

Estudios sobre la Economía Española - 2017/22

Observatorio de dependencia*

Octubre 2017

Sergi Jiménez-Martín
Universidad Pompeu Fabra y Fedea

Analía Viola
FEDEA

fedea

* Los autores agradecen la colaboración de la Tribuna a cargo de Guillém López.

Las opiniones recogidas en este documento son las de sus autores y no coinciden necesariamente con las de FEDEA.

OBSERVATORIO DE LA DEPENDENCIA

Segundo Informe

Resumen

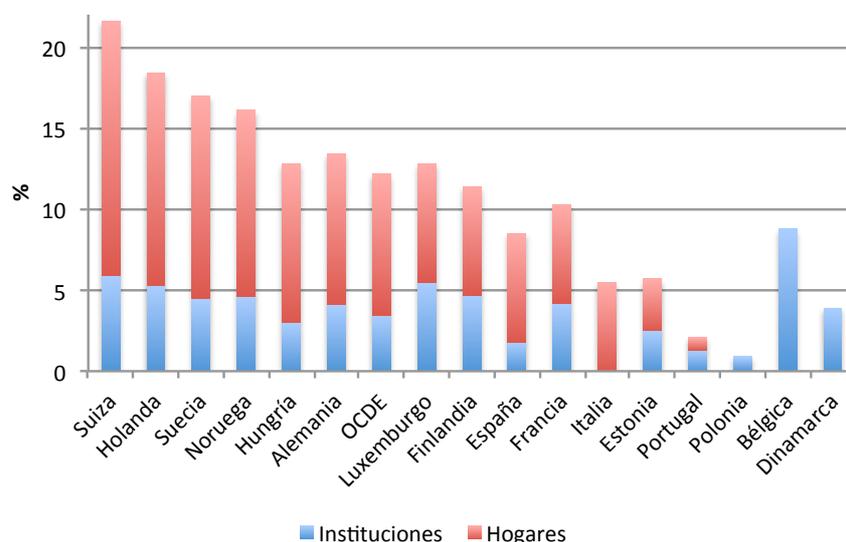
El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) entró en vigor en el año 2007 bajo la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006 del 14 de Diciembre). Desde entonces el sistema ofrece servicios y prestaciones económicas a aquellas personas en situación de dependencia que requieren ayuda especial para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

Sin embargo, tal como señalamos en el primer informe del Observatorio de la Dependencia¹, después de un periodo esperanzador, el sistema se debilitó, como consecuencia de los recortes introducidos en 2012 y 2013 (RD Ley 20/2012, de 13 julio y RD 1050/2013). Afortunadamente, en los dos últimos años parece haberse revertido la tendencia negativa previa. Aún así, tal y como señala en su tribuna Guillem López, queda mucho camino por recorrer y no podemos darnos por satisfechos.

España en perspectiva comparada

A nivel internacional, las **personas de 65 años o más reciben ayudas para la dependencia en mayor medida en el hogar** que en las instituciones. Como puede apreciarse en la Figura 1, los **países de Europa del Norte** como Suiza, Holanda, Suecia y Noruega **destinan más ayudas a la dependencia que el promedio de la OCDE**. El **caso español** dista de manera considerable de este escenario y se **posiciona en la zona media-baja de la distribución por el nivel de ayudas (9%)**.

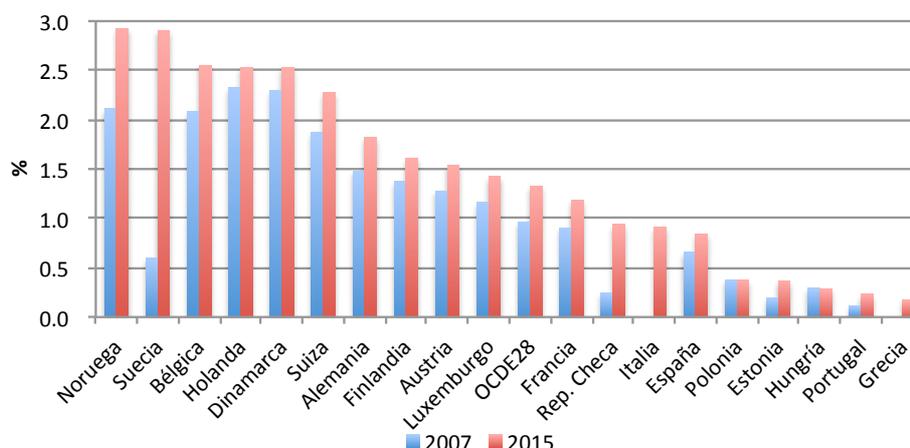
Figura 1. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben ayudas para la dependencia. Europa OCDE. 2015



En cuanto al **gasto en cuidados de larga duración**, en los países del sur de Europa como **España** e Italia, el gasto **no supera el 1% del PIB** mientras que en Europa del Norte se destina entre el 2,5% y 3% del PIB a cuidados de larga duración, superando al promedio de la OCDE. También se puede resaltar una cierta recuperación del gasto en 2015 en casi todos los países.

¹ Para acceder al primer informe completo: <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2016-05.pdf>

Figura 2. Gasto en cuidados de larga duración como % del PIB. Países seleccionados OCDE. 2007 y 2015



EL SAAD y sus principales variables

A nivel regional, la evolución de las principales magnitudes del sistema, así como la oferta y distribución de las prestaciones, es relativamente dispar, reflejo de las diferencias en recursos y preferencias que encontramos en nuestra geografía. En este sentido, cabe destacar que continua la **gran variación observada entre comunidades en el peso de las prestaciones por cuidados en el entorno familiar** ya apuntada en el anterior informe, ya que en **Baleares aún representan cerca del 70% del total**, mucho más que en **Madrid (22%) o La Rioja (30%)** (véase la Figura 3).

Figura 3. Distribución de las prestaciones por tipos. Junio 2017

CCAA	PRESTACIONES ECONÓMICAS				PRESTACIONES DE SERVICIOS			
	Cuidadores hogar	Vinc. al servicio	Asist. Pers.	P. autonomía	Teleasistencia	Asist. Domic.	Centros día	Asist. Residen.
Baleares	66.9%	4.5%	0.0%	1.5%	3.6%	3.1%	6.4%	14.0%
Navarra	56.6%	7.8%	0.0%	1.4%	11.8%	7.1%	2.0%	13.3%
Murcia	54.4%	4.2%	0.0%	8.7%	13.1%	0.7%	8.5%	10.3%
C. Valenciana	52.3%	11.9%	0.0%	0.9%	6.8%	0.0%	10.8%	17.3%
Cantabria	50.2%	0.0%	0.0%	0.0%	7.4%	5.9%	10.3%	26.2%
Cataluña	47.0%	6.5%	0.0%	0.6%	10.1%	14.0%	6.7%	15.1%
Pais Vasco	44.4%	1.6%	7.2%	0.2%	10.9%	9.0%	9.6%	17.2%
Aragón	42.7%	18.3%	0.0%	10.0%	2.2%	6.8%	5.5%	14.4%
Ceuta y Melilla	40.5%	0.1%	0.0%	12.3%	16.8%	22.2%	2.1%	6.0%
Canarias	40.4%	15.4%	0.0%	0.2%	3.4%	0.1%	21.2%	19.4%
España	33.7%	8.4%	0.5%	3.8%	15.8%	16.1%	8.0%	13.7%
Asturias	32.2%	8.9%	0.0%	21.7%	3.6%	13.7%	8.4%	11.5%
Andalucía	29.3%	1.3%	0.0%	0.7%	31.7%	21.5%	5.6%	9.9%
Extremadura	25.2%	38.8%	0.0%	4.1%	6.3%	2.8%	6.4%	16.5%
Galicia	22.9%	9.0%	0.2%	6.4%	5.2%	30.1%	12.5%	13.7%
Castilla-La Mancha	22.9%	7.4%	0.0%	7.8%	15.0%	21.4%	5.2%	20.2%
Castilla y León	22.0%	22.3%	0.3%	11.8%	7.6%	20.6%	7.6%	7.8%
Rioja	21.4%	8.3%	0.0%	8.4%	20.9%	19.1%	8.4%	13.4%
Madrid	16.4%	8.2%	0.0%	2.0%	24.1%	22.7%	10.9%	15.8%

A nivel nacional, el peso en el total de las prestaciones económicas, después del máximo (del 60%) alcanzado en los primeros años del SAAD, entró en una **senda decreciente, situándose finalmente cerca del 43%**. Por otra parte, **el peso de los cuidadores en el entorno familiar**, a pesar de ser el componente más representativo de las prestaciones económicas, ha ido **disminuyendo paulatinamente** en los últimos años (**desde el 51,1% de 2009 el 34% actual**).

El ritmo de crecimiento del número de personas con derecho a prestación comenzó a **desacelerarse entre 2015 y 2017** y se encuentra por debajo del ritmo de crecimiento del

número de personas con prestaciones. Efectivamente, a nivel nacional el incremento en el número de personas con derecho a prestación se modera a partir de 2016, cuando se pasa de una variación del 32% en 2015 al 3% en 2016 y finalmente al 1% entre junio 2017 y junio 2016. En cambio en el caso del número de personas con prestaciones siguió aumentado en torno al 9% en 2016 y 2018. Un ejemplo de estas tendencias, es el caso de Aragón, donde el incremento del número de personas con prestaciones supera el 25% entre 2016 y 2017, mientras que la variación en el número de personas con derecho a prestación no llega al 1% para el mismo periodo.

El limbo de la dependencia

Los individuos que se encuentran en lista de espera para recibir las prestaciones a las que tienen derecho sigue siendo un tema de especial preocupación a nivel nacional y regional (Figuras 4 y 5). El salto fue muy grande entre Junio 2015 y Diciembre 2015 por el impacto de

Figura 4. Número de personas con derecho a prestación y número de personas beneficiarias: limbo de la dependencia. España. 2009-2017.

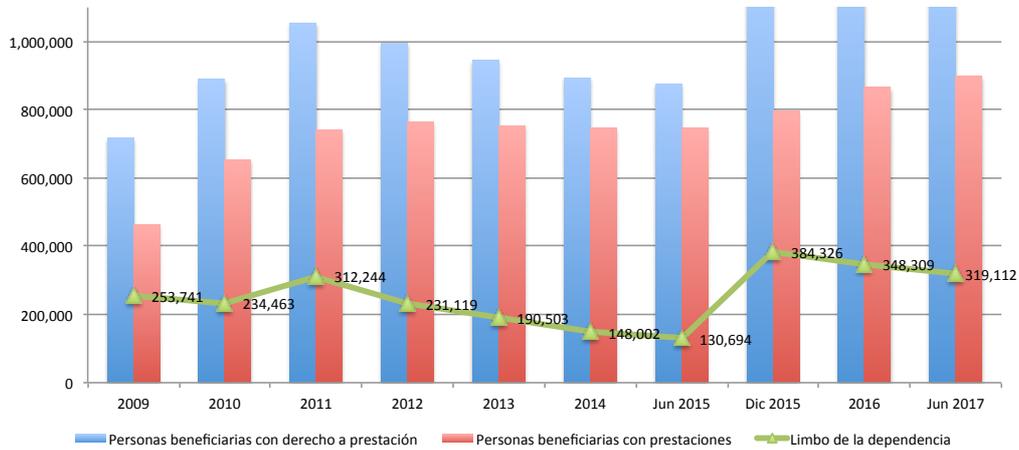
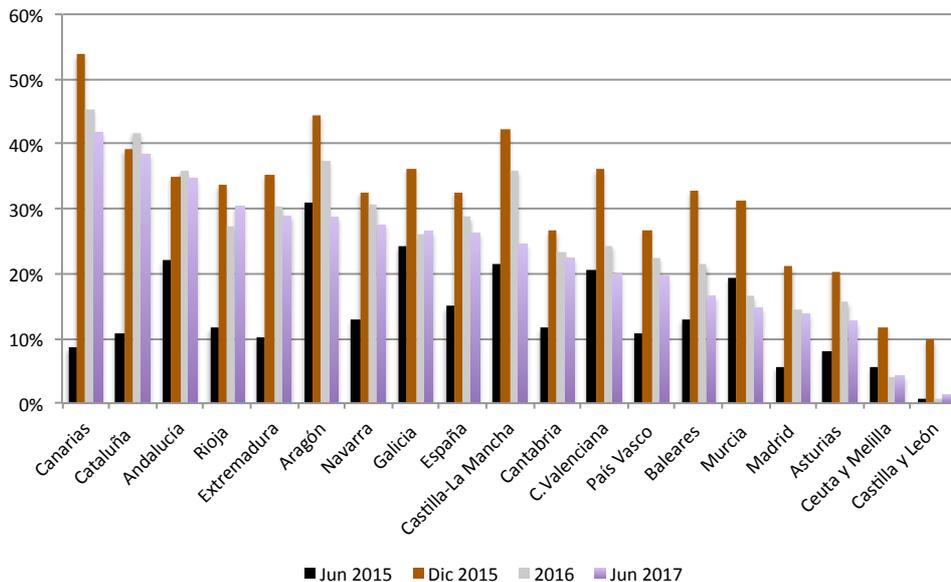


Figura 5. Porcentaje de personas en esperan de recibir prestaciones: limbo de la dependencia por CCAA. Junio y Diciembre 2015, 2016 y Junio 2017.



la incorporación de los dependientes moderados al SAAD, pero al observar los **datos de 2016 y 2017 se perciben algunos cambios alentadores**. Destacamos los **casos de Baleares y Murcia con descensos de la fracción de dependientes en el limbo de 17 puntos porcentuales**. A nivel nacional, en diciembre 2015 los individuos pendientes de recibir prestación eran **384.326 individuos y a junio 2017 dicha cifra alcanza a 319.112 individuos, un 20% menos**. Pese a este avance, sin embargo, las cifras todavía se mantienen lejos de los valores previos a diciembre 2015.

La situación del presupuesto y el nivel de empleo

El **presupuesto estatal** en dependencia empieza a recuperarse en los últimos años después de varios años de recortes y estancamiento (2012-2015). Por otra parte, **el gasto público del SAAD en las comunidades repuntó en los dos últimos años disponibles** tras haber disminuido en 2014 respecto de 2012, sobre todo para Andalucía, Valencia, Aragón y La Rioja, donde se observaron caídas entre el 14 y el 21%. Efectivamente, la mayoría de las comunidades **experimentaron variaciones positivas en sus presupuestos entre 2014 y 2016, que van desde el 2% en La Rioja al 23% en Valencia**.

Según los **datos de la EPA**, el **empleo del sector sociosanitario se encuentra en un buen momento**. Después de un cierto periodo de estancamiento, el empleo del sector **repunta a partir del primer trimestre de 2016**. En el primer trimestre 2017 la variación anual ha sido del 9% y en el segundo trimestre 2017, del 5,3%. Por otra parte, los datos de la MCVL muestran que el **(nuevo) empleo se decanta hacia el trabajo temporal**. A finales de 2016, éste ya representaba el 32%, la fracción más alta desde 2007. Sin duda este dato añade un contrapunto de preocupación, ya que la estabilidad del empleo puede incidir en la calidad de los servicios prestados.

Hacia dónde vamos

Seguimos sin tener ninguna duda de que **el SAAD fue una estupenda idea, aunque pesimamente implementada** (quizás por precipitación), especialmente tras los decretos de recortes de 2012 y 2013. A pesar de ello (a pesar de los gobernantes), el sistema ha alcanzado un tamaño razonable aunque la falta de evaluación no nos permite valorar la calidad y persisten puntos débiles como la infrafinanciación de los servicios y prestaciones, además de la gran variabilidad entre regiones. Desafortunadamente, no existe hasta el momento evidencia directa que explique las disparidades entre regiones, lo que implica que cada comunidad actúa con un importante grado de discrecionalidad. ¿Es esto bueno o malo? Solo una evaluación independiente y rigurosa nos permitiría decantarnos por una opción o la contraria.

En definitiva, lo que por ahora tenemos se podría calificar como **dependencia low cost**. Si no queremos un sistema de dependencia **de bajo coste y baja calidad** debemos incidir sobre el rediseño del sistema sobre bases más sólidas, con reglas más claras y transparentes, con una financiación y fuentes de financiación predefinidas, donde los ciudadanos y profesionales sean plenamente conscientes de sus deberes y derechos.

