

Estudios sobre la Economía Española - 2016/05

Observatorio de dependencia  
febrero 2016

Sergi Jiménez-Martín  
Universidad Pompeu Fabra y Fedea

Cristina Vilaplana  
Universidad de Murcia y Fedea

Analía Andrea Viola  
Fedea

fedea

# informe 2016



observatorio de dependencia

febrero 2016

**fedea**



# informe 2016

observatorio de dependencia

SERGI JIMÉNEZ-MARTÍN  
(Universidad Pompeu Fabra y Fedea)

CRISTINA VILAPLANA  
(Universidad de Murcia y Fedea)

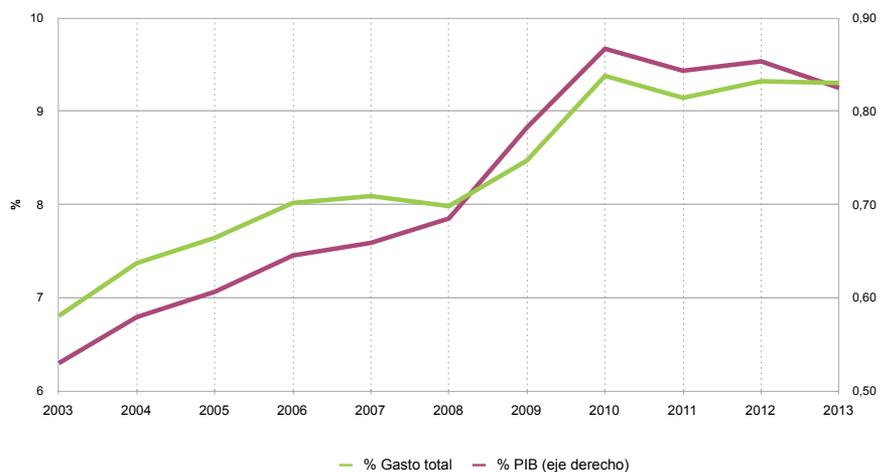
ANALÍA ANDREA VIOLA  
(Fedea)

# resumen ejecutivo

Cuando se gestó el Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD) fue rápidamente etiquetado como el cuarto pilar del estado del bienestar: educación, sanidad, pensiones y, finalmente, dependencia. Sin lugar a dudas, el desarrollo y consolidación de los tres primeros pilares en la etapa democrática, aunque con ciertos altibajos, se puede calificar como de éxito. Punto y aparte merece el SAAD que se gestó en una época de bonanza económica, nació en 2007 y empezó a crecer a la par de la crisis y está en riesgo de languidecer como consecuencia de la profunda recesión de la economía española y de los severos recortes introducidos en 2012 (RD Ley 20/2012, de 13 julio) y 2013 (RD 1050/2013).

En realidad el **SAAD** no nació de la nada, ya que antes del mismo ya había una red de servicios de asistencia social (centros de día, residencias, teleasistencia, asistencia a domicilio) y por supuesto de atención informal (por parte de familiares) a la dependencia. En los años previos a la ley, el gasto en atención a la dependencia tenía niveles ciertamente modestos. La Ley de Dependencia se planteó como una vía para, por un lado, racionalizar y promover los servicios de atención al dependiente, ofreciendo una prestación monetaria o en especie para facilitar el acceso a servicios (cuidados formales) para aquellos que son clasificados como dependientes, y por el otro, ofrecer un marco financiero estable fundamentado en tres pilares: aportación del Gobierno Central, aportación de las CCAA y, finalmente, copagos de los usuarios.

Figura 1: Cuidados de larga duración como % del gasto total en salud y PIB. 2003-2013. España.

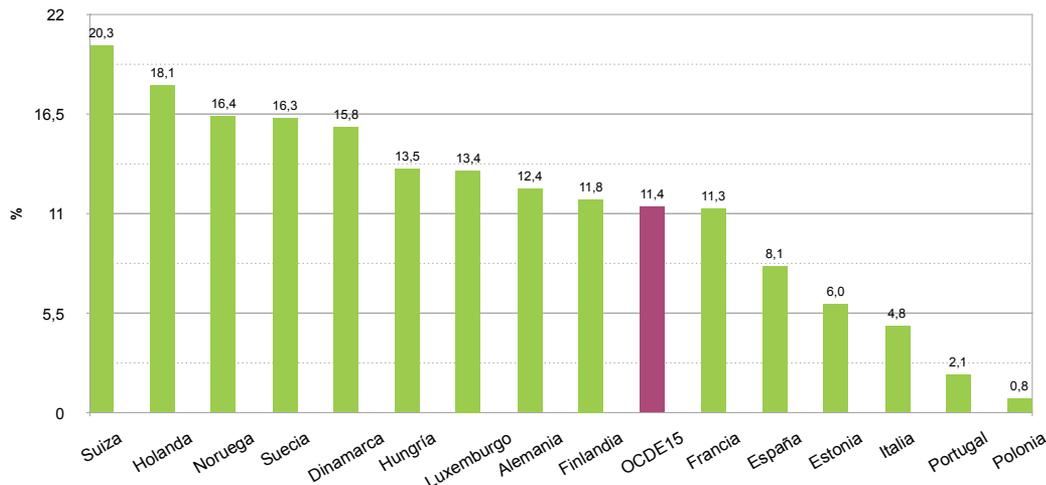


Fuente: Sistema de Cuentas de Salud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

## El estado de la dependencia

No tenemos ninguna duda de que el SAAD fue una muy buena idea, quizás sujeta a excesivos vaivenes e incertidumbres, especialmente tras los decretos de recortes de 2012 y 2013. A pesar de ello, el sistema ha alcanzado un tamaño considerable en un periodo relativamente corto, aunque, en términos de la fracción de población mayor de 65 años cubierta por el sistema, estamos aún por debajo de la media de la OCDE y lejos de los países del centro y norte de Europa. Tal y como refleja la figura 2, **la proporción de las personas de 65 años o más que realmente reciben ayudas para la dependencia en países como Suiza, Holanda, Noruega y Suecia, oscila entre el 16% y el 20%, superando ampliamente al promedio de la OCDE15 (11,4%). España, con un registro entre el 8% y 9% de la población mayor de 65 años, se sitúa por debajo de esta referencia lo que indica que aún queda camino que recorrer.**

Figura 2: Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben ayudas para la dependencia.  
Europa OCDE. 2013/2014



Fuente: OECD Statistics<sup>1</sup>.

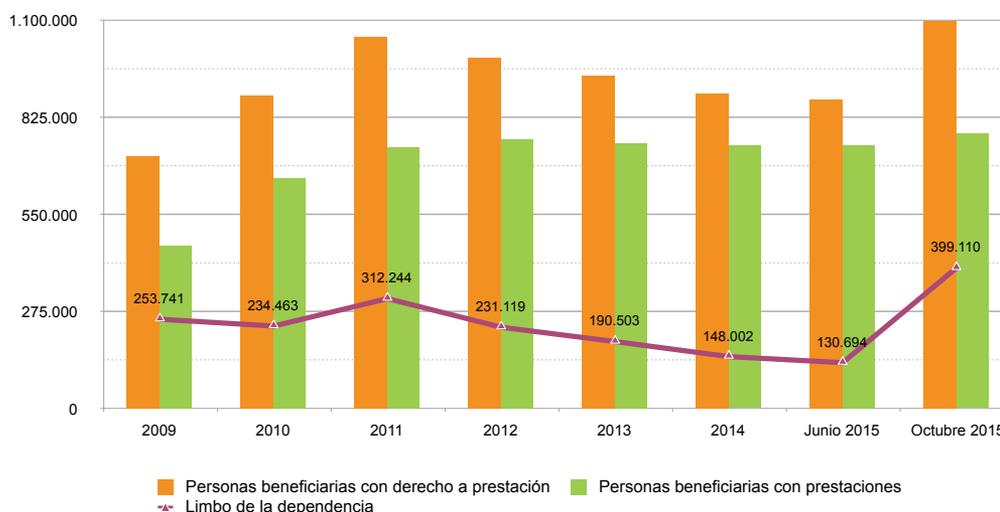
A nivel regional, más preocupante aún que el tema de la cobertura (solo tres regiones, Murcia, Andalucía y Cantabria superan la media de cobertura de la OCDE) es la gran disparidad observada. A finales de 2014, antes de la incorporación de los dependientes moderados, la diferencia en términos de personas con derecho a prestación respecto a la población mayor de 65 años era de hasta 10 puntos porcentuales.

<sup>1</sup> En Noruega, España y Portugal el dato es de 2014. En Dinamarca el último dato es de 2012 y en Francia de 2010.

Entre las de mayor cobertura se encuentran Murcia y Andalucía y las de menor son la Comunidad Valenciana y Asturias. Aunque las diferencias en términos de personas que reciben prestación son menores (entre 6 y 8 p.p.) no por ello son menos preocupantes. **En definitiva, que la probabilidad de acceder al SAAD sea más del doble en unas regiones que en otras es inaceptable y evidencia que el sistema de financiación y valoración de la dependencia no está bien resuelto.**

Otro punto que refuerza este argumento es el de las listas de espera o limbo de la dependencia. **A finales de 2015, a nivel nacional, el equivalente de 1,7% de las personas de 65 años o más se encuentra a la espera de recibir una prestación.** A nivel regional la variación del limbo de la dependencia es aún más alarmante, reflejo de las importantes diferencias de cobertura. Hay comunidades como Murcia (5,5%), Andalucía (3,7%), Aragón (2,5%), Galicia (2,3%), Cantabria (2,1%) y Castilla La Mancha (2%) que superan la media nacional; otras como Cataluña, Baleares, Comunidad Valenciana, Extremadura, País Vasco y La Rioja donde la proporción de personas de 65 años o más que están a la espera de recibir prestaciones se sitúa cerca de la media nacional, entre el 1,5% y el 1%; un tercer grupo, que incluye comunidades como Canarias, Navarra, Madrid, Ceuta y Melilla y Asturias, donde dicha proporción se sitúa entre 0,5% y 0,8%; finalmente, en Castilla y León no llega al 0,1%.

Figura 3: Número de personas con derecho a prestación y número de personas beneficiarias:  
Limbo de la dependencia. España. 2009-2015.



En definitiva, aparte de los problemas ya reseñados de cobertura y listas de espera, el sistema de dependencia se encuentra en un momento de indefinición, lo que se plasma en un buen número de debilidades adicionales

que merecen ser destacadas: (i) la composición de las prestaciones y el mayor peso otorgado al cuidado en el entorno familiar; (ii) la creciente contribución de los beneficiarios a la financiación de las prestaciones (copago); (iii) la incertidumbre de los gestores directos (a nivel local y autonómico), que no saben con qué recursos cuentan, lo que en muchos casos condiciona la oferta de servicios; (iv) las disparidades que existen entre las comunidades en relación a las principales magnitudes del sistema; (v) el estancamiento del empleo y la caída de los salarios en el sector desde 2010; (vi) el incremento alarmante del limbo de la dependencia, producto de la incorporación de los dependientes moderados en julio 2015 y que no parece ser transitorio; y, finalmente, (vii) las carencias del sistema de evaluación y de valoración del SAAD por parte de los ciudadanos.

Respecto a la oferta de prestaciones, en los últimos años el sistema ha mejorado el sesgo inicial hacia prestaciones por cuidados en el entorno familiar. Efectivamente, ***mientras que en 2009 el 51,16% del total de prestaciones concedidas correspondían a prestaciones para cuidados en el entorno familiar, en diciembre de 2013 el porcentaje había bajado casi ocho puntos, hasta alcanzar el 43,21% en dicho periodo y finalmente 36,51% en octubre de 2015.*** Aún con esta mejora, la situación es poco sostenible a medio y largo plazo debido a la escasez de cuidadores informales potenciales (déficit de un millón de cuidadores potenciales según los resultados del proyecto [ANCIEN](#) con los que hacer frente a las necesidades de cuidado derivadas del envejecimiento.

Tabla 1: Distribución de las prestaciones en el periodo 2008-2015

	PRESTACIONES ECONÓMICAS			Total	TOTAL	PORCENTAJE	PCEF sobre total
	P. Vinculada Servicio	P. Cuidados Entorno familiar (PCEF)	P. Asistencia Personal		PRESTACIONES	Prestaciones económicas sobre total	
dic-08	13,197	109,287	171	122,655	421,846	29,08	25,91
dic-09	36,076	266,298	658	303,132	520,736	58,21	51,16
dic-10	52,402	377,787	735	430,924	780,862	55,19	48,38
dic-11	59,836	417,782	874	478,492	917,604	52,15	45,53
dic-12	64,532	426,81	1,28	492,622	959,903	51,32	44,46
dic-13	72,029	408,401	1,441	481,871	945,051	50,99	43,21
dic-14	73,636	374,348	1,883	449,867	929,983	48,37	40,25
oct-15	79,566	359,205	2,947	441,718	983,727	44,9	36,51

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SISAAD.

Un dato no menor es cómo se financia el sistema de la dependencia y en particular como se materializan los copagos. Tal y como destaca Cristina Vilaplana en su excelente tribuna para el presente Observatorio, dos cosas destacan por encima de todo: la complejidad de la financiación y en particular de los copagos individuales y la importante reducción de la contribución estatal a la financiación del sistema o importe mínimo acordado. Respecto a los copagos individuales, tal y como indica Juan Oliva (2014), el sistema de copago se determinaba en algunas comunidades en función de la capacidad económica del beneficiario mientras en otras se optó por combinar información sobre renta anual y patrimonio, lo que ha dado lugar, ante la ausencia de un marco legal común, a una pléyade de regímenes de copago. Por otra parte, las reducciones del importe mínimo acordado introducidas a partir de 2012 han impactado sobre la cuantía de las prestaciones y la contribución de los individuos al pago de los servicios, haciéndolos prácticamente insostenibles.

A nivel regional, la evolución de las principales magnitudes del sistema (número de solicitudes, dictámenes, personas con derecho a prestación y personas beneficiarias de prestaciones) así como la oferta y distribución de las prestaciones, es relativamente dispar, reflejo de las diferencias en recursos (la insuficiencia financiera de algunas comunidades) y preferencias que encontramos en nuestra geografía. En este sentido, **cabe destacar la gran variación observada entre comunidades en el peso de las prestaciones por cuidados en el entorno familiar, ya que en Baleares aún representan cerca del 70% del total, mucho más que en Madrid (22%) o La Rioja (30%)**. En general, los dos principales decretos de reestructuración del sistema han tenido un impacto sustancial, aunque diverso, en el conjunto de comunidades españolas. Por ejemplo, en el último año, si bien el número de personas con derecho a prestación creció en todas las comunidades, en algunas lo hizo con más intensidad. Por ejemplo, en Murcia aumentó un 2% mientras que en País Vasco se incrementó casi un 50%. Tal y como hemos señalado, no existe hasta el momento evidencia directa que explique estas disparidades, lo que implica que cada comunidad actúa con un importante grado de discrecionalidad.

En relación a la evolución del empleo ligado al sector de la dependencia, encontramos que después de un periodo de expansión, de 2007 a 2010, en el que se crearon casi cien mil empleos, la participación del sector en el empleo total se ha mantenido entre el 2,5% y el 2,7% desde 2011 a 2015, un punto porcentual por encima del valor observado en 2007. Ello ha sido posible gracias, en gran medida, a una gran moderación salarial, ya que el diferencial entre los salarios en el sector de la dependencia y los salarios en general ha aumentado alrededor

de 6 puntos porcentuales en favor de estos últimos. En suma, durante la segunda recesión el sector ha mantenido gran parte de su empleo a costa de una cierta renuncia salarial, casi siempre forzada o guiada desde el presupuesto público.

Tabla 13: Distribución prestaciones desagregadas por CCAA. 2015.

CCAA	PRESTACIONES ECONÓMICAS				PRESTACIONES DE SERVICIOS			
	Cuidadores hogar	Vinc. al servicio	Asist. Pers.	P. autonomía	Teleasistencia	Asist. Domic.	Centros día	Asist. Residen.
Baleares	68%	6%	0%	1%	0%	1%	8%	17%
Murcia	54%	4%	0%	9%	13%	0%	9%	10%
Aragón	53%	21%	0%	0%	0%	0%	7%	20%
Navarra	53%	10%	0%	1%	9%	5%	2%	20%
Cantabria	51%	0%	0%	0%	8%	6%	10%	26%
Cataluña	48%	7%	0%	1%	9%	12%	7%	16%
Ceuta y Melilla	47%	0%	0%	10%	13%	20%	2%	7%
País Vasco	46%	3%	5%	0%	1%	12%	11%	22%
C. Valenciana	44%	10%	0%	1%	13%	0%	13%	20%
Asturias	40%	11%	0%	3%	5%	14%	11%	16%
Canarias	39%	13%	0%	0%	3%	0%	24%	21%
<b>España</b>	<b>37%</b>	<b>8%</b>	<b>0%</b>	<b>3%</b>	<b>14%</b>	<b>15%</b>	<b>9%</b>	<b>15%</b>
C La Mancha	34%	6%	0%	8%	10%	15%	5%	22%
Andalucía	33%	1%	0%	0%	30%	21%	6%	10%
Extremadura	30%	37%	0%	2%	6%	2%	6%	17%
Rioja	30%	6%	0%	9%	11%	20%	9%	15%
Castilla y León	24%	22%	0%	11%	7%	19%	9%	8%
Galicia	23%	11%	0%	3%	3%	28%	14%	18%
Madrid	22%	8%	0%	3%	18%	19%	13%	18%

## Los retos del futuro

Finalmente, respecto al futuro del sistema, nos preocupa si será capaz de atender a los dependientes que se encuentra en el limbo de la dependencia y a las necesidades futuras derivadas del envejecimiento de la población. **En los últimos meses, se ha producido un incremento de más de 300.000 personas con derecho a prestación, producto de la entrada en el sistema de las personas con un grado de dependencia moderado en julio de 2015.** Dado el actual nivel de financiación, cabe preguntarse si el sistema está preparado para atender a los nuevos dependientes, sobre todo teniendo en cuenta la existencia previa de una lista de espera que afecta a personas con un nivel mayor de dependencia. Tal y como señalan Oliva, Peña Longobardo y García Armesto (2015a y 2015b), aunque la respuesta a estas dudas se deberá despejar en los próximos meses, las expectativas no son optimistas. En definitiva, si queremos ofrecer una cobertura razonable en el medio plazo será ineludible aumentar el volumen de recursos y racionalizar su uso.

Aparte de las insuficiencias y deficiencias comentadas, **el sistema de dependencia adolece de un problema de evaluación ya que no sabemos lo que opina la ciudadanía sobre los servicios ofrecidos, su calidad y su cantidad.** Y ello porque, a diferencia del sector sanitario, no se pregunta en absoluto sobre la satisfacción con el sistema de dependencia (**¿Qué costaría hacerlo en el barómetro sanitario?**). Igual estamos equivocados y los ciudadanos mayoritariamente opinan que el sistema y su calidad son razonables.

**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 complementarias, o al menos ofreciendo una alternativa válida. Asimismo **es imprescindible que se concreten las prestaciones, los tiempos de espera, y los posibles copagos de los usuarios. Por el lado de la financiación, además de intentar eliminar la incertidumbre financiera que sufren las regiones,** se deberían, al igual que se hace en numerosos países, diversificar las fuentes de financiación, planteando un cóctel entre financiación pública vía impuestos y contribuciones (idealmente mediante un sistema de aseguramiento público), que **garanticen un mínimo de atención para todos los ciudadanos, que evite o reduzca significativamente las diferencias de cobertura a nivel regional,** y fórmulas de aseguramiento privado complementario.

