflexión del copago para la prestación económica de cuidados en el entorno familiar (Grado 3) se alcanza en el tramo de renta de entre 3 y 4 IPREM. A partir de dicho punto, el importe de la prestación es el correspondiente al de la prestación mínima garantizada.

2) El porcentaje de copago máximo es del 19,4% y del 18,7% según se determine la capacidad económica con patrimonio o sin patrimonio. En este caso se puede apreciar que hay muy poca diferencia entre ambos supuestos.

3) El impacto del patrimonio en el copago es prácticamente nulo desplazándose este paralelamente a la línea del porcentaje del copago sin patrimonio hasta alcanzar el punto de inflexión; a partir de dicho punto, las líneas se funden en un solo trazo.

5. CONCLUSIONES.

En la introducción de este artículo se cita que la corresponsabilidad de los ciudadanos en la financiación de los servicios públicos puede plantearse como un elemento de concienciación de los ciudadanos o como un elemento de recaudación con el fin de disminuir el gasto público en la provisión de dichas prestaciones. En el primer caso, el copago sería testimonial y no tendría repercusión en la demanda de servicios en aquellas personas con rentas bajas. En cambio, en el segundo caso, se puede llegar a copagos elevados pudiendo incidir negativamente en la demanda de las personas beneficiarias o distribuir la carga económica del copago de forma inequitativa entre las personas beneficiarias de las prestaciones. El análisis del modelo de copago de la dependencia planteado en la LAPAD y desarrollado mediante Resolución de 13/07/2012 muestra que es un modelo con fines recaudatorios y con importantes cotas de inequidad.

La aplicación de los criterios para la determinación del copago establecidos en la Resolución 13/7/2012 muestra un importante aumento en la cuantía de los copagos, de forma que la recaudación media pasaría, aproximadamente, del 14% al 50% del coste de las prestaciones, incluso pudiendo alcanzar cotas más elevadas según el peso de las diferentes prestaciones.

El porcentaje más elevado de la participación del usuario en el coste se da en el servicio residencial, alcanzando una media del 70%. El resto de las prestaciones fluctúan entre el 45% y el 50% excepto en el caso del servicio de ayuda a domicilio, que depende del número de horas de prestación.

El principio de equidad citado por la LAPAD entre sus objetivos no se cumple ya que el modelo establecido de copago es regresivo de forma que las rentas medias-bajas son las que soportan, proporcionalmente, cuotas más importantes que las de las rentas medias-altas. Este efecto se manifiesta de forma más contundente cuando se incluye el patrimonio en la valoración de la capacidad económica. Así, mientras que para las personas con rentas medias altas -a partir de 3 IPREM- la inclusión del patrimonio en la capacidad económica no tienen ningún efecto en el importe del copago, en cambio, para aquellas con rentas medias bajas, el impacto es importante, especialmente cuando el patrimonio incluye la vivienda habitual de la persona beneficiaria, pudiendo alcanzar valores superiores al importe de la renta: el 128% en rentas de 1 a 2 IPREM y el 115% en rentas de 1 a 2 IPREM. Se estima que, en la prestación de servicio residencial de Grado 3, hay una tercera parte de las personas beneficiarias cuyo copago es superior al importe de la renta obtenida.

La utilización de formulas de copago que inciden en determinar cuotas por encima de la capacidad económica del usuario es, además de inequitativo, ineficaz ya que el propósito de recaudar más no se produce porque el

³⁶ La Administración garantiza el derecho de su deuda mediante una inscripción en la titularidad de la vivienda habitual del beneficiario excepto en los casos en que en ésta continúen viviendo personas que estaban a cargo de la persona beneficiaria siempre que cumplan con los requisitos establecidos para ser considerados "carga familiar".

patrimonio no se puede hacer efectivo hasta el momento de defunción del usuario, provocando a la Administración costes de gestión en los procesos de reconocimiento³⁶ y efectividad de la deuda. Paralelamente, la inclusión del patrimonio en la valoración de la capacidad económica lleva aparejados otros efectos perversos relacionados con la identificación y valoración del patrimonio, incidiendo en agravios comparativos entre los individuos (a unos se les imputa todo y a otros no) y ocasionando problemas de impagos (la cuota devengada es superior a los ingresos líquidos del usuario).

Reducir el gasto público incrementando los copagos de los usuarios de forma que financien, aproximadamente, la mitad del coste de las prestaciones puede tener un impacto negativo importante en la demanda de las prestaciones de la dependencia, especialmente, de aquellas personas que tienen rentas medias-bajas ya que el importe del copago representa una proporción muy importante de su renta llegando, en algunos casos, a tener que hipotecar una parte de su patrimonio para recibir el servicio. Ello, junto con los recortes presupuestarios introducidos en el Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio, supondrá una disminución importante de la protección social de las personas en situación de dependencia.

6. BIBLIOGRAFÍA.

Este artículo muestra los resultados de un ejercicio de simulación con el fin de analizar el impacto de la Resolución 13/7/2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la

dependencia. Por ello sólo se hace referencia al trabajo de investigación realizado anteriormente por la autora, el cual desarrolla la base metodológica sobre el que se asienta este artículo; asimismo, se relacionan algunas publicaciones relacionadas con la temática relacionada en el presente artículo.

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

- Rodríguez Cabrero, G. y Montserrat, J. (2011): Un avance de valoración de la aplicación del sistema de autonomía y atención a la dependencia, en ICE. Cuadernos de Información económica, nº 222, 2011.

- Montserrat, J. (2010), "La política redistributiva de las prestaciones de la dependencia: Análisis del impacto del copago en las rentas de los usuarios" Instituto de Estudios Fiscales, documentos de trabajo nº 10/10.

- Montserrat, J. (2009): El patrimonio en el copago de las prestaciones de la Ley de la dependencia en Monográfico economía de la dependencia en Economistas, nº 122, noviembre 2009, pp.55-64.

- Montserrat, J. (2009): La tercera vía de financiación: la contribución económica del usuario en Presupuesto y Gasto Público, nº 56,2009, pp. 127-143.

EL COPAGO EN LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y
ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

ESTADÍSTICAS COPAGO. Resolución 13/07/2012

ANEXO 1

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ
Copago_Residencia_G3	3.814.345	0	1.440	960	421.45
Copago_Residencia_G2	3.814.345	0	990	795	269.38
Copago_Centro Día_G3	3.814.345	0	585	284	203.06
Copago_Centro Día_G2	3.814.345	0	405	241	146.94
Copago_SAD_60horas	3.814.345	0	702	313	236.72
Copago_SAD_30horas	3.814.345	0	351	141	126.60
Importe_P.Vinculada_R3	3.814.345	160	715	495	244.63
Copago_P.Vinculada_R3	3.814.345	0	555	220	244.63
Importe_P.Vinculada_R2	3.814.345	110	426	235	139.58
Copago_P.Vinculada_R2	3.814.345	0	316	192	139.58
Importe_Cuidador_G3	3.814.345	39	388	202	121.99
Copago_Cuidador_G3	3.814.345	0	349	186	121.99
Importe_Cuidador_G2	3.814.345	27	269	140	84.59
Copago_Cuidador_G2	3.814.345	0	242	129	84.59
Copago_PAT_Residencia_G3	3.814.345	0	1.440	1.111	414.07
Copago_PAT_Residencia_G2	3.814.345	0	990	860	249.28
Copago_PAT_Centro Día_G3	3.814.345	0	585	298	208.09
Copago_PAT_Centro Día_G2	3.814.345	0	405	248	147.47
Copago_PAT_SAD_60horas	3.814.345	0	702	331	244.98
Copago_PAT_SAD_30horas	3.814.345	0	351	150	131.24
Importe_PAT_P.Vinculada_R3	3.814.345	160	715	391	249.99
Copago_PAT_P.Vinculada_R3	3.814.345	0	555	324	249.99
Importe_PAT_P.Vinculada_R2	3.814.345	110	426	191	127.15
Copago_PAT_P.Vinculada_R2	3.814.345	0	316	236	127.15
Importe_PAT_Cuidador_G3	3.814.345	39	388	195	124.03
Copago_PAT_Cuidador_G3	3.814.345	0	349	193	124.03
Importe_PAT_Cuidador_G2	3.814.345	27	269	135	86.00
Copago_PAT_Cuidador_G2	3.814.345	0	242	134	86.00
N válido (según lista)	3.814.345				