OBSERVATORIO DE LA DEPENDENCIA¹

SEGUNDO INFORME, Octubre 2017

1. Introducción

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) entra en vigor 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). Desde entonces el sistema ofrece servicios y prestaciones económicas a aquellas personas en situación de dependencia que requieren ayuda especial para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

Sin embargo, tal como señalamos en el primer informe del Observatorio de la Dependencia², el sistema se ha visto debilitado, sobre todo con los recortes introducidos en 2012 y 2013 (RD Ley 20/2012, de 13 julio y RD 1050/2013). El SAAD comenzó atendiendo a los dependientes más severos pero se creó con la intención de extender las prestaciones y servicios hacia los dependientes moderados en 2013. Las restricciones presupuestarias hicieron que dicho colectivo se incorporará al SAAD a partir de Julio 2015 provocando un incremento masivo en la lista de espera de beneficiarios. Esto se ha denominado “limbo de la dependencia”, esto es, aquellos individuos que oficialmente se encuentran reconocidos como sujetos de derechos pero que todavía no han recibido ninguna prestación o subsidio.

También hemos argumentado sobre las diferencias regionales y de los modelos diferenciados que adopta cada comunidad autónoma. En el informe citado se destacaban las disparidades existentes en términos de los plazos necesarios para la recepción de solicitudes, elaboración de dictámenes y otorgamiento de las prestaciones, así como las significativas diferencias entre CCAA en el tamaño de las listas de espera, lo que sugiere un cierto manejo discrecional y modo de actuación propio en cada región.

En esta segunda entrega del Observatorio repasamos las principales magnitudes del sistema (solicitudes, resoluciones, personas con derecho a prestación y beneficiarias con prestaciones), poniendo el énfasis en las últimas estadísticas disponibles. En particular, hemos incorporado los datos definitivos del año 2015, así como datos provisionales de 2016 y del primer semestre de 2017. Asimismo describimos la evolución de los presupuestos destinados a dependencia dado que en los últimos dos años los presupuestos iniciales de las comunidades autónomas mostraron una leve mejoría que puede haber incidido positivamente en el SAAD. Finalmente, analizamos con cierto detalle y en base a dos fuentes complementarias la evolución del mercado de trabajo del sector de dependencia.

¹ Agradecemos especialmente los comentarios de Juan Oliva a una versión previa del presente informe.

² Para acceder al primer informe completo: <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2016-05.pdf>

La estructura del informe es la siguiente. En primer lugar presentamos una tribuna sobre la macroeconomía del cuarto pilar del Estado de bienestar a cargo de Guillem López. Posteriormente hacemos un breve resumen del panorama a nivel internacional en base las últimas estadísticas disponibles de Eurostat y OECD. Continuamos con un análisis detallado a nivel nacional y regional de las principales magnitudes del sistema, enfatizando la evolución y perspectivas del llamado *limbo de la dependencia*. Asimismo, analizamos los presupuestos generales del Estado y el gasto público del SAAD en cada comunidad en base a la información de la “Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales”. Por otra parte, evaluamos los principales indicadores del mercado laboral en el sector sociosanitario a través de la Encuesta de Población Activa (EPA) y la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL). Por último, presentamos unas breves conclusiones y reflexiones finales. Adicionalmente, mantenemos el anexo de definiciones del SAAD para facilitar la comprensión del texto en su conjunto.

2. Tribuna: La macroeconomía del cuarto pilar.

Guillem Lopez i Casanovas, CRES-UPF

El presente texto tiene como objetivo valorar los cuidados de la dependencia en España, en la racionalidad de su provisión y en el registro empírico de su implantación, y proponer como vía de avance de análisis de resultados el modelo ASCOTT, desde la morbi-mortalidad al bienestar de la autonomía funcional, corrigiendo en el camino algunas deficiencias enmendables.

2.1 Introducción

Para situar *diagnosi y prognosi* de los cuidados asociados a la dependencia en España es útil anclar la discusión en las razones de la intervención pública en dicha cobertura, ya sea para: (i) corregir un fallo de mercado, (ii) tutelar un bien social preferente. Sobre ello quisiéramos destacar lo siguiente. El problema radica en la demanda no anticipada, y no en la oferta. Y sin percepción de efectos, especialmente cuando las probabilidades son encadenadas (esperanza de vida, dependencia y grado) y aparentan ser lejanas en el tiempo (para que la prima aparezca hoy como no razonable) el mercado deviene incompleto. Cabe si acaso cuestionar la cobertura pública frente a la miopía previsora, desde alternativas tales como la regulación con la obligatoriedad del aseguramiento. Y ello, si se quiere obviar la provisión pública directa y responsabilidad financiera mutualizada, en ingresos, vía cotizaciones o impuestos; en gastos, según tipo de transferencia indemnizatoria; y finalmente en suministro de servicios –de producción propia o concertada- o prestación monetaria, con transferencia de recursos a los beneficiarios.

Son ejes básicos de la controversia el grado de previsibilidad de la necesidad de dependencia (la dependencia relativa al alza aunque por cada año menor, pero ante más años, mayores cargas generadas), y una cierta miopía respecto de las distintas transiciones. Entre ellas, las de entrar o no en dependencia, su evolución entre grados y niveles a la vista de sus factores explicativos más decisivos, atenuables o no por la acción, y con costes evitables asociados a la prevención configurando un análisis coste-beneficio de los programas correspondientes a dichas acciones. Los potenciales efectos catastróficos que se puedan derivar generan una desigual distribución de los costes de los cuidados a lo largo de la vida de los ciudadanos, dentro de lo que sería una cobertura graduable y convenientemente priorizada, con una red de seguridad mínima universal y básica, y sólo meritada tras la exigible prueba de medios. Los problemas de equidad resultan de la correlación esperable entre renta y dependencia, y con el puzzle añadido de que si más renta supone más supervivencia, y ésta, más dependencia. Si éste fuese el caso podríamos estar presentes ante un servicio universal que al prestarse de manera indiscriminada incluso se convierte en socialmente regresivo.

Finalmente, el fallo de mercado surge por el escaso desarrollo de productos financieros efectivamente asociables tales como las anualidades, hipotecas inversas, usufructos (venta de nudas propiedades) o combinaciones de éstas. Las limitaciones del aseguramiento privado se muestran también ya sea a la hora de cubrir el coste completo de los servicios versus ofrecer un pago indemnizatorio a 'tanto alzado' y mantener la libre decisión en la demanda. Por todo ello la respuesta posible ha de situarse entre la regulación y la provisión. Subsidiar, sufragar u obligar a asumir responsabilidades individuales, incluidas.

Ello por lo demás nos sitúa en el debate de la estrategia ya preventiva ya reparadora, siendo aquí relevante la tasa de descuento considerada, y el recordatorio de que la pretensión inicial es la de una ley 'de promoción de la autonomía', siendo la prestación de servicios la respuesta resarcitoria y con la transferencia monetaria planteada como excepcional. Todo bajo el mando del Estado (AGE y CC.AA.) y no de la Seguridad Social -a la antigua usanza, como una extensión de otras prestaciones de incapacidad- y aun con una fuerte impronta territorial (histórica) que señala diversidad en los puntos de partida en cuanto a acción social protectora de carácter universal.

2.2 La cobertura pública de Dependencia

España hizo en este sentido un diseño legislativo de la cobertura pública de la dependencia entendido como Ley de derechos (expectativas), de corte universal pero con prueba de necesidad relativa y de medios en copago, y poco conectada con el resto del gasto social. La Ley pretendió equilibrar el terreno entre cuidado domiciliario (por su inequidad de anclajes en los costes de oportunidad de rentas altas y de género) e institucional (contra la 'erradicación' del dependiente de su entorno más próximo). Buscaron los legisladores un enfoque profesionalizador, en

favor de mayor formación en el sector de cuidados, haciendo emerger tareas hasta el momento sumergidas y esperando la creación de un 'filón de empleos' asociables a la ley que la hiciera financieramente sostenible. Se dijo contar desde el inicio con el sector privado y el tercer sector, y se situó el ejercicio de responsabilidades administrativas en la competencia estatal (y fuera de la Seguridad Social), pero buscando complicidades territoriales con objetivos de coordinación. Y se consideró universal, pero con participación financiera del usuario. Como consecuencia de todo ello, la realidad hoy nos muestra una ley protectora con financiación no resuelta, una operativa deficiente, con disfunciones en su encaje autonómico, en manos de una administración con escasa cultura gestora, un regulador polizón (que predica a menudo lo que no practica), ausencia de un marco legal estable y sin una estrategia sociosanitaria efectiva. Ha faltado posiblemente valentía en innovaciones, y el 'papel lo ha aguantado casi todo' por lo que continúa vigente aquello de no me digas qué valoras, enséñame tu presupuesto (*"Don't tell me what you value. Show me your budget, and I will tell you what you value"*).

Se trata, como decimos, de una ley hasta el momento 'no financiable', con una situación actual a grandes rasgos de 1,600,000 dependientes, 750,000 beneficiarios y 950,000 prestaciones; 300 mil Grado 1 dictaminados y a la espera de prestación; 120 mil solicitudes pendientes y habiendo doblado el nivel de gasto previo (entre el 0.7 y 0.8 % del PIB). La excepción ha devenido casi 'lo normal' con prevalencia de prestaciones económicas y cuidados en el entorno por cuidadores informales. La tasa de recuperación estimada (retornos directos de la actividad de servicios) no alcanza un tercio del gasto, junto a un copago que se sitúa en torno al 22% y una financiación restante asimétrica de 3/4 CC.AA., 1/4 AGE.

La expectativa de los expertos

La Fundación Salud, Innovación y Sociedad presentó hace poco un informe³ sobre las mejoras necesarias para una más efectiva integración de los cuidados sociosanitarios con los propios de la salud poblacional. Un Delphi donde participaron un centenar de expertos; consulta prospectiva a un colectivo de ciudadanos, profesionales, investigadores y directivos de los sectores público y privado, sobre factores críticos para la orientación del proceso de innovación de los actuales sistemas social y sanitario de protección social en el horizonte de los próximos cinco años. El texto propone obtener una visión anticipada de elementos estratégicos -tanto obstáculos como propulsores- para el diseño e implementación de un patrón integrado de atención social y sanitaria. La consulta aportó posicionamientos predictivos de lo que los consultados querrían que pasara y lo que creían que efectivamente pasaría en relación a un conjunto de escenarios determinados. Todos los consultados coincidieron en el reconocimiento de la

3

<https://www.novartis.es/sites/www.novartis.es/files/Num.%201%20Informe%20Delphi%20Envejecimiento%20y%20Dependencia.pdf>

centralidad de la autodeterminación de la persona, su integridad y sus valores por encima de las pautas organizativas, las inercias profesionales y las resistencias burocráticas de estructuras de provisión asistencial a menudo caducas. Y cómo para todo ello se requería el impulso innovador de los médicos de familia, los profesionales de la enfermería, los trabajadores sociales y las organizaciones cívicas de solidaridad. Señalaron por lo demás que la respuesta asistencial debía ser holística, centrada en la persona, con la integración de la perspectiva de la autonomía y de las preferencias personales en las decisiones asistenciales que les afectasen. Se pronunciaron a favor de la continuidad y longitudinalidad asistencial, la integración de los determinantes sociales de las necesidades de atención personal, la valoración del liderazgo y la contribución interdisciplinaria de los profesionales, en favor de la superación de la fragmentación de los itinerarios asistenciales con aumento (potencial) de la eficiencia social, y evaluación transparente de los resultados.

Destaquemos que el acuerdo de los expertos es sobre la coordinación, no sobre la integración. Son remarcables por ello la indecisión y la resistencia de los panelistas a poner muchas esperanzas en la adaptación de los servicios sociales a la universalización del Sistema Nacional de Salud y a la cobertura -preventiva y asistencial- tanto de las personas sanas como de las personas en riesgo, o para los grupos de población con necesidades específicas. En cuanto a la financiación, el pronóstico de los participantes reveló la escasa probabilidad otorgada a un escenario de unificación de competencias y presupuestos de los actuales departamentos de Salud y de Bienestar Social. Tampoco se esperaba que el hipotético ahorro generado por la reducción de las estancias hospitalarias agudas evitables contribuyese al restablecimiento de los servicios de atención comunitaria, ni se consideró verosímil la creación de un fondo específico de apoyo a la transformación requerida para la implantación de la atención social y sanitaria integrada.

2.3 Algunas ideas de futuro

Una nueva financiación, autónoma en particular, de la que a estas horas aún sabemos poco, es sin duda necesaria. Y como hemos propuesto desde hace tiempo y en muchos trabajos, podría abrir la oportunidad de afectar la recaudación por el impuesto de sucesiones para sufragar, al menos nominalmente, los costes de dicha Ley. (En este sentido el *The Economist*, Mayo 2017, se ha pronunciado a favor de dicha afectación, siendo la cobertura pública protectora de la de otro modo necesidad de liquidación de patrimonios).⁴

En el campo de la concertación, las cuestiones sobre la calidad exigida, exiguas tarifas que no siguen igual evolución y la propia sostenibilidad macroeconómica de las finanzas públicas plantean ahora el dilema de si resultaría mejor concentrar la

⁴ Véase <http://citywire.co.uk/money/government-extends-inheritance-tax-to-pay-for-long-term-care/a657962>

acción protectora a los más necesitados, de modo reduccionista, o expandirla a todos los diferentes niveles con acompañamiento diferenciado de aportaciones de usuarios.

Una concertación que por lo demás no cuenta con referentes adecuados del coste de provisión, para pasar del coste al precio (tarifas) en ausencia de contabilidad analítica e información suficiente, un procedimiento administrativo que está pensado para prestar servicios o comprar inputs, no para conseguir resultados, y ante una dinámica de situaciones cambiantes no resuelta. Sin embargo, parece adecuado mantener la autonomía del suministrador de los servicios (contra el coste plus y la fijación de márgenes, y la diferenciación de la financiación por estructura (estabilidad para el 'stand by de los servicios') y el pago por actividad o resultados (*pay for performance* p4p), susceptibles de mayor competencia. Ello puede permitir combinaciones de pagos prospectivos y observados, transparencia impulsora de emulación de las mejores prácticas, acuerdos precio/volumen y competencia en actividades incrementales (como las de eliminar listas de espera). Y sobre todo, conectar precios con el valor ('A la ASCOT'⁵)

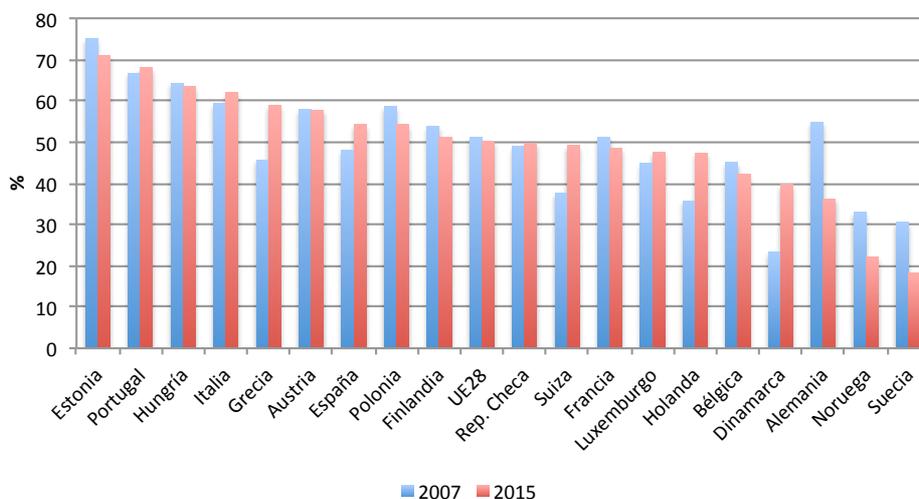
3. Los cuidados de larga duración: Comparativa España y países OCDE/UE

En primer lugar, abordamos la magnitud del problema. En otras palabras, cuál es la porción de la población adulta mayor de 65 años, más susceptible de necesitar cuidados especiales, que sufre de ciertas limitaciones a la hora de realizar las actividades de la vida diaria.

Como puede verse en el **Gráfico 1**, a nivel europeo cerca de un 50% de la población de 65 años o más sufre alguna limitación moderada o severa para realizar las actividades cotidianas. En países como España, Polonia o Finlandia la fracción de personas está un poco por encima de este valor, siendo Portugal y Estonia, los países que reportan mayores limitaciones, cercanas al 70%. En el otro extremo, se encuentran Noruega y Suecia donde sólo un 20% de la población de 65 años o más declara sufrir alguna limitación moderada o severa.

