

# Los retos del Estado Social ante las desigualdades sociales

**Gregorio Rodríguez Cabrero**

**Los cuidados de larga duración en España: 2007-2015. Desarrollo y valoración**

# Índice

0. Una panorámica sintética del desarrollo de los CLD en España
1. Los CLD como reto europeo
2. La implantación de la LAPAD en España
3. Crisis y su impacto en el SAAD
4. Cobertura protectora
5. La sostenibilidad del SAAD

## 0. Una panorámica sintética del desarrollo de los CLD en España

La aplicación del SAAD, brazo operativo de la LAPAD, se ha caracterizado entre 2007 y 2015 por cuatro rasgos:

- 1) Un sistema de cobertura creciente, estancado entre finales de 2011 y julio de 2015, pero de baja intensidad protectora y amplios desequilibrios entre CCAA
- 2) Un modelo de gobernanza sometido a tensiones financieras entre la AGE y las Comunidades Autónomas
- 3) Un déficit de coordinación entre el sistema sanitario y la rama de servicios sociales
- 4) Una sostenibilidad incierta y desplazada hacia los hogares

## 0. Una panorámica sintética del desarrollo de los CLD en España

### Preguntas:

1. ¿Cuál es la naturaleza institucional de la LAPAD, cómo se ha implantado?.
2. ¿Qué reformas se han llevado a cabo entre 2007 y 2015?.
3. ¿Qué resultados de cobertura, calidad de atención y calidad institucional cabe destacar?.
4. ¿Es sostenible el SAAD?.

# 1. Los CLD como reto europeo

El envejecimiento de la población ha llevado a la Comisión Europea a plantear una estrategia de respuesta a los CLD como **inversión social de futuro**.

Los hechos de partida:

- crecimiento de la población de 80 y +;
- contracción de la población ocupada;
- cambios en la estructura de los cuidados informales paralelamente a los de las estructuras familiares;
- crecimiento del gasto en CLD tanto directos, como indirectos y ocultos

# 1. Los CLD como reto europeo

¿Qué opciones existen de prevenir el impacto social del envejecimiento y, sobre todo, de la dependencia?.

1. Políticas preventivas y de promoción de la salud en todas las edades.
2. Políticas de promoción de una vida independiente, activa y basada en el autocuidado
3. Políticas de cuidados basadas en las mejores combinaciones de prestaciones en servicios y en dinero, mejora de la calidad y la innovación permanente.
4. Políticas de reparto equilibrado de la carga de los CLD entre sociedad y familias, entre mujeres y hombres

## 2. La implantación de la LAPAD en España

El debate, aprobación y aplicación de una política de CLD en España viene condicionada inicialmente por varios factores:

1. Un amplio consenso social. En 2004 el 76% de los ciudadanos apoyaban la reforma.
2. Un modelo mixto de partida en el que los cuidados informales es la estructura en la que se sostiene aún hoy la atención a la dependencia.
3. Un debate político en el que los partidos nacionalistas niegan cualquier competencia del Estado en la materia.
4. Amplia fragmentación institucional vertical y horizontal
5. Diversidad de actores sociales, económicos y profesionales con muy distintos intereses

## 2. La implantación de la LAPAD en España

Población en situación de dependencia inicial y cobertura de beneficiarios

|  | Grado I | Grado II | Grado II | Total     | Índice |
|--|---------|----------|----------|-----------|--------|
| Estimación<br>Libro Blanco<br>31.12.2004             | 648.442 | 472.461  | 252.345  | 1.373.248 | 100    |
|  | 47%     | 34%      | 18%      | 100       |        |
| Población<br>dependiente<br>reconocida<br>31.12.2015 | 381.280 | 449.360  | 349.360  | 1.180.000 | 86     |
|  | 32,3%   | 38,0%    | 29,6%    | 100       |        |
|  |         |          |          |           |        |