Nota: La palabra PAT en el nombre de la variable significa copago calculado incluyendo el patrimonio en la capacidad económica.

ANEXO 2

Características determinación de la cuota a pagar

SERVICIOS

Tipo de prestación	Fórmula	Topo copago	Copago mínimo	Renta exenta	Precio de referencia
Residencia	$PB = CEB - CM$	90% precio referencia			Entre 1.100 y 1.600 €/mes Se puede aumentar un 40% en función intensidad servicio
Centro día/noche	$PB = (0,4 \times CEB) - (IPREM / 3,33)$	90% precio referencia		Hasta 1 vez IPREM	650 €/mes No incluye comida ni transporte
Ayuda a domicilio					
De 21 a 45 horas/mes	$PB = \{ (0,4 \times IR \times CEB) / IPREM \} - (0,3 \times IR)$	90% precio referencia	20 €/mes a partir de CE> 1 IPREM	Hasta 1 IPREM	14 €/hora asistencia personal y 9 €/hora trabajo doméstico
De 45 a 70 horas/mes	$PB = \{ (0,333 \times IR \times CEB) / IPREM \} - (0,25 \times IR)$	90% precio referencia			
Teleasistencia	Rentas entre 1 y 1,5 IPREM = 50% del coste Más de 1,5 IPREM = 90% del coste	90% precio referencia		Hasta 1 vez IPREM	Sin fijar
PRESTACIONES ECONÓMICAS					
Prestación vinculada y asistencia personal	Fórmula $CPE = IR + CM + CEB$	Copago máximo 90% cuantía máxima	Prestación mínima 10% coste referencia servicio		Cuantías máximas (euros/mes) Grado 3 715,07 Grado 2 426,12 Grado 1 300,00
Cuidados entorno familiar	$CPE = (1,33 \times Cmax) - \{ (0,44 \times CEB \times CMax) / IPREM \}$ Límite en la cuantía prestación: No podrá ser superior a la que resultara de aplicar la fórmula de la prestación vinculada	90% cuantía máxima	10% cuantía máxima		Cuantías máximas (euros/mes) Grado 3 387,64 Grado 2 268,79 Grado 1 153,00

Siglas:

PB = Copago

CEB = Capacidad económica

CM = Cantidad mínima gastos personales. En residencia, el 19% del IPREM

IR = Coste hora servicio ayuda a domicilio

CMax = Cuantía máxima prestación económica

EL PAPEL DEL CUIDADO INFORMAL EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: ¿CUIDAMOS A QUIÉNES CUIDAN?

MARÍA DEL MARA GARCÍA CALVENTE
MARÍA DEL RÍO LOZANO

Investigadoras de la Escuela Andaluza de Salud Pública

Sumario

1. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EN ESTOS MOMENTOS PRESTAR ATENCIÓN AL CUIDADO INFORMAL?
2. ¿A QUÉ LLAMAMOS CUIDAR Y QUIÉNES LO HACEN?
3. LA DIMENSIÓN DEL CUIDADO INFORMAL EN NUESTRO CONTEXTO.
4. CUIDAR NO ES SÓLO UN TRABAJO.
5. IMPACTO DE CUIDAR EN LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA: CUIDAR CUESTA.
6. LA CONTRIBUCIÓN SOCIAL DEL CUIDADO INFORMAL: CUIDAR VALE.
7. ALTERNATIVAS DE APOYO A LAS PERSONAS CUIDADORAS: UNA MIRADA HACIA ADELANTE.
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EN ESTOS MOMENTOS PRESTAR ATENCIÓN AL CUIDADO INFORMAL?

El cuidado informal ha merecido un creciente interés desde las dos últimas décadas del siglo XX hasta nuestros días, debido a los profundos cambios sociales que afectan a los protagonistas implicados. La mejora de las condiciones de vida y los avances tecnológicos y biomédicos favorecen una mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas y en situación de discapacidad. Este hecho, junto con los cambios en la estructura demográfica, supone que los principales beneficiarios de este tipo de cuidados sean cada día más numerosos. Se estima que Europa perderá 9 millones de menores de 14 años entre 2010 y 2050, y simultáneamente ganará 35 millones de personas mayores de 80 años (Durán, 2012). Actualmente, España es uno de los países con mayor proporción de adultos mayores (OECD, 2011). Según los datos de la última Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) en 2008 (INE, 2008), el 8,5 % de la población española (3.847.854 personas) declara algún tipo de discapacidad o limitación para actividades de la vida diaria y viven en un hogar familiar. De ellas, un 56% (2.148.548 personas) son dependientes, entendiendo como tales a aquellas personas que necesitan la ayuda de otras para realizar alguna de estas actividades (Esparza, 2011).

En segundo lugar, las transformaciones experimentadas por la familia, tanto en su estructura como en su funcionamiento, han sido muy importantes en las últimas décadas. La progresiva incorporación de las mujeres al mercado laboral remunerado, las nuevas formas familiares y el descenso de la fecundidad a mínimos

históricos, están transformando el contexto en el que se desarrollará el cuidado informal en un futuro no lejano. La brecha de género en las tasas de empleo ha disminuido en más de 9 puntos entre 2006 y 2010 (INE, 2012). Por otra parte, el nivel educativo de la población española también está cambiando: las mujeres de generaciones jóvenes están superando a los varones en los niveles de educación superiores. Esta situación supone que el coste de oportunidad de cuidar para estas mujeres será mayor que para las de generaciones precedentes, de modo que para ellas la renuncia al empleo para dedicarse al cuidado no será una decisión tan “naturalizada” como lo ha sido hasta ahora para las mujeres de mayor edad. Sin embargo, la creciente incorporación de las mujeres al ámbito de lo público ha ido acompañada de una incorporación mucho más lenta de los hombres al ámbito de lo doméstico. De este modo, persisten en el momento actual grandes desigualdades de género en la responsabilidad del cuidado.

Por otro lado, también están cambiando los sistemas formales de atención y la provisión de servicios de bienestar. Desde los servicios públicos de salud y de atención social se enfatiza la desinstitutionalización y se potencia el cuidado de las personas enfermas, mayores y dependientes en su propio entorno, lo cual implica dar un mayor protagonismo a la red de apoyo informal del individuo. Pero junto a este protagonismo, se trasladan también las responsabilidades de cuidar y sus costes, tangibles e intangibles, a las personas que asumen el cuidado en el ámbito doméstico, una tendencia que se ve agravada en la actual situación de crisis financiera.