⁵ ASCOT: Adult Social Care Outcomes Toolkit, "caja de herramientas para medir resultados en adultos con necesidades de atención"; medida diseñada para capturar información sobre la calidad de vida de individuos que requieren atención (*Social Care-Related Quality of Life -SCRQoL-*), y que permite su aplicación a diversas situaciones de dependencia y a distintos entornos posibles. Instrumento diseñado por la Unidad de Investigación en Servicios Sociales Personalizados (PSSRU, Personal Social Services Research Unit), integrada por las Universidades de Manchester y Kent, y la London School of Economics.

Gráfico 1: Limitaciones (autodeclaradas) en actividades diarias en adultos de 65 años o más (respecto de la población total). Países seleccionados. 2007 y 2015

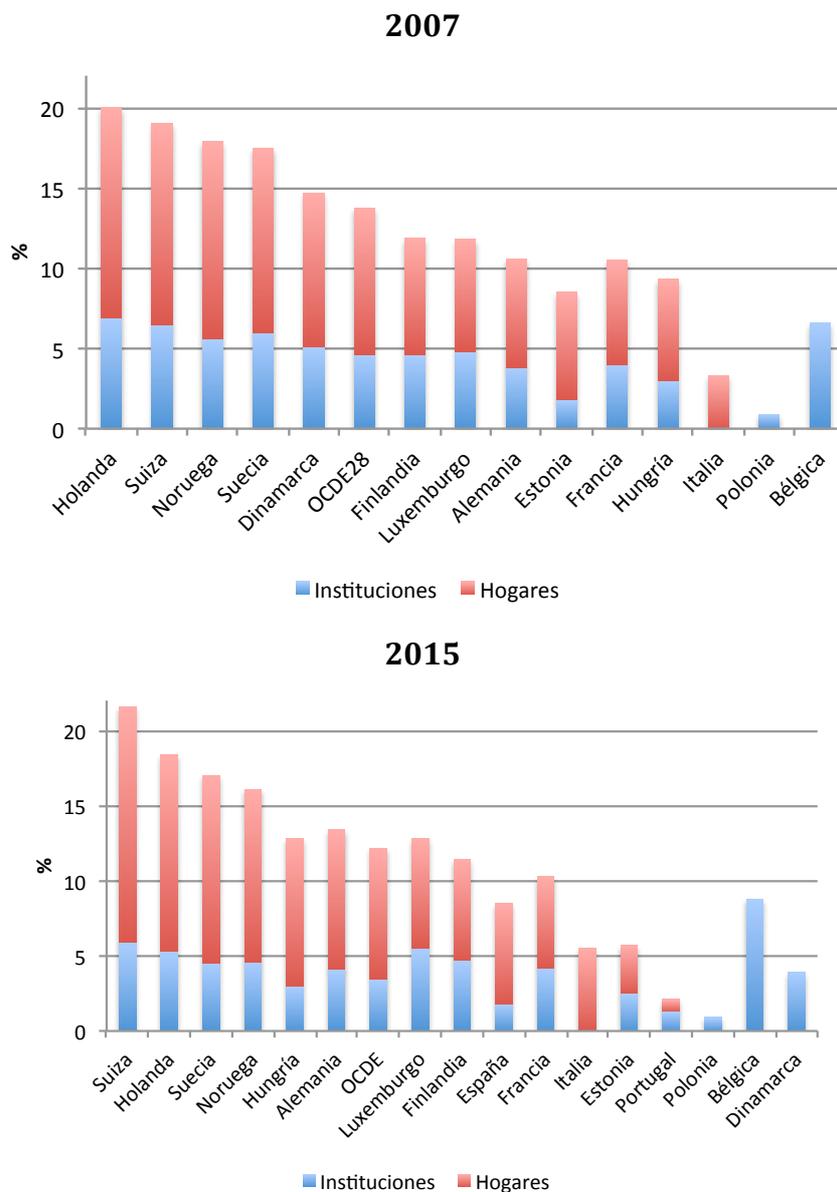


Fuente: Eurostat, disponible en: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_06&lang=en

También es interesante conocer la proporción de personas de 65 años o más que realmente reciben ayudas para la dependencia. Los datos hay que interpretarlos con cautela dado que muchos países reportan cortes en series y diferencias en metodología. En el **Gráfico 2** podemos observar la distinción entre las personas que reciben las ayudas tanto en instituciones como en hogares. En términos generales, en la mayoría de los países la mayor parte de las ayudas es otorgada en hogares, siendo los países del norte de Europa los que destinan más ayudas a la dependencia, entre un 15% y 20%.

Entre ambos periodos, se observa una leve disminución en las ayudas en instituciones y un aumento de las ayudas en hogares en algunos países como Hungría (3,5 pp), Suiza (3,2 pp), Alemania (2,5 pp) e Italia (2,2 pp). Para el caso español, no se dispone de datos para el año 2007 pero para el 2015 cerca del 2% de la población recibe ayudas en instituciones y un 7% en sus hogares, lo que sitúa a nuestro país en la zona media-baja de la distribución por el nivel de ayudas.

Gráfico 2: Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben ayudas para la dependencia. Países seleccionados. 2007 y 2015



Fuente: OECD stat. Nota: Estonia y República Checa, datos 2008. Quiebre en series en 2007 para Suiza, Noruega, Suecia e Italia. Diferencias en metodología en 2007 para Dinamarca, Polonia y Bélgica. En 2015 datos para Holanda, Dinamarca y Bélgica del año 2014. Promedio OCDE 2015: para el caso de instituciones hay 21 países con información disponible y en hogares 15 países.

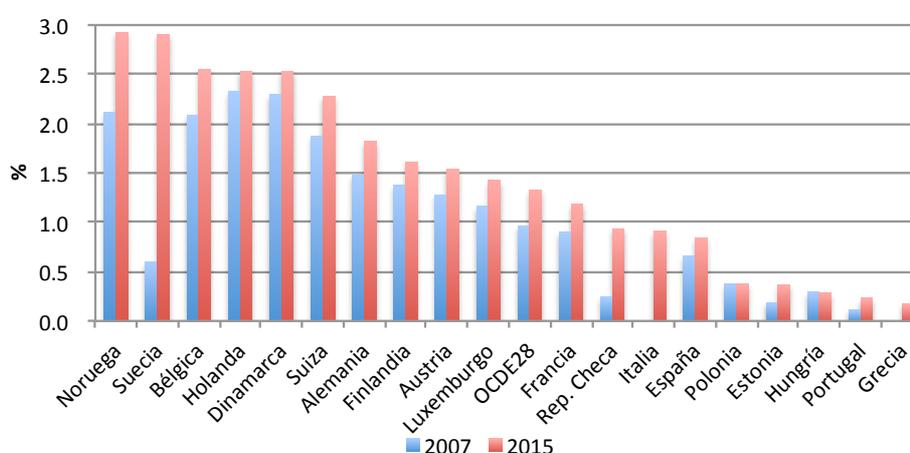
Por último, pasamos a analizar el gasto en cuidados de larga duración para algunos países seleccionados de la OCDE⁶. A simple vista se puede observar un cierto

⁶ En la actualidad, el marco utilizado para las comparaciones internacionales del gasto en salud entre países es el Sistema de Cuentas de Salud 2011 (última edición). En años anteriores ha habido discrepancias en los diferentes límites que se aplican para separar los cuidados de larga duración en los componentes de salud (servicios de cuidado personal como ayuda para comer, bañarse, vestirse, moverse, etc.) y social (servicios de asistencia como ayuda para realizar las compras, limpiar, cocinar, usar el teléfono, etc.). Algunos países incluyen estos dos tipos de servicios en el cálculo del gasto en cuidados de larga duración (salud) mientras otros países no incluyen ninguno de los dos. El Sistema de Cuentas de Salud 2011 recomienda que los servicios de cuidado personal como los servicios de asistencia se consideren como cuidados de larga duración, componente salud y social, respectivamente. Más información en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/AccountingMappingofLTC.pdf>

aumento en la participación del gasto en cuidados de larga duración respecto del PIB en el lapso de 7 años. En algunos países hay que tener en cuenta que hubo cambios en la metodología de cálculo y por tanto se produce un corte en la serie que hace que los valores no sean estrictamente comparables.

En general los países del norte de Europa destinan un porcentaje mayor del PIB a los cuidados de larga duración, alrededor de un 2% a 3% mientras que los países del sur de Europa, como Italia y España, el gasto no supera el 1%. En 2015 se observan algunos ligeros aumentos respecto del año 2007 que no superan el punto porcentual (a excepción de Suecia que aumenta 2 puntos porcentuales aunque se registran cortes importantes en las series a partir de 2011).

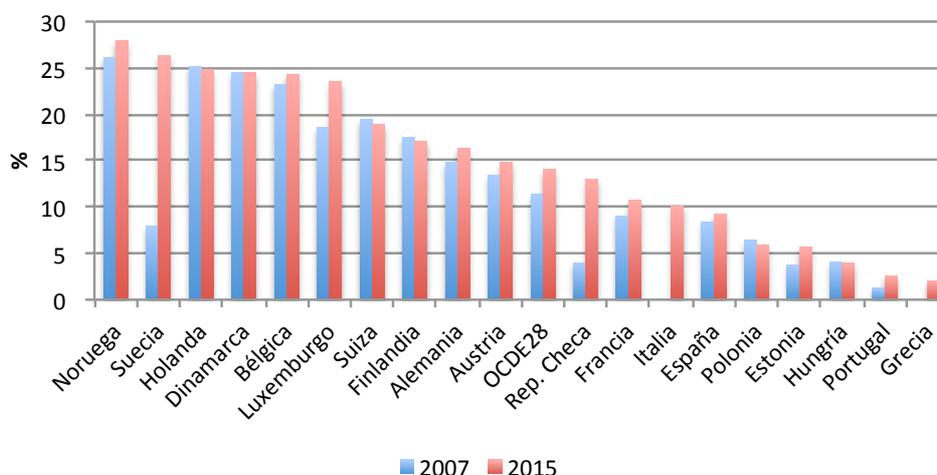
Gráfico 3: Gasto en cuidados de larga duración como % del PIB. Países seleccionados. 2007 y 2015



Fuente: OECD Stat. Nota: quiebre en series para Suecia (2011), Dinamarca (2011), Suiza (2010), Luxemburgo (2011), Rep. Checa (2013) y Polonia (2013).

También podemos ver a continuación el esfuerzo presupuestario (como proporción del gasto sanitario) destinado a los cuidados de larga duración. Observamos una tendencia ligera a la alza entre ambos periodos. Países como Noruega, Suecia, Holanda y Bélgica destinan entre el 25% y 30%, mientras en el otro extremo se encuentran Polonia, Estonia, Hungría, Portugal y Grecia que gastan entre un 2% y 5% del total de gasto corriente en salud. España destina un poco más del 9% al igual que Italia. En Suecia el salto es muy marcado pero se produce un corte en la serie para el año 2011, que es cuando los valores empiezan a superar el 20%

Gráfico 4: Gasto en cuidados de larga duración como % del gasto corriente en salud. Europa OCDE países seleccionados. 2007 y 2015

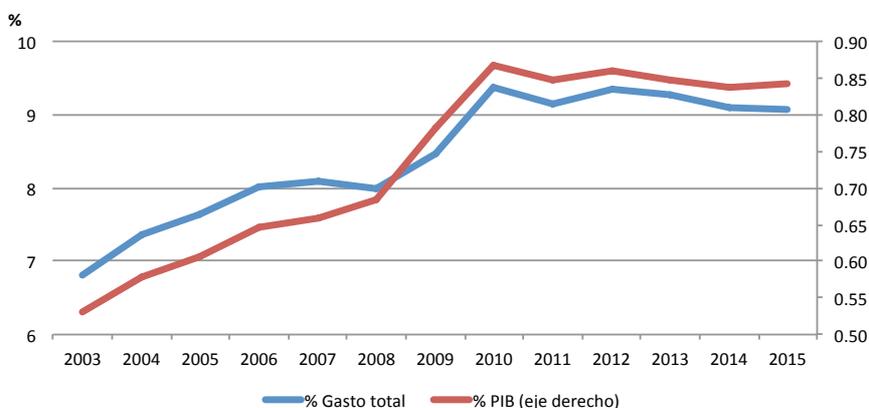


Fuente: OECD Stat. Nota: quiebre en series para Suecia (2011), Dinamarca (2011), Suiza (2010), Luxemburgo (2011), Rep. Checa (2013) y Polonia (2013).

3.1. El sistema de cuentas de salud: evolución del gasto público en servicios de larga duración en España

Como ya habíamos señalado en la sección anterior, en España el gasto en servicios de larga duración respecto del PIB no supera el 1%, siendo exactamente del 0,84%. Pero si podemos observar que ha venido evolucionando al alza desde el año 2003 hasta 2010 y luego se estanca durante el periodo 2011-2015. Por otra parte, el gasto en servicios de larga duración respecto del gasto total en salud representa actualmente el 9,07% y ha venido descendiendo desde el año 2012, coincidiendo con el periodo de recortes.

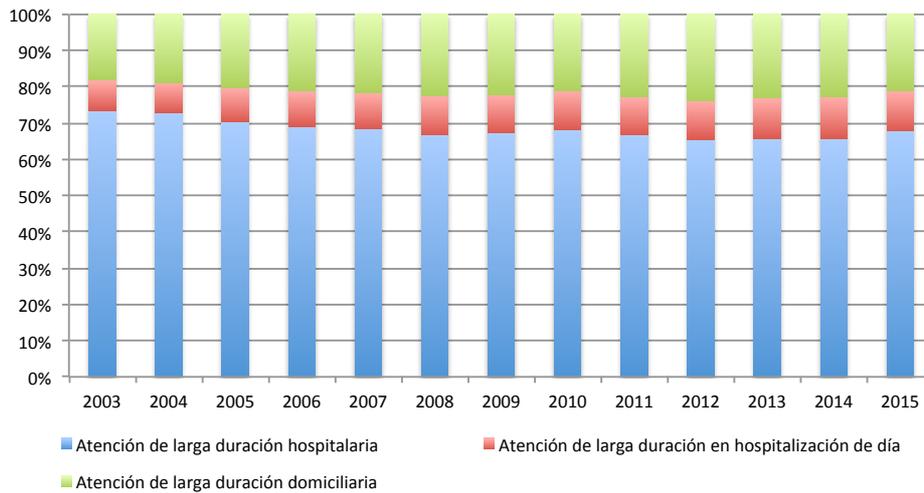
Gráfico 5: Cuidados de larga duración como % del gasto total en salud y PIB. 2003-2015. España



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

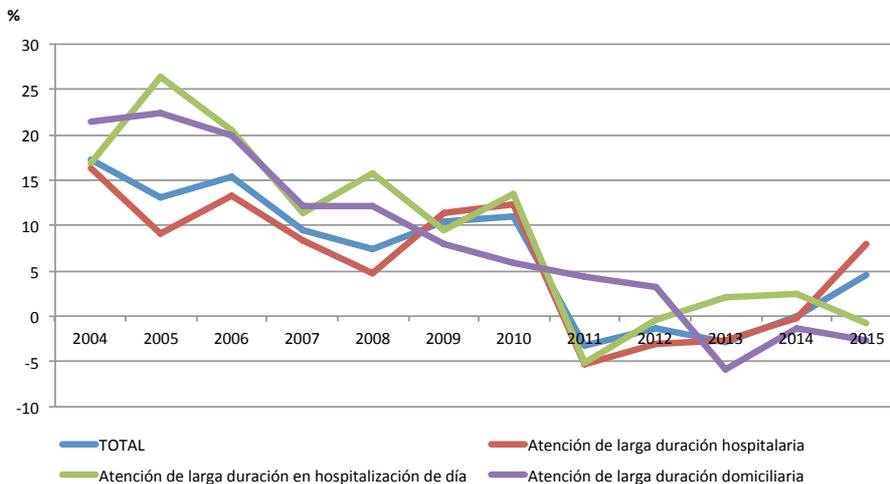
En cuanto a la composición de los servicios de larga duración, el mayor componente lo representa la atención de larga duración hospitalaria que alcanza el 70% del total, aunque se observa un descenso de la participación en 6 puntos porcentuales en 2015 en relación a 2003. Por otra parte, tanto los servicios de larga duración domiciliaria como en hospitalización de día aumentaron su participación en todo el periodo señalado.