## 2. La implantación de la LAPAD en España

- ¿Crea la LAPAD un sistema nuevo o se trata de un **proceso de ordenación y racionalización de la oferta existente por parte de la Seguridad Social, CCAA y Ayuntamientos** ?:
- La LAPAD (2006) define un **sistema público universal que reconoce el derecho subjetivo a los CLD**, basado en una **gobernanza compleja, desigual y no coordinada con el sistema sanitario**
- **Financiado con impuestos generales y copagos.**
- **Orientada a la expansión de los servicios comunitarios**
- Capacidad institucional y financiera limitada de la AGE para garantizar una progresiva **igualdad en el territorio del Estado**
- Un sistema de gobernanza sui géneris: los **actores sociales** se integran en el comité consultivo y en los órganos consultivos de personas mayores, discapacidad y ONG de acción social con una limitada influencia de su «voz».

## 2. La implantación de la LAPAD en España

Casi desde sus inicios el SAAD se ha caracterizado por rasgos que apenas si se han corregido:

1. Conflictos y tensiones sobre **financiación** entre la AGE y las CCAA
2. Demoras entre la solicitud y la valoración de la dependencia, sobre todo **demoras entre la valoración y el acceso a la prestación con amplias diferencias entre CCAA**, con listas de espera que han continuado hasta la actualidad, aunque con una tendencia reciente a su reducción.
3. **Diferencias en la cobertura entre CCAA**, lo que se explica no sólo por el tipo de gobierno sino por factores como la eficacia de la red de servicios sociales y el compromiso institucional.
4. La **distinta intensidad autonómica en la financiación del gasto** en dependencia
5. Diferencias significativas en cuanto a la valoración de la capacidad económica y los criterios de **copago**.

### 3. Crisis y su impacto en el SAAD

**La crisis financiera y económica produce un impacto de contención y regresión en el SAAD:**

1. Se inicia en mayo de 2011 demorando la entrada en el SAAD de la población en grado I y grado II (nivel 1).
2. El cambio radical se produce mediante el RDL 20/2012 que supone un ajuste financiero de gran amplitud e intensidad:
  - Reducción de la cuantía de las prestaciones
  - Suspensión del Nivel conveniado de financiación
  - Nueva demora en la entrada en el SAAD de la población con Grado I hasta julio de 2015
  - Reducción de la horas de atención en el SAD (p.e. en Grado II de 55 a 45 horas mes) y en los Centros de Día
  - Suspensión de la financiación de las cotizaciones de la Seguridad Social a los cuidadores no profesionales

### 3. Crisis y su impacto en el SAAD

También algunas mejoras técnicas de control del sistema desde enero de 2014 y de asistencia:

- Un nuevo sistema de información y justificación del gasto de las CCAA (RD 1050/2013).
- Incentivos a la provisión de servicios frente a las prestaciones económicas (RD 1050/2013) pero con incompatibilidades entre prestaciones y penalización a las CCAA que no desarrollan la red de servicios
- Prestación de asistente personal para todos los grados (antes sólo para el Grado III)
- Recomendaciones sobre Planes Autonómicos de prevención de situaciones de dependencia.

### 3. Crisis y su impacto en el SAAD

#### Impacto presupuestario de los recortes 2012-2014

| 2012 (miles M euros)                           | 2013  | 2013  | 2014  | Total |
|--|-------|-------|-------|-------|
| Estimación Julia Montserrat VII Informe FOESSA | 1.570 | 2.994 | 3.091 | 7.155 |
| Estimación Programa Nacional Reformas          | 599   | 1.707 | 2.278 | 4.584 |
| Diferencia                                     | 971   | 787   | 813   | 2.571 |

Fuente: J.Montserrat Codorniu: El impacto de la crisis en el Sistema de Atención a la Dependencia: ¿Hacia un cambio de modelo?. VII Informe FOESSA, 2014

## 4. Cobertura protectora

La cobertura del sistema a finales de 2015 alcanzaba un volumen de 796.000 personas mientras que 384.000 (el 32.6% de la población con derecho a prestación, de los que el 27% son de grado III y II) estaban en lista de espera.

La lista de espera se había reducido progresivamente en 2014 hasta julio de 2015 pero la entrada en el sistema de los beneficiarios del Grado I la ha vuelto a elevar.

