

Resumen

El copago, como instrumento de participación de los usuarios en la financiación del coste de las prestaciones públicas, es una política que permite aumentar los ingresos sin tener que recurrir a incrementos de los impuestos generales. Este artículo analiza el modelo de copago establecido en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), y recoge los resultados de un estudio sobre el impacto de los copagos en la financiación del coste de las prestaciones y su incidencia en la renta de los usuarios.

Palabras clave: copago, dependencia, protección social, equidad, envejecimiento.

Clasificación JEL: I38, J14.

Abstract

Co-payment, as an instrument of participation by users in the financing of the cost of public benefits, is a policy that helps to increase revenue without having to resort to increases in general taxes. This article analyses the mechanism of the co-payment model established in the Law of Promotion of Personal Autonomy and Care for Dependent Persons and presents the results of a study of its impact on the financing the cost of benefits and on the income of users.

Key words: co-payment, dependency, social protection, equity, ageing.

JEL classification: I38, J14.

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

COSTES E IMPACTO EN LAS RENTAS DE LOS USUARIOS

Julia MONTSERRAT CODORNIU

Universidad de Girona

I. EL COPAGO: TEMA DE DEBATE EN LA FINANCIACIÓN DEL GASTO PÚBLICO

EL copago es, en la actualidad, un tema de debate sobre la financiación de la política social de nuestro país. En los medios de comunicación aparecen con bastante frecuencia los resultados de encuestas e informes realizados sobre la conveniencia de introducir el copago en los servicios sanitarios. Sin que tenga tanta resonancia, también está presente el debate sobre la contribución de los usuarios a la financiación del sistema de prevención, promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia.

Algunos argumentos a favor y en contra del copago en la atención a la dependencia

La LAPAD (Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia) configura un *modelo de financiación mixto de responsabilidad público-privada*, en el que una parte del coste es soportada por la Administración pública, y la otra parte por el usuario cuando utiliza servicios o percibe prestaciones en metálico.

Los ingresos vía copago constituyen una fuente adicional y complementaria a la recaudación impositiva, si bien ambas fuentes de financiación presentan características diferentes. El mecanismo del copago implica la introducción del principio del beneficio en la financiación pública, «quien paga es quién se beneficia de servicio», al contrario de cuando se pagan impuestos, que «no todo el que paga recibe el servicio». La coparticipación del usuario en el coste de los servicios públicos trata de relacionar directamente, a diferencia de los impuestos generales, los pagos realizados con los beneficios recibidos.

La teoría de la corresponsabilidad de los individuos para financiar los gastos públicos cada vez adquiere mayor fuerza, aunque también tiene sus detractores. Entre las ventajas de utilizar mecanismos de copago respecto a incrementos de la financiación vía impuestos se citan las siguientes: a) mayor visibilidad de los costes del servicio y de los beneficios asociados a éstos; b) mayor racionalización del gasto en las decisiones individuales respecto a la elección de los servicios, y c) tendencia a reducir el exceso de consumo que se puede producir cuando los servicios son gratuitos. En definitiva, el usuario sabe lo que cuesta y cuánto tiene que

pagar para la consecución de uno u otro servicio.

Entre los argumentos que se esgrimen en contra de la utilización de los copagos se citan: a) existe la posibilidad de discriminar el acceso a los servicios para aquellos usuarios con rentas bajas; b) los costes de gestión de los copagos pueden ser elevados; c) la capacidad de escoger entre servicios alternativos puede ser nula o casi nula, y d) posible inducción a incrementos en los precios que fijan los proveedores privados.

Algunos autores argumentan que el principio del copago como elemento que racionaliza el gasto no es aplicable en los servicios de atención a la dependencia, ya que la demanda de las prestaciones es prácticamente inelástica (los servicios se demandan en función de la necesidad, y no según el precio) y la elección de las prestaciones no se determina exclusivamente por el individuo, sino que está dirigida por un profesional de la Administración.

