

Un avance de valoración de la aplicación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)

Julia Montserrat Codorniu*

Gregorio Rodríguez Cabrero**

1. La Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD): respuesta institucional al riesgo de dependencia

Existe unanimidad en reconocer que la puesta en marcha de la LAPAD constituye un hito histórico en el desarrollo del Estado de Bienestar en España y un avance para el bienestar de las personas afectadas con distintas situaciones de dependencia y sus familias y, en general, para la sociedad civil española.

Si consideramos que la LAPAD se empezó a aplicar de manera efectiva en el otoño de 2007, el desarrollo de la misma cuenta con una vida de tres años y medio aproximadamente lo que es, al mismo tiempo, insuficiente para hacer un juicio riguroso sobre su implantación, pero también suficiente para poner de manifiesto su valor añadido, sus principales problemas y trazar tentativamente las vías de su fortalecimiento y perfeccionamiento. Son muchas las personas afectadas y variados e importantes los actores sociales e institucionales. El hecho de que a 1 de abril de 2011 el volumen de beneficiarios de la ley alcance a una cifra de 720.769 personas con una media de 1,2 prestaciones da una idea del ingente esfuerzo realizado por la Administración Central y las administraciones territoriales.

Como en otros modelos de Estado de Bienestar continental (Alemania, Austria o Francia), el sistema español

de cuidados de larga duración es un sistema complejo que supone varios entrecruces de objetivos, actores e instituciones.

Por una parte, es un entrecruce de objetivos ya que el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) no sustituye los cuidados informales, mas bien viene a apoyarlos y, en cierto modo, a reforzarlos. Se trata de una socialización muy determinada de los cuidados de larga duración (CLD), en la que la familia no desaparece, simplemente reconstruye su rol tradicional para hacerlo compatible con la incorporación de la mujer cuidadora al mercado de trabajo y los nuevos roles familiares. Los nuevos sistemas se justifican también por su contribución a la generación de empleo y su retorno a la economía de la inversión social realizada; es también una vía indirecta de reducción del gasto sanitario y, en concreto, del de tipo hospitalario. Y también una nueva forma de hacer responsable al usuario de una parte del coste de los cuidados mediante el copago. En este sentido, el SAAD español, como otros modelos europeos de CLD, es un avance de la protección social, ya que supone la construcción del derecho subjetivo a la atención a la dependencia que, hasta 2007, era asistencial, para personas sin recursos, si bien sometido a las tensiones ideológicas y financieras que afectan en la actualidad al Estado de Bienestar.

También es un entrecruce de actores, de complejidad similar e incluso superior a la del sistema sanitario, ya que en el nuevo sistema intervienen actores informales y formales, un amplio elenco de profesiones en la valoración, atención y gestión que recorren los ámbitos de los servicios sociales, sanidad y Seguridad Social. También es un sector en el que el diálogo social y las asociaciones de

* Universitat de Girona.

** Universidad de Alcalá.

proveedores mercantiles y de la economía social juegan un papel importante. Todo ello reconocido en la nueva ley mediante el reconocimiento de la participación institucional en consejos consultivos.

Finalmente, el sistema español es la confluencia de competencias de la AGE, para garantizar la igualdad en el territorio del Estado, la exclusiva en servicios de las comunidades autónomas (CCAA) y las de las corporaciones locales (CCLL) en materia de servicios sociales. Es un sistema ampliamente descentralizado que requiere de una amplia y fuerte cooperación y coordinación entre los distintos niveles de gobierno, así como nuevas formas de reparto del coste de su financiación. A través del Consejo Territorial de la Dependencia se gobierna el nuevo sistema y, en el mismo, los actores que deciden son la Administración General del Estado (AGE) y las CCAA, participando las CCLL con voz pero sin voto. El hecho de que el SAAD haya sido incardinado en los sistemas o ramas tradicionales de los servicios sociales de las CCAA ha supuesto una garantía a la vez que no escasas inercias y condicionamientos institucionales en el despliegue operativo del sistema.

En suma, la LAPDA pone en marcha un sistema complejo de cuidados de larga duración que afecta al sistema de acceso y elección de prestaciones, supone la articulación de variados intereses por parte de los actores sociales y económicos, y requiere de una gobernanza cooperativa para lograr la máxima efectividad.