Además, un mayor desempleo profundizará los efectos negativos de cuidar sobre la situación laboral y económica de las personas cuidadoras, especialmente en mujeres, y alterará la capacidad de elección entre cuidado y empleo. La situación, en suma, tendrá previsiblemente consecuencias negativas sobre la salud y bienestar de las personas que cuidan, y especialmente sobre las mujeres (Fondazione, 2011). Se sabe que las crisis tienen un menor coste en salud si las redes sociales de apoyo, formales e informales, consiguen amortiguar este efecto, mientras que sus carencias agravan este impacto (Dávila y González, 2009). Las redes informales, en especial las familiares, ejercen un efecto protector (Suhrcke y Stuckler, 2012), pero es necesario evaluar el coste que supone esta situación para la salud y la calidad de vida de las mujeres, principales cuidadoras de la familia. Todos estos cambios sociales están transformando los modelos de cuidado que conocemos hasta la actualidad, y suponen un reto para los sistemas de atención a la dependencia.

2. ¿A QUÉ LLAMAMOS CUIDAR Y QUIÉNES LO HACEN?

El apoyo familiar es la principal fuente de cuidados de personas dependientes. En España, al igual que ocurre en otros países del sur de Europa, este apoyo es masivo, más de tres cuartas partes de las personas que requieren cuidados los reciben exclusivamente del sistema informal (OCDE, 2011; Abellán y cols. 2011).

Definimos como cuidado informal “aquella prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen” (Wright, 1983). Se excluyen por tanto de este concepto los ser-

vicios formales (sanitarios o sociales), que son prestados por profesionales a cambio de una retribución económica, y aquellos cuidados que realizan personas no profesionales que perciben una remuneración por el trabajo que desempeñan. También son excluidas organizaciones como grupos de auto-ayuda, ayuda mutua o voluntariado (también llamados cuidados cuasi-formales), ya que aún cuando prestan su apoyo de manera no retribuida implican, en mayor o menor grado, cierto nivel de formalización y no están basadas en los lazos de parentesco o afecto que conforman típicamente las redes informales.

El cuidado informal tiene una serie de rasgos definitorios que son esenciales para entender su funcionamiento y comprender su relevancia social. Se trata de una actividad *fuertemente feminizada*: la gran mayoría de las personas que cuidan son mujeres, habitualmente del núcleo familiar. El papel de “cuidadora” está asignado a las mujeres mediante la socialización en un rol de género basado en la división sexual del trabajo. Esta atribución de género a las mujeres como cuidadoras está profundamente arraigada y naturalizada en nuestro contexto, de modo que supone un fuerte obstáculo para abordar los problemas derivados de la sobrecarga que sufren muchas mujeres que cuidan y que tienen sus raíces en las desigualdades de género que caracterizan el cuidado informal. Se desarrolla típicamente en el *ámbito doméstico*, de modo que las actividades de cuidado son entendidas frecuentemente como parte de las tareas del hogar, y existen dificultades para establecer límites claros entre unas y otras. El cuidado informal tiene un carácter de *actividad no remunerada*¹, ya que no se intercambia en el mercado por bienes o servicios y por tanto no se le asigna un precio. Este rasgo, en sí

mismo, supone un importante obstáculo para la valoración social del cuidado informal, e incluso para su visualización como sistema de atención. El cuidado informal se presta mayoritariamente en el *ámbito de lo privado*, “de puertas adentro” (Durán, 1988), lo que contribuye a hacerlo aún más invisible a los ojos del cuerpo social, y especialmente, ante los servicios formales de atención.

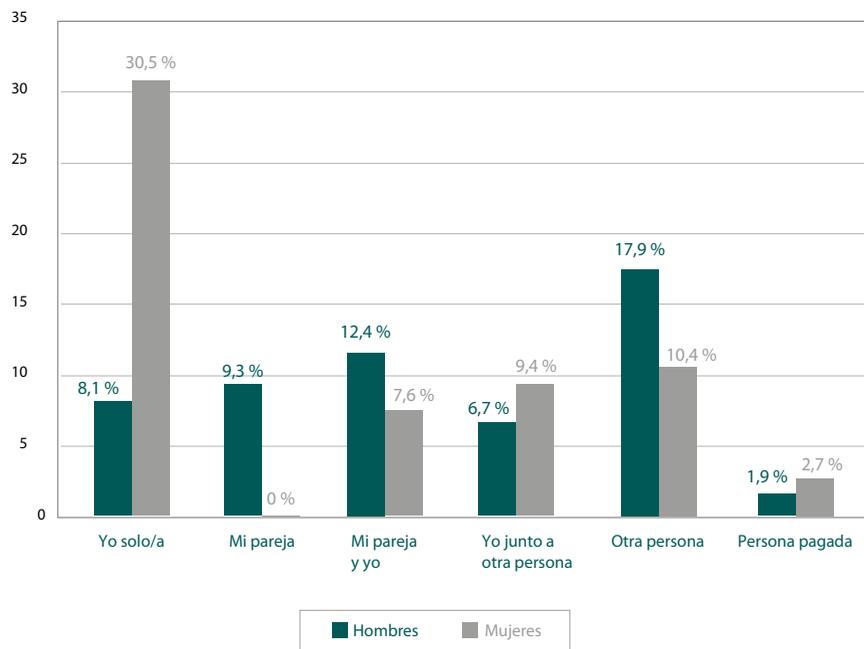
La gran mayoría de personas cuidadoras residen en el mismo domicilio de la persona a la que cuidan (Esparza, 2011). Cuando se trata de familiares, la relación de parentesco difiere según el sexo de la persona dependiente. Así, sobre el total de personas mayores de 6 años con discapacidad que necesitan cuidados personales, el 33% de los hombres los reciben de sus parejas, mientras que el porcentaje se reduce a la mitad (15%) cuando la persona dependiente es una mujer. Las hijas, en cambio, son las cuidadoras más frecuentes de las mujeres (27%) (Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2010). Este hecho es en parte debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres, que condiciona la ausencia de pareja de muchas de ellas en edades más avanzadas, aunque también vemos que las mujeres son cuidadas con mayor frecuencia por otros parientes de la red familiar más lejana, por amistades y vecindario o por personas empleadas (7,4% frente al 4,2% de los varones). Se da la paradoja, por tanto, de que las mujeres –especialmente las mayores- que han sido las principales cuidadoras a lo largo de sus vidas, reciben con menor

frecuencia el cuidado de sus familiares cuando ellas mismas necesitan ayuda.

Sin embargo, hablar de la “familia cuidadora” puede enmascarar situaciones de desigualdad de género respecto a la responsabilidad y la carga de cuidados que asumen los diferentes miembros del núcleo familiar. Este sesgo es muy frecuente en la investigación relacionada con el cuidado informal (García-Calvente y La Parra, 2007a) y también es muy común en las actuaciones del sistema formal que van dirigidas a personas cuidadoras. Así, cuando se trabaja con personas cuidadoras es importante analizar cómo es la distribución del cuidado (tareas, responsabilidades, tiempos...) entre los distintos miembros de la red informal, ya que, como muestran los datos de la figura 1, este reparto dista mucho de ser equitativo.