¿Por qué se reduce la lista de espera?:

a) Defunciones de personas con derecho reconocido sin PIA en lista de espera (estimaciones entre un máximo del 45% y un mínimo del 21%). Entre 2012-2015 se estima en un total de 125.000 personas (30% lista de espera)(Asociación Directores y Gerentes Servicios Sociales)

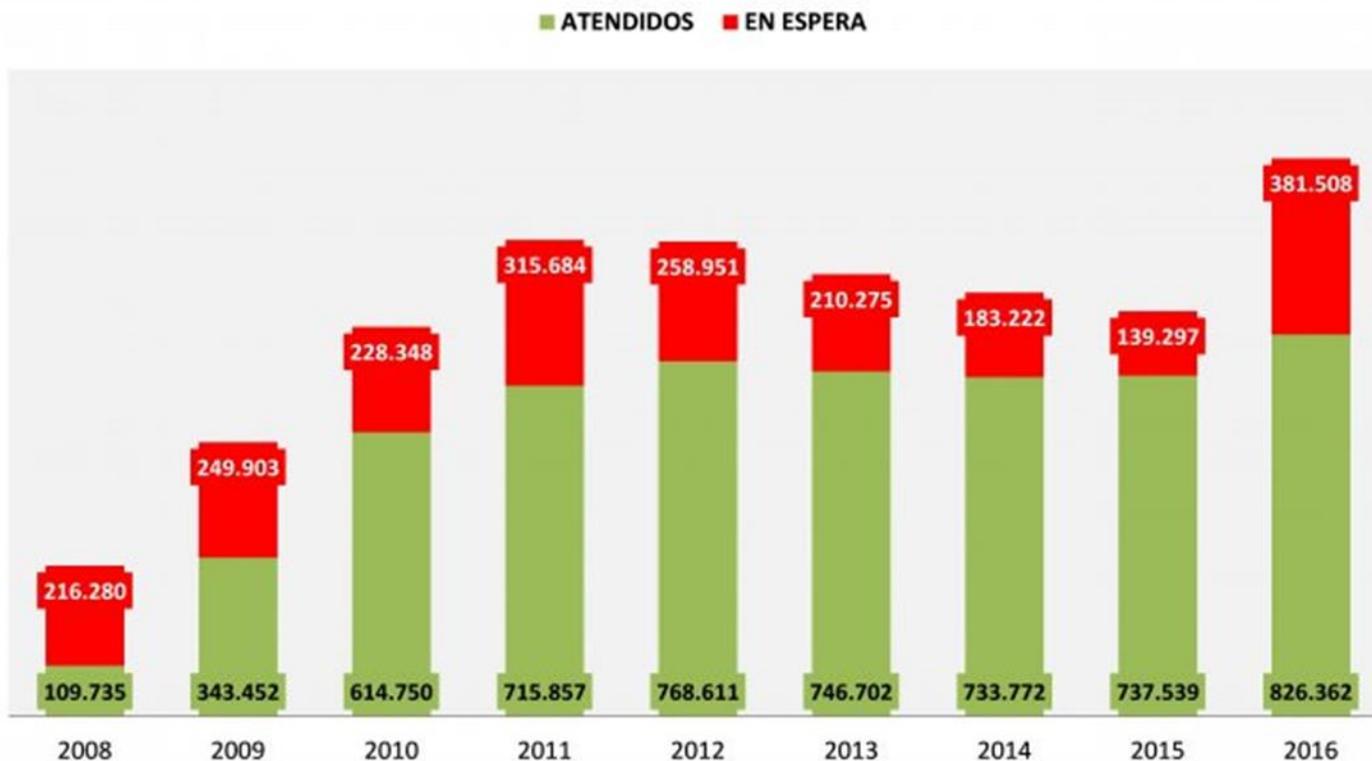
b) Abandonos y desistimientos por la espera

c) Problemas de financiación y limitada oferta de atención comunitaria

Se reduce la lista de espera pero no se incrementa la población beneficiaria (ello tiene lugar a partir de mediados de 2015 con la entrada del Grado I en el sistema.