Cómo está teniendo lugar el desarrollo de dichos objetivos, la articulación de intereses y el gobierno del sistema, así cómo se está financiando y cuál es la efectividad del SAAD es lo que a continuación analizamos de forma sintética y aproximativa.

2. Una valoración general de la aplicación del SAAD

En la actualidad, el Consejo Territorial de la Dependencia está realizando la evaluación del SAAD y seguramente, a finales de este año, contaremos con un detalle de sus resultados y recomendaciones de mejora en los distintos pilares que constituyen el sistema: acceso, prestaciones, gobernanza, financiación e información y calidad. En este texto hacemos un apunte general de su valoración de impacto y, por su importancia, desarrollamos en el epígrafe siguiente un apartado específico sobre su sostenibilidad financiera.

En la actualidad disponemos de algunas evaluaciones, si bien sus objetivos y resultados son variados entre

sí¹. Aquí destacaremos algunos de los avances y dificultades en el proceso de implantación del SAAD.

La valoración de la **cobertura** del nuevo sistema de protección social es claramente positiva ya que, en los escasos cuatro años de efectiva aplicación de la ley, el volumen de personas beneficiarias alcanza en abril de 2011 la cifra de 720.769 con una ratio de 1,2 prestaciones por persona, ya que algunas de las prestaciones son compatibles y las CCAA han aplicado variadas combinaciones de compatibilidad, sobre todo entre los servicios de tipo comunitario, y entre estos y las prestaciones de cuidados familiares. En todo caso, al día de hoy el volumen de personas con derecho a prestación supera ya el millón (1.071.603), siendo la diferencia entre este volumen y el que de manera efectiva está percibiendo las prestaciones, el conjunto de personas pendientes de asignar la prestación mediante el programa individual de atención o PIA.

La pirámide de población tiene una composición muy determinada y, en cierto modo, muy semejante a la de otros programas europeos: el 67 por ciento son mujeres y más de la mitad tienen 80 y más años (56 por ciento). Desde el punto de vista de la gravedad, el grado III, el de mayor gravedad, concentra más del cuarenta por ciento de todos los beneficiarios. Habrá que esperar al año 2014, con la implantación definitiva del sistema, para conocer cual es la estructura final de dicha pirámide.

Por otra parte, la cobertura de beneficiarios en relación a la población total de cada CCAA es muy desigual. Con una cobertura media nacional del 1,5 por ciento destacan algunas CCAA con niveles iguales o superiores al 2 por ciento, como son Andalucía, Aragón, Cantabria y La Rioja; otras comunidades tienen coberturas entre la media nacional y el 2 por ciento como es el caso de Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, Murcia y País Vasco; y, finalmente, existe otro subconjunto de CCAA con una cobertura inferior al 1 por ciento de la población total de su territorio como son Baleares, Canarias y Valencia, siendo el porcentaje de Madrid del 1 por ciento. Diferencias que revelan los distintos esfuerzos institucionales, financieros y de gestión realizados en la implantación del SAAD.

La ley española de finales de 2006 aprobó un **sistema de prestaciones sociales** para la atención a la dependencia en el que las prestaciones económicas son excepcionales. La realidad no ha sido así ya que las prestaciones económicas por cuidados familiares suponen en

¹ Comisión de Expertos, 2009, IMSERSO; Agencia Estatal de Evaluación y Calidad, 2009; Asociación de Directores de Servicios Sociales, 2008-2010.

la actualidad cerca de la mitad de todas las prestaciones (47,5%), si bien el porcentaje de beneficiarios que las recibe supera la mitad del colectivo (56,8%), es decir, que 409.522 personas son beneficiarios de la modalidad de la prestación económica sobre un total de 720.769 beneficiarios². Desde casi el mismo inicio de la aplicación del SAAD el predominio de las prestaciones económicas han concitado el grueso de las críticas de los agentes sociales y económicos, lo que resulta comprensible si tenemos en cuenta las previsiones normativas.