¹ En nuestra opinión, esta característica no se ve invalidada por la existencia de la prestación económica por cuidados en el entorno familiar, por dos motivos: 1) el sujeto de derecho de esta prestación no es la persona cuidadora, sino la dependiente, que es la que puede decidir en qué emplea esa prestación y 2) esta prestación no tiene el objetivo –ni la correspondiente cuantía- de remunerar con unos honorarios el trabajo que realizan las personas cuidadoras.

Figura 1: Distribución de la responsabilidad del cuidado de las personas con trastornos crónicos y/o discapacidad (TCD) que viven en el hogar, según el sexo de la persona entrevistada.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Andaluza de Salud, muestra de 16 y más años.

El modelo de prestación familiar de cuidados más frecuente en nuestro país es el que pivota sobre una única figura central. En un estudio poblacional realizado en Andalucía en la segunda mitad de los 90, más de la mitad de personas cuidadoras principales (56%) declaraban realizar este trabajo sin ningún tipo de ayuda (ni formal ni informal) y solo en el 36% recibían algún apoyo de su red informal (García Calvente y cols. 1999), y esta situación no se ha modificado de manera importante en los últimos años (INE, 2008). Ser cuidadora principal significa asumir la *responsabilidad principal sobre los cuidados*, las propias personas cuidadoras definen este papel como “*hacerse cargo de*” la persona que necesita cuidados (García-Calvente y cols. 1999). Suelen ser también las personas de la red con una *dedicación más extensa al cuidado*, que no se contabiliza solo en el tiempo dedicado al mismo, sino –

más importante- en la “disponibilidad permanente” para cualquier necesidad de atención que presente la persona beneficiaria. Esta falta de control sobre el uso del tiempo propio es un factor muy relevante que influye en la sobrecarga percibida por las personas que cuidan.

Si bien la gran mayoría de las personas que cuidan manifiestan que lo asumen por un sentimiento de obligación moral, los mandatos sociales marcan importantes desigualdades. Mientras que para las mujeres esta obligación viene determinada por los roles de género socialmente adquiridos, la de los hombres está relacionada con la ausencia de alguna mujer, en el círculo familiar cercano, que pueda asumir ese rol (Del Río, 2012). De esta manera, se configura un perfil típico de las personas que asumen el papel de cuidadoras principales en nuestro medio. Se trata de una mujer (3

de cada 4), con una media entre 45 y 64 años (52%), casada (71%), con estudios primarios o inferiores (63%), que suele ser la hija o la pareja de la persona dependiente (INE, 2008). Este predominio de mujeres asumiendo el rol de cuidadoras principales se evidencia no sólo en nuestro contexto, sino también en otros países con estructuras y formas familiares diferentes a las nuestras (OECD, 2011; Pickard, 2011). Por esta razón, los cambios sociales que afectan a la vida de las mujeres resultan claves para comprender la situación del cuidado informal. Pero aún es más importante para el sistema formal de atención a la dependencia tener presente que cualquier cambio en los modelos de provisión de servicios de cuidado a las personas con dependencia en nuestra sociedad afectará de manera desproporcionada a las condiciones de vida de las mujeres.

3. LA DIMENSIÓN DEL CUIDADO INFORMAL EN NUESTRO CONTEXTO.

El primer estudio poblacional español sobre el cuidado informal, que recogía datos de una encuesta nacional sobre la ayuda informal a las personas mayores, concluía que el 26% de las personas mayores necesitaban ayuda para ejecutar funciones básicas de mantenimiento y la inmensa mayoría de los cuidados que precisaban (87%) eran asumidos por familiares y allegados (IMSERSO, 1995). Andalucía fue la primera comunidad autónoma en realizar un estudio poblacional sobre la aportación de los familiares al cuidado de la salud, a partir de una muestra de más de 3.000 hogares, que identificó un 57% de hogares andaluces donde al menos una persona necesitaba cuidados (García-Calvente y cols. 1999).

La magnitud del cuidado informal se ha puesto de manifiesto también en otros países de nuestro entorno. Un reciente informe de la OCDE estima que, en el conjunto de países que la integran, un tercio de las personas mayores de 50 años está implicado en actividades de ayuda para el cuidado personal o ayuda instrumental a algún familiar, amigo o vecino con limitaciones funcionales o discapacidad (OECD, 2011). Aunque no hay una distribución geográfica clara, algunos países del Sur de Europa tienen los porcentajes más elevados. En especial Italia (16,2%) y España (15,3%) son los que presentan una mayor prevalencia de cuidado informal de la OCDE, mientras que Suecia, Grecia y Dinamarca muestran los menores porcentajes. Si nos ceñimos al ámbito europeo, España también destaca como uno de los países en los que el cuidado informal es más frecuente y de mayor intensidad, solo detrás de Estonia y Lituania (Pickard, 2011). El cuidado de baja intensidad es más prevalente en los países del norte de Europa, donde el cuidado formal (domiciliario o residencial) es mucho más frecuente. Sin embargo, estas diferencias no se explican solo por las distintas políticas públicas de apoyo en los diversos países, también influyen las actitudes culturales y sociales ante el cuidado (OECD, 2011).

Según datos recientes de la EDAD 2008, entre las personas con discapacidad que vivían en sus hogares, más de 2 millones recibían ayudas personales, y más de 1.400.000 de esas ayudas correspondían a cuidadores y cuidadoras informales. En comparación con las cifras de la Encuesta de Discapacidad realizada en 1999, el porcentaje de personas cuidadoras sobre el total de personas con discapacidad ha disminuido ligeramente, pasando del 37,15% al 36,72%, mientras que se ha producido un

aumento considerable de todos los servicios formales públicos, especialmente los de atención a domicilio, teleasistencia, centros de día y atención residencial (Jiménez y Vilaplana, 2012). No obstante, el tamaño de la fuerza laboral para cuidados de larga duración en España sigue siendo una de las más bajas en comparación con el entorno (OECD, 2011) y el gasto total en este tipo de cuidados se situaba en España en el 0,8% del PIB en 2008, a mucha distancia del 3,68% de Suecia o 2,28% de Finlandia (Jiménez y Vilaplana, 2012).

En síntesis, los datos sobre la situación del sistema informal en nuestro medio confirman que se trata de un *sistema invisible de cuidados de salud*, la gran zona sumergida de un verdadero “iceberg” de atención y cuidados a las personas con limitaciones para la autonomía.

4. CUIDAR NO ES SÓLO UN TRABAJO.

El cuidado es un concepto complejo y multidimensional (que no consiste solo en la realización de una serie de tareas) cuyos límites son difíciles de marcar en términos de quién hace qué, a quién y durante cuánto tiempo. Cuidar no puede ser entendido solo como un tipo de trabajo (tanto físico como emocional, una actividad que acarrea costes), también tiene que ser comprendido como un proceso (identificar necesidades, asumir responsabilidades, relacionarse con la persona cuidada) y como una determinada ética (una manera de pensar que entraña valores como responsabilidad, competencia, integridad) fuertemente relacionada con la identidad moral de género y su construcción social (Van Ewijk y cols. 2002).