## Referencias

- Oliva J., Peña Longobardo L., García Armesto S. (2015a), "Looking back to move forward: Spanish System for Promotion of Personal Autonomy and Assistance for persons in a situation of dependency (Part I), disponible en <http://www.hspm.org/countries/spain25062012/countrypage.aspx>, acceso 2-10-15.
- Oliva J., Peña Longobardo L., García Armesto S. (2015b), "Looking back to move forward: Spanish System for Promotion of Personal Autonomy and Assistance for persons in a situation of dependency (Part II), disponible en: <http://www.hspm.org/countries/spain25062012/countrypage.aspx>, acceso 2-10-15 .

# índice

13	INTRODUCCIÓN
14	TRIBUNA: EL FUTURO DE LA FINANCIACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA
20	EL SAAD EN PERSPECTIVA COMPARADA
29	LA EVOLUCIÓN DEL SAAD EN ESPAÑA EN LOS AÑOS RECIENTES
34	ANÁLISIS DETALLADO DE LA EVOLUCIÓN DE LAS PRINCIPALES MAGNITUDES DEL SISTEMA DESDE 2012
60	EMPLEO Y SALARIOS DEL SECTOR DE LA DEPENDENCIA
64	CONCLUSIONES
69	REFERENCIAS
71	INFORMACIÓN ESTADÍSTICA
72	DEFINICIONES

# introducción

Cuando se gestó el Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD) fue rápidamente etiquetado como el cuarto pilar del estado del bienestar: educación, sanidad, pensiones y, finalmente, dependencia. Sin lugar a dudas, el desarrollo y consolidación de los tres primeros pilares en la etapa democrática, aunque con ciertos altibajos, se puede calificar como de éxito. Punto y aparte merece el SAAD que se gestó en una época de bonanza económica, empezó a crecer a la par de la crisis y está en riesgo de languidecer como consecuencia de la profunda recesión de la economía española y los severos recortes introducidos en 2012 (RD Ley 20/2012, de 13 julio) y 2013 (RD 1050/2013).

En realidad el SAAD no nació de la nada, ya que antes del mismo ya había una red de servicios de asistencia social (centros de día, residencias, teleasistencia, asistencia a domicilio) y por supuesto de atención informal (por parte de familiares) a la dependencia. En los años previos a la ley, el gasto en atención a la dependencia tenía niveles ciertamente modestos, alrededor del 0,8% del PIB. La Ley de Dependencia se planteó como una vía para, por un lado, racionalizar y promover los servicios de atención al dependiente, ofreciendo una prestación monetaria o en especie para facilitar el acceso a servicios (cuidados formales) para aquellos que son clasificados como dependientes, y por el otro, ofrecer un marco financiero estable fundamentado en tres pilares: aportación del Gobierno Central, aportación de las CCAA y, finalmente, copagos de los usuarios.

Una de las grandes debilidades de la introducción del SAAD es que no se aprovechó para promover plazas de cuidados formales en el hogar o fuera del hogar, sino que se decantó hacia prestaciones por cuidados en el entorno familiar (que en muchos casos llevaban aparejadas cotizaciones sociales a la Seguridad Social), justo lo opuesto a lo que la ley pretendía. De hecho, hasta 2012 muchos de los empleos generados y sus correspondientes cotizaciones lo fueron porque se contabilizaba a los familiares como empleo. Es decir, lo que se ha conseguido hasta ahora es una especie de "titularización" de los cuidados informales en el hogar. Aunque en principio ello no debe ser necesariamente negativo, está claramente fuera del espíritu de la ley.

Asimismo el SAAD se planteó como una oportunidad de generar empleo a bajo coste. La introducción del SAAD se hizo de forma progresiva, atendiendo primero a los dependientes más severos en 2007, estando previsto

acabar atendiendo a los dependientes moderados en 2013. Desafortunadamente, la concatenación de la expansión del SAAD con la crisis ha exacerbado los defectos que ya per se tenía el sistema y, evidentemente, ha minimizado su potencial.

En el presente informe argumentamos que el sistema de dependencia se encuentra en un momento de indefinición. Los ciudadanos apenas saben a qué tienen o no derecho, y los gestores directos (a nivel local y autonómico) no saben con qué recursos cuentan. En particular, la oferta de prestaciones sigue sin estar bien definida y difiere sustancialmente entre comunidades. Además no sabemos lo que opina la ciudadanía sobre los servicios ofrecidos, su calidad y su cantidad, ya que, a diferencia del sector sanitario, no se pregunta en absoluto sobre la satisfacción con el sistema de dependencia. En nuestro caso no hemos podido encontrar ninguna referencia válida sobre la opinión del ciudadano sobre el sistema de dependencia y su evolución reciente.

La estructura del informe es la siguiente. En primer lugar presentamos una tribuna sobre el futuro de la dependencia en España a cargo de la profesora de la Universidad de Murcia Cristina Vilaplana, a la que asimismo agradecemos su colaboración en la redacción del presente informe. A continuación presentamos un análisis del SAAD en perspectiva comparada, seguido de un análisis de la evolución del SAAD en España en los años recientes, coincidiendo con el inicio de los recortes sociosanitarios. Continuamos con un análisis detallado, a nivel nacional y regional, para cada una de las variables de estado del sistema, de los servicios y prestaciones que ofrece. Para finalizar el informe ofrecemos una evaluación de la evolución del empleo y los salarios en el sector sociosanitario y concluimos con una breve reflexión. Adicionalmente incluimos un breve anexo con las principales definiciones.

# tribuna: El futuro de la financiación de la dependencia en España

POR CRISTINA VILAPLANA

En España, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, supuso la creación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que se constituye como un sistema universal destinado a mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y a promover la igualdad de oportunidades.

Respecto a la financiación del SAAD, los artículos 32 y 33 de la Ley 39/2006 determinan que la financiación del SAAD constará de tres partes. En primer lugar, la Administración General del Estado asumirá íntegramente la financiación del nivel mínimo de protección, que se encuentra definido en el artículo 7. Para tal fin, los Presupuestos Generales del Estado fijarán anualmente la cantidad de recursos destinados a financiar dicho nivel mínimo. En segundo lugar, las Comunidades Autónomas aportarán al menos una cantidad igual a la prevista por la Administración General del Estado en el nivel de protección mínimo y acordado<sup>1</sup>. Además, las Comunidades Autónomas tienen capacidad para, en función de sus recursos, poder definir niveles de protección adicionales para sus residentes (artículo 10.4). En tercer lugar, los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en el coste de las mismas en función de sus recursos económicos, aunque ningún ciudadano quedará desprotegido por no disponer de capacidad económica suficiente (artículo 33.4).

Tabla 1: Aportación de la AGE para financiación del nivel mínimo y del nivel acordado

	NIVEL MÍNIMO (€)	NIVEL ACORDADO (€)	TOTAL (€)
2007	82.563.029	220.000.000	302.563.029
2008	501.363.029	241.019.460	742.382.489
2009	1.233.561.206	283.197.420	1.516.758.626
2010	1.519.777.939	283.197.420	1.802.975.359
2011	1.284.542.933	283.197.420	1.567.740.353

<sup>1</sup> El nivel acordado (suspendido a partir de 2012) estaba condicionado a las disponibilidades presupuestarias y a la suscripción de un convenio entre la Administración General del Estado y cada una de las Comunidades Autónomas.

	NIVEL MÍNIMO (€)	NIVEL ACORDADO (€)	TOTAL (€)
2012	1.406.281.175	-	1.406.281.175
2013	1.206.789.133	-	1.206.789.133
Total	7.234.878.444	1.310.611.720	8.545.490.164
Presupuesto 2014	1.086.082.000	-	
Presupuesto 2015	1.087.189.000	-	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SISAAD  
y Proyecto de Presupuestos de la Seguridad Social para 2014 y 2015

Con respecto a la financiación del SAAD, en la Tabla 1 se muestra la evolución de la financiación de la Administración General del Estado (AGE) en concepto de nivel mínimo y acordado. Los datos correspondientes al periodo 2007-2013 corresponden a los datos de gestión publicados por el SISAAD, pero para 2014 y 2015, las únicas cifras disponibles corresponden a los Presupuestos de la Seguridad Social. El gasto en concepto de financiación del nivel mínimo aumentó progresivamente hasta 2010 (1.519 millones), para posteriormente disminuir en 2011 (1.284 millones) y volver a aumentar en 2012 (1.406 millones). En los años posteriores, la pauta seguida ha sido un tanto "curiosa", por no utilizar otro calificativo (como "cicatero" o "mezquino"). En 2013 se redujo la financiación en 200 millones de euros y en 2014 en otros 200 millones. Es decir, que en el transcurso de tres años (2011-2014), además de suprimir la financiación del nivel acordado se redujo en 400 millones la financiación del nivel mínimo. Aunque se intente justificar con los recortes económicos de la crisis para reducir el déficit público, no se puede negar que esta estrategia ha sido lo que coloquialmente se conoce como "ahorrar en el chocolate del loro".

En relación a la tercera vía de financiación del SAAD, la aportación de los beneficiarios (o copago), podemos hacer un breve repaso a su atribulada existencia. En primer lugar, desde la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, hubo que esperar casi dos años hasta que se legislase específicamente sobre el tema de las contribuciones de los beneficiarios (Resolución de 2 de diciembre de 2008, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en el SAAD). No obstante, esta Resolución otorgaba una excesiva discrecionalidad reguladora a las Comunidades Autónomas, puesto que su artículo 1 establecía que "la Comunidad Autónoma o Administración que, en su caso, tenga la competencia, establecerá la tabla de participación concreta para cada servicio según la capacidad económica del beneficiario".

Esta circunstancia dio lugar a una pluralidad de regímenes de copago, casi tantos como Comunidades, con diferencias sustanciales en la definición de renta y de patrimonio, el indicadores de rentas utilización para determinar el mínimo exento (IPREM, SMI, Indicador de Rentas de Suficiencia de Cataluña, Renta de Garantía de Ingresos), el método de cálculo del copago (sistema de intervalos o fórmula matemática), la existencia o no de un mínimo garantizado diferente para cada Comunidad y la aprobación de un tercer nivel de protección en algunas Comunidades (Álava, Cataluña, Comunidad Valenciana y Navarra). Por otra parte, la introducción del copago en las Comunidades se realizó de manera muy desigual y transcurrió un plazo de más de tres años desde que se aprobó en la primera Comunidad (Canarias, abril 2007) hasta que se aprobó en la última (Vizcaya, junio de 2010).

De todo lo expuesto, se deducen las graves desigualdades a las que se encontraban expuestas las personas en situación de dependencia según residiesen en unas Comunidades u en otras. De todas formas, no fue ésta la causa principal de que el CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) interpusiese un recurso contencioso-administrativo (90/2009) ante la Audiencia Nacional argumentando que “la participación en el coste de los servicios debió hacerse mediante norma reglamentaria del Estado (real decreto), por tratarse de un disposición de carácter general, y no a través de un mero acuerdo, que carecía del rango normativo necesario. En noviembre de 2011, la Sentencia de la Audiencia Nacional resolvió la nulidad de dicho Acuerdo 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. Aunque posteriormente, se interpuso un Recurso de Casación en la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, dicho recurso no fue admitido por defectos de forma, siendo ésta una resolución firme contra la que no cabía apelar. Y desde noviembre de 2011, hasta el Real Decreto 20/2012, de 13 de julio, se produjo un vacío legal sobre cómo calcular la aportación de los beneficiarios. En la actualidad no se dispone de datos sobre la implantación del nuevo sistema de copago aprobado por el Real Decreto 20/2012 de 13 julio (“Esperando a Godot”).

En suma, el SAAD padece un problema grave de incertidumbre ya 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. 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.

### **El papel del aseguramiento privado**

Ante la reducción de la financiación pública de la dependencia surge el interrogante de si el SAAD será capaz de atender a las personas en situación de dependencia, en el momento en que lo precisen, y de la forma más adecuada, o si será necesario que los ciudadanos busquen un aseguramiento privado alternativo. De hecho, esta posibilidad ya se contemplaba en los albores del SAAD. La Disposición Adicional Séptima de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, preveía que con el fin de facilitar la cofinanciación de los servicios establecidos en dicha Ley por parte de los beneficiarios, se incentivasen los instrumentos privados de cobertura de la situación de dependencia. Dicha regulación se aprobó mediante la Ley 41/2007, de 7 de diciembre, por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia por la que se establece determinada norma tributaria. En la misma se establece que el contrato de seguro puede suscribirse bien con entidades aseguradoras, incluidas las mutualidades de previsión social, o bien a través de un plan de pensiones. Sin embargo, a pesar de que los poderes públicos han intentado incentivar el mercado privado de seguros de dependencia en paralelo a la construcción del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, el desarrollo de este tipo de aseguramiento ha sido muy escaso. Según la "Informe del sector 2013" de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en el año 2013 sólo había 33.479 asegurados frente al riesgo de dependencia. A pesar de lo moderado de estas cifras, al analizar las tasas de crecimiento de los últimos años se observa un cierto dinamismo en el sector, puesto que el número de asegurados aumentó un 17,78% entre 2012-2013 y un 47,68% entre 2011-2012.

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 complementarias. Asimismo es imprescindible que se concreten las prestaciones y los posibles copagos de los usuarios. Por el lado de la financiación, al igual que se hace en numerosos países diver-

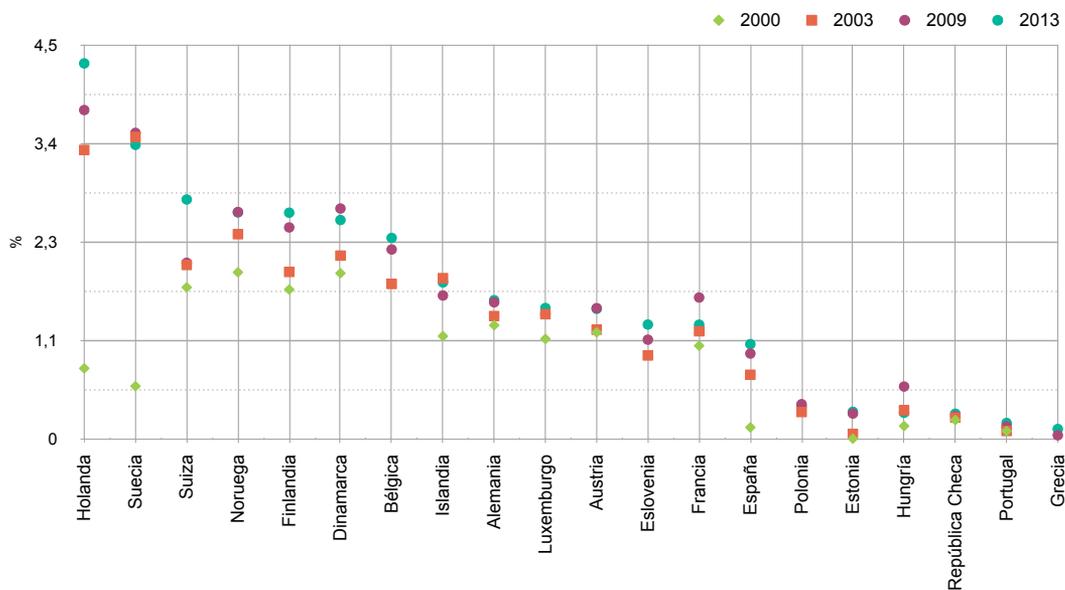
sificando las fuentes de financiación y planteando un cóctel entre financiación pública vía impuestos y contribuciones (idealmente mediante un sistema de aseguramiento público), que garanticen un mínimo de atención para todos los ciudadanos y fórmulas de aseguramiento privado complementario.

# el saad en perspectiva comparada

## El gasto en cuidados de larga duración

A nivel europeo, España se sitúa por detrás de países del norte de Europa, siendo Holanda el país que destina más recursos a los cuidados de larga duración, es decir a las personas en situación de dependencia (cerca del 4,5% del PIB). Sin embargo, este país ha hecho un salto muy significativo desde el año 2000, donde se registraba un valor inferior al 1%. En esta situación también se encuentran Suecia, Bélgica, Eslovenia y España donde se ve que en el año 2000 partían de valores más bajos de los que finalmente consignaron en el 2012/2013.

Gráfico 1: Gasto en cuidados de larga duración como % del PIB. Europa OCDE. 2000, 2003, 2008 y 2013.

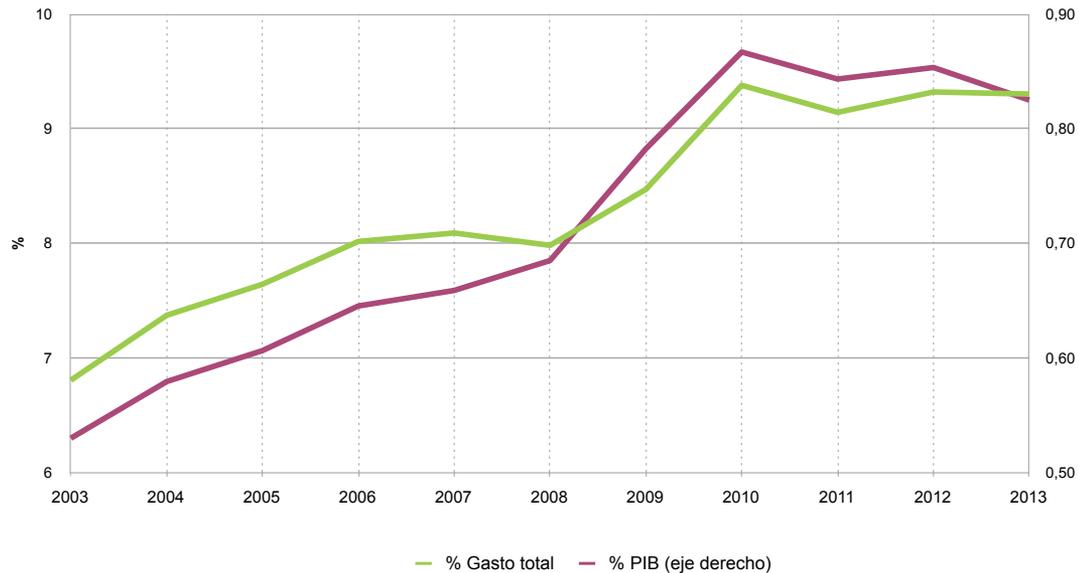


Fuente: OECD Statistics. Nota: datos para el año 2012 en Luxemburgo, España y Portugal.

Si miramos en detalle la evolución del gasto en cuidados de larga duración para España vemos que representan el 9,3% del gasto total en salud y el 0,83% del PIB (últimos datos disponibles 2013). En el caso de los cuidados de larga duración como porcentaje del gasto total, la trayectoria desde el año 2003 es ascendente hasta el año 2008 cuando desciende ligeramente y vuelve a recuperarse. Por otra parte, los cuidados de larga duración como porcentaje del PIB crecen de manera sistemática hasta el año 2010, año que alcanza el pico mayor (al

igual que los cuidados de larga duración como % del gasto total en salud). Luego ambos indicadores descienden en el año 2011, se recuperan levemente en el 2012 y vuelven a caer muy poco en 2013.