Sin embargo, es necesario explicar el por qué ha sucedido esto y porque, es nuestra hipótesis, esta distribución no cambiará radicalmente en los años venideros. En este sentido hay que diferenciar factores estructurales y coyunturales. Entre los primeros destaca la inercia social de una moral de cuidados en los que la familia sigue teniendo un peso relevante; a dicha inercia se ha adaptado en parte la mujer trabajadora de clase media que delega los cuidados a cuidadoras informales y profesionales en el hogar sin pérdida de control; también la baja oferta de servicios comunitarios, a pesar de su sostenido crecimiento en los últimos lustros; no menos importante es la baja tasa de actividad de las mujeres en edades tardías que favorece la función de cuidados personales. Los cambios habidos en la distribución de la carga de cuidados por género han sido hasta hoy tan lentos y limitados, que no han alterado el hecho estructural de que el peso de la carga sigue estando de forma abrumadora en manos de la mujer y en el seno de los hogares. Entre los factores coyunturales, que se resumen en el impacto de la crisis económica y financiera, hay que destacar las elevadas tasas de paro, cuyos ingresos pueden ser en parte compensados por las prestaciones económicas, así como la contención del gasto público; no es necesario recordar que el coste de los servicios triplica al de las prestaciones económicas y que la puesta en marcha de los servicios requiere de tiempos largos para su maduración; por último, la libertad de elección, de lectura ideológica ambivalente, también está teniendo un peso creciente en la explicación del por qué las prestaciones económicas han contado con tan amplio apoyo. Parte de estos factores que denominamos coyunturales, en realidad forman parte de una corriente profunda en los estados de bienestar de la UE que está redefiniendo el reparto de los riesgos sociales y construyendo nuevas formas de respuesta en las que la responsabilidad individual y familiar gana peso frente a opciones de responsabilidad colectiva. Es un profundo debate político e ideológico, en el que no podemos entrar en este

² Existen CCAA en las que el peso de las prestaciones económicas supera ampliamente el 70 por ciento del total de beneficiarios como son Murcia (83,5%), Islas Baleares (74%) y Cataluña (72%).

limitado documento, que afecta sobre todo a la atención a la dependencia, última extensión del Estado de Bienestar, pero también al conjunto del mismo (sanidad, pensiones, educación y servicios de empleo).

En todo caso, habrá que esperar a los estudios sobre valoración y satisfacción de los beneficiarios y los cuidadores no profesionales del sistema de prestaciones sociales del SAAD para poder ofrecer un análisis más riguroso de este problema. Dicho lo cual, es cierto que el sistema de servicios sociales para la dependencia adolece aún de una oferta adecuada, sobre todo de servicios comunitarios y centros de día, así como nuevas formas de apoyo en el domicilio, que es el lugar de preferencia de las personas en situación de dependencia. En este sentido, el desarrollo del SAAD pone de manifiesto el aún bajo nivel de cobertura de las prestaciones como son la ayuda a domicilio (12,6%) y de los centros de día y noche (5,9%), si bien existe una amplia dispersión de cobertura entre CCAA.

A pesar de este hecho, no tan sorprendente a la luz de los argumentos señalados, la aportación del SAAD a la generación de empleo no ha sido baladí, con casi doscientos mil empleos directos, 189.000, en el período 2007-2009, tal como resulta de los análisis del profesor Sosvilla Rivero³ y sin considerar el empleo inducido de primer orden.

Si los problemas referentes a la gestión y financiación del SAAD son importantes, quizás el decisivo a largo plazo es el de la gobernanza del sistema porque de su buen funcionamiento y eficacia emerge su legitimidad institucional y credibilidad social. La razón es tan sencilla como compleja, estamos ante un sistema de competencias compartidas entre la AGE y las CCAA; el SAAD ni es fruto de una ley básica, ni es competencia única de las CCAA. Es un sistema de Estado con dos ámbitos de competencias mediante las que la AGE garantiza el principio de igualdad en todo el territorio y las CCAA tienen la competencia de su planificación, gestión y evaluación. Es reflejo de nuestro Estado Autonomo y, en consecuencia, el SAAD no puede funcionar sin cooperación institucional y coordinación técnico-financiera.