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

La doble tributación es otro de los argumentos en contra del mecanismo de copago. Se dice que, si los usuarios ya han pagado sus impuestos, no hay motivos para cargarles con otro pago cuando precisamente la mayor parte de los individuos (mayores de 65 años) están en una situación en la que no pueden generar rentas. Este argumento adquiere más fuerza si los copagos derivados de la LAPAD son gravosos para los usuarios.

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

II. MODELO DE FINANCIACIÓN DE LA LAPAD

La Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), que entró en vigor en enero del 2007, introdujo el derecho universal de acceso a un sistema de prestaciones a toda persona en situación de dependencia. La Ley supone una ampliación del modelo de protección social existente hasta ese mo-

mento, en la medida en que las comunidades autónomas habían ido desarrollando con anterioridad beneficios sociales para las personas en situación de dependencia.

La principal novedad de la LAPAD es instituir la universalidad en el acceso a las prestaciones, con independencia del nivel de rentas de los individuos. De esta forma, se diferencia de los modelos autonómicos previos, que eran de carácter asistencial y que beneficiaban sólo a las personas con menos recursos económicos.

Sin embargo, se observa una cierta contradicción entre la previsión del crecimiento del gasto público realizado en la LAPAD y el modelo de financiación establecido. Así, mientras se prevé un incremento del gasto público considerable, de casi un punto del PIB (pasa del 0,24 por 100 al 1-1,2 por 100 del PIB), el Gobierno no establece mecanismos de presión fiscal adicionales para compensar dicho gasto. Los argumentos que sostuvo para justificar su comportamiento fueron básicamente tres:

1) Una parte de los superávits financieros de los Presupuestos Generales del Estado se destinarían a compensar a las comunidades autónomas por el incremento del gasto que supusiera el incremento de demanda de las prestaciones derivada de la universalidad de la Ley.

2) La red de servicios necesaria para atender a las personas en situación de dependencia se desarrollaría a partir de la estructura de centros/servicios que ya existía en las comunidades autónomas antes de la nueva ley.

3) Una tercera parte del gasto público de la atención las personas beneficiarias de la LAPAD se

recuperaría a través de los copagos de los usuarios.

El primer argumento era fruto de la situación económica en el momento de aprobación de la Ley. Eran tiempos de «bonanza económica». De forma que, en los últimos cinco años, los Presupuestos Generales del Estado se liquidaban con superávit. Nada hacía presagiar una situación de crisis económica como la actual, con un descenso continuado y creciente de los ingresos fiscales que ha incluido déficits presupuestarios.

El segundo argumento es consecuencia de asentar la red pública de centros y servicios de atención a la dependencia sobre las redes creadas previamente por las comunidades autónomas por iniciativa propia. Por tanto, sólo se debería financiar el gasto adicional (gasto nuevo) impulsado por la LAPAD, ya que el gasto correspondiente a los servicios instituidos anteriormente se presuponía que era un gasto consolidado en el presupuesto de las comunidades autónomas. Esta presunción supone una reducción considerable de la necesidad de financiación adicional.

En cuanto al tercer argumento, este artículo trata de analizar si la disminución de la necesidad de financiación pública por la recuperación mediante copago está justificada de acuerdo con las fuentes de información disponibles hasta este momento.

Objetivos del modelo de financiación de la Ley 39/2006

La LAPAD establece un modelo de financiación transitorio (2007-2015) de colaboración financiera entre la Administración general del Estado (AGE) y las administraciones de las comunidades autó-

nomas con la colaboración de los usuarios. Es un modelo de financiación transitorio porque, hasta que la Ley esté completamente implantada, se establece un sistema de financiación «peculiar» en donde la AGE financia a las comunidades autónomas a través de transferencias finalistas, en lugar de hacerlo a través de la transferencia general, según el modelo financiación autonómica, tal y como se realiza con el resto de los servicios sociales.

La colaboración financiera de la AGE con las comunidades autónomas se realiza a través de dos tipos de transferencias (art. 7 de la LAPAD): el *nivel mínimo* y el *nivel acordado*. El *nivel mínimo* es una financiación garantizada por la AGE en función del número de personas beneficiarias y según su grado y nivel de dependencia, mientras que el *nivel acordado* es un importe adicional y discrecional para contribuir a los gastos de las comunidades autónomas en el desarrollo de la Ley 39/2006.