Las personas cuidadoras dispensan una gran variedad de atenciones a personas dependientes

que residen en la comunidad. Tanto los cuidados instrumentales o los de atención personal, como la prestación de ayudas más especializadas y que exigen cierta cualificación, constituyen actividades comunes para el sistema informal. Las tareas principales en las que las personas cuidadoras prestan ayuda son las actividades de autocuidado, como vestirse y desvestirse, asearse o arreglarse, o bañarse o ducharse (más de un tercio de los casos) y actividades domésticas como preparar la comida o hacer la compra (más de una cuarta parte) (Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2010). El tipo de tareas realizadas difiere según determinadas características de la persona dependiente y de la persona cuidadora. Según los datos de la EDAD 2008, ciertas tareas son asumidas mayoritariamente por las mujeres (ayudar a comer, a vestirse o a realizar el aseo personal), mientras que los hombres realizan más tareas de movilidad física dentro del hogar y de cuidado fuera de éste (ir al médico, hacer compras y gestiones, o ayudar a utilizar el transporte público) (García-Calvente y cols. 2011). Las mayores brechas de género en las actividades realizadas se dan en las de aseo personal (15% más en las mujeres) y las ejecutadas fuera del hogar (13% más en los hombres). Estas diferencias son relevantes porque la realización de determinados tipos de tareas, más demandantes y consumidoras de tiempo, suponen un mayor riesgo para la salud de las personas que cuidan. Por otra parte, además de la realización de tareas concretas, cuidar entraña un componente de gestión y de toma de decisiones sobre la salud y el bienestar de las personas a las que se cuida que confiere a este trabajo una naturaleza diferente y que es un componente importante de sobrecarga para las personas que cuidan.

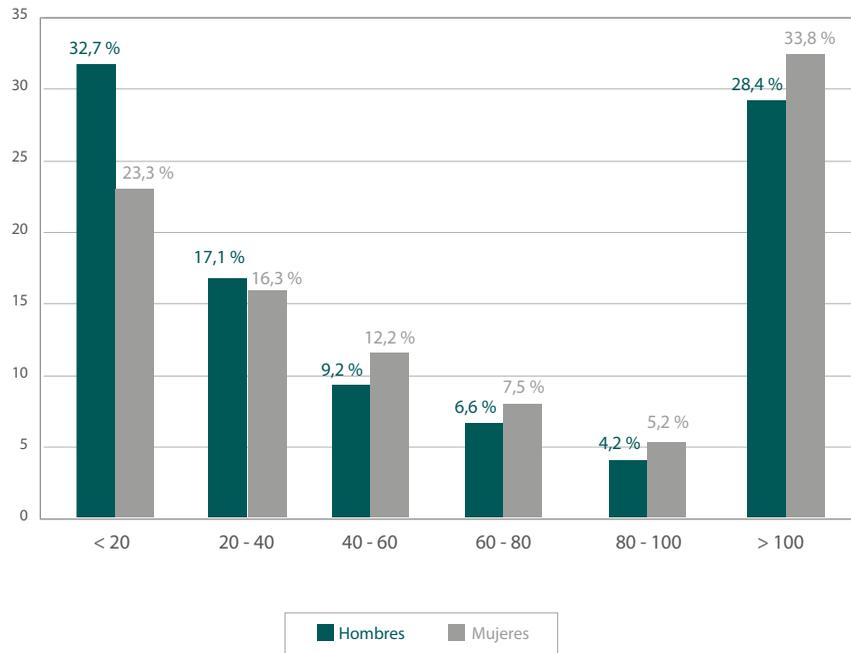
En definitiva, podemos afirmar que dentro del ámbito doméstico se resuelve una gran cantidad de cuidados y que gracias a esta labor un volumen importante de personas dependientes tienen resueltas sus necesidades dentro de la propia comunidad, y con una intervención mínima de los servicios formales. Además, las actuaciones del sistema informal continúan cuando el beneficiario entra en contacto con los servicios formales de atención, incluso en situaciones de institucionalización. La persona cuidadora es, en muchas ocasiones, la interlocutora más claramente identificada con la que cuentan los profesionales, y su principal fuente de información y de demanda de servicios.

Una de las características fundamentales del cuidado informal es que no tiene un límite temporal definido, como cualquier otro "trabajo". Esta dimensión de tiempo circular e ilimitado, ha merecido el calificativo de actividad "24/7/365" propio del cuidado informal: 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año. La "jornada interminable" (Durán, 1988) es una de las características más relevantes que definen el cuidado informal y una de las más relevantes de cara a planificar estrategias de apoyo a las personas que cuidan.

Datos recientes procedentes de la EDAD 2008 indican que la ayuda que se dispensa a las personas dependientes en España es intensa y de larga duración. Nueve de cada diez personas cuidadoras declara cuidar todos o casi todos los días de la semana (Esparza, 2011). También en el tiempo dedicado a cuidar se observan desigualdades de género entre las personas cuidadoras (figura 2). Las mujeres cuidan con mayor intensidad que los varones, tanto diaria

(el 58% dedica 8 horas o más diarias, frente al 48% de los hombres) como semanal (el 60% de las mujeres y el 48% de los hombres cuidan 40 horas o más), y acumulan más años de cuidado (el 46% lleva más de 8 años cuidando, frente al 42% de los hombres) (García-Calvente y cols. 2011).

Figura 2: Horas semanales dedicadas al cuidado según el sexo de la persona cuidadora.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EDAD 2008.

Esta dimensión temporal del cuidado informal reviste una importancia fundamental para las intervenciones dirigidas a mejorar la salud y calidad de vida de las personas cuidadoras, ya que el cuidado de alta intensidad (definido como aquel que se presta durante más de 20 horas semanales) supone un mayor riesgo sobre el deterioro de la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras (Masanet y La parra, 2011; Garcia-Calvente y cols. 2011).

5. IMPACTO DE CUIDAR EN LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA: CUIDAR CUESTA.

El “coste” de cuidar es mucho más amplio que el resultado de sumar las horas dedicadas a determinadas tareas. Verdaderamente, la vida de las personas que cuidan se ve condicionada

por su papel. No se trabaja de cuidadora, se es cuidadora.

Los aspectos de la vida afectados por cuidar son muy variables, pero cabe destacar que una proporción importante de personas cuidadoras percibe el impacto de cuidar sobre varias dimensiones de su vida (García-Calvente y cols. 1999, 2007b). Como se puede apreciar en la tabla 1, son frecuentes las repercusiones negativas sobre el uso del tiempo, ya sea el disponible para uno o una misma, el dedicado a otras responsabilidades o el necesario para la vida familiar y social. Destacan también las consecuencias de cuidar sobre la esfera laboral, y a estas repercusiones se añaden las dificultades económicas en una proporción importante de cuidadoras.

Tabla 1. Impacto de cuidar en diversas áreas de la vida. Porcentaje de cuidadores y cuidadoras principales de personas con discapacidad que conviven en el mismo hogar, que declaran cada tipo de consecuencia.