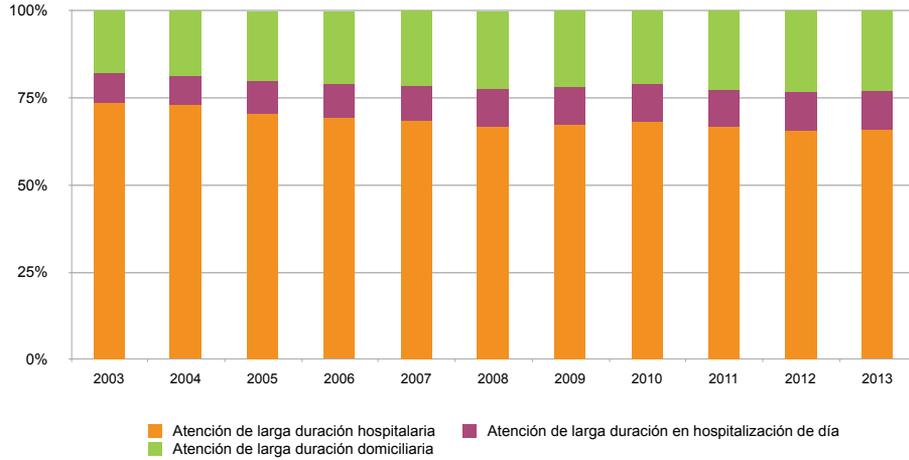
Gráfico 2: Cuidados de larga duración como % del gasto total en salud y PIB. 2003-2013. España.



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Los servicios de larga duración se componen de tres grandes grupos: atención de larga duración domiciliaria, atención de larga duración en hospitalización de día y atención de larga duración hospitalaria. Como puede verse el mayor componente del gasto en cuidados de larga duración es el de atención hospitalaria que conforma cerca del 70% del total, aunque ha bajado 8 puntos porcentuales desde 2003 a 2013 (pasó de un 74% en 2003 a un 66% en 2013). En contraposición, la atención de larga duración domiciliaria incrementó su participación del 18% en 2003 al 23% en 2013.

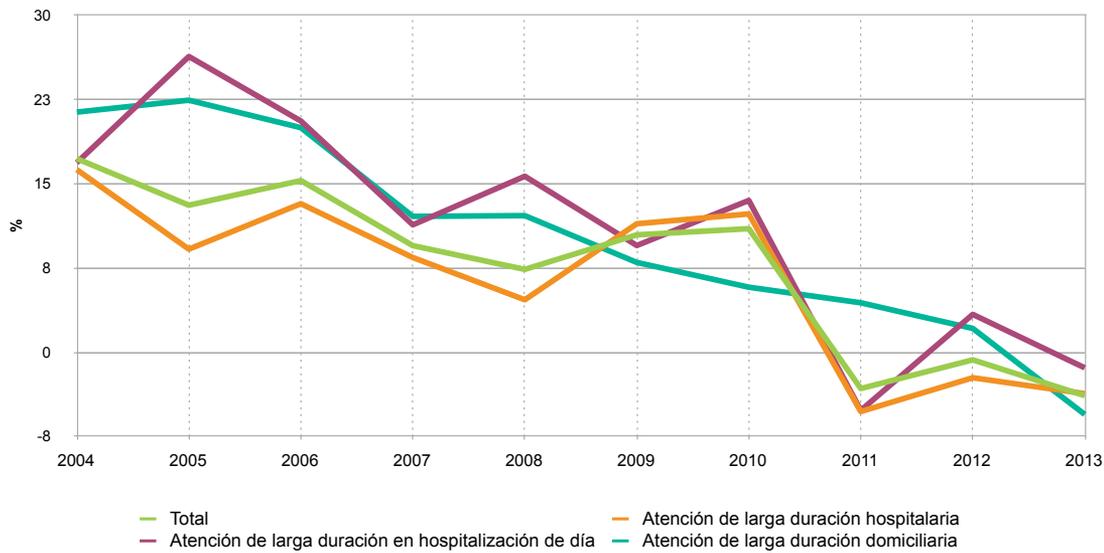
Gráfico 3: Gasto en cuidados de larga duración. Composición %. 2003-2013. España.



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Finalmente, cada uno de los componentes del crecimiento del gasto en servicios de larga duración ha oscilado de manera positiva hasta el año 2010. En general, los picos más altos de aumento se dieron entre el año 2004 y 2005. Para el caso de la atención de larga duración hospitalaria la variación interanual fue del 16,2% (variación 2004-2003), en hospitalización de día el aumento llegó al 26,3% (variación 2005-2004) y en atención domiciliaria fue del 22,4% (variación 2005-2004). Las variaciones negativas más importantes se dieron en el año 2011 respecto del año 2010 con la excepción de atención domiciliaria que se observó recién en el año 2013 (respecto del 2012) con una caída del -6%. En el caso de atención hospitalaria la caída mayor fue del -5,3% y en atención hospitalaria de día la variación fue de -5,2%. Por último, los servicios de atención de larga duración como un todo han variado negativamente desde el año 2011, siendo la variación más importante registrada en el 2013 (cerca de -4%).

Gráfico 4: Gasto en cuidados de larga duración. Variación interanual. 2003-2013. España.



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

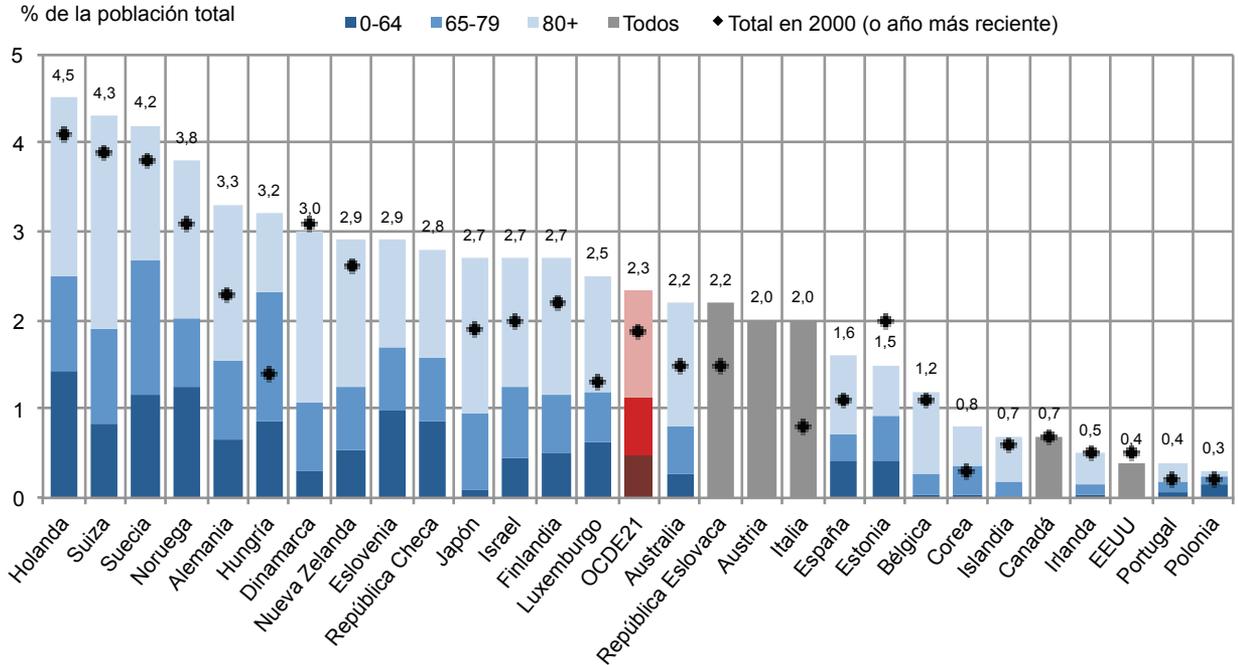
## La población que recibe las ayudas para la dependencia

A medida que la población envejece, hay mayores probabilidades que la misma necesite de cuidados especiales. En efecto, una gran mayoría de las personas que reciben estas ayudas son mayores de 65 años. En el **Gráfico 5** podemos observar la comparación entre países de la OCDE de las personas que reciben ayudas o prestaciones para cuidados de larga duración en relación a la población total. La proporción promedio de la población que recibe ayudas en los países de la OCDE ha aumentado de 1,9% en 2000 a 2,3% en 2013. También se ve que en promedio en los países de la OCDE, cerca del 80% de las personas que reciben dichas ayudas son de 65 años o más siendo el 50% personas que tienen 80 años o más.

Como señala el informe *Health at a Glance 2015*, un factor clave en el aumento de las personas que reciben ayuda es la disponibilidad de financiación pública para sostener los servicios de cuidado de larga duración. Los países con una fuerte provisión pública como Holanda y países Nórdicos son los que tienen una mayor cantidad de beneficiarios de prestaciones en relación a su población, mientras que en países con una provisión pública más limitada, como Estados Unidos, Portugal y Polonia se observa una menor cuantía de beneficiarios.

Como puede verse España se encuentra bastante alejada de los países del norte de Europa y más cerca de países como Italia y Austria, siendo el 1,6% de la población total la que recibe prestaciones para la dependencia..

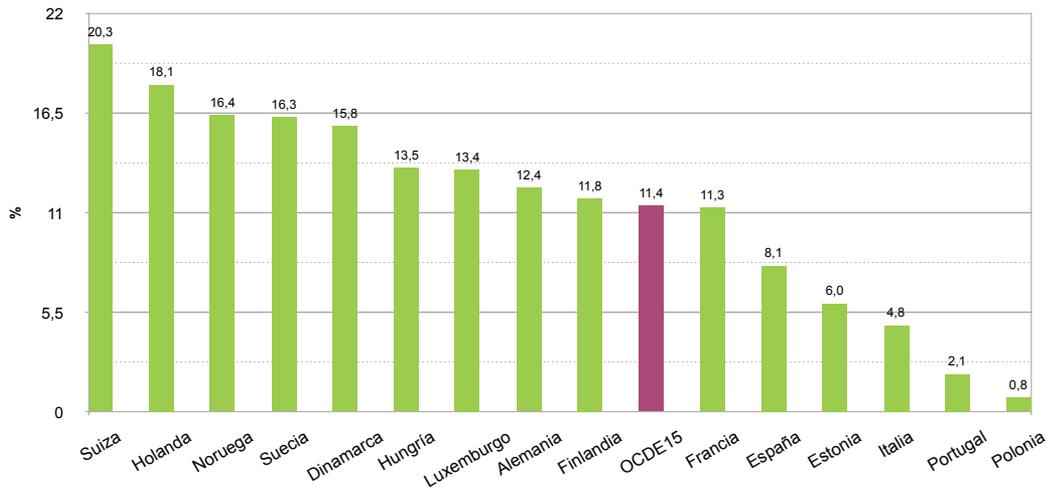
Gráfico 5: Porcentaje de personas que reciben ayudas para la dependencia. OCDE. 2013



Fuente: [OECD Health Statistics 2015](#)

Ya habíamos señalado que las personas de 65 años o más son las que más necesitan de las ayudas para los cuidados de larga duración. Por eso es interesante conocer la proporción de las personas de 65 años o más que realmente reciben dichas ayudas. Algunos países del norte como Suiza, Holanda, Noruega y Suecia, con porcentajes que oscilan entre el 16% y el 20%, superan ampliamente al promedio de la OCDE15 (11,4%). Con un registro del 8,1% de la población, España se sitúa por debajo de la media de la OCDE, pero no demasiado lejos de esta referencia.

Gráfico 6: Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben ayudas para la dependencia.  
Europa OCDE. 2013/2014



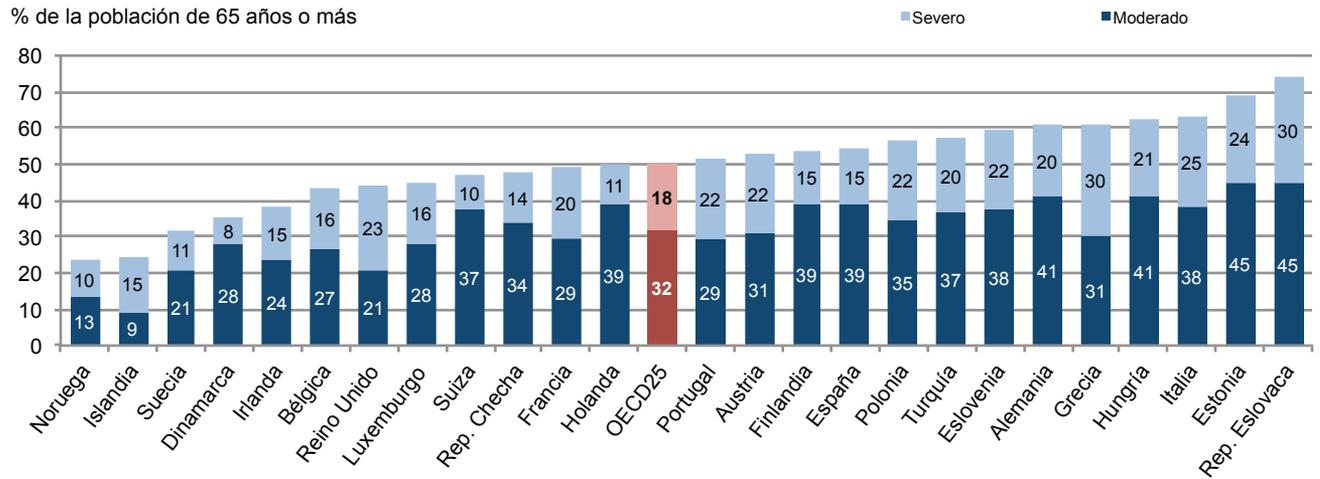
Fuente: OECD Statistics<sup>2</sup>.

Otro dato interesante es observar la proporción de la población de 65 años o más que enfrenta limitaciones para llevar a cabo sus actividades cotidianas debido a sus problemas de salud. El informe de *Health at a Glance 2015* señala que las medidas de deficiencias no se encuentran todavía estandarizadas entre los países, y de esta manera los resultados deberían tomarse con cautela .

En el gráfico siguiente vemos la distribución de las personas de 65 años o más según el grado de limitación en las actividades diarias, esto es, severas o moderadas. La mitad de las personas de 65 años o más declaran tener algún tipo de limitación en sus actividades. En general, las limitaciones moderadas son las que más predominan entre países. En el promedio de la OCDE el 32% de las personas de 65 años o más presentan limitaciones moderadas mientras que el 18% de los casos reportan limitaciones severas. La diferencia entre países es muy grande. Por ejemplo, en Noruega cerca del 25% de las personas de 65 años o más presenta algún tipo de limitación mientras que en el otro extremo como Italia, Estonia o República Eslovaca la proporción oscila entre el 60%-70%. España si bien un poco más del 50% de las personas de 65 años o más dice tener algún tipo de limitación, el 15,2% es la que reporta limitaciones severas, similar a Islandia (15,3%), Finlandia (15%), Irlanda (14,6%) y Rep. Checa (14%).

<sup>2</sup> En Noruega, España y Portugal el dato es de 2014. En Dinamarca el último dato es de 2012 y en Francia de 2010.

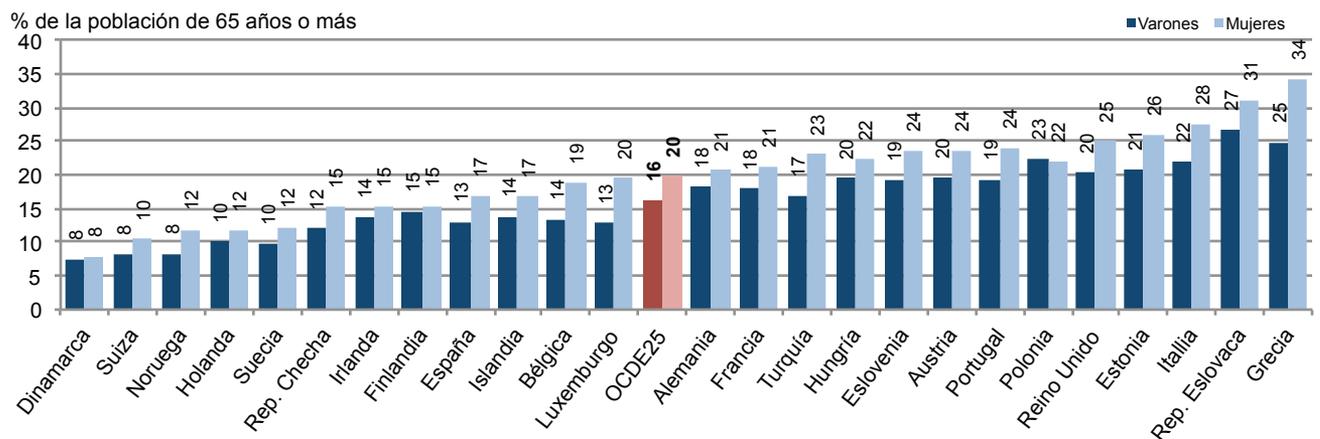
Gráfico 7: Limitaciones en actividades diarias en adultos de 65 años o más. Países europeos, 2013.



Fuente: [OECD Health at a Glance 2015](#)<sup>3</sup>.

Por último, si hacemos una distinción por sexo vemos que las mujeres se encuentran más limitadas gravemente en las actividades diarias, siendo Polonia la excepción. En el promedio de la OCDE, el 20% de las mujeres y el 16% de los varones de 65 años o más reportaron limitaciones severas en la realización de actividades cotidianas, siendo Grecia y la República Eslovaca los países que declararon los mayores porcentajes junto con Italia y Estonia. España se sitúa por debajo del promedio de la OCDE, siendo el 17% para las mujeres y el 13% para los varones.

Gráfico 8: Limitaciones severas en actividades diarias en adultos de 65 años o más por sexo. Países europeos, 2013.



Fuente: [OECD Health at a Glance 2015](#)<sup>3</sup>.

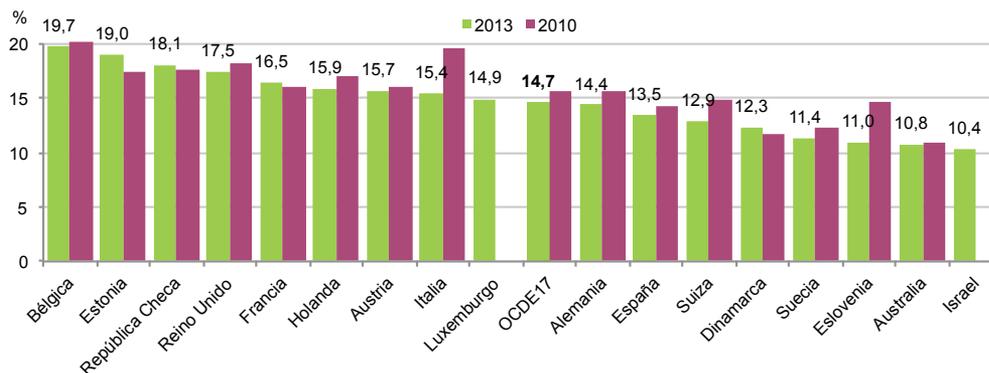
<sup>3</sup> Los países se encuentran ordenados de menor a mayor respecto de la población de 65 años o más con limitaciones (moderadas y severas).

## Cuidado informal

El cuidado informal requiere especial importancia dado que en una gran mayoría de los países de la OCDE es el principal sostén del cuidado de las personas dependientes. El siguiente gráfico, obtenido del informe *Health at a Glance* 2013 y 2015 de la OCDE, muestra la proporción de personas de 50 años o más que declaran haber ofrecido servicios de cuidado y asistencia a miembros de la familia o amigos<sup>4</sup>. Se observa que en promedio en los países de la OCDE, cerca del 15% de las personas de 50 años o más proveen servicios de cuidado para una persona dependiente en 2013, porcentaje que ha descendido levemente respecto de 2010 (15,6%). Sin embargo en países como Bélgica, Estonia y República Checa, la proporción asciende al 18%-19%. A simple vista se percibe en la mayoría de los países una caída en dicha participación en el 2013 respecto de 2010, especialmente se destaca el caso de Italia que pasa de un 20% al 15,4%.