El objetivo de las transferencias finalistas de la AGE a las comunidades autónomas es impulsar el desarrollo de la Ley en los territorios. La aportación de la comunidad autónoma en la financiación del gasto «nuevo» será, anualmente, al menos igual que la de la AGE (art 32). Por ello, las transferencias finalistas a través del *nivel mínimo* y el *nivel acordado* condicionan a las comunidades autónomas a incrementar el gasto que ya venían realizando antes de la Ley.

Paralelamente, la LAPAD establece la participación de los usuarios en la financiación del coste de las prestaciones (art 33). La finalidad de introducir el copago en las prestaciones de la dependencia es recaudatoria, ya que pretende disminuir el gasto público del Sis-

tema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

La memoria económica de la Ley prevé la colaboración financiera entre los tres participantes, de forma que el importe del «gasto nuevo» se distribuye paritariamente entre la AGE, las comunidades autónomas y los copagos de los usuarios.

III. EL MODELO DE LA CONTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS EN LA LEY 39/2006

La LAPAD establece, en su artículo 33, la colaboración de los usuarios en la financiación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), señalando que la participación del usuario se aplicará tanto en las prestaciones en servicios como en las prestaciones económicas. Con carácter general, se denomina «copago» a la contribución de los usuarios financiar el coste de las prestaciones.

La LAPAD establece los elementos comunes que han de cumplir los modelos autonómicos de copago, pero la concreción del mecanismo del copago radica en las respectivas comunidades autónomas, al tener éstas la competencia plena en los servicios sociales en los que se integran los servicios de protección social de autonomía, prevención y atención a la dependencia. En sentido estricto, no se puede hablar de un único modelo, sino que, en realidad, existen tanto modelos como comunidades autónomas aunque algunos de ellos sean muy similares.

Dentro del marco de referencia general establecido en la LAPAD, las comunidades autónomas en el seno del Consejo Territorial, acordaron respetar un conjunto de

principios comunes en el establecimiento de su modelo de copago, con el fin de reducir las diferencias en las cuotas de los usuarios según el territorio donde estén domiciliados. Dicho acuerdo, de 27 de noviembre de 2008, se hizo público mediante la Resolución de 2 de diciembre de 2008.

Los elementos comunes establecidos en la LAPAD y los principios incluidos en la Resolución de 2/12/2008 hacen referencia a la determinación de la capacidad económica de los usuarios y a los criterios de participación económica del beneficiario en las prestaciones del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

La capacidad económica de los beneficiarios

La determinación de la capacidad económica de la persona beneficiaria constituye el fundamento sobre el que pivotará el cálculo de la cuantía a pagar. Por ello, la LAPAD establece que la capacidad económica de los beneficiarios se determina en función de su renta y su patrimonio.

Uno de los elementos clave de la capacidad económica es que sólo se debe imputar la que corresponde a la de la persona beneficiaria. Dado que el documento base para la determinación de la capacidad económica es la declaración del IRPF, en el caso de un beneficiario con cónyuge en régimen de gananciales, o que haya realizado la declaración del IRPF según la modalidad conjunta, se le imputará la mitad de la renta calculada según los criterios de la LAPAD. La ley añade que se podrán tener en cuenta las cargas familiares, dejando a las comunidades autónomas la concreción de dicha deducción.

En cuanto a la determinación del patrimonio, la LAPAD considera que se deberá imputar unos «rendimientos» modulados en función de la edad. Así, se imputa el 5 por 100 del valor del patrimonio calculado si el beneficiario tiene más de 65 años, un 3 por 100 si tiene entre 35 y 65 años de edad, y un 1 por 100 a los menores de 35 años.