Gráfico 6: Gasto en cuidados de larga duración. Composición %. 2004-2015. España



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

Gráfico 7: Gasto en cuidados de larga duración. Variación interanual. 2004-2015. España



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

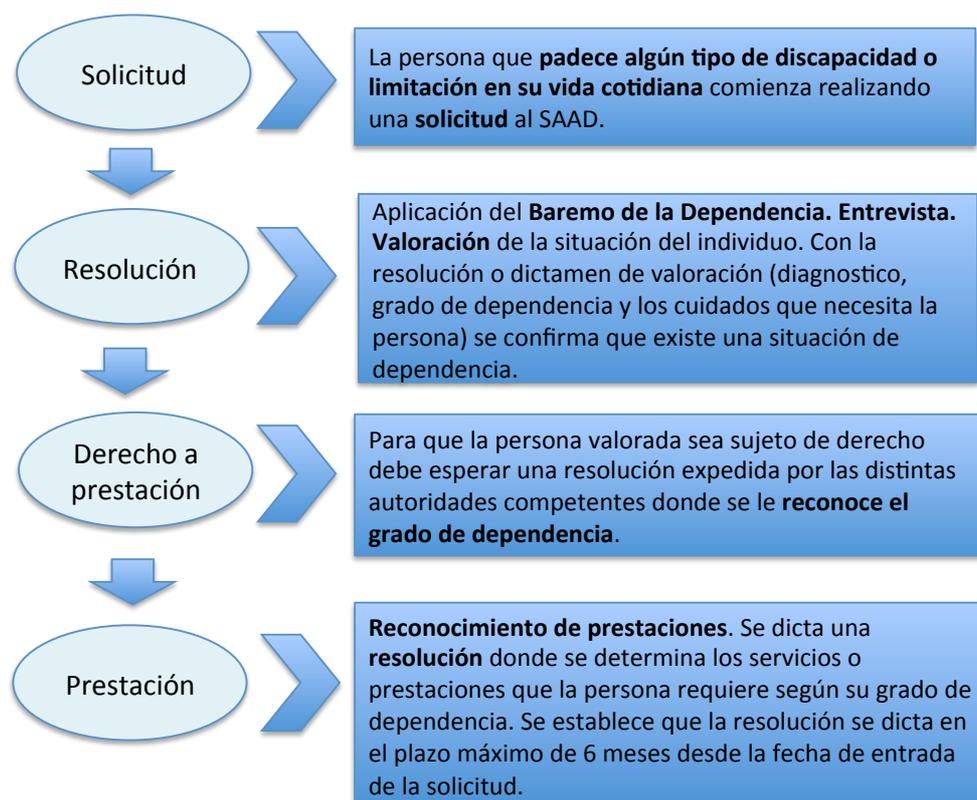
Por último, vemos como han variado en términos interanuales los distintos componentes del gasto en servicios relacionados con cuidados de larga duración. Hasta el año 2010, todos los componentes han evolucionado positivamente. Las variaciones negativas más importantes se dieron en el año 2011 respecto del año 2010 con la excepción de atención domiciliaria que se observó en el año 2013 (respecto del 2012) con una caída del 6%. En 2014 las variaciones negativas

comienzan a ser más tenues y la atención hospitalaria de día registra una variación positiva del 2,4%. En 2015 la atención hospitalaria se recupera, incrementándose en un 8%, mientras que el resto de componentes se desacelera, con una tasa de crecimiento del -0,8% para la atención en hospitalización de día y del -2,8% en la atención domiciliaria.

4. A simple vista: evolución de las variables claves del SAAD

Para comenzar hacemos un breve repaso del mecanismo para poder acceder a las prestaciones del SAAD que se puede visualizar en el Gráfico 8. Para acceder a las prestaciones del SAAD se comienza realizando una solicitud. A partir de ahí, las autoridades aplican el Baremo de la Dependencia y valoran la situación del individuo solicitante. Cuando se reconoce realmente el grado de dependencia, la persona ya es sujeto de derecho. Finalmente al dictar una resolución donde se especifica el reconocimiento de las prestaciones según el grado de dependencia, la persona comienza a recibir la prestación.

Gráfico 8: Pasos para acceder a la prestación del SAAD



A continuación analizamos cuál es la proporción de solicitudes que realmente se valoran por comunidad autónoma. Los datos actualizados en la Tabla 1 muestran que en la mayoría de las comunidades, las solicitudes que llegan en un

determinado año son valoradas en más del 95% de los casos⁷, manteniendo la proporción de años anteriores analizados en el primer informe. Destacamos algunos casos que están claramente por debajo del estándar, como son la Comunidad Valenciana, donde la relación entre dictámenes y solicitudes es sólo del 84%, y Canarias, donde solo es del 77%, 7 pp peor que en 2015.

Tabla 1: Relación dictámenes y solicitudes por CCAA. 2015-2017

CCAA	DICTAMENES/SOLICITUDES		
	2015	2016	Jun 2017
Madrid	99%	99%	100%
Rioja	100%	99%	99%
Navarra	98%	98%	99%
Galicia	97%	98%	98%
Cantabria	98%	98%	98%
País Vasco	97%	96%	98%
Ceuta y Melilla	96%	98%	96%
Murcia	98%	99%	96%
Castilla-La Mancha	95%	95%	93%
Castilla y León	95%	94%	93%
España	93%	94%	93%
Cataluña	94%	92%	92%
Andalucía	92%	93%	92%
Baleares	92%	93%	90%
Asturias	90%	91%	89%
Extremadura	91%	89%	89%
Aragón	90%	90%	88%
C.Valenciana	81%	85%	84%
Canarias	84%	85%	77%

Nota: las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de Jun 2017.

Como comentábamos arriba, la emisión de un dictamen no significa necesariamente que a la persona se le reconozca el derecho a una prestación. Por eso, veamos en la **Tabla 2** la proporción del total de personas valoradas (dictámenes o resoluciones) que realmente se les ha reconocido tal derecho. Se observa que la proporción es bastante elevada en Murcia, Canarias, Galicia, Cantabria y Aragón, donde oscila entre el 83% y el 91%. Alternativamente, en La Rioja, Madrid y Ceuta y Melilla la proporción es muy inferior, alrededor del 70%. Claramente la gran dispersión entre comunidades (sobre el 30 por ciento) revela la probable existencia de criterios complementarios a los de salud en el reconocimiento de prestaciones.

⁷ En otras palabras, el 95% de las solicitudes presentadas se valoraron positivamente al haber cumplido con los requisitos mientras el 5% restante no lo ha hecho. Cuando se presenta la solicitud de dependencia, la Administración debe aplicar el baremo de dependencia para proceder a la valoración de la situación del individuo. Esta valoración se realiza en la vivienda donde resida el individuo dado que el valorador debe examinar el entorno donde desarrolla sus actividades de la vida diaria y las condiciones físicas y mentales del solicitante. Finalizada la visita se procede a un dictamen de valoración en el caso de que hayan reconocido que existe una situación de dependencia.

Tabla 2: Relación entre el número de personas a las que se les reconoce el derecho a una prestación y el número de dictámenes por CCAA. 2015-2017

CCAA	PERS. CON DERECHO/DICTÁMENES		
	2015	2016	Jun 2017
Murcia	91%	91%	91%
Canarias	84%	85%	85%
Galicia	85%	85%	85%
Cantabria	84%	84%	84%
Aragón	82%	83%	83%
Andalucía	79%	81%	81%
Cataluña	78%	81%	80%
Castilla-La Mancha	79%	80%	80%
C.Valenciana	78%	80%	80%
Baleares	79%	79%	79%
España	78%	80%	79%
Castilla y León	77%	78%	79%
Navarra	79%	78%	78%
País Vasco	78%	78%	78%
Asturias	73%	75%	75%
Extremadura	73%	75%	74%
Rioja	70%	70%	71%
Madrid	73%	75%	70%
Ceuta y Melilla	69%	69%	69%

Nota: las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de Junio 2017.

Por último, otra de las variables claves del SAAD es el número de personas que realmente reciben la prestación. En la

Tabla 3 podemos ver tanto la evolución del número de personas con derecho a prestación como las personas con prestaciones en los últimos dos años. La variación en el número de personas con derecho a prestación es excepcional entre los años 2014 y 2015 debido a que en 2015, como ya adelantábamos en la introducción, se incorporaron los dependientes moderados, previstos para el año 2013 y que se habían retrasado por la crisis económica.

Es importante señalar que el ritmo de crecimiento del número de personas con derecho a prestación comenzó a desacelerarse entre 2015 y 2017 y se encuentra por debajo del ritmo de crecimiento del número de personas con prestaciones, lo que refleja algún tipo de mejoría en el funcionamiento del sistema.

A nivel nacional las variaciones interanuales en el número de personas con derecho a prestación comienzan a descender en 2016 respecto de 2015, pasando de una variación del 32% al 3% y finalmente al 1% entre junio 2017 y junio 2016. En cambio en el caso del número de personas con prestaciones la variación entre 2015 y 2014 ha sido del 7% y luego aumenta en los años siguientes al 9% en

proporción mayor que la variación del número de personas con derecho a prestación. En el caso de Aragón las variaciones entre 2016 y 2017 superan el 25% en el número de personas con prestaciones mientras que la variación en el número de personas con derecho a prestación no llega al 1% para el mismo periodo.

Tabla 3: Personas con derecho a prestación y personas beneficiarias por CCAA. Variación interanual 2015-2017

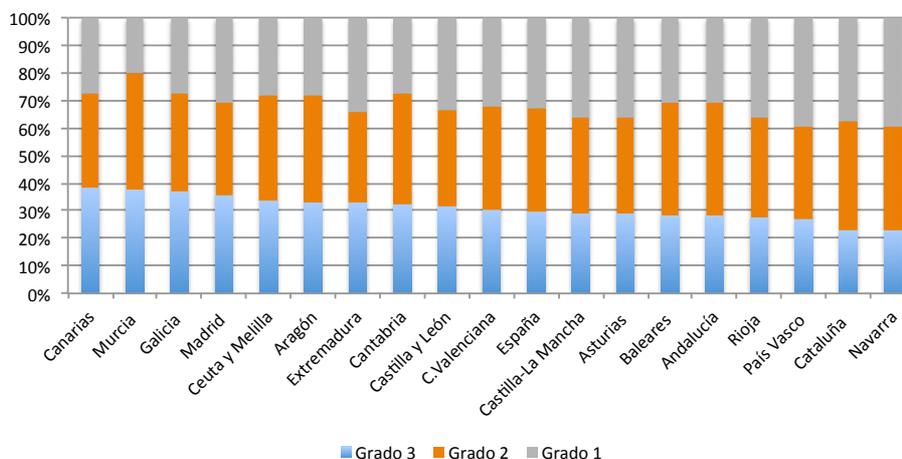
CCAA	PERSONAS CON DERECHO A PRESTACIÓN			CCAA	PERSONAS CON PRESTACIONES		
	2015-2014	2016-2015	2017-2016		2015-2014	2016-2015	2017-2016
Navarra	46.2%	5.1%	10.9%	Aragón	4.4%	18.0%	25.1%
Baleares	25.2%	7.2%	5.9%	Baleares	1.3%	25.4%	23.5%
Asturias	32.6%	8.1%	4.9%	Castilla-La Mancha	1.3%	12.3%	20.9%
Rioja	46.6%	2.7%	4.7%	Canarias	-40.1%	21.4%	20.6%
C.Valenciana	24.7%	0.8%	3.8%	C.Valenciana	3.4%	19.3%	20.5%
Castilla y León	30.4%	5.2%	3.8%	País Vasco	24.3%	10.6%	18.8%
País Vasco	50.5%	4.6%	3.5%	Navarra	6.9%	7.9%	16.2%
Cantabria	16.4%	-8.2%	3.3%	Galicia	7.2%	17.4%	11.7%
Galicia	21.6%	1.5%	2.1%	Asturias	14.1%	14.3%	11.7%
Ceuta y Melilla	33.8%	0.8%	2.0%	España	6.8%	8.7%	8.7%
Cataluña	42.6%	4.6%	1.5%	Extremadura	2.5%	9.9%	7.8%
Aragón	33.3%	4.5%	0.8%	Cataluña	0.5%	0.2%	7.2%
España	32.1%	2.8%	0.8%	Murcia	1.7%	16.9%	6.8%
Andalucía	28.9%	4.1%	-0.5%	Cantabria	1.2%	-4.1%	4.2%
Extremadura	40.7%	2.5%	-1.4%	Castilla y León	18.5%	16.0%	4.2%
Canarias	17.1%	2.5%	-1.8%	Andalucía	9.7%	2.6%	3.9%
Castilla-La Mancha	45.0%	1.5%	-2.1%	Ceuta y Melilla	23.6%	9.4%	2.7%
Madrid	34.5%	-1.0%	-2.7%	Madrid	12.5%	7.4%	1.1%
Murcia	2.3%	-3.7%	-2.8%	Rioja	6.7%	12.6%	-0.3%

Nota: Variación 2017-2016: a junio. Las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de la variación 2017-2016.

4.1. Grados de dependencia

Cabe recordar cuáles son los tres grados de dependencia en los que se clasifican las personas con derecho a prestación: gran dependencia (Grado 3), dependencia severa (Grado 2) y dependencia moderada (Grado 1). La situación actual según los últimos datos disponibles (Junio de 2017) se puede observar en el gráfico siguiente (Gráfico 9). A nivel nacional, el 38% de las personas con derecho a prestación se encuentran en situación severa (Grado 2), el 33% en situación moderada y el 30% en situación de gran dependencia. Respecto del grado 3, en Canarias cerca del 40% se encuentra en situación de grado 3 mientras en el otro extremo se encuentra Cataluña y Navarra con un 23% de las personas en gran dependencia.

Gráfico 9: Distribución por grados de la población con derecho a prestación por CCAA. Junio 2017



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

En cuanto a la variación interanual, observamos que en el último periodo analizado en muchas comunidades autónomas el número de personas con derecho a prestación en grado 3 disminuyen, siendo Cataluña la que mayor caída registra (-6%). En el resto de los grados, se destaca la disminución en Murcia del número de personas con derecho a prestación en grado 1 del 22% para el periodo 2016-2015 y del 12% para el periodo junio 2017-junio 2016.

Tabla 4: Variación personas con derecho a prestación según grados por CCAA. Variación interanual 2016-2015 y Mar 2017-Mar 2016

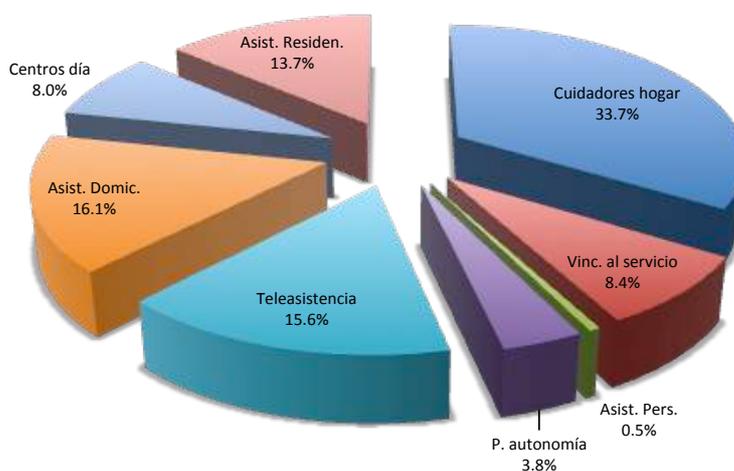
CCAA	Variación 2016-2015			Variación Jun 2017-Jun 2016		
	GRADO 3	GRADO 2	GRADO 1	GRADO 3	GRADO 2	GRADO 1
C.Valenciana	5%	0%	-1%	7%	4%	1%
Navarra	4%	1%	10%	5%	8%	17%
Baleares	11%	5%	7%	5%	4%	10%
Aragón	11%	3%	0%	4%	4%	-7%
País Vasco	9%	0%	6%	3%	1%	6%
Cantabria	-2%	-13%	-7%	2%	3%	5%
Ceuta y Melilla	2%	1%	-1%	1%	-2%	9%
Castilla-La Mancha	2%	1%	1%	0%	-2%	-4%
Asturias	7%	6%	12%	0%	3%	12%
Rioja	1%	0%	7%	0%	4%	10%
Galicia	8%	-4%	1%	0%	2%	6%
España	4%	1%	3%	-1%	1%	3%
Murcia	1%	4%	-22%	-2%	1%	-12%
Extremadura	2%	-3%	9%	-2%	-2%	0%
Castilla y León	2%	1%	13%	-2%	3%	11%
Canarias	4%	1%	3%	-3%	-1%	-2%
Andalucía	7%	4%	2%	-3%	3%	-3%
Madrid	0%	1%	-4%	-3%	-2%	-3%
Cataluña	2%	2%	10%	-6%	-1%	9%

Nota: las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto del grado 3 en variación 2017-2016.