Si bien España se sitúa por detrás del promedio de la OCDE (13,5%) en cuanto a la proporción de personas de 50 años o más que tiene una persona a su cuidado, la intensidad o frecuencia del cuidado es mucho mayor en España. Tanto en Portugal o España como en Polonia, más del 80% de los cuidadores informales declaran haber dado servicios diariamente mientras que en contraste hay países como Suecia, Suiza y Dinamarca donde en general los servicios de cuidado son más bien formales (pagados) y la proporción de personas que proveen cuidado informal diariamente es mucho menor, entre el 50% y 60%.

Gráfico 9: Población de 50 años o más que declara ser un cuidador informal. OCDE. 2010 y 2013

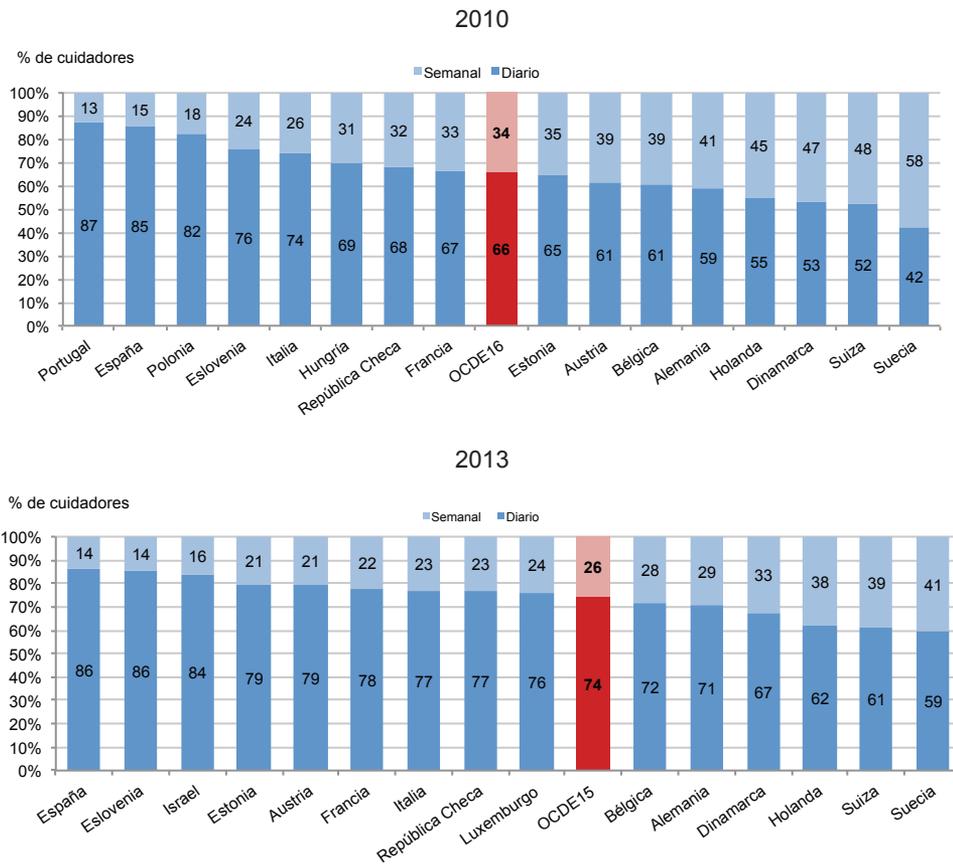


Fuente: OECD Health at a Glance [2013](#) y [2015](#)

4 Según advierte el informe de la OCDE, la información sobre cuidado informal puede diferir entre países y por tanto no ser estrictamente comparable. Los cuidadores del hogar están definidos como personas que proveen ayuda diaria o semanal a los miembros de la familia, amigos y personas del entorno social dentro o fuera del hogar que requieren ayuda para las actividades de la vida diaria.

De todos modos, es interesante observar que en 3 años ha habido aumentos en todos los países en relación a la frecuencia del cuidado informal diario y por ende en el semanal, entre los más importantes se destacan: Austria pasa de un 61% a un 79%, Suecia de un 42% a un 59% y Dinamarca de un 53% a un 67%. También hay otros países como Alemania, Bélgica y Francia que registraron aumentos de 11/12 puntos porcentuales entre ambos periodos. En España la proporción se mantiene aumentando solamente un punto porcentual, ocupando ahora el primer puesto.

Gráfico 10: Frecuencia del cuidado por los cuidadores informales. OCDE. 2010 y 2013



Fuente: OECD Health at a Glance 2013 y 2015

# la evolución del SAAD en España en los años recientes

EL SAAD se estableció en España en el año 2006 bajo la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006 del 14 de Diciembre). Esta Ley plasmaba el reconocimiento de los beneficios para todas las personas mayores o personas discapacitadas que necesitasen ayuda para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. El sistema establecía una responsabilidad compartida por la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas sobre la financiación del sistema y su desarrollo y gestión. La definición de dependencia quedaba establecida como:

*“el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”*

Tradicionalmente la provisión de los servicios de cuidado para las personas dependientes estaba a cargo de las familias, limitándose la ayuda de cuidados de larga duración solo para aquellas familias cuyo ingreso fuese insuficiente. Los cambios en los patrones familiares, una mayor participación de la mujer en el mercado de trabajo y los cambios sociodemográficos han incentivado el desarrollo del sistema de dependencia actual (Gutiérrez et al., 2010). En efecto en la propia exposición de motivos de la Ley de Dependencia se manifiesta que la atención a este colectivo de población *“requiere una respuesta firme, sostenida y adaptada al actual modelo de nuestra sociedad”*.

Los beneficios que ofrece el sistema son tanto prestaciones económicas como de servicios, siendo éstos últimos de carácter prioritario. En caso de no ser posible el acceso a los servicios establecidos (teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día, entre otros), se otorga una prestación económica que pueda financiar cuidados en el entorno familiar mediante el apoyo a cuidadores no profesionales o contribuir a la contratación de una asistencia personal.

En los primeros años del SAAD, el ritmo de crecimiento del sistema fue muy elevado. En este contexto, tal y como ya hemos señalado, las prestaciones en favor de familiares fueron la norma (véase la **Tabla 11**), aunque progresivamente otras prestaciones fueron ganando peso. El primer paso de la implantación del SAAD fue el de proporcionar beneficios para las personas en situación de gran dependencia y progresivamente expandir la cobertura hacia aquellas personas en situación de dependencia moderada, estando prevista la cobertura total de este grupo en 2013. Sin embargo, este objetivo se postergó hasta mediados de 2015. Asimismo, las proyecciones iniciales sobre el número potencial de beneficiarios se quedaron cortas. En relación a los datos actuales se argumenta también que se subestimó el número de dependientes de grado severo en un 29% y se sobrestimó en un 36% a los dependientes moderados. Este conjunto de acontecimientos, a los que hay que añadir las restricciones presupuestarias derivadas de la crisis, fueron generando incertidumbre en el sistema sobre la extensión de su cobertura (Oliva, Peña Longobardo, García Armesto, 2015a).

A partir de 2011 la crisis financiera obligó a postergar el pleno despliegue del sistema de dependencia. De hecho, en julio de 2012, el SAAD fue sometido a una doble revisión (Ver **Tabla 2** para un resumen de las medidas implantadas). Por una parte, después de cinco años de funcionamiento, el Consejo Territorial del SAAD llevó a cabo una evaluación del mismo con el objeto de asegurar su sostenibilidad y fortalecer el desarrollo de la Ley de Dependencia en todo el ámbito nacional. Por otra parte, se impusieron medidas de ajuste fiscal y de contención del gasto 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.

La exposición de motivos de la Resolución de 13 de julio de 2012, mencionaba que era necesario acometer una reforma en el sistema de financiación de la dependencia, puesto que se había constatado **la ausencia de correlación entre el esfuerzo de algunas Comunidades en el desarrollo de servicios de atención a la dependencia y la cuantía de los fondos recibidos**. En dicha Resolución se esbozaba las características del nuevo sistema de financiación del nivel mínimo de prestaciones que habría de garantizar el Estado, con un porcentaje decreciente en función del número de beneficiarios, y un porcentaje creciente en función de las prestaciones en servicios. También se adelantaba que la transición hacia este nuevo sistema se realizaría de forma paulatina para evitar desequilibrios financieros entre las Comunidades.

Tabla 2: Medidas regulatorias durante la crisis

AÑO	NORMATIVA	OBJETIVOS PRINCIPALES
2012	Título III del Real Decreto-Ley 20/2012: "Medidas de racionalización del sistema de dependencia".	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simplificar el funcionamiento del SAAD (nueva estructura de grados de dependencia, mejoras de gestión).</li> <li>• Mejorar la capacidad de análisis de funcionamiento del SAAD (información estadística, Creación del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia).</li> <li>• Mejoras en las prestaciones recibidas por los beneficiarios del SAAD (ampliación de la prestación de asistencia personal, normas para el traspaso de personas dependientes a otras CCAA, incentivos para la atención a través de servicios profesionalizados).</li> <li>• Medidas de ahorro y reducción del déficit público que implican revisión de requisitos para la concesión de prestaciones, la determinación de la capacidad económica y la aportación del beneficiario, etc.</li> </ul>
2013	Real Decreto 1050/2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulación del nivel mínimo de protección garantizado por la Administración General del Estado para la financiación del coste del SAAD a cargo de las CCAA.</li> </ul>
	Real Decreto 1051/2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establece la regulación de las prestaciones del SAAD, y determina las intensidades de protección de los servicios, compatibilidades e incompatibilidades entre los mismos y asegura la excepcionalidad de la prestación de cuidados en el entorno familiar, con el objetivo también de mejorar la calidad en la atención a las personas en situación de dependencia.</li> </ul>

El efecto del RD Ley de 2012 ha sido relevante dado que también ha reducido la intensidad de la atención a domicilio y ha restringido la concesión de prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar además de producirse una reducción del 15% en el monto asignado (Oliva, Peña Longobardo, García Armesto, 2015a).

Transcurrido un año y medio desde la aprobación del Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, finalmente se establecieron los parámetros con los que calcular la aportación de la AGE en concepto de nivel mínimo de financiación de la dependencia a las Comunidades Autónomas (Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre). En este RD se aprobó una fórmula de cálculo de dicho nivel mínimo que tiene en cuenta tres variables: el número de beneficiarios, el grado de dependencia (que se encuentra especificado en la notación con G.I, G.II y G.III) y el tipo de prestaciones (art. 4).

$$\text{Dotación asignada}_{CCAA} = A * B * \frac{C}{D}$$

$$A = 177,86 * G.III_{CCAA} + 82,84 * G.II_{CCAA} + 44,33 * G.I_{CCAA}$$

$$B = \frac{\text{Total prestaciones}_{CCAA}}{\text{Total prestaciones}_{España}} * 100$$

$$C = \frac{\text{Prestaciones servicios}_{CCAA}}{\text{Total prestaciones}_{CCAA}} * 100$$

$$D = \frac{\text{Prestaciones servicios}_{España}}{\text{Total prestaciones}_{España}} * 100$$

Donde:

- **A** es la dotación inicial a repartir a cada Comunidad calculada como el producto del número de beneficiarios por los respectivos importes de aportación de nivel mínimo mencionados para cada uno de los grupos de dependencia (G.I, G.II y G.III)
- **B** es el porcentaje de prestaciones reconocidas en cada Comunidad Autónoma respecto al total de prestaciones.
- **C** es el porcentaje de prestaciones de servicios de cada Comunidad respecto al total de prestaciones de dicha Comunidad. De acuerdo con el 4.2 del Real Decreto 1050/2013 se considera que todas las prestaciones del SAAD tienen la consideración de prestaciones de servicios, a excepción de la prestación para cuidados en el entorno familiar. Es decir, la prestación vinculada al servicio y la prestación de asistencia personal se consideran también como prestaciones de servicios.
- **D** es el porcentaje que representan las prestaciones de servicios en España respecto al total de prestaciones.

En la **Tabla 3** se pueden observar las medidas más significativas en torno a los ajustes del sistema de la dependencia incluidas en las regulaciones mencionadas más arriba. Podemos distinguir dos grandes grupos: aquellas que conciernen a los recursos para financiar el sistema y aquellas medidas relacionadas con la gestión y los servicios ofrecidos.

Tabla 3: Resumen ajustes del sistema de la dependencia incluidos en la normativa del 2012/2013

FINANCIACIÓN DE LA DEPENDENCIA	GESTIÓN Y ACCESO
<p>Se establece un nivel mínimo de protección para los beneficiarios según el grado de su dependencia. Este nivel mínimo se realiza considerando el número de beneficiarios, el grado de dependencia y la prestación reconocida.</p>	<p>Nueva estructura manteniendo los tres grados de dependencia pero suprimiendo los niveles. Antes de la reforma los grados de dependencia también incluían niveles (1 y 2) lo que hacía aún más complejo tanto la gestión como el otorgamiento de las prestaciones. De esta manera, de 6 niveles se pasa a tan solo 3: dependencia moderada, dependencia severa y gran dependencia (Grados 1, 2 y 3, respectivamente).</p>
<p><b>Nuevas cuantías de las prestaciones económicas</b>, 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.</p>	<p><b>Modificación del calendario de aplicación de la Ley de Dependencia:</b> retraso en la efectividad del derecho a las prestaciones asociadas al Grado I. Tanto las personas valoradas en el Grado I, nivel 2, que no tuvieran reconocida la situación de dependencia a fecha 1 de enero de 2012, como nuevas personas valoradas en el Grado I, no comenzarán a recibir prestaciones hasta el 1 de julio de 2015.</p>
<p>Se establece que se debería evolucionar <b>aumentando</b> la atención mediante la <b>prestación de servicios frente a las prestaciones económicas</b> para <b>cuidados en el entorno familiar</b>.</p>	<p><b>Nuevo tratamiento</b> al sistema de la Seguridad Social de los <b>cuidadores no profesionales</b> de las personas en situación de dependencia*.</p>
	<p>En cuanto al <b>servicio de ayuda a domicilio</b> se determina que los servicios relacionados con las necesidades domésticas (limpieza, lavado, cocina u otros) solo pueden ser reconocidos conjuntamente con los de atención personal (actividades de la vida diaria).</p>
	<p>Se añade una nueva sección de <b>incompatibilidad de las prestaciones</b>. Las <b>prestaciones económicas</b> serán incompatibles entre sí y con la gran mayoría de los servicios (a excepción de los servicios de prevención de la dependencia, de promoción de la autonomía personal y de teleasistencia) Los <b>servicios</b> serán incompatibles entre sí, a excepción del servicio de teleasistencia compatible con el servicio de prevención de la dependencia, de promoción de la autonomía personal, de ayuda a domicilio y de centro de día y de noche.</p>

\* Se establece que a partir de la fecha de entrada en vigor del RD 20/2012, el convenio especial regulado en el RD 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia, tendrá para los cuidadores no profesionales, carácter voluntario y podrá ser suscripto entre el cuidador profesional y la Tesorería General de la Seguridad Social. Las cotizaciones a la Seguridad Social por el convenio especial indicado anteriormente serán a cargo exclusivamente del suscriptor del mismo. Estos convenios especiales surtirán efectos desde la fecha de la solicitud de suscripción del convenio especial.

En este contexto y aunque la información que ofrece el SISAAD<sup>5</sup> es escasa, nos preguntamos en la siguiente sección si los dos RD mencionados han afectado a la estructura de las prestaciones y servicios a la dependencia ofrecidos por las diferentes comunidades autónomas.

5 SISAAD: Sistema de Información del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

# análisis detallado de la evolución de las principales magnitudes del sistema desde 2012

En esta sección se utilizan los datos del SISAAD principalmente desde el 2012 hasta el 2015 para el total nacional y para cada una de las Comunidades Autónomas, con el propósito de valorar si las dos principales reformas introducidas en los años 2012 y 2013 han modificado la distribución de prestaciones entre los beneficiarios, así como el número de personas con derecho a prestación. Asimismo, para las estadísticas del número de solicitudes, dictámenes, el número de personas con derecho a prestación y los beneficiarios de prestaciones también se han recopilado datos desde el año 2008/2009 para observar los cambios antes y después de la crisis. De la web del [SAAD](#) se obtienen los informes de gestión donde la información estadística presentada refleja en general la situación a finales de cada año. Más en detalle, los datos desde 2008 a 2011 son a 1 de diciembre de cada año. Los datos desde el 2012-2014 son a 31 de diciembre de cada año y el dato del 2015 es al 31 de octubre.

Se ha realizado un análisis pormenorizado de la evolución de solicitudes, dictámenes, personas con derecho a prestación, personas (actualmente) beneficiarias de alguna prestación, personas a la espera de prestación, y cada una de las prestaciones existentes (tanto económicas como en especie). En este análisis se pone de manifiesto que todavía hay algunas prestaciones para las cuales las Comunidades no reportan información o bien se observan bruscos cambios de un mes al siguiente (lo que parece sugerir una brusca actualización de los datos).

Las conclusiones más relevantes que se derivan del análisis de los datos son las siguientes:

1. A nivel nacional, el número de solicitudes y de dictámenes se ha mantenido estable, pero el número de personas con derecho a prestación se ha incrementado en un 18% en los últimos tres años (2012-2015). Ello se debe fundamentalmente a la incorporación de los dependientes moderados, que no se produjo hasta el segundo trimestre de 2015.
2. El número de beneficiarios (personas que efectivamente reciben prestación) se ha mantenido estable

en términos agregados, pero a nivel de Comunidades ha habido grandes oscilaciones (desde aumentos del 24% en el número de beneficiarios, hasta disminuciones del 18%). Posibles factores explicativos de esta variación es la relación con el crecimiento del PIB o la variación del presupuesto regional. Sin embargo, no encontramos una relación clara entre el número de personas con derecho a prestación y el de beneficiarios y ninguno de estos factores.

3. El número de personas con derecho a prestación pero que se encuentran a la espera de la misma (lo que llamamos el limbo de la dependencia) se ha incrementado considerablemente en los últimos meses, hasta 400.0000 personas, a causa de la entrada (tardía) de los dependientes moderados que se produjo a partir de julio 2015.
4. En relación a la distribución por grados de las personas con derecho a recibir prestación en los últimos tres años se ha constatado una reducción del 12% de grandes dependientes, una reducción del 2% de los dependientes severos y un aumento del 170% de los dependientes moderados (grado 1). Dado que se pospuso la incorporación de los dependientes moderados de nivel 2 valorados después del 31 de diciembre de 2011 y de todos los dependientes moderados de nivel 1, se ha formado una gran bolsa de potenciales beneficiarios que entraron al sistema en julio de 2015.

En relación a cada una de las prestaciones podemos señalar:

1. El número de prestaciones para Cuidados en el Entorno Familiar ha disminuido cerca de 8 puntos porcentuales en 2015 respecto del 2012, lo que supone que en proporción al total de prestaciones ha pasado del 44% al 37%.
2. La prestación para Promoción de la Autonomía y Prevención de la Dependencia (véase el anexo para una definición más detallada) representa el 3% del total de prestaciones concedidas. De hecho, tres comunidades no han concedido ninguna prestación en esta categoría y en otras 3 se han concedido entre 30 y 90 prestaciones.
3. La prestación de Teleasistencia representa el 14% del total de prestaciones, aunque con amplia variabilidad entre comunidades (del 30% al 1%).

4. La prestación de Atención a Domicilio ha aumentado cerca de 2 puntos porcentuales entre 2015 y 2012. No obstante, hay 2 comunidades en las que ha disminuido el peso de esta prestación y en otras la variación ha sido muy ligera.
5. La prestación de Centro de Día ha aumentado su peso entre 2012 y 2015 del 7% al 9% aunque en 7 comunidades representa más del 10% del total de prestaciones.
6. La prestación de Atención Residencial ha aumentado su peso del 13,1% en 2012 al 15% en 2015, pero con una amplia variabilidad entre comunidades (entre el 7% y el 26%).
7. La Prestación económica Vinculada al Servicio ha aumentado su peso del 7% en 2012 al 8% en 2015, aunque llega a representar entre el 20% y 30% en tres comunidades.
8. El número de Prestaciones Económicas de Asistencia Personal tiene una participación baja, del 0,3%, siendo el País Vasco la región que mayor participación tiene, del 5%.