1. *La complejidad en la determinación de la capacidad económica*

El modelo de copago de la Ley de Dependencia es bastante burocrático, ya que el nivel de renta de la persona beneficiaria no puede obtenerse directamente de las declaraciones del IRPF. Se debe realizar una declaración paralela en la que se excluirán algunos ingresos (por ejemplo, ganancias y pérdidas patrimoniales), y se incluirán otros no tributables en el IRPF (por ejemplo, prestaciones de gran invalidez o aquellas otras no sujetas a IRPF). Asimismo, las prestaciones de análoga naturaleza —aquellas derivadas de otros regímenes de protección social, como son los complementos de ayuda a tercera persona— no se deben imputar como ingreso en el cálculo de la capacidad económica, pero, en cambio, se deberán deducir en los importes de las prestaciones económicas o aportarlas en el copago correspondiente si la prestación fuese en servicios.

A ello se añade que no todos los individuos están obligados a presentar declaración de IRPF, o que quienes están obligados a veces no la hacen; en otros casos, las circunstancias económicas del individuo cambian de manera drástica de un ejercicio a otro, de forma que la capacidad económica descrita en la declaración del IRPF no

se parece a la realidad actual de esa persona. Ello lleva a que la Administración responsable de calcular el copago deba solicitar a la persona beneficiaria comprobantes de ingresos para la correspondiente estimación de su renta, convirtiéndose en «gestores», con el riesgo de error que ello comporta.

La burocracia en la determinación del copago alcanza su grado máximo cuando se trata de valorar el patrimonio de la persona, para lo que se aplican criterios de un impuesto (el Impuesto sobre el Patrimonio) que está «inactivo», y cuyas reglas de valoración son sumamente complejas. Pero el problema más importante es «detectar» el patrimonio, pues, al no existir una declaración oficial como en el caso del IRPF, la Administración tiene que solicitar los datos al beneficiario o buscarlos por medios indirectos, con la dificultad añadida de que determinados tipos de patrimonio son difíciles de detectar y valorar. En definitiva, todas estas circunstancias incidirán en copagos que no reflejan la realidad económica y que pueden dar lugar a agravios comparativos entre usuarios.

La burocracia también se manifiesta cuando intervienen dos administraciones en la determinación del copago, por ejemplo, la Administración autonómica y la corporación local. Entre otros, se observan problemas en la distribución de deducciones o en la determinación de la renta mínima que debe recibir el beneficiario. De hecho, el coste de la burocracia en el cálculo de los copagos de los usuarios no se valora y, además, no se considera como un ingreso negativo en las estimaciones de su recaudación. En consecuencia, puede representar un coste importante para la Administración y ser una fuente de

agravios comparativos entre las personas beneficiarias.

2. La determinación de la cuota a pagar (copago)

El acuerdo recogido en la Resolución de 2 de diciembre de 2008 establece los principios comunes que deben respetar las comunidades autónomas en el diseño de su propio modelo. Los principios hacen referencia a conceptos como el precio de referencia, la escala de gravamen, la garantía de una renta mínima, la garantía de una prestación mínima en determinados casos y la exención de gravar determinadas rentas. No obstante, hay un principio general: que nadie puede quedar excluido de los beneficios de la Ley en función de su capacidad económica.

La forma de determinación del copago difiere según sean prestaciones en servicios o prestaciones económicas. En las prestaciones en servicios, el usuario paga un porcentaje de su renta hasta el límite del precio del servicio (precio tope). En cambio, en las prestaciones económicas, el usuario paga un porcentaje de la cuantía de la prestación. Mientras que la modalidad en el copago de los servicios es similar al mecanismo que se emplea en la tributación del IRPF, la modalidad en las prestaciones económicas es la que se utiliza en el establecimiento de precios en el sector privado.

El acuerdo establece unos límites y unas condiciones a respetar que son diferentes según sean prestaciones en servicios o prestaciones económicas, aunque los conceptos son similares. Ellos son los siguientes:

a) *Precio de referencia*. Las comunidades autónomas deberán establecer su precio de referencia del

coste de los servicios. En las prestaciones económicas será la cuantía máxima aprobada por el Gobierno, mientras que en los servicios se deberá diferenciar el módulo asistencial del módulo hotelero.

b) *Escala de gravamen*. Incluye dos conceptos: los tipos máximos y los mínimos, y la modalidad de la escala de gravamen.