4.2. Estructura de prestaciones y servicios

La estructura de servicios que ofrece el SAAD se compone de prestaciones de servicios y prestaciones económicas⁸. Las prestaciones económicas, siguiendo una tendencia ligeramente decreciente, representan en total un 43%, cuyo componente principal son las prestaciones para cuidadores en el entorno familiar (el resto son prestaciones vinculadas al servicio y la promoción a la asistencia personal). En cuanto a las prestaciones de servicios las mismas constituyen un 57%, siendo la promoción de la autonomía la de menor magnitud (3,8%).

Gráfico 10: Distribución porcentual prestaciones. España. Junio 2017



En cuanto a la evolución desde el 2008, se observa que, después del boom que registraron en los dos primeros años las prestaciones económicas, estas siguen una senda decreciente, para estabilizarse cerca del 43% en los dos últimos años. Nótese, además, que el peso de los cuidadores en el entorno familiar, a pesar de ser el componente más representativo, ha ido disminuyendo paulatinamente en el total en los últimos años.

⁸ En el Anexo incluimos los conceptos básicos del SAAD al igual que la descripción de las prestaciones que otorga.

Tabla 5: Distribución de las prestaciones en el periodo 2008-2017

	Prestaciones económicas				Total prestaciones	Porcentaje	
	P. Vinculada Servicio	P. Cuidados Entorno familiar (PCEF)	P. Asistencia Personal	Total		Prestaciones económicas sobre total	PCEF sobre total
dic-08	13,197	109,287	171	122,655	421,846	29.1	25.9
dic-09	36,076	266,298	658	303,132	520,736	58.2	51.1
dic-10	52,402	377,787	735	430,924	780,862	55.2	48.4
dic-11	60	417,782	874	478,492	917,604	52.1	45.5
dic-12	64,532	426,810	1,280	492,622	959,903	51.3	44.5
dic-13	72,029	408,401	1,441	481,871	945,051	51.0	43.2
dic-14	73,636	374,348	1,883	449,867	929,983	48.4	40.3
dic-15	83,734	360,505	3,440	447,679	997,984	44.9	36.1
dic-16	90,847	361,209	5,779	457,835	1,068,967	42.8	33.8
jun-17	92,589	373,050	5,794	471,433	1,105,366	42.6	33.7

A nivel regional la situación es bastante dispar. En comunidades como Baleares, Extremadura, Navarra y Aragón, las prestaciones económicas superan ampliamente el nivel nacional (43%), rondando el 60-70%. En el otro extremo se encuentran Galicia, Castilla La Mancha, Andalucía, La Rioja y Madrid donde la participación de las prestaciones económicas oscila entre el 20 y el 30% (Gráfico 11). En la

Tabla 6 se puede observar la estructura de las prestaciones con más detalle. En general se observa que una gran proporción va dirigida a los cuidadores en el entorno familiar. La composición de las ayudas varía significativamente entre comunidades, lo que genera modelos de atención sumamente dispares.

A modo de ejemplo, en Madrid el peso en cuidadores en el entorno familiar es del 16,4% y se asigna una mayor participación a la teleasistencia o asistencia a domicilio con alrededor de un 23%/24% en cada caso. En Extremadura las prestaciones vinculadas al servicio representan cerca del 40%, mientras que en Galicia un 30% se destina a la asistencia a domicilio, en Andalucía el 32% de las prestaciones son teleasistencia, en Canarias, el 21% es para centros de día y finalmente en Cantabria, el 26% se otorga en servicios de asistencia residencial.

Gráfico 11: Distribución porcentual prestaciones por CCAA. Junio 2017

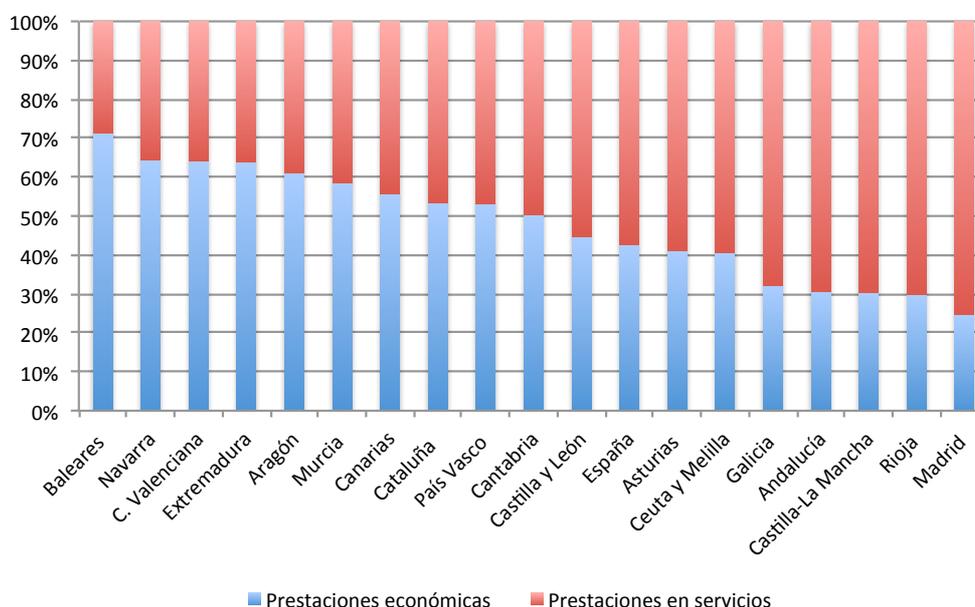


Tabla 6: Distribución prestaciones desagregadas por CCAA. Junio 2017

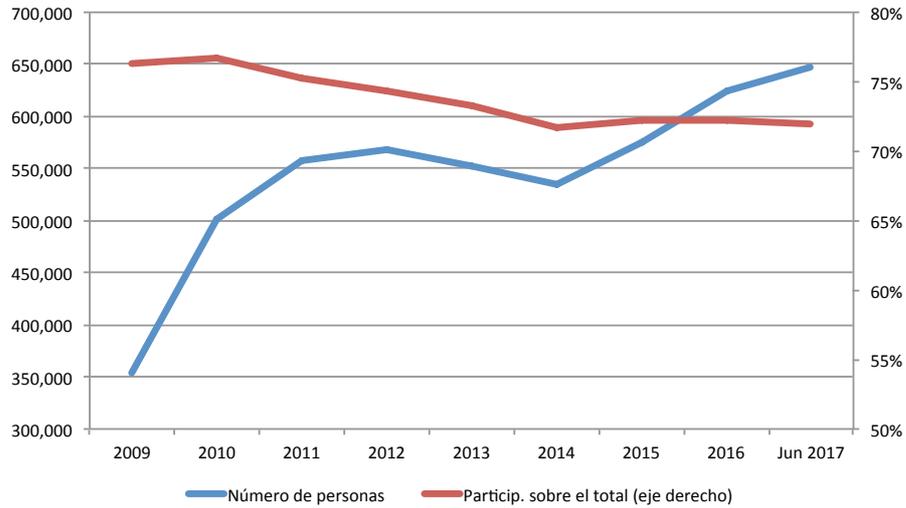
CCAA	PRESTACIONES ECONÓMICAS				PRESTACIONES DE SERVICIOS			
	Cuidadores hogar	Vinc. al servicio	Asist. Pers.	P. autonomía	Teleasistencia	Asist. Domic.	Centros día	Asist. Residen.
Baleares	66.9%	4.5%	0.0%	1.5%	3.6%	3.1%	6.4%	14.0%
Navarra	56.6%	7.8%	0.0%	1.4%	11.8%	7.1%	2.0%	13.3%
Murcia	54.4%	4.2%	0.0%	8.7%	13.1%	0.7%	8.5%	10.3%
C. Valenciana	52.3%	11.9%	0.0%	0.9%	6.8%	0.0%	10.8%	17.3%
Cantabria	50.2%	0.0%	0.0%	0.0%	7.4%	5.9%	10.3%	26.2%
Cataluña	47.0%	6.5%	0.0%	0.6%	10.1%	14.0%	6.7%	15.1%
País Vasco	44.4%	1.6%	7.2%	0.2%	10.9%	9.0%	9.6%	17.2%
Aragón	42.7%	18.3%	0.0%	10.0%	2.2%	6.8%	5.5%	14.4%
Ceuta y Melilla	40.5%	0.1%	0.0%	12.3%	16.8%	22.2%	2.1%	6.0%
Canarias	40.4%	15.4%	0.0%	0.2%	3.4%	0.1%	21.2%	19.4%
España	33.7%	8.4%	0.5%	3.8%	15.8%	16.1%	8.0%	13.7%
Asturias	32.2%	8.9%	0.0%	21.7%	3.6%	13.7%	8.4%	11.5%
Andalucía	29.3%	1.3%	0.0%	0.7%	31.7%	21.5%	5.6%	9.9%
Extremadura	25.2%	38.8%	0.0%	4.1%	6.3%	2.8%	6.4%	16.5%
Galicia	22.9%	9.0%	0.2%	6.4%	5.2%	30.1%	12.5%	13.7%
Castilla-La Mancha	22.9%	7.4%	0.0%	7.8%	15.0%	21.4%	5.2%	20.2%
Castilla y León	22.0%	22.3%	0.3%	11.8%	7.6%	20.6%	7.6%	7.8%
Rioja	21.4%	8.3%	0.0%	8.4%	20.9%	19.1%	8.4%	13.4%
Madrid	16.4%	8.2%	0.0%	2.0%	24.1%	22.7%	10.9%	15.8%

5. Perfil de la población beneficiaria

La población de 65 años o más es la que solicita en mayor medida las prestaciones del SAAD. En particular, el 76% del total de solicitudes presentadas son personas en dicho grupo poblacional. Mostramos a continuación el porcentaje de personas beneficiarias de 65 años o más respecto del total de beneficiarios a nivel nacional. Como comentábamos en el primer informe en los primeros años del SAAD dicha participación era más elevada (76%) dado que se había comenzado por los casos

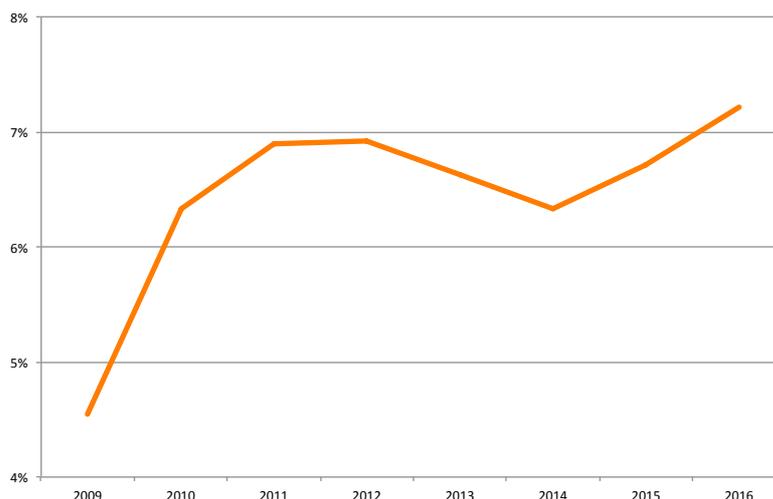
más graves y en la actualidad se mantiene constante en torno al 72%. Sin embargo, en términos absolutos se observa un salto considerable en el número de beneficiarios de 65 años o más entre 2015 y 2016 al igual que en 2017 (variación junio 2016-junio 2017).

Gráfico 12: Porcentaje y número de personas beneficiarias con prestaciones de 65 años o más. 2009-2017. España.



Otro dato interesante es la relación entre el número de personas beneficiarias y el total de población dentro de dicho grupo de edad. En el último año, 2016, vemos que la participación ha subido desde el año 2014 (desde el 6,3% al 7,2% en la actualidad). La participación en el año 2016 representa el valor máximo observado en todo el periodo analizado. La disminución que veíamos en años anteriores como correlato con los recortes introducidos en el sistema se ve compensada posiblemente con la recuperación del gasto público del SAAD en las comunidades en los años 2015 y 2016 (que describiremos en la sección 7).

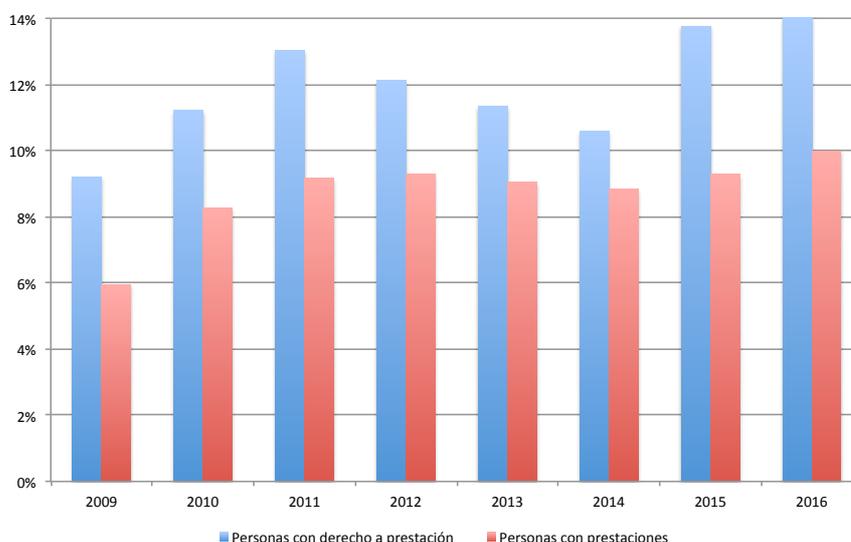
Gráfico 13: Participación personas beneficiarias de 65 años o más respecto de la población 65 años o más. 2009-2016. España.



Por último, analizamos a nivel nacional y posteriormente a nivel regional para los últimos años, la relación entre el número de personas con derecho a prestación y personas beneficiarias respecto de la población de 65 años o más. Se puede ver en el

Gráfico 14 que la participación del número de personas con derecho a prestación sobre el total de población mayor comenzó siendo del 9,2% en 2009 aumentando levemente hacia el 2012, volviendo a caer en 2013 y 2014 y finalmente se recupera alcanzando el máximo en el año 2016, siendo del 14%. En cuanto a la participación de las personas con prestaciones, ha sido más estable desde el año 2011, oscilando entre el 9-10%, aunque debe notarse que en el último año disponible dicha proporción ha sido la más alta de todo el periodo.

Gráfico 14: Participación personas beneficiarias con prestaciones y con derecho a prestación respecto de la población de 65 o más. 2009-2016. España.



A nivel regional, se puede notar que las cifras se mantienen estables entre ambos años. Pero sí se perciben algunos aumentos en la mayoría de las comunidades para el caso de la proporción de personas con prestaciones respecto de la población mayor de 65 años. En este sentido, a nivel nacional dicha participación pasa del 9,3% al 10%. Comunidades como Murcia, Castilla y León y Baleares son las que más aumentan en esos años, en cerca de 2 puntos porcentuales.

En relación al PIB per cápita, ya habíamos señalado en el primer informe que puede existir cierta relación entre cobertura y nivel de renta per cápita bajo como es el caso de Andalucía, Murcia, Castilla La Mancha o Extremadura, que a su vez figuran en los primeros puestos de la lista.

Tabla 7: Participación personas con derecho a prestación y personas beneficiarias respecto de la población de 65 años o más por CCAA. 2015-2016

CCAA	PARTICIPACIÓN SOBRE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS O MÁS				PIB per cápita 2016. Indice Media=100
	PERSONAS CON DERECHO		PERSONAS CON PRESTACIONES		
	2015	2016	2015	2016	
Andalucía	20.2%	20.9%	13.2%	13.4%	73.6
Murcia	18.2%	17.4%	12.5%	14.5%	81.0
Castilla-La Mancha	16.8%	17.1%	9.7%	10.9%	77.6
Rioja	16.1%	16.4%	10.7%	11.9%	107.2
Extremadura	15.8%	16.2%	10.3%	11.3%	68.3
Cataluña	15.3%	15.8%	9.3%	9.2%	119.3
País Vasco	15.1%	15.5%	11.0%	12.0%	132.7
Ceuta y Melilla	15.1%	15.1%	13.4%	14.4%	77.5
Cantabria	16.0%	14.5%	11.8%	11.1%	89.9
Castilla y León	13.7%	14.3%	12.3%	14.3%	94.5
España	13.8%	14.0%	9.3%	10.0%	100.0
Aragón	11.6%	12.1%	6.4%	7.6%	109.8
Madrid	11.9%	11.5%	9.4%	9.9%	136.5
Navarra	11.1%	11.5%	7.5%	7.9%	124.4
Baleares	10.4%	11.0%	7.0%	8.7%	103.8
Galicia	10.0%	10.1%	6.4%	7.4%	89.1
Canarias	9.6%	9.7%	4.5%	5.3%	82.9
Asturias	8.7%	9.3%	6.9%	7.9%	87.2
C.Valenciana	7.4%	7.4%	4.7%	5.6%	88.8

Nota: Las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de las personas con derecho a prestación 2016.