El desarrollo del SAAD en los últimos cuatro años ha sido posible gracias al **modelo de gobierno** que presenta el Consejo Territorial de la Dependencia. De su funcionamiento y desarrollo existen dos interpretaciones: una es de naturaleza coyuntural que, en cierto

³ Sosvilla Rivero, S.J. (2010): *Estimación del efecto de establecimiento del sistema de autonomía y atención a la dependencia sobre el empleo en España*. IEF (Mimeo).

modo, puede ser calificada de catastrofista y que afirma que el SAAD es un mosaico de 17 sistemas de dependencia que reduce a la AGE a un papel residual de coordinación; la otra interpretación, que aquí se sostiene, es más realista y con mirada a largo plazo, es decir, el SAAD está construyendo un sistema complejo que requiere tiempo y visión de Estado conjunta entre la AGE y las CCAA.

Desde el punto de vista del análisis concreto, no cabe duda de que los ritmos variados en la implantación del SAAD, a los que no son ajenas las alternativas políticas, antes apuntados en términos de los distintos esfuerzos en cobertura de la población dependiente, ofrecen una imagen de asimetría que parece cuestionar el propio sistema. Ahora bien, si consideramos que antes de la LAPAD sí había 17 modelos de atención asistencial a la dependencia y que en la actualidad hay un sistema coherente en fase de construcción institucional, cabe arrojar una mirada menos pesimista a la vez que poder explicar dicha asimetría y plantear nuevos desarrollos con sentido de Estado, es decir, de cooperación leal y transparente, y de coordinación entre los dos grandes agentes del sistema, AGE y CCAA, sin los que aquel no puede funcionar. El SAAD, como el sistema sanitario, es un sistema de protección social cuya eficacia y efectividad exige formas abiertas de cooperación que desincentiven los planteamientos competitivos entre la AGE y las CCAA. Tal es la cuestión a resolver en los años venideros y como tal es una cuestión más político-institucional que financiera, sin minusvalorar la importancia de esta última. No podemos olvidar en este punto que las asimetrías y distintas velocidades en la aplicación del SAAD no solo se fundan en la propia aplicación de la ley sino también en la historia del sistema de servicios sociales de cada CCAA que es donde cuelga la competencia autonómica en dependencia. Cuando se observa esta última, la dimensión histórica, el análisis se hace inevitablemente más complejo y matizado.

En este sentido, puede afirmarse que en conjunto y con limitaciones y asimetrías ha predominado la cooperación institucional en el despliegue del SAAD. Pero al mismo tiempo es necesario afirmar que tal cooperación es insuficiente de cara a la plena consolidación del sistema en los próximos años. Nuevas formas de cooperación, estilos de transparencia y aprendizaje mutuo son necesarios para lograr avances efectivos en el SAAD. Ello es así porque inevitablemente el sistema se hará más complejo una vez que la presencia de las corporaciones locales gane espacio institucional y el sistema sanitario entre en relación más estrecha con el SAAD para coordinarse en los casos concretos de atención que requieren la presencia de los dos sistemas.

3. La financiación de la Ley de la Dependencia: estado de la situación

En un contexto de crisis económica hablar de financiación es un tema delicado pero, todavía lo es más si se trata de la financiación de un derecho social como es el instituido por la LAPAD. La evaluación de la efectividad del modelo de financiación de esta ley en estos cuatro años, desde su entrada en vigor (2007), debe realizarse considerando las características del modelo y las actuaciones que han ido desarrollando los diferentes agentes implicados en la financiación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

El modelo de financiación de la LAPAD se ve influenciado por la peculiaridad de la Ley que conjuga la autonomía de las comunidades autónomas en materia de servicios sociales con el derecho del Estado de establecer un nuevo derecho que amplía el campo de la protección social. El sistema de transferencias específicas condicionadas a la inclusión de beneficiarios en el sistema -nivel mínimo- que ofrece el Estado a las CCAA durante el periodo de implantación de la Ley, con el fin de compensar el incremento del gasto del desarrollo del sistema, supone un balón de oxígeno a las finanzas autonómicas, pero no está exenta de limitaciones y controversias.