— En las prestaciones en servicios se establecen tipos máximos y mínimos de la escala de gravamen según el tipo de prestación. Así, en los servicios residenciales oscilará entre el 70 y el 90 por 100, y en el resto de servicios no institucionalizados la escala de gravamen oscila entre el 10 y el 65 por 100 de la capacidad económica del beneficiario.

— La modalidad de la escala de gravamen debe ser progresiva. No obstante, el acuerdo contempla la progresividad del gravamen en función de tramos de renta, los cuales deberán estar referenciados según el importe del IPREM (indicador público de renta de efectos múltiples) o del indicador de referencia de renta propio de la comunidad autónoma (IRSC en el caso de Cataluña).

c) *Garantía de ingresos mínimos*. En los servicios residenciales se debe garantizar al usuario una renta mínima, que establece cada autonomía.

d) *Exención del copago*. Se establece una exención en función de la capacidad económica. Así, las rentas inferiores a «una vez el IPREM», tanto en los servicios no institucionalizados como en las prestaciones económicas, quedan exentas de contribuir.

e) *Tope de los copagos*. Los usuarios no pueden contribuir por en-

cima de un determinado «tope», que en los servicios se establece en función del precio de referencia y en las prestaciones económicas sobre el importe de la prestación a recibir.

— Tope en los servicios. En los servicios residenciales se establece el tope del 90 por 100 del precio de referencia, y en los servicios no residenciales el 65 por 100 del precio de referencia,

— El tope de los descuentos es el 25 por 100 en la prestación de cuidados en el entorno familiar, y el 60 por 100 en la prestación vinculada al servicio y a la asistencia personal.

f) *Garantía de una prestación mínima*. Ésta se establece en el caso de que el usuario sea beneficiario de una prestación de análoga naturaleza y haya solicitado una prestación de la LAPAD. En dicho caso, se garantiza que percibirá una prestación mínima de la LAPAD. De nuevo, cada comunidad autónoma establecerá el importe a garantizar.

IV. ESTIMACIÓN DE LA CONTRIBUCIÓN DE LOS COPAGOS EN EL COSTE DEL SISTEMA

En la memoria económica de la Ley se prevé que la recaudación a través de los copagos debería cubrir alrededor de un tercio del coste de las prestaciones del SAAD. Los copagos los recaudan las comunidades autónomas suponiéndoles un ingreso que les ayuda a disminuir su contribución presupuestaria a la financiación del SAAD.

La estimación del porcentaje de recuperación del coste a través de los copagos es importante

porque, en el periodo de implantación de la LAPAD, la AGE se compromete a financiar la mitad del coste nuevo «neto» que deban soportar las comunidades autónomas. Si una comunidad autónoma recauda un porcentaje inferior a la cifra inicialmente prevista, ello supondrá que o bien esa comunidad deberá contribuir con una aportación presupuestaria superior a la prevista, o bien se deberá modificar la aportación de la AGE a las comunidades autónomas, o una combinación de ambas.

Teniendo en cuenta la importancia de cuantificar dicha variable, y que todavía no existen estadísticas que aporten cifras del volumen de recaudación de los copagos según los nuevos criterios establecidos en la Resolución de 2 de diciembre de 2008, se muestran los resultados de un estudio al respecto (Montserrat, 2010).

El estudio realiza una simulación de los copagos de los potenciales beneficiarios de la LAPAD en función de las rentas de las personas mayores, a partir de la muestra de contribuyentes y no contribuyentes del IPRF de la AEAT y el Instituto de Estudios Fiscales. A pe-

sar de que el alcance de la LAPAD es superior al de las personas mayores, ya que incluye a todas las personas en situación de dependencia, independientemente de su edad, los resultados del estudio son ilustrativos, puesto que más del 80 por 100 de los beneficiarios en la LAPAD son personas mayores.

Los resultados del estudio se presentan diferenciados según sean prestaciones en servicios o prestaciones económicas, ya que los porcentajes de recuperación difieren mucho entre sí. Posteriormente, se realiza una simulación global del conjunto de las prestaciones.