Por consiguiente, el objetivo de reducir el peso de las prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar se ha conseguido, aunque a un ritmo muy lento, y a costa de que se hayan ido incorporando menos beneficiarios al sistema (mientras que otros han ido “saliendo” del mismo). Finalmente, cabe destacar que la reforma de 2013 ha creado una gran incertidumbre respecto al nivel mínimo acordado (la financiación proveniente del Estado). De hecho, la cuantía presupuestada en concepto de nivel mínimo de dependencia para 2015 (1.087 millones de euros) es la misma, aproximadamente, que en el 2014. Ante este panorama de incertidumbre o de “soledad” de las Comunidades Autónomas, se ha optado por dificultar la entrada a nuevos beneficiarios y articular el sistema de dependencia que sea más cómodo para cada una de ellas (es decir, con más teleasistencia, o más atención residencial, o más prestación económica vinculada al servicio, dependiendo del caso particular). El resultado final es la configuración de una serie de sistemas de dependencia autonómicos sustancialmente diferentes entre sí.

## Evolución del número de solicitudes y dictámenes

Las solicitudes son el trámite necesario que realiza una persona que padece algún tipo de dependencia para poder cobrar las prestaciones. Tras iniciar este procedimiento se espera la valoración de la situación de dependencia con la ayuda de los informes de salud y del entorno habitual (antecedentes sociales, datos de convivencia, etc.) así como la evaluación de profesionales cualificados a través de una entrevista.

Una vez culminada esta etapa de solicitud, el órgano de valoración emite un dictamen propuesta donde se recoge el diagnóstico, el grado de dependencia y los cuidados que la persona pueda requerir. La emisión de un dictamen no implica que la persona haya sido elegida como merecedora de una prestación de dependencia, sino simplemente que la persona ha sido valorada.

Finalmente, el reconocimiento del grado de dependencia se efectúa mediante resolución expedida por la Administración Autonómica, por las Diputaciones Forales de la Comunidad Autónoma del País Vasco, o por la Dirección Territorial del Inmerso en Ceuta o Melilla, según la residencia del solicitante y tendrá validez en todo el Estado español<sup>6</sup>.

La siguiente tabla muestra las variaciones interanuales en el número de solicitudes y dictámenes por CCAA. Nótese el contraste que existe entre los primeros años de funcionamiento del SAAD y en la actualidad. En el último año la mayor caída de las solicitudes se observa en Murcia, -17 %. En otras siete comunidades se observan caídas entre el -1% y -3%. Por otra parte, en otras comunidades se han verificado algunos aumentos que contrastan con la situación en el año precedente. En este sentido reseñamos el caso de la Comunidad Valenciana con una variación del 11%, y Extremadura y Canarias, donde la variación ha oscilado entre el 4% y 5%. En cambio en los inicios, especialmente durante los años 2009 a 2011 se observa una gran expansión en todas las CCAA, con variaciones que superan el 100% como en País Vasco (202,8%) y Madrid (113,4%). En cuanto a los dictámenes se puede apreciar el mismo comportamiento de crecimiento del sistema en los primeros años seguido de un período de estancamiento o incluso retroceso.

<sup>6</sup> Información disponible en el [Portal de la Dependencia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad](#).

Tabla 4a: Variaciones interanuales Solicitudes y Dictámenes por CCAA. 2009-2015  
SOLICITUDES

CCAA*	2009-2008	2010-2009	2011-2010	2012-2011	2013-2012	2014-2013	2015-2014
C.Valenciana	77%	72%	5%	-12%	7%	-7%	11%
Extremadura	30%	35%	6%	6%	-1%	2%	5%
Canarias	31%	43%	7%	7%	0%	0%	4%
Castilla y León	86%	39%	12%	13%	2%	2%	2%
Asturias	22%	18%	6%	0%	-3%	-3%	2%
País Vasco	203%	11%	-2%	3%	3%	3%	2%
Cataluña	89%	36%	20%	2%	0%	-2%	2%
Rioja	42%	31%	0%	4%	-1%	-1%	1%
Navarra	4%	11%	-10%	-3%	-1%	-2%	1%
<b>España</b>	<b>58%</b>	<b>37%</b>	<b>8%</b>	<b>2%</b>	<b>0%</b>	<b>-3%</b>	<b>0%</b>
Andalucía	48%	21%	4%	-2%	-4%	-4%	0%
Ceuta y Melilla	33%	25%	-1%	3%	1%	2%	0%
Aragón	43%	26%	0%	-3%	-6%	-5%	0%
C La Mancha	45%	40%	1%	-2%	-1%	-5%	-1%
Madrid	113%	139%	23%	22%	1%	3%	-2%
Cantabria	41%	28%	8%	0%	-4%	0%	-2%
Galicia	27%	39%	1%	0%	-6%	-2%	-3%
Baleares	24%	18%	6%	0%	-1%	0%	-3%
Murcia	29%	130%	6%	11%	40%	-30%	-17%

\*Las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de la variación 2015-2014

Tabla 4b: Variaciones interanuales Solicitudes y Dictámenes por CCAA. 2009-2015  
DICTÁMENES

CCAA*	2009-2008	2010-2009	2011-2010	2012-2011	2013-2012	2014-2013	2015-2014
C.Valenciana	89%	57%	9%	0%	-4%	8%	12%
Extremadura	66%	42%	18%	12%	2%	4%	3%
Canarias	25%	25%	6%	6%	1%	0%	2%
Castilla y León	64%	59%	12%	13%	0%	0%	2%
Asturias	47%	39%	0%	4%	-1%	-1%	1%
País Vasco	170%	17%	-1%	1%	6%	3%	1%
Cataluña	41%	5%	-1%	-3%	0%	-2%	1%
Rioja	69%	37%	12%	0%	-2%	-4%	-1%
Navarra	94%	34%	15%	6%	0%	-3%	-1%
<b>España</b>	<b>70%</b>	<b>28%</b>	<b>5%</b>	<b>-3%</b>	<b>-8%</b>	<b>3%</b>	<b>-1%</b>
Andalucía	74%	40%	10%	3%	0%	0%	-2%
Ceuta y Melilla	111%	125%	29%	20%	4%	4%	-2%
Aragón	45%	27%	8%	10%	-2%	-4%	-2%
C La Mancha	35%	38%	8%	-8%	4%	-2%	-3%
Madrid	38%	31%	6%	1%	-6%	-8%	-3%
Cantabria	86%	23%	10%	7%	-1%	-3%	-3%
Galicia	40%	25%	10%	7%	-4%	-2%	-4%
Baleares	96%	78%	7%	-12%	5%	-8%	-6%
Murcia	28%	119%	9%	-7%	31%	-10%	-18%

\*Las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de la variación 2015-2014

Si observamos la variación en conjunto de los últimos tres años vemos que en general las solicitudes y dictámenes han descendido en la mayoría de las comunidades. Sin embargo, hay excepciones como Comunidad Valenciana (en el caso de las solicitudes), Madrid, Castilla y León, País Vasco, Extremadura y Canarias, donde las solicitudes y dictámenes han aumentado, siendo la Comunidad Valenciana la que mayor incremento registra en solicitudes (11,3%), mientras que en dictámenes, Canarias figura en el primer puesto (16,5%).

Tabla 5: Variación Solicitudes y Dictámenes por CCAA. 2012-2015

CCAA*	SOLICITUDES	CCAA	DICTÁMENES
C.Valenciana	11%	Canarias	17%
País Vasco	8%	País Vasco	11%
Castilla y León	7%	Castilla y León	9%
Extremadura	6%	Madrid	6%
Canarias	5%	Ceuta y Melilla	4%
Ceuta y Melilla	3%	Extremadura	3%
Madrid	3%	Rioja	-1%
Rioja	-1%	Cantabria	-1%
Cataluña	-1%	Navarra	-1%
<b>España</b>	<b>-2%</b>	<b>España</b>	<b>-2%</b>
Navarra	-2%	Murcia	-4%
Asturias	-4%	Cataluña	-4%
Baleares	-4%	Andalucía	-6%
Cantabria	-6%	C La Mancha	-7%
C La Mancha	-6%	Baleares	-7%
Andalucía	-8%	Asturias	-8%
Galicia	-11%	C.Valenciana	-9%
Aragón	-11%	Galicia	-10%
Murcia	-19%	Aragón	-17%

\*Las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor.

A continuación mostramos la proporción de solicitudes que realmente se han valorado (dictámenes). Con estos datos podríamos inferir cuánto de las solicitudes que presentan las personas que necesitan ayuda son absorbidas por el sistema. Por ejemplo en La Rioja, todas las solicitudes se transforman en dictámenes, es decir la persona se valora para ser recibidora de las prestaciones. En general en la mayoría de las comunidades, las solicitudes pasan a ser valoradas en más del 90% de los casos.

Tabla 6: Relación dictámenes y solicitudes por CCAA. 2012-2015. –DICTÁMENES/SOLICITUDES

CCAA*	2012	2013	2014	2015
Rioja	100%	100%	100%	100%
Madrid	96%	98%	99%	99%
Navarra	97%	97%	98%	98%
Cantabria	92%	100%	98%	98%
Murcia	81%	76%	99%	97%
País Vasco	94%	97%	97%	97%
Castilla y León	95%	95%	96%	97%
Ceuta y Melilla	96%	96%	94%	97%
Galicia	96%	98%	98%	96%
C La Mancha	96%	94%	95%	95%
Cataluña	97%	98%	97%	95%
Baleares	97%	97%	94%	94%
<b>España</b>	<b>94%</b>	<b>93%</b>	<b>96%</b>	<b>94%</b>
Andalucía	91%	87%	93%	92%
Extremadura	95%	96%	94%	91%
Aragón	98%	97%	94%	91%
Asturias	94%	95%	94%	90%
Canarias	76%	73%	79%	84%
C.Valenciana	100%	97%	96%	82%

\* Las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de 2015

Por último, también presentamos la relación entre el número de dictámenes y las personas a las que se les reconoce el derecho a prestación. Este ratio nos dice qué fracción del total de personas valoradas (dictámenes) realmente pasan a tener reconocido el derecho a una prestación. Como veíamos antes, el hecho de ser valorado no implica necesariamente el reconocimiento del derecho a una prestación. Durante los años 2012 a 2014, la proporción entre dictámenes y personas con derecho a prestación ha descendido. Las razones para ello son variadas. En muchos casos ello puede ser debido a personas que piden una reevaluación por considerar que su nivel de dependencia se ha incrementado o bien a personas que estaban en el nivel moderado. Por tanto, solicitan, se dictamina pero no entran en el sistema.

En cambio, en el último año en España cerca del 80% de las personas con dictámenes accedían a una prestación. De hecho, en comunidades como Murcia, Galicia y Canarias este porcentaje es aún mayor (91%, 86% y 84%, respectivamente). Este salto cualitativo que observamos entre 2014 y 2015 se debe principalmente que a partir de julio 2015 se han incorporado a los dependientes moderados que estaban retrasados en el acceso a las prestaciones por el advenimiento de la crisis. Además se ha incrementado considerablemente el número de personas con derecho a prestación.

Tabla 7: Relación entre el número de personas a las que se les reconoce el derecho a una prestación y el número de dictámenes por CCAA. 2012-2015 – PERSONAS CON DERECHO A PRESTACIÓN / DICTÁMENES

CCAA*	2012	2013	2014	2015
Murcia	77%	77%	72%	91%
Galicia	74%	70%	68%	86%
Canarias	81%	82%	80%	84%
Cantabria	70%	68%	72%	84%
Aragón	65%	61%	59%	82%
Andalucía	67%	65%	61%	79%
C La Mancha	60%	56%	55%	79%
Baleares	68%	63%	60%	79%
Navarra	57%	55%	55%	79%
<b>España</b>	<b>65%</b>	<b>62%</b>	<b>59%</b>	<b>79%</b>
Castilla y León	65%	62%	60%	79%
Cataluña	62%	58%	55%	79%
País Vasco	60%	56%	53%	78%
C.Valenciana	67%	60%	59%	78%
Asturias	58%	55%	53%	74%
Extremadura	60%	56%	54%	73%
Madrid	61%	58%	53%	72%
Rioja	55%	51%	49%	70%
Ceuta y Melilla	55%	53%	53%	69%

\*Las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de 2015.

A modo de conclusión, es importante destacar las diferencias regionales que existen no sólo en la recepción de solicitudes y elaboración de dictámenes sino también en el otorgamiento de las prestaciones. No existe hasta el momento evidencia empírica concluyente acerca de estas disparidades entre regiones pero a la luz de los resultados expuestos parece que las comunidades actúan con cierta discrecionalidad, muchas veces incorporando, en los criterios de valoración, ciertos factores socioeconómicos que la mayoría de las veces no son explícitos.

En este sentido, González Ortega (2012) argumenta que cada una de las comunidades responde a un modelo de organización de las prestaciones del SAAD en el que se da prioridad a unas en perjuicio de otras en función de diversos motivos, a saber:

- escoger prestaciones menos onerosas,
- aprovechar sistemas ya establecidos como la teleasistencia y la ayuda domiciliaria,
- énfasis en una organización descentralizada que recurra a la iniciativa privada,
- la elección de las prestaciones familiares como eje principal del modelo prestacional sobre la base de la permanencia del dependiente en su entorno y en su domicilio.
- la decisión de recurrir a todas las posibilidades de prestaciones que otorgue más equilibrio al sistema.

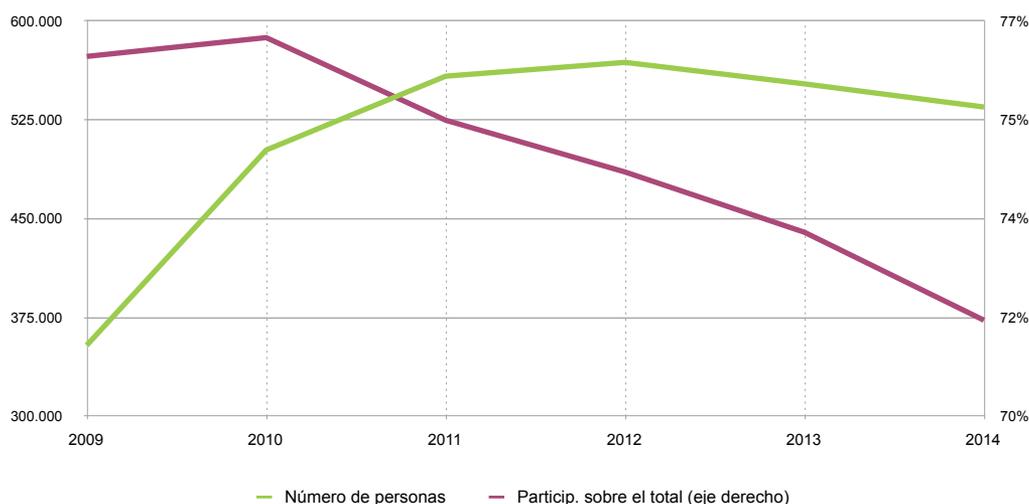
Asimismo, Correa y Jiménez-Aguilera (2015) destacan las disparidades regionales en relación a la recepción de solicitudes. Los autores reflexionan sobre algunas barreras invisibles al acceso a la Ley de la Dependencia o bien excesos injustificados de demanda que cargan de trabajo a las administraciones autonómicas en referencia a las primeras fases de procedimiento.

Estos hechos no hacen más que plasmar un sistema de dependencia heterogéneo a nivel nacional donde confluyen diferentes grados de aplicación entre las comunidades, con modelos prestacionales disímiles que suponen una diferencia de esfuerzo y tratamiento en cuanto al nivel, la extensión y calidad del sistema.

## Perfil de la población beneficiaria a nivel nacional

Si nos detenemos en el perfil de la población que recibe las prestaciones a nivel nacional, los datos muestran claramente que la mayoría de las prestaciones se concentran en la población de 65 años o más, lo que señala que en principio se han atendido a los casos más graves, alcanzando en la actualidad el 72% del total de beneficiarios del sistema. Dado que se empezó por los casos más graves, a lo largo del periodo analizado dicha participación ha ido cayendo, desde un 76% en 2009 a un 72% en 2014. En cuanto al número de personas, el salto fue especialmente significativo desde el 2009 al 2011, cuando el sistema ya estaba plenamente en marcha, aumentando casi el 60%.

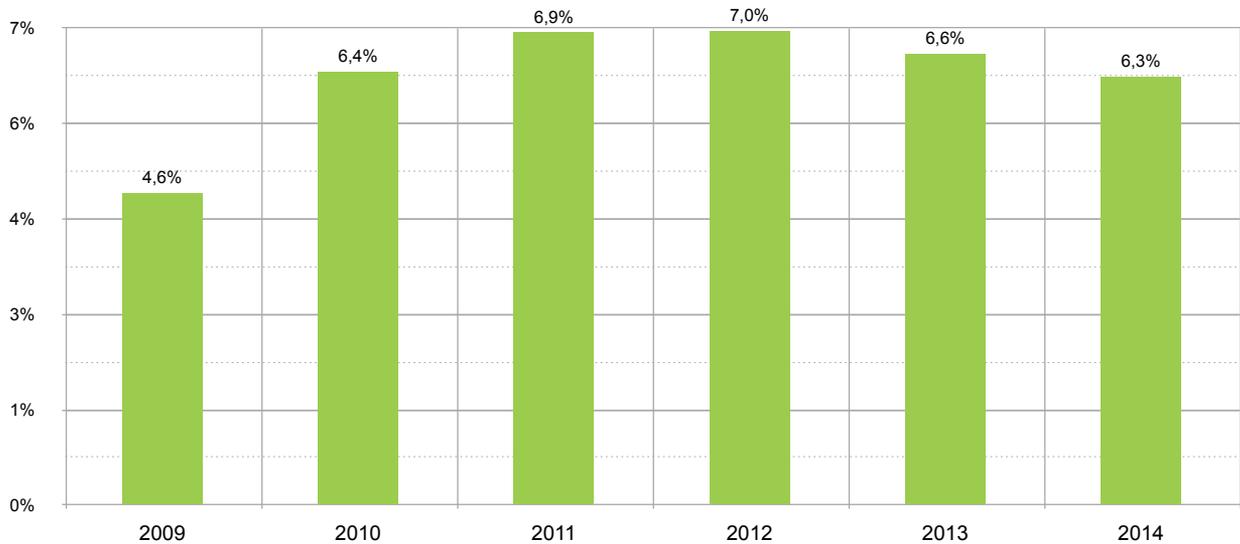
Gráfico 11: Porcentaje y número de personas beneficiarias con prestaciones de 65 años o más. 2009-2014. España.



Fuente: Portal de la Dependencia. Imserso.

Si comparamos el número de personas beneficiarias con prestaciones de 65 años o más respecto de la población en dicho grupo de referencia, vemos que representan en 2014 un poco más del 6%. Tal y como vemos en el **Gráfico 12**, la fracción de individuos mayores de 65 años cubierta ha descendido algo menos de un punto porcentual desde el máximo observado en 2011 y 2012 (cuando dicho porcentaje rozaba el 7%). Muy probablemente dicha disminución se puede imputar a los recortes introducidos en el sistema y los retrasos en la concesión de prestaciones y, por lo tanto, viene a ser un reflejo del deterioro de la calidad del conjunto del sistema.

Gráfico 12: Participación personas beneficiarias de 65 años o más respecto de la población 65 años o más. 2008-2014. España.