Las CCAA señalan que las cuantías percibidas de la AGE son inferiores al cincuenta por ciento del gasto que realizan en el SAAD ya que la financiación del nivel mínimo se hace per cápita y no tiene en cuenta los costes de las prestaciones; así, a mayor gasto, menor es la aportación recibida y viceversa. Este mecanismo provoca el efecto perverso de incentivar la asignación de prestaciones económicas en lugar de las prestaciones en servicios, ya que el porcentaje de recuperación del coste es mayor. Por otro lado, la AGE argumenta que la mayoría de las CCAA no realizan el esfuerzo económico que les corresponde, ya que no crean nuevos servicios sino que cambian de "etiqueta" a los usuarios calificándolos de dependientes, cobrando, por ello, el importe del nivel mínimo sin que, realmente, hayan generado gasto.

Las controversias suscitadas entre los dos niveles de administración son fruto de la falta de un sistema de información transparente que muestre, realmente, los presupuestos ejecutados por las CCAA en la atención a la dependencia, así como la falta de homogeneización de los datos que éstas vuelcan en el SISAAD. Por otro lado, las tensiones financieras que sufren las CCAA son el resultado de un modelo de financiación que no tiene en cuenta el coste de las prestaciones, ni las casuísticas de los bene-

ficiarios que, en determinadas ocasiones, necesitan una combinación de prestaciones pudiendo encarecer, aun más, el coste del sistema. Todo ello, sin tener en cuenta las limitaciones del alcance de la Ley que deja casuísticas sin cubrir, como es la atención socio-sanitaria o a enfermos mentales.

La colaboración del usuario en la financiación del coste del sistema es considerada por la LAPAD como una condición necesaria, sin perjuicio de que se establezcan exenciones o deducciones en función de la capacidad económica de los usuarios. A pesar de que parezca que el copago se haya instituido con la LAPAD, lo cierto es que es una característica implícita al sistema de los servicios sociales, aunque la visibilidad de éste era escasa por el hecho de que los beneficiarios eran personas con pocos recursos económicos, lo cual incide en una escasa recaudación.

La consideración del copago en la atención a las personas en situación de dependencia implica un incremento de la recaudación, respecto a la realizada en los servicios sociales, por la entrada en el sistema de las personas con rentas medias y medias-altas; no obstante, se han creado expectativas sobredimensionadas del volumen de recaudación que pueden suponer los copagos. Mientras el Gobierno estimaba recuperar un tercio del coste de las prestaciones, la realidad arroja, apenas, un 15% del total, no detectándose variaciones significativas al alza entre las diferentes CCAA. El nivel de renta de los usuarios que han accedido al sistema y las características del modelo inciden en su baja intensidad. La sobrevaloración de los copagos ha desfigurado las estimaciones del gasto público necesario provocando problemas financieros y/o la no cobertura de la demanda. Ello se evidencia en las modificaciones presupuestarias de las aportaciones estatales que, en tres años, ha supuesto un incremento del 25%⁴.

El debate sobre el alcance y el impacto del copago en los usuarios sigue abierto. A pesar de que la mayoría de la población no pone en duda la necesidad de resarcirse del módulo hotelero y transporte, continúa habiendo voces discrepantes sobre el copago en el módulo asistencial, que crea un agravio comparativo con el resto de servicios públicos esenciales, como la sanidad y la educación. Esta diversidad, también, se extiende en los modelos de los copagos de las diferentes autonomías, poniendo de relieve las diferencias entre ellas, que no solo se focalizan en la intensidad del gravamen sino en el alcance del mismo, con lo que algunas autonomías eximen de copago el servicio asistencial mientras que en la mayoría, lo incluyen.

⁴ El presupuesto estimado acumulado entre 2007 y 2010 era de 3.218,69 millones de € y el Gobierno lo aumentó a 4.010,69.

Las diferencias en los modelos de copago inciden en la equidad horizontal de los usuarios.

El modelo actual de copago en las prestaciones de la dependencia incluye algunas distorsiones en su funcionamiento que inciden en que sea un sistema regresivo al distribuir las cargas, de forma que las clases medias son las más "sufridoras" y soportan una carga económica mucho más elevada que las capas de población con rentas altas. Ello es debido al "tope" en el copago, que al actuar como límite máximo de la cuota hace que se beneficien solo los de rentas elevadas, lo que supone no hacer efectivo el principio de equidad vertical.