5.1. Breve mención sobre los seguros privados destinados a la dependencia

Como señalábamos anteriormente, la gran mayoría de las solicitudes que se presentan al SAAD proceden de las personas mayores de 65 años. El envejecimiento de la población generará sin dudas mayores presiones al sistema público. Como alternativa, los individuos también pueden elegir contratar seguros privados para la dependencia para intentar reducir las listas de espera o porque

consideran que los servicios o beneficios públicos son insuficientes o bien debido a que el sistema está sujeto al copago excesivo (Jiménez-Martín, et. al, 2016). Según señalan los autores, las cifras sobre seguros privados son bastantes escasas comparadas a otros países. El poco desarrollo de este mercado en España se debe a que los individuos que quieran optar por un seguro privado solo para dependencia deben adquirir el paquete completo de un seguro privado de salud, dado que la cobertura de riesgo por dependencia sólo se ofrece como complemento de dicho seguro de salud.

Según datos encontrados en la nota de prensa de la Asociación Empresarial del Seguro (UNESPA) para el primer trimestre 2016⁹, el número de asegurados en dependencia era de 36.687 personas, un 4,28% más que en el mismo trimestre de 2015. Sin embargo, el total de seguros de dependencia representa una porción ínfima del total de asegurados en seguros de vida, cerca del 0,1%. Sin duda un tema al que se tendrá que prestar más atención en el futuro.

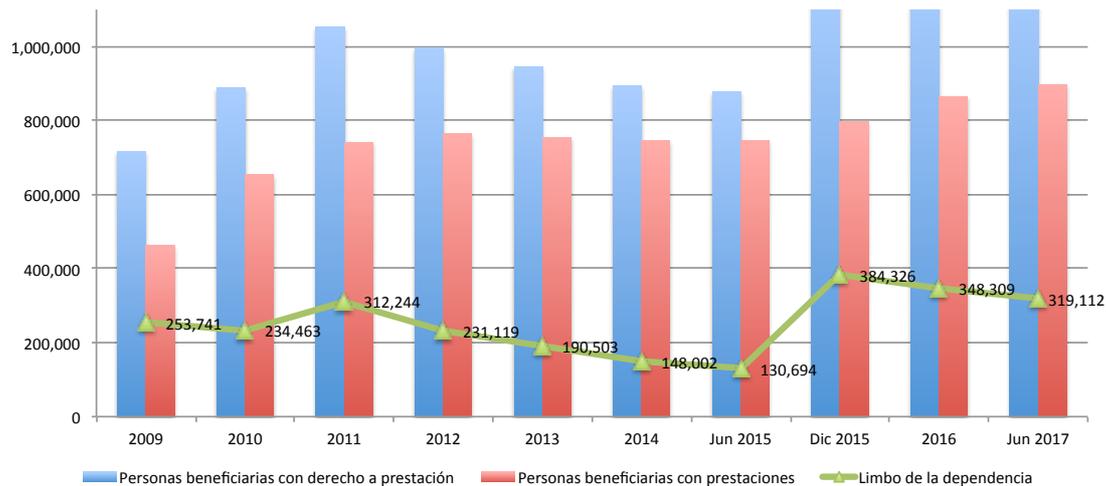
6. Foco de atención: el limbo de la dependencia

Tal y como planteamos en el primer informe y en la introducción, en julio 2015 se observa un aumento importante en la cantidad de personas con derecho a prestación que esperan recibir el beneficio, incrementándose de esta manera el denominado “limbo de la dependencia”. Esto se debe en buena parte a que es a partir de esa fecha que se comenzó a incorporar al sistema a los dependientes moderados que estaban retrasados en el acceso a las prestaciones por el advenimiento de la crisis (había sido previsto para el año 2013 y luego se extendió a Julio 2015).

A continuación mostramos el gráfico clave donde se observa la cantidad de personas en el limbo de la dependencia desde el año 2009 (datos que ya se habían publicado en el primer informe del Observatorio) junto con los nuevos valores disponibles de los años 2015 a 2017 para este segundo informe. Vemos que si bien se percibe un ligero descenso de las personas en el limbo de la dependencia, todavía estamos muy alejados de los valores previos a diciembre 2015.

Gráfico 15: Número de personas con derecho a prestación y número de personas beneficiarias: limbo de la dependencia. España. 2009-2017.

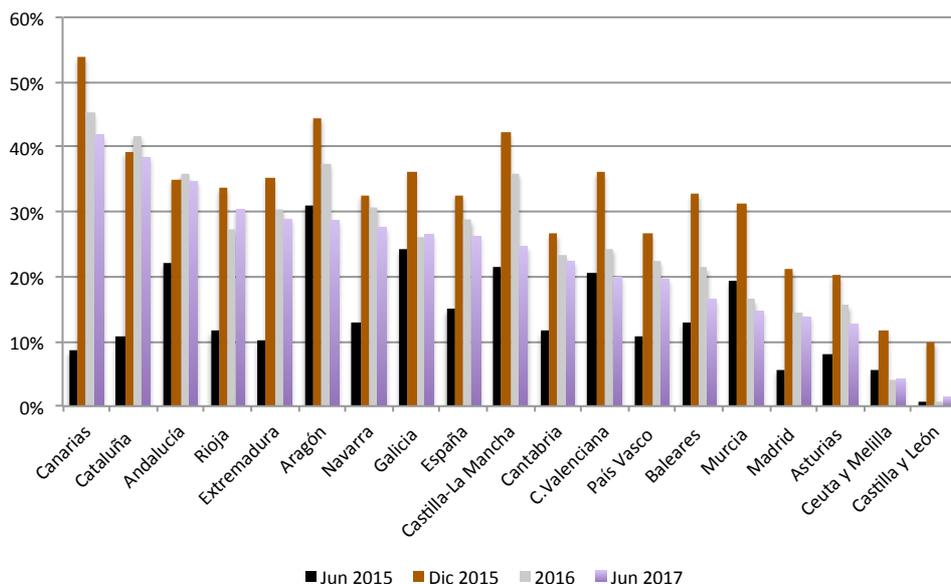
⁹ https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/RANKING_MARZO_2016.pdf



A nivel regional resulta preocupante la gran cantidad de personas que esperan que se haga efectivo el derecho que se les ha reconocido a una prestación. La situación es bastante dispar. A junio 2017, en Canarias, Cataluña, Andalucía y La Rioja, el porcentaje de personas en el limbo de la dependencia oscila entre el 42% y 30%. En el otro extremo, los niveles son más moderados por ejemplo en Baleares, Murcia, Madrid y Asturias y aún más esperanzadores en Ceuta y Melilla con un 4% y Castilla y León, con un 1% de las personas en el limbo de la dependencia.

El salto es muy grande entre Junio 2015 y Diciembre 2015 por el impacto de la incorporación de los dependientes moderados al SAAD pero al observar los datos de 2016 y 2017 se perciben algunos cambios notorios. Si comparamos Junio 2017 con Diciembre 2015 en casi todas las comunidades se ven descensos entre ambos periodos y en varios casos estas disminuciones superan los 10 puntos porcentuales. Por ejemplo, en Baleares y Murcia el descenso es de 16/17 puntos porcentuales, pasando del 33% al 17% y del 31% al 15% respectivamente.

Gráfico 16: Porcentaje de personas que esperan recibir el beneficio de la prestación: limbo de la dependencia por CCAA. Junio y Diciembre 2015, 2016 y Junio 2017.



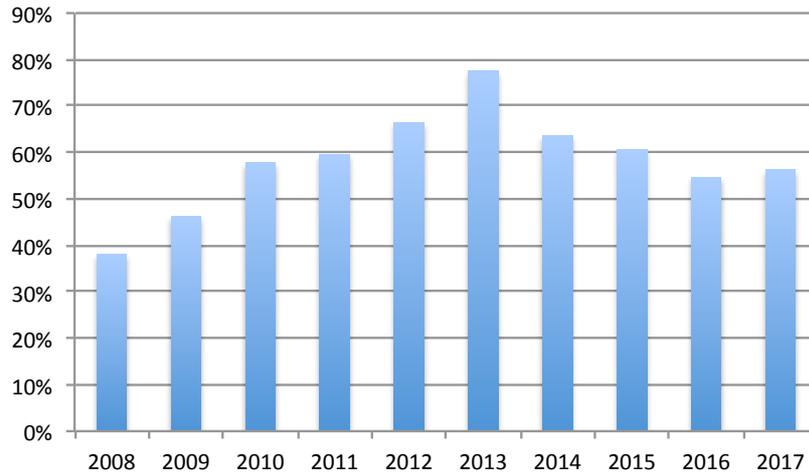
Nota: Las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de Junio 2017.

7. El presupuesto en dependencia

La partida presupuestaria asignada al SAAD “Autonomía personal y gestión a la dependencia” se encuentran incluida en el Programa 231.I de los Presupuestos Generales del Estado (PGE) que depende del programa 231 “Acción Social” y de manera más agregada forma parte del Programa 23 denominado “Servicios Sociales y Promoción Social”. Esta partida la podemos encontrar en los PGE desde el año 2010 pero en los años previos podemos identificar el monto para dependencia a través del Libro Amarillo porque no se encuentra desagregado para dicho programa.

Podemos ver en el gráfico siguiente cómo fue la evolución de la participación del programa de dependencia dentro de la política “Servicios Sociales y Promoción Social” del Presupuesto General del Estado. En 2008 la participación alcanza cerca del 40% y en la actualidad gira en torno al 55%. Su pico máximo se observa en el año 2013 con una participación cercana al 80%. Sin embargo, en este año se incluye la financiación de obligaciones pendientes de pago de cuotas a la Seguridad Social de cuidadores no profesionales que asciende a 1.034 millones de euros que hace que la partida sea más grande. Es por ello que en el año 2013 aún no se refleja el efecto de los recortes introducidos que habían comenzado en el año anterior.

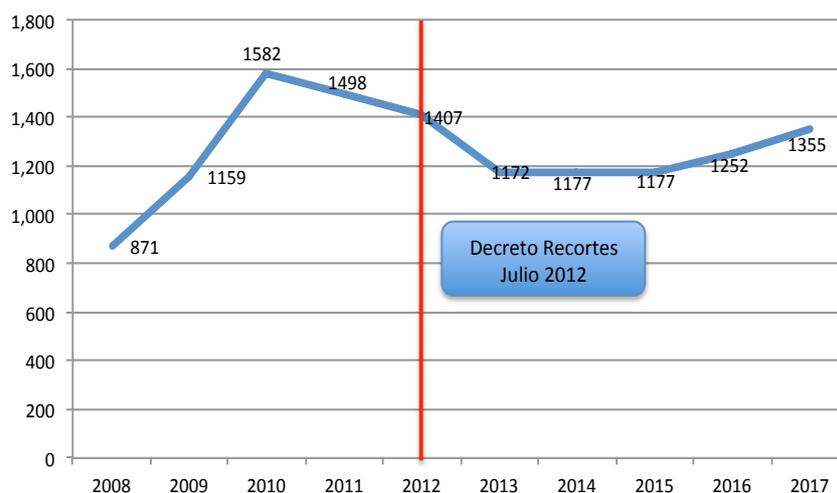
Gráfico 17: Participación partida dependencia sobre Política Servicios Sociales y Promoción Social. Presupuestos Generales del Estado. 2008-2017



Nota: 2017 Proyecto de Presupuesto.

En el **Gráfico 18** se puede ver los montos presupuestados para cada año en materia de dependencia. El presupuesto de dependencia comienza con un monto de 871 millones de euros y en los dos años sucesivos aumenta en un 33% y 37% en 2009 y 2010, respectivamente. No obstante, en los años 2011 y 2012 ya empiezan a observarse recortes, y se reflejan variaciones negativas en torno al 6%. Por último, podemos ver una cierta recuperación en los últimos años, con tasas de crecimiento que van del 6,4% en 2016 al 8,2% que figura en el Proyecto de Presupuesto para el año 2017, cuando se alcanzan 1.355 millones euros, todavía por debajo de los niveles observados de 2009 a 2011.

Gráfico 18: Partida presupuestaria para Dependencia. En millones de euros. Presupuestos Generales del Estado. 2008.2017



En cuanto a la financiación total del sistema de dependencia en cada comunidad autónoma, en la . Como puede verse el coste global estimado del SAAD incluye la aportación general del Estado, las aportaciones de las administraciones autonómicas y las aportaciones de los usuarios (copago). La aportación del Estado a la financiación total en las comunidades autónomas varía entre un 11% (País Vasco) y un 23% (Galicia). Por otra parte, la aportación de las comunidades autónomas varía entre el 59% de Galicia y el 73% de Cantabria. Finalmente, los copagos de los ciudadanos oscilan entre un mínimo del 12% observado en la Comunidad Valenciana y el 20% de Madrid. Finalmente, en el porcentaje de copagos se observa gran variabilidad entre las comunidades, dado que en Valencia y Murcia por ejemplo estos aportan el 12% de la financiación mientras que en Madrid, Castilla León y Castilla La Mancha aportan el 19%-20%. En una exploración preliminar no encontramos relación de los porcentajes de copago con el PIB per cápita ni con la orientación política.

Tabla 8 se presenta un resumen del coste global estimado del SAAD¹⁰. Como puede verse el coste global estimado del SAAD incluye la aportación general del Estado, las aportaciones de las administraciones autonómicas y las aportaciones de los usuarios (copago). La aportación del Estado a la financiación total en las

¹⁰ En esta sección hemos contado con los informes de la “Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales” donde se evalúa la situación de cada comunidad autónoma para el año 2013, 2015, 2016 en relación al gasto público SAAD (último informe publicado).

comunidades autónomas varía entre un 11% (País Vasco) y un 23% (Galicia). Por otra parte, la aportación de las comunidades autónomas varía entre el 59% de Galicia y el 73% de Cantabria. Finalmente, los copagos de los ciudadanos oscilan entre un mínimo del 12% observado en la Comunidad Valenciana y el 20% de Madrid. Finalmente, en el porcentaje de copagos se observa gran variabilidad entre las comunidades, dado que en Valencia y Murcia por ejemplo estos aportan el 12% de la financiación mientras que en Madrid, Castilla León y Castilla La Mancha aportan el 19%-20%. En una exploración preliminar no encontramos relación de los porcentajes de copago con el PIB per cápita ni con la orientación política.