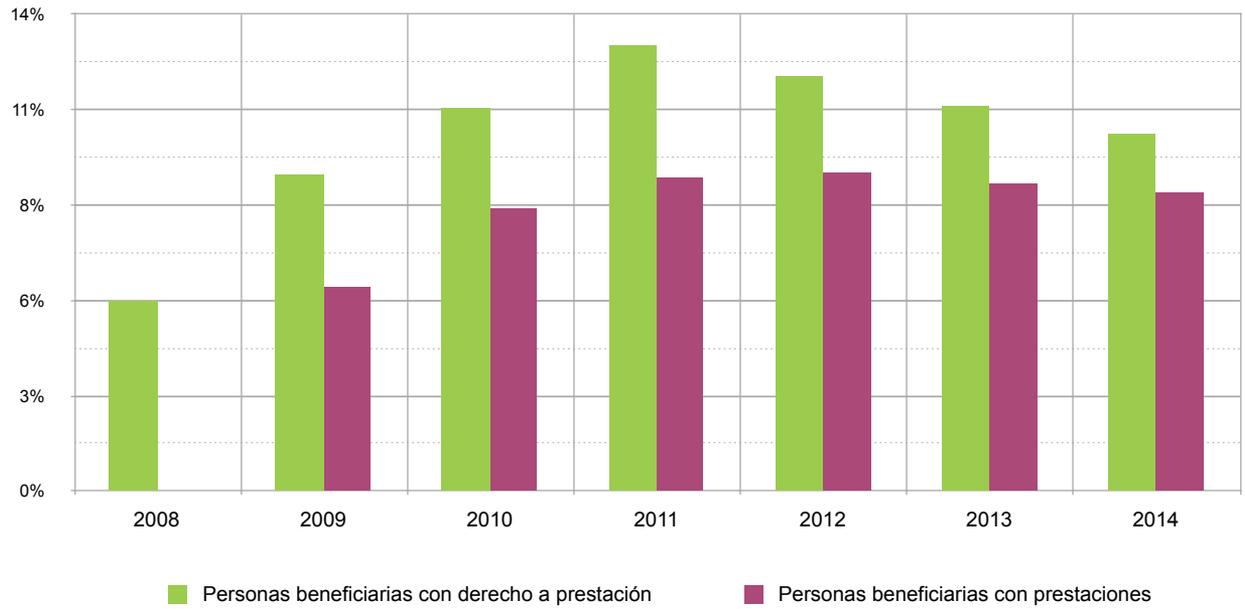


### ¿Cuánto representan respecto a la población mayor de 65 años?

Respecto de la población mayor de 65 años en España, las personas beneficiarias con derecho a prestación fueron casi el 6 por ciento en 2008 y alcanzaron un máximo del 13 por ciento en 2012, para decaer desde entonces hasta poco más del 10 por ciento. Alternativamente las personas beneficiarias con prestaciones alcanzaron un máximo, en torno al 9,5 por ciento en 2012 y solo han caído muy ligeramente desde entonces.

Por comunidades, observamos que en la actualidad la proporción de personas con derecho a prestación respecto de la población mayor de 65 alcanzan su máximo en 2011 y caen desde entonces (nótese que la caída en Andalucía es espectacular, 4,6% en 3 años). Es importante reseñar que, con alguna excepción notable, las comunidades con PIB per cápita menor (Ceuta y Melilla, Extremadura, Andalucía, Murcia) copan y mantienen a lo largo del tiempo los primeros lugares de la lista, evidenciando una cierta relación entre cobertura (generosidad) y nivel de renta per cápita bajo. Por otra parte la proporción de personas con prestación sigue una evolución parecida, aunque las caídas de 2011 a 2014 son menores e, incluso, en un buen número de comunidades (Madrid, Canarias, Comunidad Valenciana, etcétera) sigue creciendo. Finalmente, cabe destacar que solo tres regiones (Murcia, Andalucía y Cantabria) superan la media de la OECD, evidenciando que aún queda camino que recorrer en términos de cobertura.

Gráfico 13: Participación personas beneficiarias con prestaciones y con derecho a prestación respecto de la población de 65 o más. 2008-2014\*. España.



\*Los datos para las personas con prestaciones comienzan desde el año 2009 dado que no se dispone de datos anteriores.

Tabla 8: Participación personas con derecho a prestación  
y personas beneficiarias respecto de la población de 65 años o más por CCAA. 2008-2014

CCAA	PERSONAS CON DERECHO A PRESTACIÓN			CCAA	PERSONAS CON PRESTACIONES			PIB PER CAP. 2014. INDICE MEDIA=100
	2008	2011	2014		2009	2011	2014	
Murcia	8%	19%	18%	Murcia	6%	13%	12%	81,3
Andalucía	10%	21%	16%	Andalucía	12%	15%	12%	74,1
Cantabria	7%	16%	14%	Cantabria	10%	14%	12%	91,5
C La Mancha	7%	15%	12%	C La Mancha	7%	11%	10%	80,4
Extremadura	5%	13%	11%	Extremadura	6%	9%	10%	69,1
Ceuta y Melilla	7%	12%	11%	Ceuta y Melilla	8%	11%	11%	77,9
Rioja	9%	15%	11%	Rioja	10%	13%	10%	109,7
Cataluña	6%	14%	11%	Cataluña	6%	9%	9%	118,5
Castilla y León	4%	11%	11%	Castilla y León	6%	10%	10%	95,4
<b>España</b>	<b>6%</b>	<b>13%</b>	<b>11%</b>	<b>España</b>	<b>6%</b>	<b>9%</b>	<b>9%</b>	<b>100,0</b>
País Vasco	6%	12%	10%	País Vasco	8%	10%	9%	130,3
Madrid	2%	9%	9%	Madrid	2%	8%	8%	136,1
Aragón	7%	13%	9%	Aragón	7%	8%	6%	109,6
Galicia	5%	10%	8%	Galicia	5%	5%	6%	87,6
Canarias	3%	9%	8%	Canarias	2%	4%	7%	86,0
Baleares	4%	11%	8%	Baleares	3%	7%	7%	105,1
Navarra	5%	10%	8%	Navarra	8%	7%	7%	123,5
Asturias	5%	8%	7%	Asturias	4%	6%	6%	89,3
C. Valenciana	3%	9%	6%	C. Valenciana	3%	5%	5%	88,1

Nota: los datos para las personas con prestaciones comienzan desde el año 2009 dado que no se dispone de datos anteriores. Las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de las personas con derecho a prestación 2014.

## Variación interanual de las prestaciones de las personas con derecho y las que reciben prestaciones: el limbo de la dependencia

En esta sección presentamos un análisis de la variación anual durante el periodo 2012-2015 de las personas con derecho a prestación y las que reciben prestaciones por CCAA. Es notable el incremento que se registra en el número de personas con derecho a prestación entre los años 2015-2014 en la mayoría de las comunidades tal como advertíamos anteriormente. A nivel nacional el aumento es del 32% pero hay comunidades en donde el aumento del número de personas con derecho a prestación está bastante por encima de este valor, entre un 40% y 50% (País Vasco, Navarra, La Rioja, Castilla La Mancha, Cataluña). En cuanto a las comunidades que han crecido menos se encuentran Canarias (17%), Cantabria (14,2%) y sobretodo Murcia (2%).

Por otra parte, en cuanto al número de personas que sí reciben prestaciones se registran también aumentos en varias comunidades como País Vasco, Ceuta y Melilla, Castilla y León y Andalucía, entre otras, mientras en algunas se perciben disminuciones especialmente en Canarias con una caída del -41%. Pero como puede verse el aumento se ha efectuado en menor proporción que el aumento del número de personas con derecho a prestación lo que deja un margen importante de personas en el limbo de la dependencia.

### El limbo de la dependencia

Una de las consecuencias de la crisis es el llamado **"limbo de la dependencia"** (Oliva, Peña Longobardo, García Armesto, 2015a). Esto es, aquellos individuos que oficialmente se encuentran reconocidos como sujetos de derechos, es decir la **población con derecho a prestación**, pero que todavía no ha recibido ninguna prestación o subsidio. Por otra parte se distinguen las personas que efectivamente son beneficiarios de las prestaciones tanto en especie como económicas, a los que se denomina **población beneficiaria de prestaciones**. Técnica-mente, la población en el limbo de la dependencia o lista de espera de la dependencia sería el resultado de la diferencia entre las personas con derecho a prestación y las personas con prestaciones.

Tabla 9: : Personas con derecho a prestación y personas beneficiarias por CCAA.  
Variación interanual 2012-2015

CCAA	PERSONAS CON DERECHO A PRESTACIÓN			CCAA	PERSONAS CON PRESTACIONES		
	2013-2012	2014-2013	2015-2014		2013-2012	2014-2013	2015-2014
País Vasco	-1%	-2%	49%	País Vasco	7%	-2%	19%
Navarra	-4%	-2%	45%	Ceuta y Melilla	-1%	-1%	16%
Rioja	-8%	-5%	44%	Castilla y León	0%	0%	15%
C La Mancha	-8%	-7%	44%	Andalucía	-12%	-3%	10%
Cataluña	-6%	-9%	42%	Asturias	5%	-1%	9%
Extremadura	-7%	-3%	39%	Madrid	10%	1%	9%
Asturias	-8%	-8%	37%	España	-1%	-1%	5%
Castilla y León	-3%	0%	36%	Galicia	-1%	1%	3%
Ceuta y Melilla	-3%	-1%	34%	Aragón	-12%	-8%	1%
Aragón	-12%	-10%	34%	Cataluña	2%	-10%	1%
Madrid	-1%	-4%	33%	Extremadura	8%	4%	0%
<b>España</b>	<b>-5%</b>	<b>-5%</b>	<b>32%</b>	<b>Baleares</b>	<b>15%</b>	<b>7%</b>	<b>0%</b>
Andalucía	-10%	-4%	28%	Navarra	-3%	1%	-1%
Baleares	-8%	-7%	26%	C.Valenciana	-2%	0%	-1%
C.Valenciana	-7%	-10%	25%	Cantabria	6%	-7%	-1%
Galicia	-8%	-5%	21%	Murcia	7%	-3%	-1%
Canarias	-2%	6%	17%	Rioja	-8%	-7%	-3%
Cantabria	2%	3%	14%	C La Mancha	-6%	0%	-3%
Murcia	31%	-15%	2%	Canarias	-4%	103%	-41%

Nota: las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de la variación 2015-2014

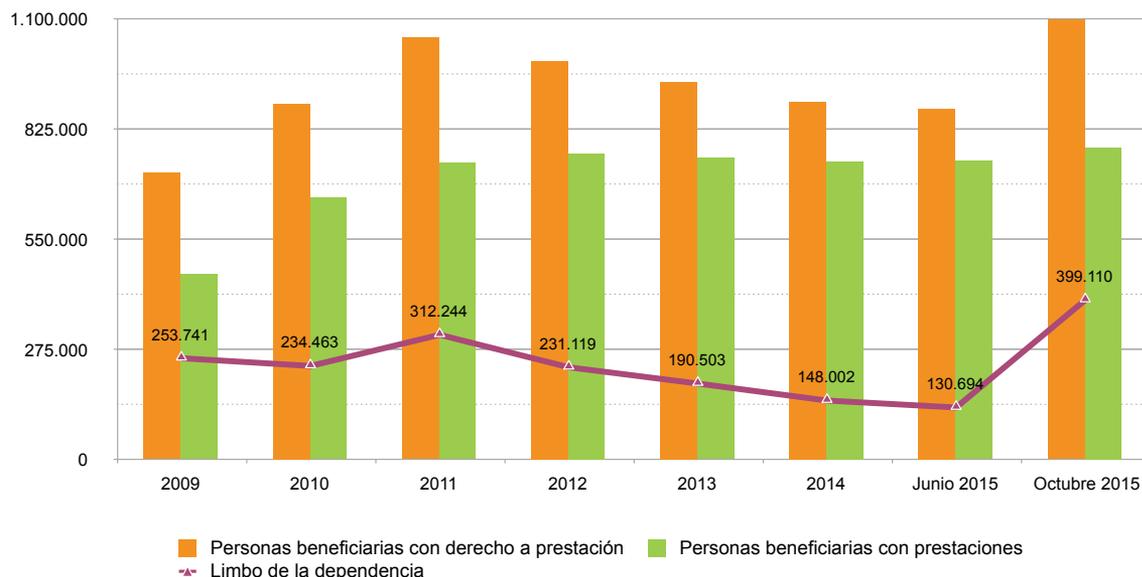
## El limbo antes y después de julio 2015

Con la finalidad de analizar el impacto de la incorporación de los dependientes moderados al SAAD, presentamos los resultados antes (Junio de 2015) y después (datos a octubre 2015) de la incorporación de dicho grupo de dependientes.

Las personas con derecho a prestación a nivel nacional se duplicaron entre 2008 y 2010, llegando a un poco más de 1 millón de personas con derecho a prestación en el año 2011. No todos ellos, sin embargo, están realmente percibiendo prestaciones, lo que deja a un número considerable de personas en una lista de espera o "limbo de la dependencia" tal como se aprecia en el Gráfico 14. Este colectivo llegó a sumar más de 300.000 personas en 2011 y ha ido disminuyendo hasta junio 2015. De esta manera, el limbo de la dependencia ha ido cayendo en alrededor 180.000 personas pasando de 312.0000 en 2011 a 130.000 individuos en junio 2015. Oliva, Peña Longobardo y García Armesto (2015a) argumentan que esto se debe principalmente a la tasa de abandono que se produce por el fallecimiento de beneficiarios o de personas pendientes de recibir la prestación, que superan ampliamente a los nuevos demandantes de prestaciones.

Sin lugar a dudas la incorporación de los dependientes moderados al SAAD ha tenido un impacto considerable en el limbo de la dependencia. En el Gráfico 14 se puede observar el incremento importante de personas que están en el limbo de la dependencia, de mayor envergadura al registrado en 2011, aumentando alrededor de 250.000 personas respecto del año anterior. Como resultado, la brecha corriente es aún más amplia porque el número de personas beneficiarias con prestaciones no ha crecido en la misma proporción.

Gráfico 14: Número de personas con derecho a prestación y número de personas beneficiarias:  
Limbo de la dependencia. España. 2009-2015.



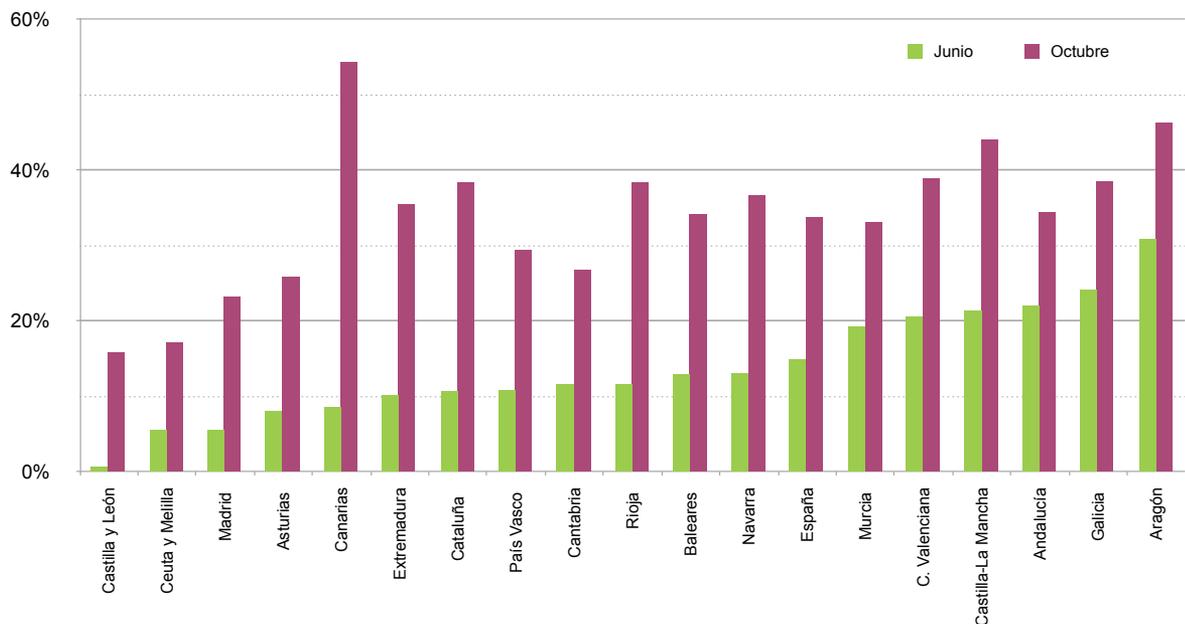
A continuación en el **Gráfico 15** presentamos la evolución y variabilidad del porcentaje de beneficiarios respecto de la población con derecho a prestación. Observamos que en el año 2009 la situación era bastante más heterogénea entre comunidades que en la actualidad. Por ejemplo en Canarias y Baleares, cerca del 40% de la población con derecho a prestación realmente la recibía, lo que significa que un 60% se encontraba en el limbo de la dependencia. Por otra parte, en comunidades como Castilla y León, Ceuta y Melilla, Navarra, Cantabria, entre otras, cerca del 80% de las personas en situación de dependencia recibían la prestación.

En junio de 2015, antes de la incorporación de los dependientes moderados, la situación era más homogénea que en 2009. El porcentaje de beneficiarios respecto de la población con derecho a prestación (uno menos el limbo de la dependencia) era muy pequeño, casi inexistente (menor del 10%) en Castilla y León, Ceuta y Melilla y Madrid. En cambio era sustancial, cercano al 40% en Galicia y Aragón. La incorporación de los dependientes supuso un notable shock, aumentando entre 10 y 45 puntos el limbo de la dependencia, dependiendo de la comunidad.

Gráfico 15: Porcentaje de beneficiarios respecto de la población con derecho a prestación por CCAA. 2009, junio y octubre 2015.

La figura 16 nos presenta una evaluación más precisa del cambio del limbo de la dependencia debido a la incorporación de los dependientes moderados. La consecuencia inmediata es que a nivel nacional el porcentaje pendiente de recibir prestación se ha doblado desde junio de 2015, desde el 15% al 34%. A nivel regional observamos un amplio rango de variación, con diferencias de hasta 30 puntos porcentuales. Por ejemplo, en comunidades como Canarias, Aragón y Castilla La Mancha el porcentaje se sitúa entre el 44% y 54%. En el otro extremo se encuentran comunidades como Castilla y León o Ceuta y Melilla donde el porcentaje de personas en el limbo de la dependencia, se mantiene en niveles más moderados, entre el 16-17%.

Gráfico 16: Porcentaje de personas que esperan recibir el beneficio de la prestación: limbo de la dependencia por CCAA. Junio y Octubre 2015.