La sostenibilidad a medio y largo plazo del SAAD está condicionada a la posibilidad de establecer algún mecanismo que asegure un porcentaje mínimo de financiación pública a dicha finalidad. El modelo financiero de la LAPAD se ha construido sobre un sistema "no contributivo" en donde la principal fuente de financiación son los impuestos de los contribuyentes. Un sistema fiscal es muy *vulnerable a la situación económica y política*. La llegada de la recesión económica en 2008 ha puesto de manifiesto el descenso continuado a lo largo de los últimos tres años de casi un tercio de los ingresos públicos respecto al año 2008. Ello incide en recortes presupuestarios de todos los programas, incluidos los de la atención a la dependencia, como lo demuestra la disminución de un 5,3% en el presupuesto de 2011, a pesar de la necesidad de atender un mayor volumen de beneficiarios por la entrada de las personas con grado de dependencia leve.

Un sistema de financiación basado en un sistema fiscal es, también, vulnerable a las decisiones de los gobiernos de mantener un determinado volumen de gasto público del cual dependen los presupuestos del SAAD. Nuestro país no es inmune a las tendencias ideológicas de rebajar la presión fiscal y este objetivo es compartido tanto por el Estado como por las comunidades autónomas⁵ siendo ejemplos de ello, la eliminación del impuesto sobre el patrimonio y la competición entre las CCAA para la rebaja del impuesto sobre sucesiones, entre otros. La tendencia progresiva de reducir ingresos públicos afecta a las políticas de gasto y ello podría tener consecuencias negativas para la financiación suficiente del sistema de atención a la dependencia.

La transparencia en la información económico-financiera del SAAD ayudaría a determinar las necesidades reales de financiación y asegurar, a largo plazo, su sostenibilidad.

⁵ Las Autonomías apenas han utilizado la capacidad de establecer recargos en los impuestos estatales o con nuevos impuestos autonómicos.

4. Conclusión. Fortaleciendo el SAAD: refuerzo de la gobernanza, ampliación de la oferta de servicios y sostenibilidad de la financiación

En este texto hemos abordado de manera tentativa algunos de los factores sobre los que se desarrolla el SAAD, como son el acceso, el tipo de prestaciones, el sistema de gobierno y el modelo de financiación.

Del análisis realizado se deduce que el desarrollo del mismo, en términos de cobertura de la población en situación de dependencia y en generación de empleo, ha sido importante sin poder valorar aquí el impacto en el bienestar de las personas afectadas, cuidadores y familias. La implantación plena del sistema alcanzará seguramente en 2015 a más de millón y medio de personas. Estos son los valores añadidos de la llamada Ley de la Dependencia. Y junto a ello, el esfuerzo que supone construir un sistema a partir de los programas asistenciales existentes hasta 2007 sin coordinación alguna, lo que no deja de ser un avance en términos de eficacia institucional.

También hemos señalado antes, los tres problemas que debe abordar el SAAD en los años venideros para su plena consolidación como política social de Estado y que son de orden político-institucional (la gobernanza), financiero (sostenibilidad) y operativo (desarrollo de los

servicios), los tres profundamente interrelacionados, si bien una gobernanza o cooperación institucional efectiva puede allanar la solución del resto de los problemas. Dicho de otra manera, para el desarrollo del SAAD la clave del arco estriba en la buena gobernanza, en la mejora de la calidad institucional del Consejo Territorial de la Dependencia y en sus consejos consultivos.

A partir de una buena gobernanza o, mejor, paralelamente a la misma, la sostenibilidad financiera del sistema es determinante para su éxito. Las rebajas fiscales no son la vía ni para la sostenibilidad del SAAD ni para el conjunto de las prestaciones sociales del Estado de Bienestar. Afirmar la necesidad de un sistema fiscal suficiente y progresivo no es simple retórica, ya que hablamos de la garantía de las prestaciones sociales y de evitar su *asistencialización*. En el mismo sentido, la necesidad de formas de copago que no discriminen o “expulsen” a las capas medias del sistema de dependencia.

Finalmente, la orientación del SAAD hacia los servicios sociales es una política de medio-largo plazo necesaria para lograr avances en la reducción de la feminización del sistema de cuidados y mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia, sobre todo los servicios sociales comunitarios. Los avances en la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y nuevas formas de reparto de la carga de cuidados en el seno de los hogares favorecerán las políticas orientadas a la creación de servicios y, por tanto, de empleo.