Tabla 8: Financiación total del sistema de dependencia por CCAA. En millones de euros. 2016

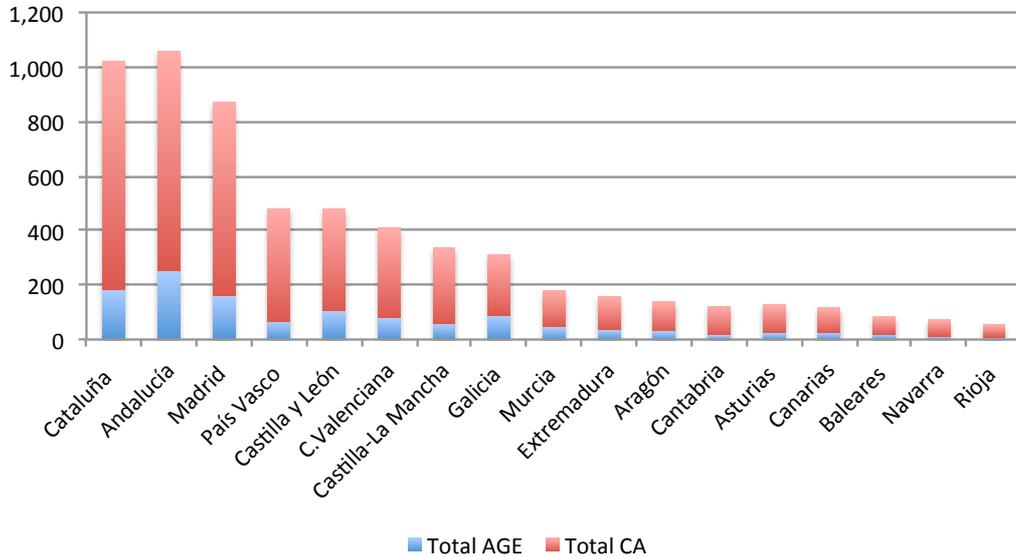
CCAA	Coste global estimado del SAAD	Total AGE	Total CA	Copago	Distribución en porcentaje		
					Total AGE	Total CA	Copago
Andalucía	1,296.5	253.5	804.1	239.0	20%	62%	18%
Aragón	160.5	31.3	107.5	21.8	19%	67%	14%
Asturias	154.6	25.2	102.3	27.0	16%	66%	17%
Baleares	97.1	20.0	63.3	13.9	21%	65%	14%
Canarias	138.7	26.8	88.8	23.1	19%	64%	17%
Cantabria	145.8	16.8	105.7	23.3	12%	73%	16%
Castilla y León	593.3	105.5	374.4	113.4	18%	63%	19%
Castilla-La Mancha	413.6	57.6	277.5	78.5	14%	67%	19%
Cataluña	1,229.9	183.8	837.1	209.1	15%	68%	17%
C.Valenciana	464.2	80.2	329.2	54.8	17%	71%	12%
Extremadura	191.1	35.7	122.2	33.2	19%	64%	17%
Galicia	380.6	86.6	226.3	67.7	23%	59%	18%
Madrid	1,093.2	160.1	712.2	220.9	15%	65%	20%
Murcia	208.1	47.5	133.6	27.0	23%	64%	13%
Navarra	85.0	11.7	60.3	13.0	14%	71%	15%
País Vasco	574.3	65.8	415.4	93.2	11%	72%	16%
Rioja	66.7	9.2	44.9	12.7	14%	67%	19%
TOTAL NACIONAL	7,293.4	1,217.2	4,804.5	1,271.7	17%	66%	17%

Fuente: los informes de la "Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales"

En el **Gráfico 19** vemos la distribución del gasto público del SAAD por parte de Estado y de cada comunidad autónoma. En general, las comunidades autónomas aportan la mayor parte del gasto total. Su aportación varía entre el 70-75% (en Andalucía, Aragón, Baleares, Extremadura y Galicia) y cerca del 80-85% (en

Asturias, Cantabria, Castilla la Mancha, Cataluña, Valencia, Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja).

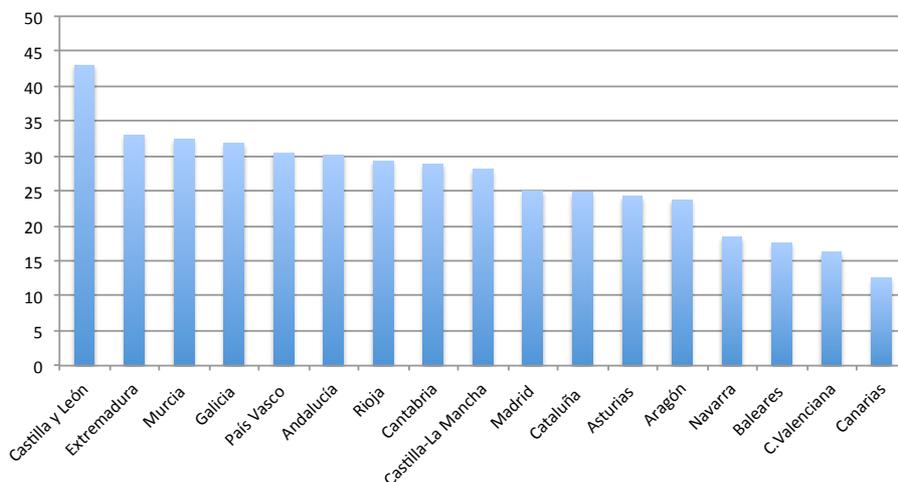
Gráfico 19: Distribución gasto público SAAD por CCAA. En millones de euros. 2016



Fuente: los informes de la “Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales.

Asimismo, en el **Gráfico 20** se puede ver la aportación per cápita del Estado en cada comunidad. Por ejemplo, Castilla y León recibe per cápita casi 4 veces más que Canarias (43 vs 13 euros). Luego una gran mayoría tiene aportaciones per cápita que rondan entre los 25 y 20 euros per cápita y finalmente otras comunidades como Navarra, Baleares y Valencia reciben menos de 20 euros per cápita.

Gráfico 20: Gasto público SAAD AGE en términos per cápita (en euros). 2016



Fuente: los informes de la “Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales e INE.

Nota: cifras de población INE a 1 de enero 2016.

En cuanto a la evolución del gasto público del SAAD (**Tabla 9 y Gráfico 21**) de los últimos años¹¹ vemos que se observa una disminución considerable en el año 2014 respecto de 2012, para luego recuperarse desde 2015. Las que más se han visto perjudicadas en los años de la crisis han sido Andalucía (con una caída del 21%), Valencia (caída del 18%), Aragón y La Rioja (con bajadas del 14%). En cuanto a la variación del gasto público en el año 2016 respecto de 2014 se observa que en general todas las comunidades han experimentado subidas que oscilan entre el 2% (La Rioja) y el 23% (Valencia). La única excepción es Cantabria que durante el periodo 2014-2012 fue una de las pocas comunidades con un incremento del 14% (también lo fue el País Vasco), pero en el último periodo registró un descenso del 2%.

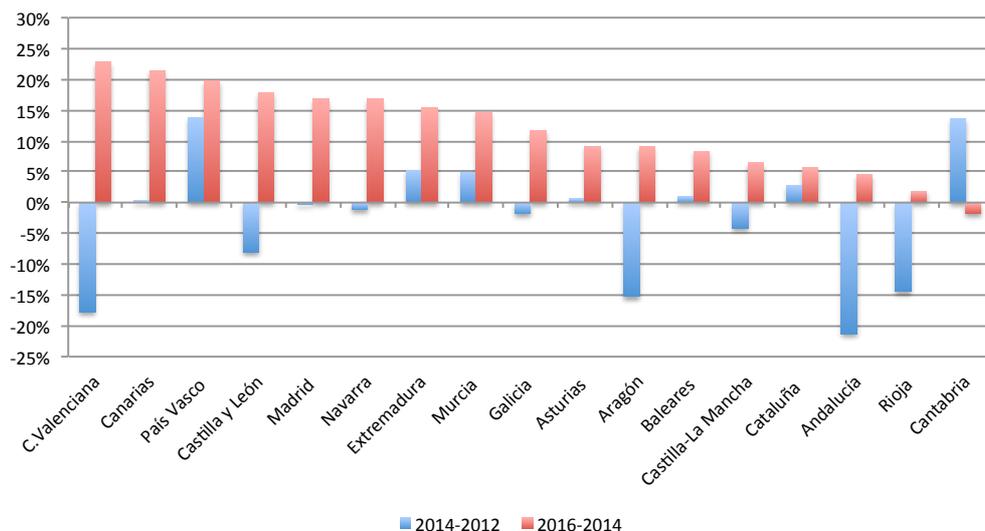
Tabla 9: Gasto público SAAD por CCAA. En millones de euros. 2012, 2014 y 2016

CCAA	2012	2014	2016
Andalucía	1,285.1	1,011.1	1,057.6
Aragón	150.1	127.2	138.7
Asturias	116.1	116.8	127.5
Baleares	76.1	76.9	83.3
Canarias	95.2	95.3	115.7
Cantabria	109.8	124.7	122.5
Castilla y León	442.5	407.1	479.9
Castilla-La Mancha	328.5	314.8	335.0
Cataluña	940.5	966.5	1,020.8
C.Valenciana	405.1	333.3	409.4
Extremadura	130.1	137.0	158.0
Galicia	285.3	280.1	312.9
Madrid	747.6	746.5	872.3
Murcia	150.6	158.0	181.1
Navarra	62.4	61.6	72.0
País Vasco	353.0	401.9	481.1
Rioja	62.0	53.0	54.0
TOTAL NACIONAL	5,739.8	5,412.0	6,021.7

Fuente: los informes de la "Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales.

Gráfico 21: Variación porcentual gasto público del SAAD por CCAA. 2014-2012 y 2016-2014.

¹¹ La sección de la financiación de las comunidades autónomas como ya hemos señalado, se basa en información de los Dictámenes Observatorio de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales disponible en: <http://www.directoressociales.com/documentos/dictámenes-observatorio.html>. En estos dictámenes la información más anterior que se dispone para las comunidades autónomas es del año 2012.



Fuente: los informes de la “Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales.

8. El mercado laboral

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

Con los nuevos valores incorporados para este segundo informe desde el tercer trimestre 2015 hasta el segundo trimestre de 2017, observamos que la participación de los ocupados en el sector sociosanitario respecto del total de ocupados se mantiene constante en torno al 2,5%-2,6%.

Al objeto de entender mejor la evolución del empleo en el sector sociosanitario, en esta oportunidad hemos incorporado la participación de cada uno de los grupos (códigos de empleo según la CNAE 2009) que forman parte del sector de la dependencia, sobre el total del empleo. El sector sociosanitario comprende la siguiente lista de actividades según la CNAE 2009:

- 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.

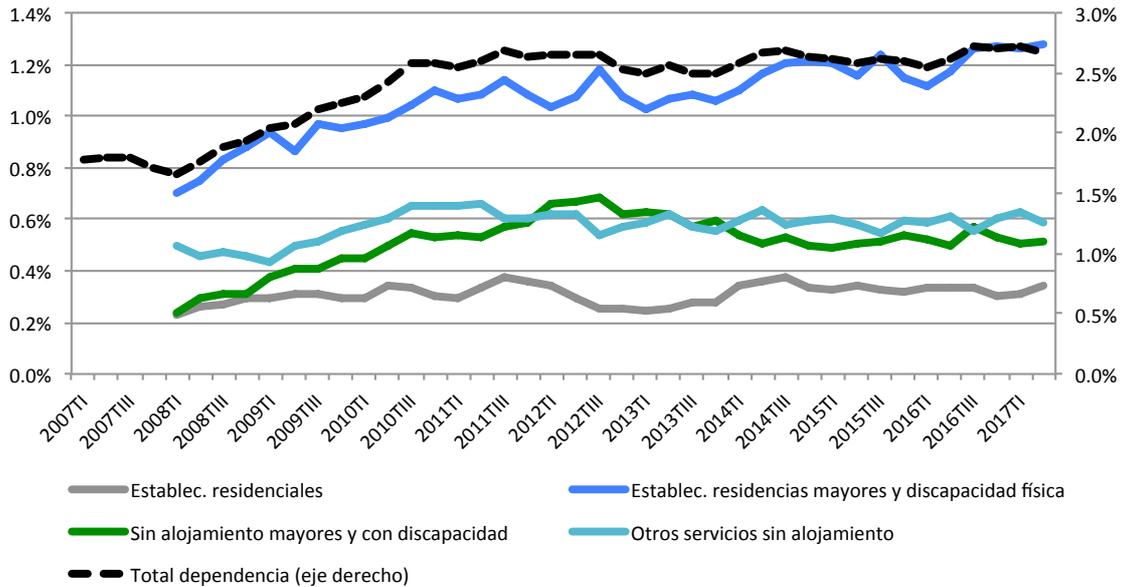
- Código 889: Otras actividades de servicios sociales sin alojamiento.

Para una mejor visualización de la evolución del empleo en los diferentes sectores, hemos agrupado la asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios, para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia y otras actividades en establecimientos residenciales (códigos 871, 872 y 879). Este grupo lo hemos denominado “Establecimientos residenciales”. Luego hemos dejado aparte el grupo de “Establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física” (código 873)¹².

Se puede observar en el siguiente gráfico que la asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física es el que mayor peso tiene dentro del empleo total en dependencia y ha ido variando favorablemente respecto del total de ocupados, partiendo de un 0,7% en 2008 a un 1,3% en 2017. El otro componente de establecimientos residenciales (que hemos agrupado) registra desde el tercer trimestre 2012 hasta finales de 2013 (posiblemente asociado con los recortes) un cierto estancamiento que finalmente se recupera alcanzando una participación del 0,3%. Por último, los servicios sociales sin alojamiento para mayores y con discapacidad comienzan creciendo desde el 0,2% en el año 2008 hasta alcanzar su máximo en 0,7% en los primeros trimestres de 2012, pero luego empieza a caer y se sitúa en la actualidad cerca del 0,5%. El otro componente restante de servicios sociales sin alojamiento también presenta una desaceleración en los años de recortes para luego recuperarse levemente.

Gráfico 22: Participación de los ocupados en el sector de la dependencia sobre el empleo total. España. 2007TI-2017TII

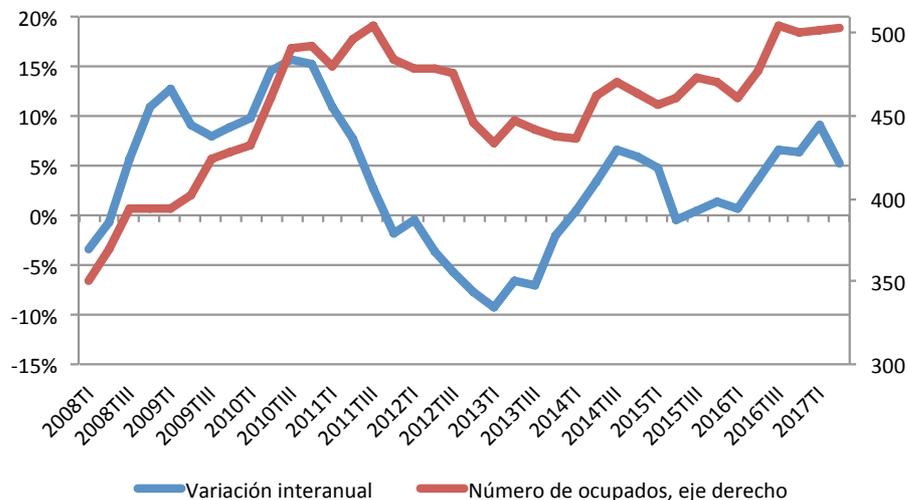
¹² La separación de las distintas actividades se ha hecho para facilitar la comprensión del gráfico. Hemos agrupado aquellas actividades pertenecientes a la categoría de asistencia en establecimientos residenciales (código 87) con una menor participación sobre el total del sector de la dependencia para que pueda verse con mayor claridad. De esta manera, las actividades Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios (código 871), Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia (código 872) y Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales (código 879) tienen una participación cada una que no supera el 0,2% y por este motivo las hemos clasificado en una sola categoría.



Nota: La información por código de empleo según la CNAE 2009 con los microdatos de la EPA se han podido obtener a partir de 2008.

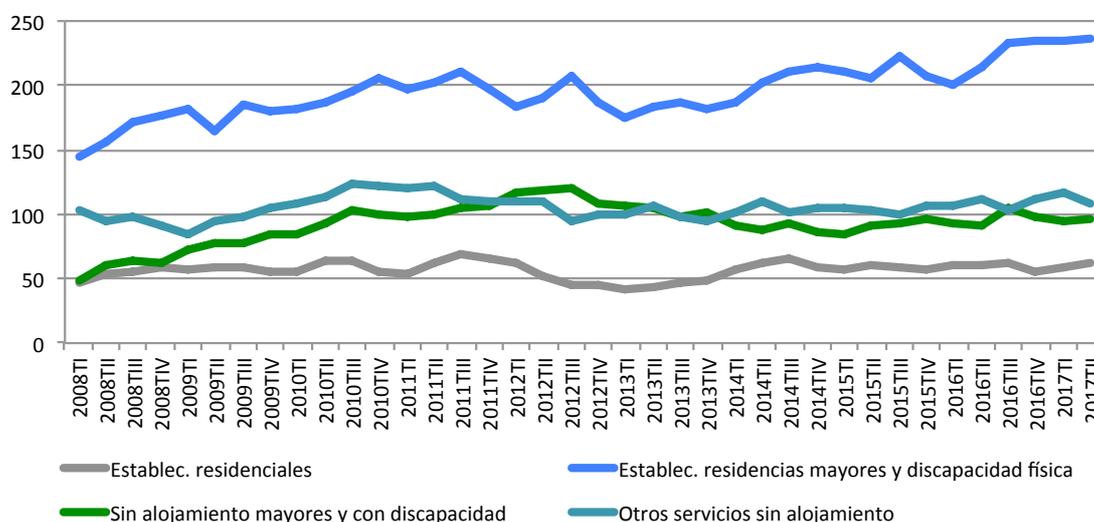
Por otra parte, según los datos de la EPA, se observa en términos generales una mejoría bastante importante en la situación laboral del sector. En el siguiente gráfico vemos que en la actualidad el número de ocupados en el sector se encuentra en igual situación que en el tercer trimestre 2011, pico más alto en la etapa pre-recortes. En términos interanuales, con los nuevos valores actualizados el número de ocupados ha variado positivamente en cada trimestre siendo el cambio en el primer trimestre 2017 de un 9% y en el segundo trimestre 2017 de un 5,3%.