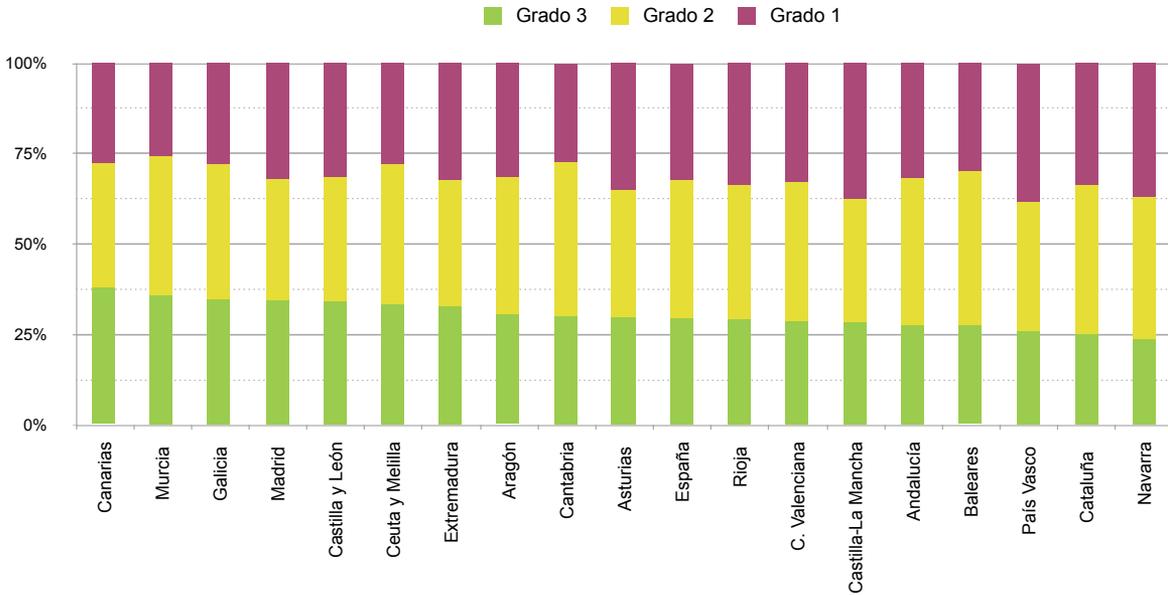


## Análisis de la distribución por grados

La situación de dependencia puede analizarse en 3 grados: Grado 3 (gran dependencia), Grado 2 (dependencia severa) y Grado 1 (dependencia moderada). Tal y como se observa en el Gráfico 17, a nivel nacional, existe una mayor proporción de personas con dependencia severa o grado 2, cerca de un 40% y luego le siguen en proporciones bastantes similares las personas con grado 3 (30%) y las personas en situación de dependencia moderada en un 32%. En cuanto a las regiones, Canarias tiene la mayor proporción de la población con dere-

cho a prestación con grado 3 en relación al resto de las CCAA, del orden del 40%. Alternativamente, Cataluña y Navarra las que menor porcentaje poseen, poco más del 24/25%. Por otra parte, el grado menos severo (grado 1) se sitúa alrededor del 30% en todas las comunidades, siendo País Vasco la que presenta mayor prevalencia (38%) y Murcia la de menor (26%).

Gráfico 17: Distribución por grados de la población con derecho a prestación por CCAA. 2015



Por último, podemos observar la variación entre los periodos 2015 y 2012 del número de personas con derecho a prestación según los grados. En estos tres años, el número de personas con derecho a prestación con grado 3 ha descendido en casi todas las CCAA. A nivel nacional el número de personas en gran dependencia (grado 3) ha caído en estos tres años en un 12%. En comunidades como Baleares y Valencia las caídas son mayores entre el 22 y 23%. El dato más sorprendente es el gran salto de los dependientes de grado 1 observado a raíz de la incorporación al sistema de los dependientes moderados, que inducen variaciones en todas las comunidades que superan ampliamente el 100%.

Tabla 10: Variación personas con derecho a prestación según grados por CCAA. 2012-2015  
GRADOS DE DEPENDENCIA

CCAA	GRADO 3	GRADO 2	GRADO 1
Ceuta y Melilla	4%	5%	229%
Madrid	2%	-1%	174%
País Vasco	1%	11%	239%
Navarra	0%	9%	177%
Castilla y León	-3%	8%	243%
Murcia	-5%	2%	103%
Cantabria	-9%	10%	127%
Extremadura	-9%	3%	238%
Canarias	-9%	9%	215%
<b>España</b>	<b>-12%</b>	<b>-2%</b>	<b>171%</b>
C. La Mancha	-15%	-3%	206%
Andalucía	-16%	-7%	129%
Cataluña	-16%	-1%	218%
Asturias	-17%	-6%	173%
Galicia	-18%	-11%	161%
Rioja	-18%	-1%	419%
Aragón	-19%	-13%	144%
C. Valenciana	-22%	-10%	114%
Baleares	-23%	-3%	132%

Nota: las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto del grado 3.

## Análisis de la distribución de las prestaciones

El SAAD otorga dos tipos de prestaciones a las personas en situación de dependencia: las prestaciones económicas y las prestaciones de servicios (Tabla 11 y Tabla 12). Aquí en primer lugar presentamos la evolución de las prestaciones económicas a lo largo del periodo 2008 a 2015. Se puede ver a simple vista que en el 2008 la participación de las prestaciones económicas sobre el total representaba cerca del 30% mientras que en 2009

dicha participación llegaba a casi el doble (cerca del 60%). Luego dicho porcentaje comenzó a desacelerarse lentamente hasta alcanzar en la actualidad el 45%, 13 puntos porcentuales menos que en 2009. Se observa también que el componente principal dentro de las prestaciones económicas son las prestaciones para los cuidadores en el entorno familiar que al mismo tiempo tienden una tendencia a la baja con el paso de los años.

Tabla 11: Distribución de las prestaciones en el periodo 2008-2015

	PRESTACIONES ECONÓMICAS			Total	TOTAL	PORCENTAJE	
	P. Vinculada Servicio	P. Cuidados Entorno familiar (PCEF)	P. Asistencia Personal		PRESTACIONES	Prestaciones económicas sobre total	PCEF sobre total
dic-08	13,197	109,287	171	122,655	421,846	29,08	25,91
dic-09	36,076	266,298	658	303,132	520,736	58,21	51,16
dic-10	52,402	377,787	735	430,924	780,862	55,19	48,38
dic-11	59,836	417,782	874	478,492	917,604	52,15	45,53
dic-12	64,532	426,81	1,28	492,622	959,903	51,32	44,46
dic-13	72,029	408,401	1,441	481,871	945,051	50,99	43,21
dic-14	73,636	374,348	1,883	449,867	929,983	48,37	40,25
oct-15	79,566	359,205	2,947	441,718	983,727	44,9	36,51

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SISAAD.

Con respecto a las prestaciones en servicios (Tabla 12), se ha producido un paulatino crecimiento del peso correspondiente a las prestaciones para la promoción de la autonomía y atención a la dependencia, atención a domicilio y de los centros de día. Alternativamente, se observa un ligero crecimiento de la teleasistencia y una disminución de la atención residencial. Según datos a octubre 2015, dentro de las prestaciones en servicios, el peso de la atención a domicilio es aproximadamente el mismo que el de la atención residencial (alrededor del 27%). En este sentido, llama la atención la posición un tanto rezagada que ocupan los centros de día (sólo el 15% del total de prestaciones en servicios), puesto que si uno de los objetivos buscados es que la persona en situación de dependencia continúe viviendo en su entorno el mayor tiempo posible, debería fomentarse este tipo de servicio que favorece tanto la correcta atención a las personas en situación de dependencia como la compatibilización por parte de los familiares de las responsabilidades del cuidado informal y sus obligaciones diarias.

Tabla 12: Evolución de las prestaciones en servicios en el periodo 2008-2015

	<b>PROMOCIÓN AUTONOMÍA</b>	<b>TELEASISTENCIA</b>	<b>AYUDA DOMICILIO</b>	<b>CENTRO DÍA</b>	<b>ATENCIÓN RESIDENCIAL</b>	<b>TOTAL PREST. SERVICIOS</b>
dic-08	231	9.820	32.236	12.270	58.960	113.517
dic-09	2.962	35.372	56.089	27.361	95.820	217.604
dic-10	11.147	84.016	90.912	44.610	119.253	349.938
dic-11	16.415	124.114	118.513	58.030	122.040	439.112
dic-12	20.891	129.327	125.295	65.976	125.792	467.281
dic-13	20.994	120.457	120.962	70.343	130.424	463.180
dic-14	23.310	115.570	132.597	73.293	135.346	480.116
oct-15	26.777	137.469	145.046	85.454	147.263	542.009
<b>PORCENTAJE RESPECTO TOTAL DE PRESTACIONES</b>						
dic-08	0,2	8,65	28,4	10,81	51,94	100
dic-09	1,36	16,26	25,78	12,57	44,03	100
dic-10	3,19	24,01	25,98	12,75	34,08	100
dic-11	3,74	28,26	26,99	13,22	27,79	100
dic-12	4,47	27,68	26,81	14,12	26,92	100
dic-13	4,53	26,01	26,12	15,19	28,16	100
dic-14	4,86	24,07	27,62	15,27	28,19	100
oct-15	4,94	25,36	26,76	15,77	27,17	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SISAAD

Tal y como habíamos señalado anteriormente, el sistema debería otorgar prioritariamente las prestaciones de servicios y solo en caso de no poder acceder a los mismos se deberían sustituir por prestaciones económicas. Sin embargo, en contradicción con este principio, los beneficios o prestaciones monetarias fueron una práctica común (Oliva, Peña Longobardo, García Armesto, 2015b) en los primeros años de introducción del sistema. En la actualidad aún son muy importantes, ya que en octubre 2015 las prestaciones económicas aún representan el 45% del total, siendo el componente principal las prestaciones para cuidadores en el entorno familiar (37%). Por otra parte, las prestaciones de servicios representan el 55%, siendo la asistencia a domicilio (15%), asistencia residencial (15%) y teleasistencia (14%) las de mayor magnitud.

Gráfico 18: Distribución porcentual prestaciones. España. 2015

Si analizamos la distribución de las prestaciones en las CCAA, podemos observar importantes diferencias entre regiones. En Aragón, Baleares, Extremadura y Navarra, las prestaciones económicas representan el 60%-70% del total de prestaciones, muy superiores al promedio nacional. Alternativamente, en Castilla La Mancha, La Rioja, Andalucía y Galicia dicha cifra se acerca al 35%-40%. Finalmente, en Madrid la proporción de prestaciones económicas ronda el 30%. Es decir, nos encontramos ante sistemas de atención a la dependencia radicalmente diferentes, que probablemente requieran, en el futuro, soluciones distintas.

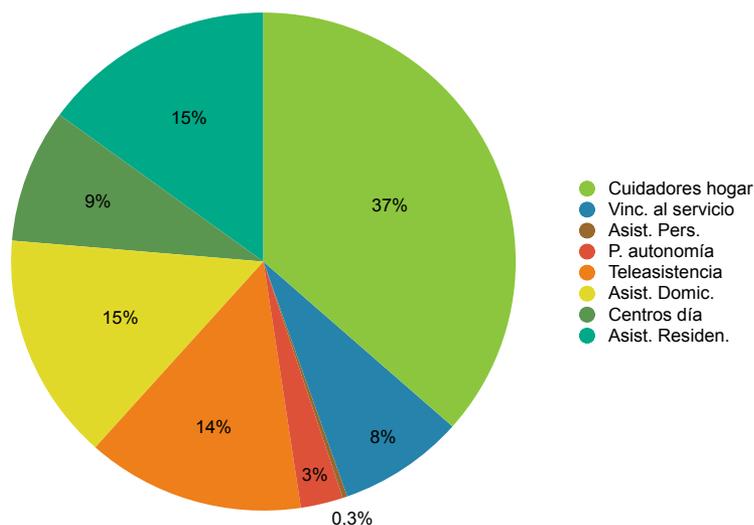
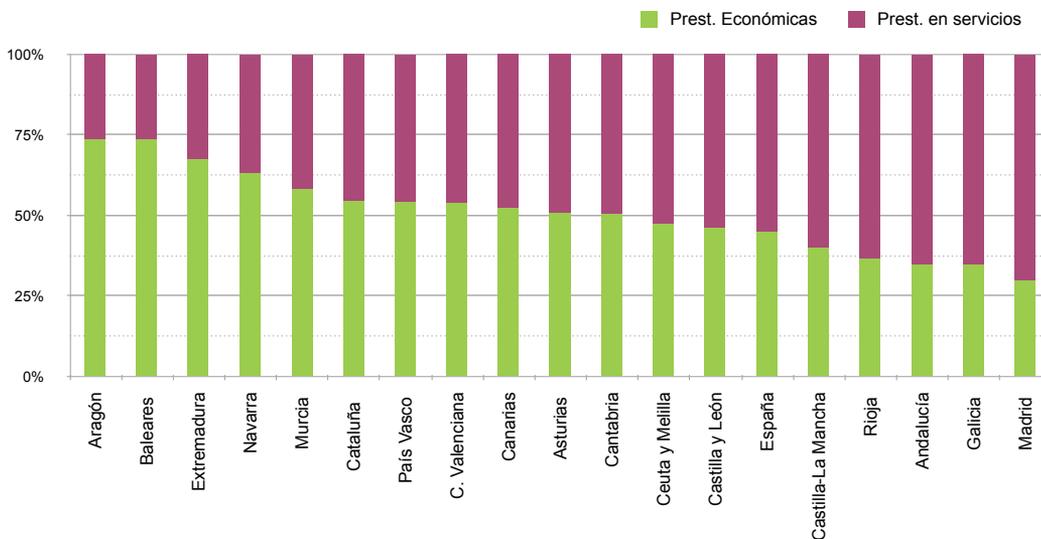


Gráfico 19: Distribución prestaciones por CCAA. 2015.



Si nos adentramos en detalle en las prestaciones económicas y en la de servicios, vemos que la mayor parte de las prestaciones van dirigidas a los cuidadores en el entorno familiar. Sin embargo, entre regiones se encuentran algunas diferencias: en Baleares por ejemplo, dichas prestaciones representan cerca del 70% mientras que en Madrid es del 22%. En cuanto al resto de las prestaciones no se observa un patrón uniforme. En cuanto a la

asistencia domiciliaria, en Galicia representa el 28% mientras que en Baleares ronda el 1%. Asimismo, en asistencia residencial, la participación ronda entre el 7%-8% (Ceuta y Melilla y Castilla y León) y el 26% (Cantabria). Por otra parte, en algunas regiones como Andalucía la teleasistencia representa casi el 30%.

Tabla 13: Distribución prestaciones desagregadas por CCAA. 2015.

CCAA	PRESTACIONES ECONÓMICAS				PRESTACIONES DE SERVICIOS			
	Cuidadores hogar	Vinc. al servicio	Asist. Pers.	P. autonomía	Teleasistencia	Asist. Domic.	Centros día	Asist. Residen.
Baleares	68%	6%	0%	1%	0%	1%	8%	17%
Murcia	54%	4%	0%	9%	13%	0%	9%	10%
Aragón	53%	21%	0%	0%	0%	0%	7%	20%
Navarra	53%	10%	0%	1%	9%	5%	2%	20%
Cantabria	51%	0%	0%	0%	8%	6%	10%	26%
Cataluña	48%	7%	0%	1%	9%	12%	7%	16%
Ceuta y Melilla	47%	0%	0%	10%	13%	20%	2%	7%
País Vasco	46%	3%	5%	0%	1%	12%	11%	22%
C. Valenciana	44%	10%	0%	1%	13%	0%	13%	20%
Asturias	40%	11%	0%	3%	5%	14%	11%	16%
Canarias	39%	13%	0%	0%	3%	0%	24%	21%
<b>España</b>	<b>37%</b>	<b>8%</b>	<b>0%</b>	<b>3%</b>	<b>14%</b>	<b>15%</b>	<b>9%</b>	<b>15%</b>
C La Mancha	34%	6%	0%	8%	10%	15%	5%	22%
Andalucía	33%	1%	0%	0%	30%	21%	6%	10%
Extremadura	30%	37%	0%	2%	6%	2%	6%	17%
Rioja	30%	6%	0%	9%	11%	20%	9%	15%
Castilla y León	24%	22%	0%	11%	7%	19%	9%	8%
Galicia	23%	11%	0%	3%	3%	28%	14%	18%
Madrid	22%	8%	0%	3%	18%	19%	13%	18%

Si comparamos el cambio de participación entre 2015 y 2012 vemos que en casi todas las comunidades la proporción de cuidadores del hogar ha descendido. Los mayores descensos se producen en Extremadura, Castilla La Mancha y especialmente en Canarias, con un descenso de 15 puntos porcentuales. En los otros tipos

de prestaciones se observan variaciones menores siendo la más importante la registrada en Canarias en las prestaciones económicas vinculadas al servicio con un aumento del 11% en comparación al nivel nacional que lo hizo en un 1,4%.

Tabla 14: Diferencia participación prestaciones desagregadas 2015 y 2012 (puntos porcentuales)

CCAA	PRESTACIONES ECONÓMICAS				PRESTACIONES DE SERVICIOS			
	Cuidadores hogar	Vinc. al servicio	Asist. Pers.	P. autonomía	Teleasistencia	Asist. Domic.	Centros día	Asist. Residen.
Madrid	1,2%	3,0%	0,0%	-2,4%	3,5%	-4,0%	0,3%	-1,6%
Baleares	0,1%	2,4%	0,0%	0,8%	0,0%	0,9%	-0,9%	-3,3%
C. Valenciana	-0,6%	1,6%	0,0%	-0,1%	-3,9%	0,0%	6,1%	-3,0%
País Vasco	-3,4%	0,8%	2,2%	0,1%	-5,6%	2,0%	0,6%	3,2%
Navarra	-4,3%	1,4%	0,0%	0,9%	-0,3%	0,2%	0,1%	2,0%
Ceuta y Melilla	-5,8%	-0,4%	0,0%	0,7%	2,8%	1,7%	0,2%	0,9%
Asturias	-7,5%	2,9%	0,0%	2,9%	0,4%	0,8%	1,8%	-1,3%
<b>España</b>	<b>-7,9%</b>	<b>1,4%</b>	<b>0,2%</b>	<b>0,5%</b>	<b>0,5%</b>	<b>1,7%</b>	<b>1,8%</b>	<b>1,9%</b>
Cantabria	-8,1%	0,0%	0,0%	0,0%	-0,1%	0,0%	1,1%	7,1%
Andalucía	-8,1%	0,1%	0,0%	0,0%	4,1%	1,7%	0,7%	1,6%
Rioja	-9,1%	2,1%	0,0%	3,2%	-2,7%	0,8%	2,4%	3,2%
Castilla y León	-9,1%	2,5%	0,2%	1,0%	1,3%	7,4%	-0,1%	-3,1%
Aragón	-9,4%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	1,7%	4,8%
Galicia	-9,6%	-2,5%	0,1%	1,8%	0,9%	7,6%	1,9%	-0,1%
Murcia	-10,7%	0,6%	0,0%	6,2%	-2,0%	0,3%	2,4%	3,2%
Cataluña	-11,4%	-0,9%	0,0%	-0,2%	0,6%	2,7%	3,0%	6,1%
Extremadura	-12,3%	8,8%	0,0%	-1,0%	4,0%	-0,3%	1,2%	-0,4%
Castilla-La Mancha	-13,1%	1,7%	0,0%	4,6%	-2,9%	2,0%	1,9%	5,7%
Canarias	-15,3%	11,2%	0,0%	-0,1%	2,9%	0,2%	3,0%	-1,9%

Nota: las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de cuidadores del hogar.

# empleo y salarios del sector de la dependencia

Una de fuentes de la evolución del sector es el nivel de empleo y salarios. En esta sección analizamos la situación laboral y salarial del sector en base a dos fuentes de información alternativas: la encuesta de población activa (EPA) y la muestra continua de vidas laborales (MCVL).

## La situación laboral en el sector de la Dependencia según la EPA desde 2007

Es notable el aumento de la participación de ocupados del sector de la dependencia sobre el total de ocupados a lo largo del período comprendido entre 2007 y 2010. A partir del tercer trimestre de 2010, dicha participación se ha mantenido estable cerca del 2,5%. En el tercer trimestre de 2014 el porcentaje de ocupados respecto del total alcanzó el 2,7%, 1 punto porcentual más que en 2007. En los trimestres sucesivos la participación se mantiene constante en 2,6%.