1. La contribución de los usuarios de las prestaciones en servicios

El estudio realiza simulaciones según si el modelo de copago en las prestaciones de servicios es progresivo o mixto. En el primer caso, el tope de la cuota a pagar se establece en el precio de referencia global (módulo asistencial y módulo hotelero). En el segundo caso, el tope de la cuota sólo

se aplica en el módulo asistencial, mientras que el coste del módulo hotelero es fijo con independencia de la capacidad económica del beneficiario.

Los resultados del estudio muestran los porcentajes de recuperación del coste de las prestaciones, diferenciados por tramos de renta (fijados según el IPREM) y según la tipología de servicios. Los resultados se desglosan en función de si en la capacidad económica se incluye la valoración del patrimonio o no. Así, la media de recuperación global en los servicios de residencia oscilaría entre el 33 y el 35 por 100 del precio de referencia estimado; la contribución de los copagos en el servicio de centro de día oscilaría entre un 14 por 100 y un 15 por 100 y, en el servicio de ayuda a domicilio, estaría, alrededor del 10 por 100 del precio medio estimado (ver cuadro n.º 1).

Es importante destacar dos cuestiones. Por una parte, el esfuerzo económico de los usuarios en función de su nivel de renta y, por otra, la contribución adicional de la inclusión del patrimonio en la capacidad económica del usuario.

CUADRO N.º 1

CONTRIBUCIÓN DE LOS COPAGOS EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE GRAN DEPENDENCIA (En porcentaje del precio de referencia)

	PROMEDIO	PORCENTAJE DEL COPAGO SOBRE EL COSTE					
		DE 0 A 1 IPREM	DE 1 A 2 IPREM	DE 2 A 3 IPREM	DE 3 A 4 IPREM	DE 4 A 5 IPREM	MÁS DE 5 IPREM
Copago "con" patrimonio. Residencia.....	35	12	34	63	87	90	90
Copago "sin" patrimonio. Residencia.....	33	10	32	58	81	86	90
Copago "con" patrimonio. Centro de día.....	15	0	8	33	61	65	65
Copago "sin" patrimonio. Centro de día.....	14	0	7	32	59	64	65
Copago "con" patrimonio. Ayuda a domicilio.....	10	0	4	19	40	54	54
Copago "sin" patrimonio. Ayuda a domicilio.....	10	0	4	18	39	54	54

Fuente: Elaboración propia y muestra IEF-AEAT, 2004.

1.1. Contribución de los usuarios según su capacidad económica

Según se puede apreciar en el cuadro n.º 1, los usuarios contribuyen de forma creciente en la financiación del coste del SAAD hasta llegar al tramo de rentas medias-altas. Estas se benefician del «tope» en la cuota, ya que, a partir de un determinado nivel de renta, siempre contribuirán con un mismo porcentaje del precio. El «tope» en la cuota representa una bonificación en el precio para las rentas más elevadas, un 10 por 100 en los servicios residenciales y un 35 por 100 en los servicios no institucionalizados; en cambio, las rentas medias y bajas no se benefician de dicha bonificación. El gráfico 1 muestra la evolución de la contribución de los usuarios según su capacidad económica. Se puede apreciar que a este techo se llega con más facilidad en los servicios de centro de día y ayuda

a domicilio que en los servicios residenciales, al tener el copago su tope en un nivel inferior (65 por 100 versus 90 por 100).

1.2. Incidencia de la inclusión del patrimonio en los copagos de los usuarios

Los resultados de la simulación muestran un incremento pequeño en la capacidad económica de los beneficiarios, ya que se estima que el porcentaje de recuperación del coste se elevaría entre el 1 y el 2 por 100 del coste total, siempre y cuando las rentas de los beneficiarios del SAAD se distribuyeran normalmente entre todos los niveles de renta. Ello implica que si la mayoría de los beneficiarios se concentran en las rentas medias y bajas, la incidencia en el incremento de la recaudación puede ser menor.