## 4. Cobertura protectora

Personas atendidas y personas pendientes de recibir prestación o servicio a  
30 de junio de cada año (2008-2016)



Fuente: Dictamen XVI Observatorio Dependencia

## 4. Cobertura protectora

| 31.12.2015                 | Grado I | Grado II | Grado III | Total   |
|----------------------------|---------|----------|-----------|---------|
| Población con prestaciones | 103,227 | 380,851  | 312,031   | 796.109 |
| Población en espera        | 278,053 | 68,509   | 37,764    | 384.326 |
| % población en espera      | 72,9    | 15,2     | 10,8      | 32,5    |
|                            |         |          |           |         |

Fuente: Elaboración en base a SISAAD (IMSERSO)

## 4. Cobertura protectora

Indicadores de calidad:

- Reprekarización y refeminización de los cuidados familiares al suspenderse la financiación de las cotizaciones al cuidador no profesional y la baja intensidad de las prestaciones económicas.
- Predominio del modelo residencial frente al domiciliario en el ámbito de los servicios que contrasta con tendencia de los modelos europeos de CLD hacia cuidados en el entorno de las personas.
- Limitado apoyo y formación al cuidador familiar.
- Sistema escasamente flexible al hacer incompatibles prestaciones cuya cuantía se podría modular
- Empleo precario, de alta rotación, baja remuneración y jornadas a tiempo parcial

Pero también de calidad:

- Acreditación de centros y servicios y crecimiento de servicios de día (CD) de creciente calidad.

## 4. Cobertura protectora

| Diciembre 2015                | %Atención   | % Coste total |
|-------------------------------|-------------|---------------|
| Ayuda Domicilio               | 17,8        | 10,8          |
| Centro Día/Noche              | 10,2        | 11,3          |
| <b>Residencias</b>            | 17,9        | 51,5          |
| Prestación Vinculada          | 10,1        | 5,8           |
| <b>Prestación Familiar</b>    | <b>43,5</b> | <b>20,4</b>   |
| Prestación Asistente Personal | 0,4         | 0,3           |
|                               | 100         | 100           |

Fuente: Dictamen XVI Observatorio de la Dependencia (Asociación Directores Y Gerentes Servicios Sociales (febrero 2016)

## 4. Cobertura protectora

El debate no pacífico sobre las prestaciones económicas familiares:

- La libertad de elección
- La importancia del coste
- La oferta de servicios
- La variable género
- El mercado de trabajo de cuidados informales

Desde 2014 se penaliza a las CCAA cuyo % de prestaciones de cuidados familiares es superior a la media de las CCAA mediante reasignación del gasto del nivel mínimo

## 4. Cobertura protectora

### El problema del copago:

- Existe en todos los países, forma parte de la financiación. En promedio contribuye al 20% del coste total
- Puede ser utilizado con criterio de recuperación del coste (regresivo), con criterio de modular el consumo (lo que no es posible ya que el dependiente depende de la valoración, PIA y oferta de servicios) o con criterios flexible que combinen la financiación y la redistribución
- En España se estimó inicialmente en un 33% del coste total (Memoria económica del Libro Blanco)
- Existe información (Informe Tribunal de Cuentas nº 1035) pero no existe información en el SISAAD

## 4. Cobertura protectora

- Efectos perversos del Acuerdo del Consejo Territorial de julio de 2012:

a) Elevada presión sobre las rentas medias bajas (entre 1 y 3 Iprem) que no se benefician del tope de la cuota (90%);

b) Limitada información sobre el patrimonio en general, sobre todo de las rentas altas

c) En general, diferencias en las normativas autonómicas en cuanto a determinación de la capacidad económica y cuota a pagar. Diferentes modelos de copago

(Ver trabajo **Julia Montserrat: Documentación Social 177/2016: «El desarrollo de la LAPAD: propuestas para el futuro»**)

## 5. Sostenibilidad del SAAD

El coste de la dependencia se incrementará en las décadas venideras (2013-2060, UE) desde promedios del 1,6% al 2,8% / PIB. Se estima que España pasaría del actual gasto 0,7% al 1,6%/PIB.