Se debe aclarar que los sectores de actividad que componen el sector de la dependencia corresponden a los códigos 871 a 889 de la CNAE 2009, a saber:

- Código 871: Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios.
- Código 872: Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia.
- Código 873: Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física.
- Código 879: Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales.
- Código 881: Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y con discapacidad.

- Código 889: Otras actividades de servicios sociales sin alojamiento.

Gráfico 20: Participación de los ocupados en el sector de la dependencia sobre el total.  
España. 2007TI-2015TII



Como puede verse, el número de ocupados en el sector de la dependencia ha tenido una trayectoria ascendente desde el primer trimestre 2008 hasta el cuarto trimestre 2010. Sin embargo, a partir del tercer trimestre 2011 (pico más alto en este sector) el número de ocupados comenzó a declinar y se mantuvo estable o bien recuperándose levemente en los últimos trimestres.

Gráfico 21: Variación interanual y número de ocupados en el sector de la dependencia (miles).  
España. 2007TI-2015TII

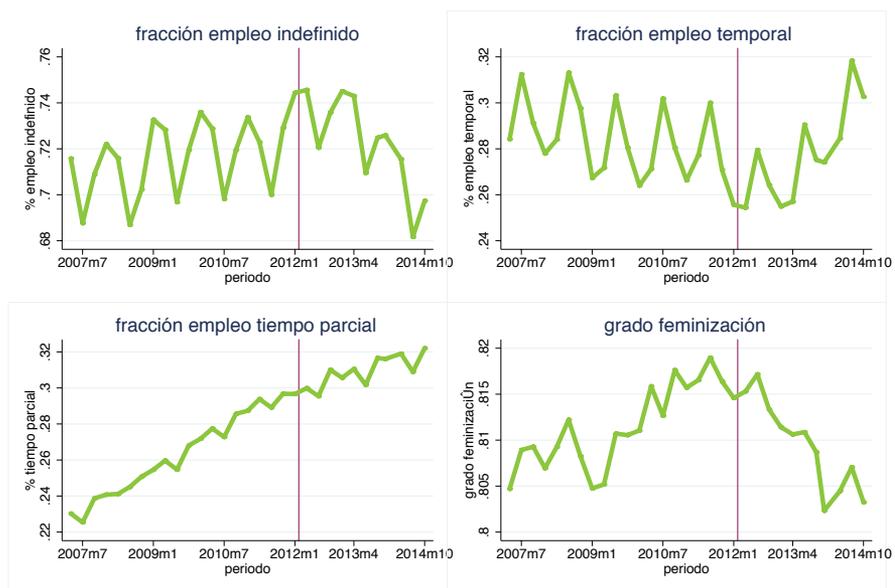




En lo que respecta a los salarios nominales, contrastan dos periodos: 2007-2009, marcado por el crecimiento salarial; y 2010-2014, marcado por el estancamiento nominal y, por tanto, una ligera caída en términos reales. En términos relativos, el diferencial entre los salarios en el sector de dependencia y los salarios en general ha aumentado alrededor de 8 puntos porcentuales en favor de estos últimos. En suma, el sector ha mantenido gran parte de su empleo a costa de una cierta renuncia salarial, casi siempre forzada o guiada desde el presupuesto público.

Finalmente, la estructura del empleo está cambiando, especialmente desde el RD 2012, ya que desde entonces la fracción con empleo indefinido no ha dejado de caer (6 puntos porcentuales). Asimismo la fracción que trabaja a tiempo parcial sigue una senda imparable, superando en la actualidad el 30 por ciento. Por último el grado de feminización, después de un cierto crecimiento durante la crisis, ha vuelto a sus niveles iniciales, en torno al 80 por ciento.

Gráfico 23: Estructura de la contratación en el sector de la dependencia



# Conclusiones

## El estado de la dependencia

No tenemos ninguna duda de que el SAAD fue una muy buena idea, aunque pésimamente implementada, especialmente tras los decretos de recortes de 2012 y 2013. A pesar de ello, el sistema ha alcanzado un tamaño razonable en un periodo relativamente corto, aunque, en términos de la fracción de población mayor de 65 años cubierta por el sistema, estamos aún lejos de la media de la OCDE y más aún de los países del centro y norte de Europa. En efecto, hemos indicado al inicio del documento que la proporción de las personas de 65 años o más que realmente reciben ayudas para la dependencia en países como Suiza, Holanda, Noruega y Suecia, oscila entre el 16% y el 20%, superando ampliamente al promedio de la OCDE15 (11,4%). España, con un registro entre el 8 y 9 por ciento de la población mayor de 65 años, se sitúa por debajo de esta referencia lo que indica que aún queda camino que recorrer.

Aparte del problema de cobertura, tal y como apuntan en su excelente diagnóstico Juan Oliva, Luz M. Peña y Sandra García Armesto (2015a y 2015b), en la actualidad el sistema de dependencia se encuentra en un momento de indefinición, lo que se plasma en un buen número de debilidades que merecen ser destacadas: (i) la brecha desigual entre personas con derecho a prestación y las que sí la reciben entre las comunidades autónomas; (ii) la composición de las prestaciones y el mayor peso otorgado al cuidado en el entorno familiar; (iii) la creciente contribución de los beneficiarios a la financiación de las prestaciones (copago); (iv) la incertidumbre los gestores directos (a nivel local y autonómico), que no saben con qué recursos cuentan, lo que en muchos casos condiciona la oferta de servicios; (v) las disparidades que existen entre las comunidades en relación a las principales magnitudes del sistema; (vi) el estancamiento del empleo y la caída de los salarios en el sector desde 2010; (vii) el incremento alarmante del limbo de la dependencia producto de la incorporación de los dependientes moderados en julio 2015 y que no parece ser transitorio; (viii) y, finalmente, las carencias del sistema de evaluación y de valoración del SAAD por parte de los ciudadanos.

Quizás uno de los aspectos más preocupantes de la dependencia en España sea la gran disparidad regional en todos los indicadores de cobertura, tanto en términos de cobertura teórica (personas con derecho a prestación

respecto a la población mayor de 65 años) como efectiva (personas que reciben prestación, respectivamente respecto a la población mayor de 65 años) y también en términos del desajuste entre ambas magnitudes o limbo de la dependencia. Respecto a la disparidad de cobertura (tanto en términos de personas con derecho a prestación como de personas con prestación), a finales de 2014, encontramos comunidades (Murcia, Andalucía y Cantabria) donde la cobertura teórica, entre el 14 y 18 por ciento, más que dobla la de las regiones con menor cobertura (C. Valenciana, Asturias y Navarra, entre el 6 y 7.8 por ciento). Cifras similares se obtienen al comparar en términos efectivos. Que la probabilidad de acceder al SAAD sea más del doble en unas regiones que en otras es inaceptable y evidencia que el sistema de financiación y valoración de la dependencia no está bien resuelto.

Otro punto que refuerza este argumento es el del las listas de espera o limbo de la dependencia. A finales de 2015, a nivel nacional, un 1,7% de las personas de 65 años o más se encuentra a la espera de recibir las prestaciones. A nivel regional la variación del limbo de la dependencia es aún más alarmante, reflejo de las importantes diferencias de cobertura. Hay comunidades como Murcia (5,5%), Andalucía (3,7%), Aragón (2,5%), Galicia (2,3%), Cantabria (2,1%) y Castilla La Mancha (2%) que superan la media nacional; otras como Cataluña, Baleares, Comunidad Valenciana, Extremadura, País Vasco y La Rioja donde la proporción de personas de 65 años o más que están a la espera de recibir prestaciones se sitúa cerca de la media nacional, entre el 1,5% y el 1%; un tercer grupo, que incluye comunidades como Canarias, Navarra, Madrid, Ceuta y Melilla y Asturias, donde dicha proporción se sitúa entre 0,5% y 0,8%; finalmente, en Castilla y León no llega al 0,1%.

Respecto a la oferta de prestaciones, en los últimos años el sistema ha mejorado el sesgo inicial hacia prestaciones por cuidados en el entorno familiar. Efectivamente, mientras que en 2009 el 51,16% del total de prestaciones concedidas correspondían a prestaciones para cuidados en el entorno familiar, en diciembre de 2013 el porcentaje había bajado casi ocho puntos, hasta alcanzar el 43,21% en dicho periodo y finalmente 36,51% en octubre de 2015. Aún con esta mejora, la situación es poco sostenible a medio y largo plazo debido a la escasez de cuidadores informales potenciales (déficit de un millón de cuidadores potenciales según los resultados del proyecto ANCIEN) con los que hacer frente a las necesidades de cuidado derivadas del envejecimiento.

Un dato no menor es cómo se financia el sistema de la dependencia y en particular como se materializan los copagos. Tal y como destaca Cristina en su excelente tribuna, dos cosas destacan por encima de todo: la

complejidad de la financiación y en particular de los copagos individuales y la importante reducción de la contribución estatal a la financiación del sistema o importe mínimo acordado. Respecto a los copagos individuales, tal y como indica Juan Oliva (2014), el sistema de copago se determinaba en algunas comunidades en función de la capacidad económica del beneficiario mientras en otras se optó por combinar información sobre renta y patrimonio, lo que ha dado lugar, ante la ausencia de un marco legal común, a una pléyade de regímenes de copago. Por otra parte, las reducciones del importe mínimo acordado introducidas a partir de 2012 han impactado sobre la cuantía de las prestaciones y la contribución de los individuos al pago de los servicios, haciéndolos prácticamente insostenibles.

A nivel regional, la evolución de las principales magnitudes del sistema (número de solicitudes, dictámenes, personas con derecho a prestación y personas beneficiarias de prestaciones) así como la oferta y distribución de las prestaciones, es relativamente dispar, reflejo de las diferencias en recursos (la insuficiencia financiera de algunas comunidades) y preferencias que encontramos en nuestra geografía. En este sentido, cabe destacar la gran variación observada entre comunidades en el peso de las prestaciones por cuidados en el entorno familiar, ya que en Baleares aún representan cerca del 70% del total, mucho más que en Madrid (22%) o La Rioja (30%). En general, los dos principales decretos de reestructuración del sistema han tenido un impacto sustancial, aunque diverso, en el conjunto de comunidades españolas. Por ejemplo, en el último año, si bien el número de personas con derecho a prestación creció en todas las comunidades, en algunas fue con más intensidad. Por ejemplo, en Murcia aumentó 2% mientras que en País Vasco se incrementó casi un 50%. Tal y como hemos señalado, no existe hasta el momento evidencia directa que explique estas disparidades, lo que implica que cada comunidad actúa con un importante grado de discrecionalidad.

En relación a la evolución del empleo ligado al sector de la dependencia, encontramos que después de un periodo de expansión, de 2007 a 2010, en el que se crearon casi cien mil empleos, la participación del sector en el empleo total se ha mantenido entre el 2,5% y el 2,7% desde 2011 a 2015, un punto porcentual por encima del valor observado en 2007. Ello ha sido posible gracias, en gran medida, a una gran moderación salarial, ya que el diferencial entre los salarios en el sector de la dependencia y los salarios en general ha aumentado alrededor de 6 puntos porcentuales en favor de estos últimos. En suma, durante la segunda recesión el sector ha man-

tenido gran parte de su empleo a costa de una cierta renuncia salarial, casi siempre forzada o guiada desde el presupuesto público.

## Los retos del futuro

Finalmente, respecto al futuro del sistema, nos preocupa si será capaz de atender a los dependientes que se encuentra en el limbo de la dependencia y a las necesidades futuras derivadas del envejecimiento de la población. En los últimos meses, se ha producido un incremento de más de 300.000 personas con derecho a prestación, producto de la entrada en el sistema de las personas con un grado de dependencia moderado en julio de 2015. Tal y como comentan Oliva, Peña Longobardo, García Armesto, 2015a y 2015b, "existen fuertes dudas de que el sistema esté preparado para dotar de servicios a estas personas teniendo en cuenta la existencia previa de un limbo que afecta a personas con un nivel de dependencia mayor (personas con el derecho reconocido pero que no reciben la prestación que les corresponde) y al mantenimiento de un sistema de financiación insuficiente, el cual no se ha alterado ante la previsión de la llegada al sistema de las personas con dependencia moderada. Aunque la respuesta a estas dudas se deberá despejar en los próximos meses, las expectativas no son optimistas". En definitiva, si queremos ofrecer una cobertura razonable en el medio plazo será ineludible aumentar el volumen de recursos y racionalizar su uso.

Aparte de las insuficiencias y deficiencias comentadas, el sistema de dependencia adolece de un problema de evaluación ya que no sabemos lo que opina la ciudadanía sobre los servicios ofrecidos, su calidad y su cantidad. Y ello porque, a diferencia del sector sanitario, no se pregunta en absoluto sobre la satisfacción con el sistema de dependencia (¿Qué costaría hacerlo en el barómetro sanitario?). Igual estamos equivocados y los ciudadanos mayoritariamente opinan que el sistema y su calidad son razonables.

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 (o al menos ofreciendo una alternativa válida) de las prestaciones a las personas cuidadoras en el ámbito familiar, que pasarían a ser complementarias. Asimismo es imprescindible que se concreten las prestaciones, los tiempos de espera, y los posibles copagos de los usuarios. Por el lado de la financiación, además de intentar eliminar la incertidumbre financiera que sufren las regiones, se deberían, al igual que se hace en numerosos países, diversificar las fuentes de financiación, planteando un cóctel entre fi-

nanciación pública vía impuestos y contribuciones (idealmente mediante un sistema de aseguramiento público), que garanticen un mínimo de atención para todos los ciudadanos, que evite o reduzca significativamente las diferencias de cobertura a nivel regional, y fórmulas de aseguramiento privado complementario.

# referencias

- Correa M. y Jiménez-Aguilera, JdD. (2015), "Sombras y sombras en la aplicación de la ley de dependencia", Gaceta Sanitaria, disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.09.001>, acceso 10-11-15.
- González Ortega, S. (2012), "La aplicación de la ley de dependencia en España", Resumen Ejecutivo, Consejo Económico y Social España, disponible en [http://www.ces.es/documents/10180/106107/preminves\\_Ley\\_Dependencia.pdf](http://www.ces.es/documents/10180/106107/preminves_Ley_Dependencia.pdf), acceso 10-11-15.
- Gutiérrez L.F., Jiménez, Martín S., Vegas Sánchez R. y Vilaplana C. (2010), "The long term care system for the elderly in Spain", ANCIEN Project, ENEPRI Research Report No 88, disponible en: [http://www.ancienlongtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20\\_ANCIEN\\_%20RR%20No%2088%20Spain.pdf](http://www.ancienlongtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RR%20No%2088%20Spain.pdf), acceso 2-10-15.
- Montserrat Codorniu J. y Montejo Sarrias I. (2012), "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", Actas de la Dependencia N. 6, Fundación Caser, disponible en: <http://www.fundacioncaser.org/actividades/revista-actas-de-la-dependencia/actas-de-la-dependencia-n-6>
- OECD (2013), "Health at a Glance 2013: OECD Indicators", OECD Publishing, disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>, acceso 2-10-15.
- OECD (2015), "Health at a Glance 2015: OECD Indicators", OECD Publishing, disponible en: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015\\_health\\_glance-2015-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en), acceso 5-11-15.
- Oliva J., Peña Longobardo L., García Armesto S. (2015a), "Looking back to move forward: Spanish System for Promotion of Personal Autonomy and Assistance for persons in a situation of dependency (Part I), disponible en

<http://www.hspm.org/countries/spain25062012/countrypage.aspx>, acceso 2-10-15.

- Oliva J., Peña Longobardo L., García Armesto S. (2015b), "Looking back to move forward: Spanish System for Promotion of Personal Autonomy and Assistance for persons in a situation of dependency (Part II), disponible en:

<http://www.hspm.org/countries/spain25062012/countrypage.aspx>, acceso 2-10-15 .

- Oliva J. (2014), "Sistema de autonomía personal y atención a la dependencia: análisis y líneas de avance en tres dimensiones", Actas de la Dependencia N. 12, Fundación Caser, disponible en:

[http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/j.oliva\\_analisisylineas\\_web.pdf](http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/j.oliva_analisisylineas_web.pdf)

# información estadística

- **Indicadores de Salud en España y Europa:**

OECD Stat: <http://stats.oecd.org>

- **Financiación y gasto sanitario en España:**

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm>

- **Mercado laboral:**

Microdatos Muestra Continua de Vidas Laborales (Ministerio de Empleo y Seguridad Social)

- EPA-INE: [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica\\_P&cid=1254735976595](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735976595)

- INE: Datos de población y PIB:

## **Contabilidad Regional de España:**

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do;jsessionid=F758DCFF64666745F992CFDB87498047.jaxi01?type=pcaxis&path=%2Ft35%2Fp010&file=inebase&L=0>

## **Cifras de población:**

[http://www.ine.es/inebaseDYN/cp30321/cp\\_resultados.htm](http://www.ine.es/inebaseDYN/cp30321/cp_resultados.htm)

- **Dependencia**

Portal de la Dependencia-SAAD:

[http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia\\_01/index.htm](http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia_01/index.htm)

# definiciones

**Tabla A1: Definiciones y conceptos claves del SAAD**

VARIABLES CLAVES DEL SAAD	DEFINICIÓN
<b>Solicitudes</b>	Trámite necesario que realiza una persona que padece algún tipo de dependencia para poder cobrar las prestaciones.
<b>Trámites</b>	Una vez culminada la etapa de solicitud (que incluye la valoración del individuo), el órgano de valoración emite un dictamen propuesta donde se recoge el diagnóstico, el grado de dependencia y los cuidados que la persona pueda requerir.
<b>Personas con derecho a prestación</b>	Es el individuo que ya ha pasado el trámite y se encuentra sujeto a recibir las prestaciones aunque todavía no se haya materializado el hecho
<b>Personas con prestación</b>	Los individuos que ya reciben efectivamente las prestaciones.
<b>Limbo de la dependencia</b>	Concepto que se utiliza para denominar a aquellas personas que aún continúan a la espera de recibir la prestación. Formalmente sería la diferencia entre el número de personas con derecho a prestación y el número de personas con prestación.
<b>Grados de dependencia</b>	La situación de dependencia se clasifica en tres grados: Grado 1 (dependencia moderada), Grado 2 (dependencia severa) y Grado 3 (gran dependencia) .
<b>Prestaciones</b>	El conjunto de servicios/prestaciones que se ofrecen para aquellas personas en situación de dependencia que se pueden clasificar en dos tipos: las prestaciones económicas y por otro lado las prestaciones de servicios:
<b>PRESTACIONES ECONÓMICAS</b>	
	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>Prestaciones para cuidadores en el Entorno Familiar</b>	Se reconoce excepcionalmente y su finalidad es mantener al beneficiario en su domicilio atendido por cuidadores no profesionales (cónyuge, parientes por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco), siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda.
<b>Prestación económica vinculada al servicio</b>	Es de carácter periódico y se reconoce únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado. Esta prestación económica de carácter personal está, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio. Las Administraciones Públicas competentes supervisarán, en todo caso, el destino y utilización de estas prestaciones al cumplimiento de la finalidad para la que fueron concedidas.
<b>Prestación económica para asistencia personal</b>	Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

PRESTACIONES DE SERVICIOS	DEFINICIÓN
<b>La promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia</b>	Tienen por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos.
<b>Teleasistencia</b>	Tienen el objetivo de atender a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información y apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento y con el fin de favorecer la permanencia de los usuarios en su medio habitual.
<b>Atención a domicilio</b>	Comprende el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de la personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria o domésticas prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función.
<b>Centros de día</b>	Ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores.
<b>Atención residencial</b>	Ofrece una atención integral y continuada, de carácter personal, social y sanitario, que se prestará en centros residenciales, públicos o acreditados, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.

Fuente: elaboración propia con datos del Portal de la Dependencia del Insserso.