TIPO DE IMPACTO	HOMBRES (%) (N=1924)	MUJERES (%) (N=5588)	TOTAL (%) (N=7512)
PROBLEMAS DE SALUD			
Se ha deteriorado su salud	21,4 %	37,2 %	33,1 %
Ha tenido que ponerse en tratamiento	7,2 %	18,2 %	15,4 %
Se encuentra cansado/a	36,2 %	54,9 %	50,1 %
Se siente deprimido/a	18,7 %	33,4 %	29,6 %
Otros problemas	8,8 %	9,5 %	9,3 %
PROBLEMAS LABORALES O ECONÓMICOS			
No puede plantearse trabajar fuera de casa	8,9 %	28,3 %	22,9 %
Ha tenido que dejar de trabajar	7,0 %	12,4 %	10,9 %
Ha tenido que reducir su jornada de trabajo	5,6 %	8,3 %	7,6 %
Su vida profesional se ha resentido	7,7 %	9,9 %	9,3 %
Tiene problemas para cumplir los horarios	6,7 %	9,5 %	8,7 %
Tiene problemas económicos	14,4 %	19,1 %	17,8 %
PROBLEMAS FAMILIARES O DE OCIO			
Ha tenido que reducir su tiempo de ocio	48,4 %	61,8 %	58,0 %
No puede ir de vacaciones	34,8 %	48,1 %	44,4 %
No dispone de tiempo para cuidar a otras personas	9,6 %	21,0 %	17,8 %
Tiene conflictos con su pareja	3,7 %	6,3 %	5,6 %
No tiene tiempo para frecuentar a sus amistades	27,5 %	40,5 %	36,9 %
No tiene tiempo para cuidar de sí mismo/a	13,7 %	32,9 %	27,5 %
No ha podido formar una familia	2,7 %	2,1 %	2,3 %
No ha podido tener hijos/as	1,8 %	1,3 %	1,4 %

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EDAD 2008.

Más de un 30% de las personas que cuidan perciben el impacto negativo de cuidar sobre su propia salud, porcentaje que se eleva cuando se trata de cuidadoras de mayores. Las características del trabajo de cuidar y las condiciones en las que se desarrolla afectan más a la salud cuando se dan determinadas circuns-

tancias: la demanda de cuidados es elevada, se convive con la persona cuidada, se asumen múltiples roles de cuidado y esta pluralidad de roles se extiende a otros ámbitos (laboral, familiar, social), el cuidado se desarrolla en solitario y sin apoyos, y se enfrentan situaciones especialmente difíciles por las características de

la persona cuidada (demencias tipo Alzheimer u otros problemas evolutivos que se agravan con el tiempo).

La asociación entre ser cuidador o cuidadora informal y el estado de salud física y psicológica ha sido bien documentada por una amplia producción científica durante las últimas décadas (Pinquart y Sorensen, 2003, 2007; Vitalino y cols. 2003). Los mecanismos por los cuales el cuidado produce efectos negativos sobre la salud se han asimilado a la experiencia de un estrés crónico, debido a la sobrecarga física y psicológica que soportan las personas cuidadoras y que se prolonga en el tiempo. Como resultado las personas cuidadoras pueden presentar problemas de salud física, como mala percepción de salud, mayor morbilidad crónica, mayor consumo de fármacos y más frecuencia de hospitalizaciones. Igualmente, el cuidado se ha asociado a mayor prevalencia de problemas de salud mental, como depresión, ansiedad, estrés y peor bienestar subjetivo. Así mismo, las personas que cuidan tienden a presentar hábitos de vida de riesgo: dieta poco saludable, ejercicio físico escaso, descanso insuficiente. E incluso existen evidencias de un mayor riesgo de mortalidad entre las personas mayores cuidadoras, comparadas con las que no lo son (Shultz y Beach, 1999). Los efectos de cuidar sobre la salud están moderados, entre otros, por diferencias individuales de las personas cuidadoras: mujeres, mayores, de nivel socioeconómico desfavorecido, con mala salud previa y escaso apoyo social, sufren peor salud física y psicológica (García-Calvente y cols. 1999; Shultz, 2008). Sin embargo, no todas las personas que cuidan muestran un impacto negativo: en estudios poblacionales, casi un tercio de ellas no padecen sobrecarga ni efectos negativos sobre su salud, particularmente

en las etapas precoces del proceso de cuidado (Hirst, 2005).

Las desigualdades de género en el impacto de cuidar sobre la salud han sido evidenciadas en diversos estudios. En un estudio reciente a nivel nacional, con datos de EDAD 2008, se muestra cómo la salud de las mujeres cuidadoras se ve más deteriorada que la de los hombres: el 37% de las mujeres y el 21% de los hombres perciben que su salud se ha deteriorado por cuidar (García-Calvente y cols. 2011). Estas diferencias estaban asociadas a la mayor intensidad del cuidado que realizan las mujeres y a su mayor dedicación a tareas relacionadas con la atención personal.

Por otro lado, según los datos de la EDAD 2008, el 26% de las personas que cuidan a una persona dependiente, manifiestan sufrir las consecuencias negativas de cuidar en el ámbito laboral y/o económico (García-Calvente y cols. 2010). Esta media encubre importantes diferencias por sexo: la imposibilidad de plantearse trabajar fuera de casa se presenta en las mujeres con una frecuencia superior en veinte puntos porcentuales a la de los hombres (28% y 9% respectivamente). Igualmente, esta brecha de género es de cinco puntos porcentuales en el caso de las personas cuidadoras que han tenido que abandonar un empleo para cuidar (12% en mujeres, 7% en hombres). A mayor intensidad de cuidado, menor es la probabilidad de empleo de personas cuidadoras: un aumento de un 1% en las horas dedicadas a cuidar supone una disminución de un 10% en la tasa de empleo de personas cuidadoras y reduce la probabilidad de tener un empleo a tiempo completo (OECD, 2011). En definitiva hacerse cargo del cuidado de otras personas supone un elevado "coste de oportunidad" para las

cuidadoras, que en muchos casos tienen que elegir entre trabajo productivo y reproductivo. Incluso aquellas que pueden compatibilizar ambos tipos de trabajo, asumen otro tipo de consecuencias, como son la limitación de las posibilidades de progreso en su carrera profesional, el cambio de trabajo o el absentismo laboral (García-Calvente y cols. 1999; Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2010).

La exclusión del mercado laboral de las cuidadoras o la limitación para progresar profesionalmente tienen, entre otras, consecuencias negativas sobre la economía propia y familiar, ya que supone una disminución de los ingresos. Además, asumir el cuidado de una persona dependiente que padece problemas de salud también supone un incremento de los gastos. Sea por disminución de los ingresos o por aumento de los gastos derivados de cuidar, el hecho es que, según datos de la EDAD 2008, el 19% de las mujeres y el 14% de los hombres que cuidan a personas dependientes declararon tener problemas económicos (García-Calvente y cols. 2010). El impacto laboral y económico de cuidar no solo se evidencia a corto plazo, sino que tiene también consecuencias en la vida de las personas que cuidan a más largo plazo. El abandono de empleo remunerado o la imposibilidad de acceso a él, tiene consecuencias en la disminución de los derechos a prestaciones sociales en un futuro (como las pensiones contributivas), reduciendo así la capacidad adquisitiva de las personas que cuidan incluso cuando ya no tienen que responsabilizarse del cuidado. Se ha evidenciado que las personas cuidadoras en edad activa, sobre todo las mujeres, tienen un mayor riesgo de caer en la pobreza (OECD, 2011).