Gráfico 23: Variación interanual y número de ocupados en el sector de la dependencia (miles). España. 2007TI-2017TII



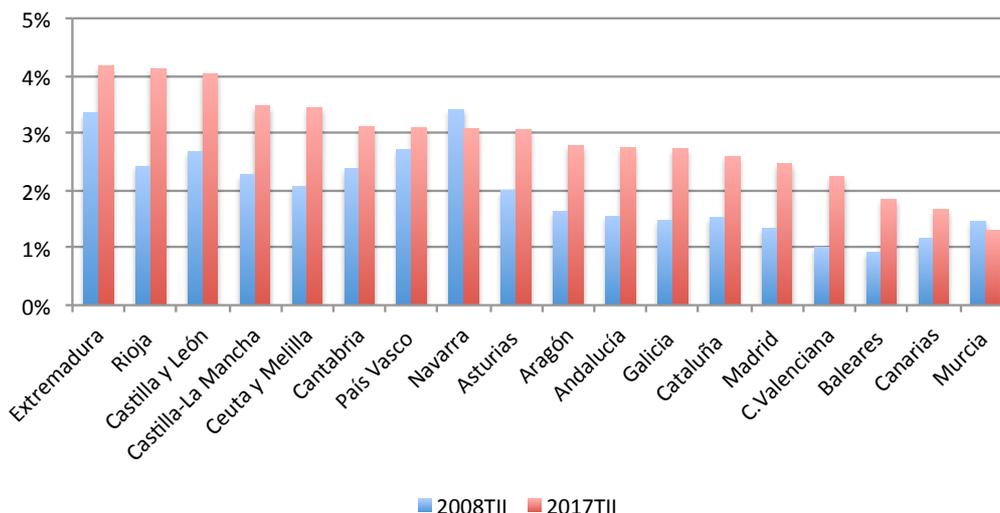
En cuanto a la evolución en el número de ocupados en cada uno de los grupos del sector de la dependencia, se observa un crecimiento de los establecimientos residenciales para mayores y con discapacidad física partiendo de 150 mil ocupados en 2008 hasta alcanzar cerca de 250 mil ocupados en el último periodo. También se percibe un aumento en el total de ocupados en el grupo de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y con discapacidad dado que al inicio de 2008 el número ascendía a 50 mil y en la actualidad alcanza 100 mil ocupados. En el resto de grupos (establecimientos residenciales y otros servicios sin alojamiento), el número de ocupados se ha mantenido relativamente constante.

Gráfico 24: Número de ocupados en el sector de la dependencia (miles). España. 2008TI-2017TII



Finalmente mostramos la participación del empleo en dependencia respecto del total de empleo para las comunidades autónomas en dos momentos en el tiempo: 2008 y 2016. En la actualidad la participación del total de empleo en dependencia sobre el total de ocupados en cada comunidad es mayor que hace 8 años atrás (cerca del comienzo de la crisis) a excepción de Navarra (desciende levemente 0,3 p.p.) y Murcia (desciende 0.2 p.p.). En Extremadura, La Rioja y Castilla y León el peso del número de ocupados en el sector de la dependencia es alrededor del 4%, bastante por encima de lo que ocurre a nivel nacional (2,7%). Por otro lado, Aragón, Andalucía, Galicia, Cataluña y Madrid tienen un peso similar al del total nacional. En el otro extremo, Murcia, Canarias y Baleares son las que menos peso tienen, y por debajo del nivel nacional, 1,8%, 1,7% y 1,3%, respectivamente.

Gráfico 25: Participación de los ocupados en el sector de la dependencia sobre el total por CCAA. 2008TII y 2017TII

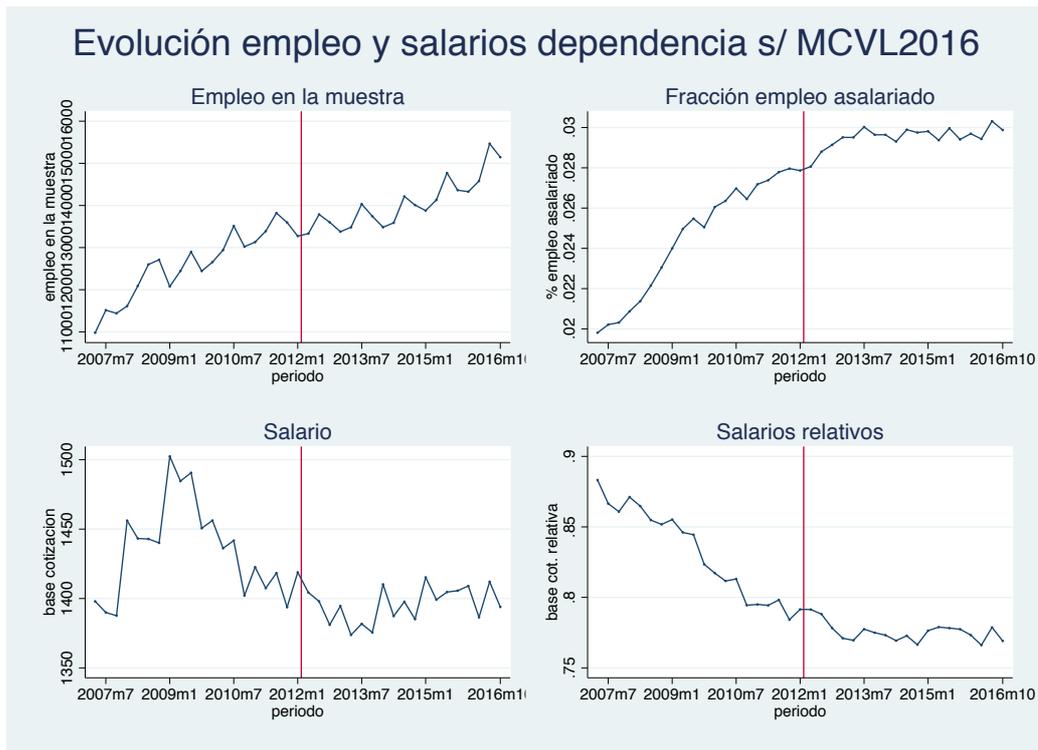


8.2. Empleo y salarios según la Muestra Continua de Vidas Laborales

El Gráfico 26 presenta la evolución del empleo y los salarios mensuales (aproximados por las bases de cotización mensuales corregidas por censura) en el sector de la dependencia en el periodo 2007-2016 según la muestra de historiales laborales de la Seguridad Social (MCVL2016). De forma parecida a lo que muestra la EPA, el empleo en el sector crece hasta 2011, el año que precede al primer gran decreto de recortes, para después estabilizarse hasta 2013. A partir de 2015 se comienza a producir un repunte de empleo que continúa hasta la actualidad. La evolución relativa del sector nos muestra que no es de los más afectados de la economía española, ya que su peso en el empleo total crece desde el 2 hasta el 3% en el conjunto del periodo.

En lo que respecta a los salarios nominales, contrastan dos periodos: 2007-2009, marcado por el crecimiento salarial; y 2010-2016, marcado por el estancamiento nominal. En términos relativos, el diferencial entre los salarios en el sector de dependencia y los salarios en general es alrededor de 7,5 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.

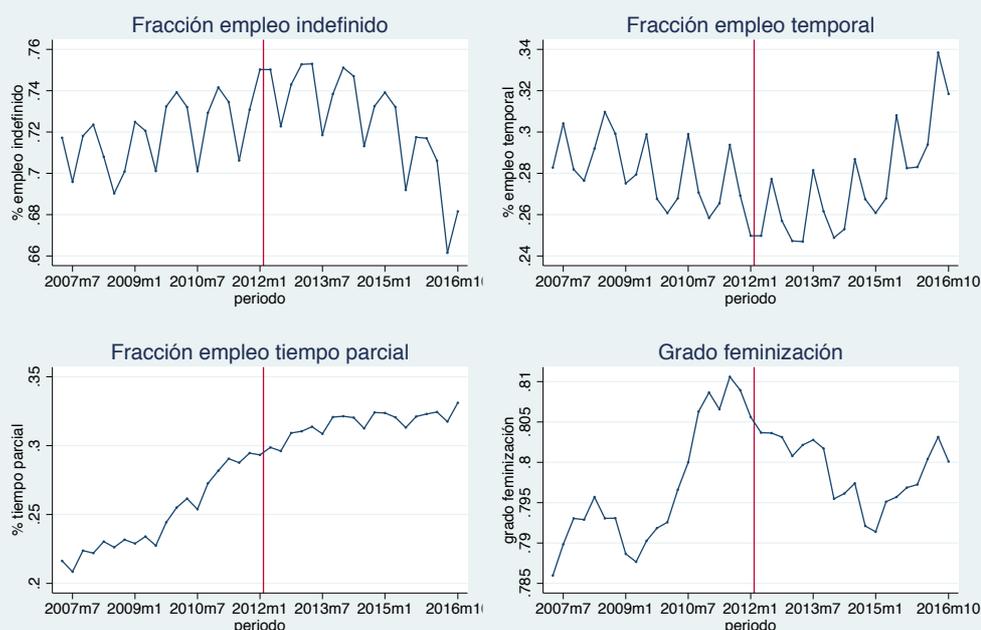
Gráfico 26: Empleo y salarios en el sector de dependencia según la MCVL.



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. Se observa que en la actualidad dicha fracción es la más baja en todo el periodo, del 68%. Asimismo la fracción que trabaja a tiempo parcial sigue una senda imparable, superando en la actualidad el 33%. Por último el grado de feminización, después de un cierto crecimiento durante la crisis, ha vuelto a sus niveles iniciales, en torno al 80%.

Gráfico 27: Estructura de la contratación en el sector de la dependencia

Evolución empleo y salarios dependencia s/ MCVL2016



9. Conclusiones

Seguimos sin tener ninguna duda de que el SAAD fue una estupenda idea, aunque pesimamente implementada (quizás por precipitación), especialmente tras los decretos de recortes de 2012 y 2013. A pesar de ello (a pesar de los gobernantes), el sistema ha alcanzado un tamaño (que no calidad) razonable, aunque persisten puntos débiles como la infrafinanciación de los servicios y prestaciones, además de la gran variabilidad entre regiones sin vectores explicativos razonables. En definitiva, lo que por ahora tenemos, especialmente después de los recortes (no solo monetarios), introducidos en 2012/2013 se podría calificar como **dependencia low cost**.

Entrando en los detalles del informe, cabe destacar que el limbo de la dependencia, es decir aquellos individuos que se encuentran en lista de espera para recibir las prestaciones, se ha visto disminuido por tales variaciones en los últimos años. En diciembre 2015 los individuos pendientes de recibir prestación eran 384.326 individuos y a junio 2017 dicha cifra alcanza a 319.112 individuos, un 20% menos. Si bien se observa este avance, todavía las cifras se mantienen lejos de los valores previos a diciembre 2015. A nivel presupuestario, aunque el gasto estatal ha recuperado algo de lo recortado en 2012 y 2013, aún no ha recuperado los niveles previos a dichos años. Aún así, el nivel de gasto es similar (un poco por debajo) de lo que se observa en países con una organización de la dependencia similar (Portugal, Italia, Reino Unido y Suecia).

A nivel regional, la evolución de las principales magnitudes del sistema, así como la oferta y distribución de las prestaciones, es relativamente dispar, reflejo de las

diferencias en recursos 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 2% mientras que en País Vasco se incrementó en casi un 50%. En lo que respecta al limbo de la dependencia, aunque la situación a nivel regional es ciertamente heterogénea, se han percibido cambios alentadores en los últimos años. Destacamos los casos de Baleares y Murcia con descensos de la fracción de dependientes en el limbo de 17 puntos porcentuales. Finalmente, el gasto público del SAAD en las comunidades que había disminuido en 2014 respecto de 2012, sobre todo para Andalucía, Valencia, Aragón y La Rioja, donde se observaron caídas entre el 14 y el 21%, repuntó en los dos últimos años disponibles. Efectivamente, la mayoría de las comunidades experimentaron variaciones positivas entre 2014 y 2016, que van desde el 2% en La Rioja al 23% en Valencia. Desafortunadamente, no existe hasta el momento evidencia directa que explique las disparidades entre regiones, lo que implica que cada comunidad actúa con un importante grado de discrecionalidad. ¿Es esto bueno o malo? Solo una evaluación independiente y rigurosa nos permitiría decantarnos por una opción u otra.

El empleo del sector sociosanitario según los datos de la EPA se encuentra en un buen momento. Después de cierto periodo de estancamiento, el empleo del sector repunta a partir del primer trimestre de 2016. En el primer trimestre 2017 la variación anual ha sido del 9% y en el segundo trimestre 2017, del 5,3%. Por otra parte, los datos de la MCVL muestran que el (nuevo) empleo se decanta hacia el trabajo temporal. A finales de 2016, éste ya representaba el 32%, la fracción más alta desde 2007. Sin duda este dato añade un contrapunto de preocupación, ya que la estabilidad del empleo puede incidir en la calidad de los servicios prestados.

En definitiva, en nuestra opinión aún siguen vigentes las conclusiones del anterior informe en las que pedíamos explícitamente el rediseño del sistema sobre bases más sólidas. Si no queremos un sistema de dependencia **de bajo coste y baja calidad** debemos evitar la indefinición del sistema, debemos introducir reglas más claras y transparentes (concreción de prestaciones y criterios de coordinación, tiempos de espera y los eventuales copagos), debemos promover una financiación y fuentes de financiación estables y predefinidas. En definitiva un sistema sensato y estable (evitando ir por encima de nuestras posibilidades) donde los ciudadanos y profesionales sean plenamente conscientes de sus deberes y derechos.

Referencias

- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2017), XVII Dictamen del Observatorio de la Dependencia, disponible en: <http://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2015), XV Dictamen de Observatorio de la Dependencia, disponible en: <http://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/XV%200%20Dependencia%20CC%20AA%20julio15.pdf>
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2013), X Dictamen del Observatorio de la Dependencia, Anexo, disponible en: <http://www.directoressociales.com/images/documentos/x%20dictamena nexored.pdf>
- Jiménez-Martín, S., Labeaga-Azcona, J.M. y Vilaplana-Prieto, C. (2016), Interactions between private health and long-term care insurance and the effects of the crisis: evidence for Spain, Health Economics 11/2016, Volumen 25, Número S2.

Información estadística

- Indicadores de Salud en España y Europa:
OECD Stat: <http://stats.oecd.org>
- 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
- Dependencia
Portal de la Dependencia-SAAD:
http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia_01/index.htm
- Presupuestos iniciales en sanidad
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:
<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/recursosEconomicos.htm>
- Datos población INE: Principales series de población desde 1998:
<http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t20/e245/p08/&file=pcaxis>
- PIB regional: Contabilidad Regional de España. Base 2010.

ANEXO DE DEFINICIONES
Tabla A1: Definiciones y conceptos claves del SAAD

Variables claves del SAAD	Definición
Solicitudes	Trámite necesario que realiza una persona que padece algún tipo de dependencia para poder cobrar las prestaciones.
Trámites/Dictámenes/Resoluciones	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.
Personas con derecho a prestación	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
Personas con prestación	Los individuos que ya reciben efectivamente las prestaciones.
Limbo de la dependencia	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.
Grados de dependencia	La situación de dependencia se clasifica en tres grados: Grado 1 (dependencia moderada), Grado 2 (dependencia severa) y Grado 3 (gran dependencia) ¹³ .
Prestaciones	El conjunto de servicios/prestaciones que se ofrecen para aquellas personas en situación de dependencia que se pueden

¹³ **Grado I.** Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. **Grado II.** Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. **Grado III.** Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

	clasificar en dos tipos: las prestaciones económicas y por otro lado las prestaciones de servicios:
Prestaciones económicas	
<i>Prestaciones para cuidadores en el Entorno Familiar</i>	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.
<i>Prestación económica vinculada al servicio</i>	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.
<i>Prestación económica para asistencia personal</i>	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	
<i>La promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia</i>	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.

<i>Teleasistencia</i>	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.
<i>Atención a domicilio</i>	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.
<i>Centros de día</i>	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.
<i>Atención residencial</i>	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 en base a:

http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/ciudadanos/ser_pres/index.htm