Los factores del incremento:

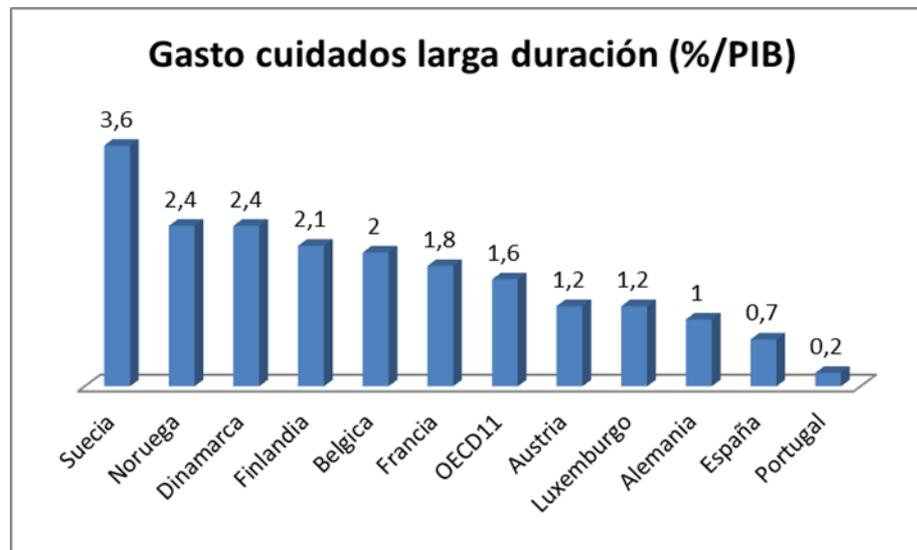
- La longevidad
- Las enfermedades cognitivas
- El menor peso de los cuidados informales, entre otros

Y factores compensatorios:

- La prevención desde la infancia
- Reducción de discapacidades invalidantes
- La mejora de la autonomía personal
- El factor tecnológico, entre otros

## 5. Sostenibilidad del SAAD

Gasto en CLD en diferentes países de la OCDE (2013)



## 5. Sostenibilidad del SAAD

| Miles Millones       | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Gasto Total estimado | 3.870 | 5.600 | 6.500 | 6.560 | 6.360 | 6.350 | 6.590 |
| %AGE                 | 39    | 32    | 24    | 21    | 19    | 18    | 18    |
| %Usuarios            | 15    | 16    | 16    | 17    | 19    | 19    | 20    |
| %CCAA                | 46    | 52    | 60    | 62    | 62    | 63    | 62    |

Fuente: Elaboración a partir de J.Montserrat y Asociación Directores y Gerentes en Servicios Sociales

## 5. Sostenibilidad del SAAD

Los efectos del SAAD:

A) Sociales: la mejora de la calidad de vida de beneficiarios, familias y cuidadoras/es

B) Empleo. Se estimaron inicialmente 300 mil en Libro Blanco de la dependencia. Se estiman hoy entre 150 y 190 mil.

C) Los retornos económicos y fiscales directos e inducidos

D) Pero, ¿ha frenado o reducido el SAAD la feminización de los cuidados?

## 5. Sostenibilidad del SAAD

- ¿Es sostenible el SAAD a largo plazo?
- Sostenibilidad como problema no sólo financiero y, sobre todo, como problema:
  - **Político:** ¿forma parte efectiva de la agenda política?. Frente al descompromiso financiero de la AGE que ha reducido se aportación por beneficiario un 43% entre 2010 y 2014, un nuevo compromiso
  - **Institucional:** ¿es posible establecer una gobernanza virtuosa, solidaria, transparente y eficaz entre Administraciones centrales y territoriales?, ¿puede mejorarse la participación de los actores sociales y profesionales en el sistema?
  - **Operativo:** la atención sociosanitaria contemplada en la ley de Cohesión y Calidad del SNS, pendiente de desarrollar; la búsqueda de modos flexibles de atención centrados en las personas.



**Gracias por vuestra atención**