6. LA CONTRIBUCIÓN SOCIAL DEL CUIDADO INFORMAL: CUIDAR VALE.

Son ya numerosas las voces que señalan que la aportación del cuidado informal al bienestar de nuestras sociedades es esencial, de modo que en el reciente informe de la OCDE (2011) se califica al cuidado informal como “la columna vertebral” de todo sistema de cuidados de larga duración.

Para visibilizar esta contribución, diversos trabajos resaltan el valor económico del cuidado. Así, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lleva trabajando varios años en la aplicación de una metodología para visibilizar el valor monetario del cuidado informal en las cuentas nacionales de salud, utilizando las encuestas de uso del tiempo (OPS, 2008). En nuestro país, la socióloga M^a Ángeles Durán ha trabajado en esta línea investigando la contribución a las cuentas nacionales de lo que denomina “trabajo no monetarizado” en salud (Durán, 2012). En otro estudio, a partir de los datos procedentes de la EDAD 2008, Oliva y colaboradores (Oliva y cols. 2011), estimaron el valor monetario de las horas de cuidado informal recibido por personas dependientes de 65 años o más. Según estos datos, en el año 2008 las personas mayores dependientes recibieron 3.248,71 millones de horas de cuidado, el 75,69% de ellas prestadas por mujeres. La valoración monetaria de este cuidado, osciló entre 24.918 y 41.291 millones de euros, según el valor asignado por hora. Estas cifras suponen que el valor social mínimo del cuidado informal prestado por estas personas sería equivalente a entre un 2,29% y un 3,60% del Producto Interior Bruto (PIB) del mismo año.

La valoración de la contribución del cuidado, sin embargo, no se limita a la traslación en valor de mercado del tiempo dedicado a cuidar. Como ya hemos visto, a este valor económico, invisibilizado por no estar remunerado, hay que añadir otros tipos de costes que asumen las personas que cuidan en beneficio del bienestar de las personas dependientes en la sociedad. En términos de equidad social, las contribuciones de las personas que cuidan de otras que lo necesitan, deberían ser compensadas por la sociedad.

7. ALTERNATIVAS DE APOYO A LAS PERSONAS CUIDADORAS: UNA MIRADA HACIA ADELANTE.

A pesar de la creciente visibilización del papel desempeñado por las personas cuidadoras en el sistema informal, los esfuerzos realizados desde los sistemas públicos para reducir el impacto del cuidado y compensar el coste que conlleva continúan siendo insuficientes y muy desiguales entre los países.

El citado informe de la OCDE (2011) sintetiza en tres grupos los principales recursos de apoyo formal que actualmente se dirigen a las personas cuidadoras:

Un primer grupo de medidas lo constituyen las orientadas a conciliar el trabajo remunerado con el cuidado informal. Entre ellas destacan los permisos laborales para cuidar y la flexibilización de horarios de trabajo. Aproximadamente la tercera parte de los países de la OCDE disponen de permisos de trabajo para el cuidado, con amplias variaciones entre ellos. Si bien en los países escandinavos y Polonia, el 60 % de las empresas dispone de este recurso, en el Sur de Europa el porcentaje no alcanza

el 25%. Además, a excepción de Bélgica, que ofrece los permisos retribuidos para cuidar de mayor duración (de hasta 12 meses), la mayoría de los países sólo contempla la posibilidad de excedencias y permisos no retribuidos, o bien sólo los conceden por breves periodos de tiempo (inferior a un mes) o a quienes cuidan a enfermos en situación terminal. La flexibilización de horarios de trabajo también constituye una medida eficaz para conservar el empleo entre personas cuidadoras y contribuir al mantenimiento de sus recursos económicos y sociales (Pavalko y Henderson, 2006). Sin embargo, aceptar un empleo a tiempo parcial suele ser la única opción disponible para que estas personas puedan cuidar al tiempo que percibir unos ingresos. En España, casi un tercio de las personas cuidadoras que han tenido que prescindir o recortar su contrato de trabajo lo atribuyen, como causa principal, a la ausencia de recursos formales para el cuidado de dependientes (INE, 2012b). Otras medidas que podrían conllevar un menor impacto económico sobre las personas cuidadoras, como la adaptación de horarios a las necesidades del cuidado, está menos presente en todos los países. En España, sólo un 13% de las mujeres asalariadas y un 11% de los hombres pueden fijar su horario de trabajo, aunque sólo sea en parte (INE, 2012b).

Un segundo grupo de medidas son las orientadas a mantener y restaurar el bienestar de las personas cuidadoras, en parte con la finalidad de que no abandonen el cuidado tan valioso que prestan. En este grupo de medidas se encuentran los servicios de respiro, de formación y asesoramiento, y de información y coordinación del cuidado. Algunos estudios han constatado la utilidad práctica de estas medidas para reducir la sobrecarga y el estrés de quienes cuidan (Van Exel y cols. 2006). Los servicios

de respiro consisten en liberar a las personas cuidadoras de la responsabilidad de cuidar durante un período de tiempo (horas o algunos días), para lo que aportan un relevo en el cuidado a través de centros de día, atención en el domicilio o residencial. Casi todos los países de la OCDE ofrecen servicios de este tipo a las personas cuidadoras. Sin embargo, la financiación pública para ello es muy variable entre países, continúa siendo escasa (como ocurre en España) y en la mayoría de los casos queda reservada a las personas con recursos limitados.

También con escasa presencia en España, los servicios de formación y asesoramiento (*counseling*) constituyen herramientas cada vez más demandadas por las personas cuidadoras para mejorar la realización del cuidado diario y mejorar su satisfacción con el rol asumido (Pickard, 2004). La mayor parte de estos servicios proviene de iniciativas locales y se basa en gran medida en el voluntariado. Destacan las experiencias puestas en marcha en algunos países, como Suecia, que promueve un sistema integrado de servicios de respiro y de apoyo para cuidadores y cuidadoras informales. Completan las medidas dirigidas al bienestar de las personas cuidadoras otros servicios de información y coordinación, como la planificación diaria de las tareas de cuidado, de los periodos de descanso o las citas médicas. Para un buen funcionamiento de estas medidas, la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios en una ventanilla única o centros de información puede convertirse en la pieza clave. Algunos países como Francia, Alemania o Austria cuentan con iniciativas locales de este tipo que han resultado positivas para ayudar a las personas cuidadoras a afrontar las dificultades diarias del cuidado.

Un último grupo de medidas de apoyo formal a personas cuidadoras lo constituyen las dirigidas a compensar el valor económico y social del cuidado que realizan. Un gran número de países de la OCDE proporcionan apoyo financiero al cuidado informal a través de prestaciones económicas. Estas pueden estar dirigidas directamente a las personas cuidadoras o bien ofrecerse a través de subsidios para las personas dependientes. Algo menos de la mitad de los países se acogen a la primera opción y algo más de la mitad a la segunda, entre los que se encuentra España. Sólo unos pocos, como Noruega, Nueva Zelanda, Suecia o Reino Unido ofrecen ambos tipos de prestaciones económicas, y alrededor de la quinta parte de los países no ofrece prestación económica alguna (OECD, 2011).

En España, la promulgación en 2006 de la Ley de promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (Ley 39/2006), supuso un gran avance en el reconocimiento social de las personas cuidadoras en la atención a la dependencia, aunque no ha estado ajena a la controversia. Uno de los aspectos más debatidos de la ley ha sido la generalización de la prestación económica a personas cuidadoras, a pesar de que en su formulación se contemplaba como una medida de "carácter excepcional". Esta medida, que en nuestro país no tiene un sentido compensatorio como en otros países de nuestro entorno, puede aportar un valor práctico pero consecuencias indeseables de tipo estratégico. En un contexto de escasez de servicios formales para la atención a las personas en situación de dependencia, esta (insuficiente) prestación económica, que reciben las mujeres en su mayoría, puede ser utilizada como sustitución de

la escasa provisión de servicios formales de atención, además de que puede condenar a las mujeres a seguir asumiendo en solitario un rol que las excluye socialmente (Durán, 2012; Rodríguez, 2005).

A la provisión insuficiente de recursos se han sumado los efectos de la actual crisis financiera. El Real Decreto Ley 20/2012 de 13 de julio ha supuesto una reducción drástica de los servicios públicos de atención a la salud y a la dependencia, a través de la reducción de las cuantías máximas de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, y de las cuantías del nivel mínimo de financiación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Esto puede traducirse en un desplazamiento aún mayor de los cuidados al terreno de lo doméstico, un reforzamiento de su carácter de responsabilidad individual y un aumento de la sobrecarga del cuidado sobre las familias.

Por todo ello, la prestación económica debería ser considerada en el contexto de un plan más amplio de apoyo al cuidado, que traspase el carácter simbólico para convertirse en un apoyo formal más operativo. Este plan debería incluir estrategias formativas, medidas de conciliación de la vida personal y laboral, y otras medidas de apoyo como los servicios de respiro.

Además, es preciso que las medidas propuestas no persigan sólo finalidades prácticas a corto plazo, sino que estas vayan acompañadas de otras de carácter estratégico. Un adecuado planteamiento de intervención sobre la salud de las personas cuidadoras debería "ir de la mano de potenciar el reparto del cuidado, más que en hacer a las mujeres todavía más competentes en la gestión de la enfermedad"

(Murillo, 2003). Por otro lado, actuaciones dirigidas a promover una mayor autonomía de las personas dependientes se hacen cada vez más necesarias para dar respuesta a los cambios sociales (García-Calvente y cols. 2007c). Solo así se podrá aspirar, a largo plazo, a liberar masivamente a las mujeres de la obligación moral de cuidar, para lo que será necesario que los sistemas públicos asuman, cada vez más, esta responsabilidad.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Abellán A, Esparza C, Pérez J (2011). Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. Cuadernos de Relaciones Laborales, 29(1), 43-67.
- Dávila CD, González B (2009). Crisis económica y salud. Gaceta Sanitaria, 23, 261-265.
- Del Río Lozano M (2012). Desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto en la salud. Informe de investigación tutelada. Universidad de Granada.
- Durán MA (1988). El cuidado de la salud. En: Durán MA (ed). De Puertas Adentro. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- Durán MA (2012). El trabajo no remunerado en la economía global. Bilbao: Fundación BBVA.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) (2008). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p418&file=inebase&L=0>.

- Esparza C (2011). Discapacidad y dependencia en España. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 108. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>.
- Fondazione G (2011). Gender equality in caring responsibilities over the lifecycle. Background note, Conference "Equality between women and men", European Commission DG Justice, 19-20 September 2011, Brussels. Disponible en http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/conference_sept_2011/background-paperiiiquality-in-caring_en.pdf.
- García Calvente M.M, Mateo Rodríguez I, Gutiérrez Cuadra P (1999). Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud: Investigación cuantitativa. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- García-Calvente MM, La Parra D (2007a). La investigación sobre cuidados informales de salud desde una perspectiva de género. En: Borrrell C y Artazcoz L (coord). 5ª Monografía SEE: Investigación en género y salud. Cataluña: Sociedad Española de Epidemiología, 97-118.
- García-Calvente MM, del Río M, Eguiguren AP (2007b). Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. Inguruak (Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política), 44, 291-308.
- García-Calvente MM, Castaño E, Mateo I, Maroto G, Ruiz-Cantero MT (2007c). A tool to analyse gender mainstreaming and care giving models in support plans form informal care. Case studies in Andalusia and United Kingdom. Journal of Epidemiology and Community Health, 61(2), 32-38.
- García Calvente MM, del Río M (2010). Análisis del impacto de cuidar sobre la salud de mujeres y Hombres. Informe de resultados EDAD 2008. Documento mimeografiado. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- García-Calvente M, del Río M, Marcos J (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como resultado del cuidado informal en España. Gaceta Sanitaria, 25(2),100-107.
- Hirst M (2005). Carer distress: A prospective, population-based study. Social Science and Medicine, 61, 697-708.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (1995). Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.
- Instituto Nacional de Estadística (2012a). Encuesta de Población Activa. Cuarto trimestre del 2011. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0411.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (2012b). Mujeres y Hombres en España 2012. Disponible en: <http://www.ine.es>.
- Jiménez S, Vilaplana C. (2012). La Interacción del sistema social y sanitario. Informe SES-PAS 2012. Gaceta Sanitaria; 26(S), 124-133.
- LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE num.299, viernes 15 de diciembre, 2006.
- Masanet E, La Parra D (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y

el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Rev Esp Salud Pública*, 85, 257-266.

- Murillo S (2003). Cara y cruz del cuidado que donan las mujeres. *SHARE: Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*. Emakunde.

- Observatorio Estatal de la Discapacidad (2010). *Las personas con discapacidad en España. Informe Olivenza 2010*. Badajoz: Observatorio Estatal de la Discapacidad.

- OECD (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term-care*. OECD. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/healthpolicy-sanddata/helpwantedprovidingandpayingfor-long-termcare.htm>.

- Oliva J, Vilaplana C, Osuna R (2011). el valor de los cuidados informales provistos a las personas mayores en situación de dependencia en España. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 108-114.

- Organización Panamericana de la Salud (2008). *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. Washington DC: OPS.

- Pavalko EK, Henderson KA (2006). Combining care work and paid work: Do workplace Policies make a difference? *Research on Aging*, 28, 3, 359-374.

- Pickard L (2004). *The effectiveness and cost-effectiveness on support and services to informal carers of older people*. Audit Commission PSSRU, University of Kent, London School of Economics and University of Manchester.

- Pickard L (2011). *The supply of informal care in Europe*. ENEPRI Research Report 94. Disponible en: <http://www.ancien.longtermcare.eu/>

- Pinquart M, Sorensen S (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*, 18 (2), 250-267.

- Pinquart M, Sorensen S (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: A meta-analysis. *Journals of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), 126-137.

- Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. BOE num. 168, sábado 14 de julio de 2012

- Rodríguez P (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40, 5-15.

- Shultz R, Beach SR (1999). Caregiving as risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. *JAMA*, 282(23), 2215-2219.

- Shultz R (2008). Sherwood PR. Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. *American Journal of Nursing*, 108 (9), 23-27.

- Suhrcke M, Stuckler D (2012). Will the recession be bad for our health? It depends. *Soc Sci Med*, 74(5), 647-53.



Para la Dependencia

FUNDACIÓN CASER PARA LA DEPENDENCIA

Avda. de Burgos, 109. 28050 Madrid

Tel.: 91 214 65 69

email: fcaser@fundacioncaser.org

web: www.fundacioncaser.es