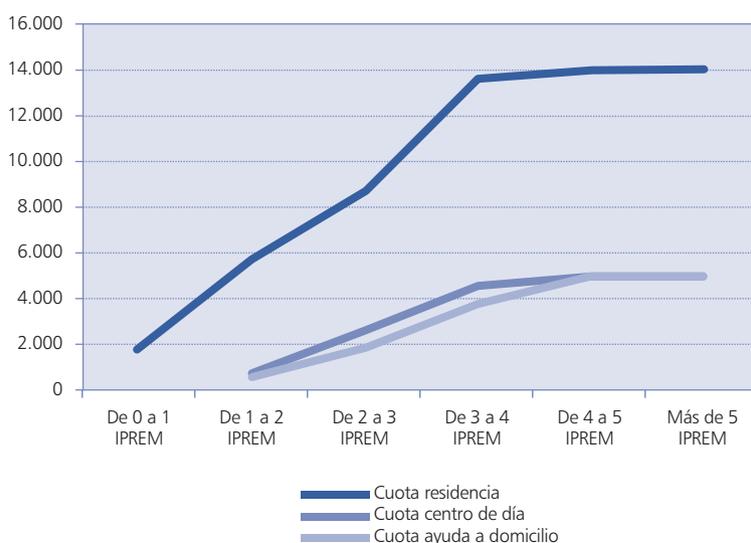
La baja incidencia del patrimonio en los copagos de los usuarios

se debe, principalmente, al modelo establecido en la LAPAD, el cual establece la exención de incluir la vivienda de la persona beneficiaria en la valoración de su capacidad económica mientras ésta permanezca en su domicilio, e incluso cuando disfrute de un servicio residencial siempre que resida en aquélla, el cónyuge o algún familiar que dependa económicamente del usuario.

El desglose de la capacidad económica «con» patrimonio y «sin» patrimonio muestra la incidencia de cada situación en el copago de los usuarios. Los resultados del estudio señalan que el incremento de la capacidad económica derivada del patrimonio no afecta a las rentas altas, ya que éstas alcanzan el «tope» de la cuota antes que intervenga el patrimonio. El efecto de un copago superior por la inclusión del patrimonio lo soportan, principalmente, las rentas medias, aquellas situadas entre 2 y 4 veces el IPREM (ver gráfico 2).

GRÁFICO 1

EVOLUCIÓN DE LOS COPAGOS EN LOS SERVICIOS POR TRAMOS DE RENTA (Dependencia severa, grado 3)



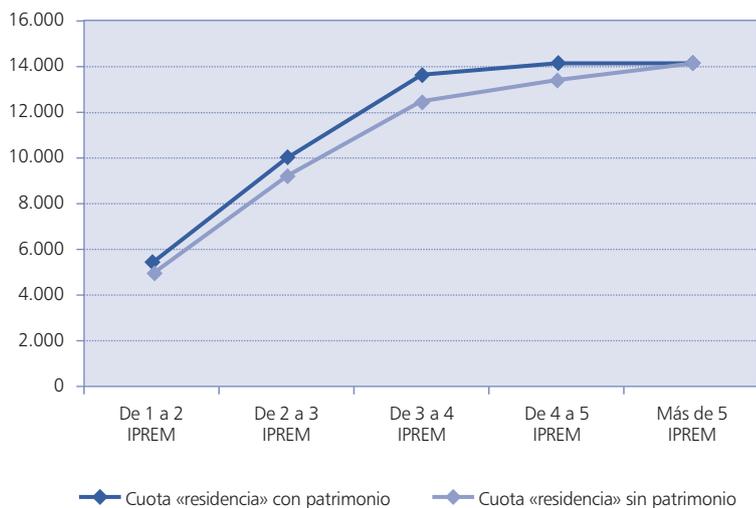
Fuente: Elaboración propia.

1.3. Impacto de los copagos en las rentas de los usuarios

La política de ingresos públicos a través de los copagos no tiene una finalidad de distribución de rentas, pero cabe esperar que sea progresiva, respetando la equidad vertical. En cambio, el modelo de copagos previsto en la LAPAD quiebra el principio de progresividad favoreciendo a las rentas más elevadas mediante el establecimiento del «tope» en los copagos (1).

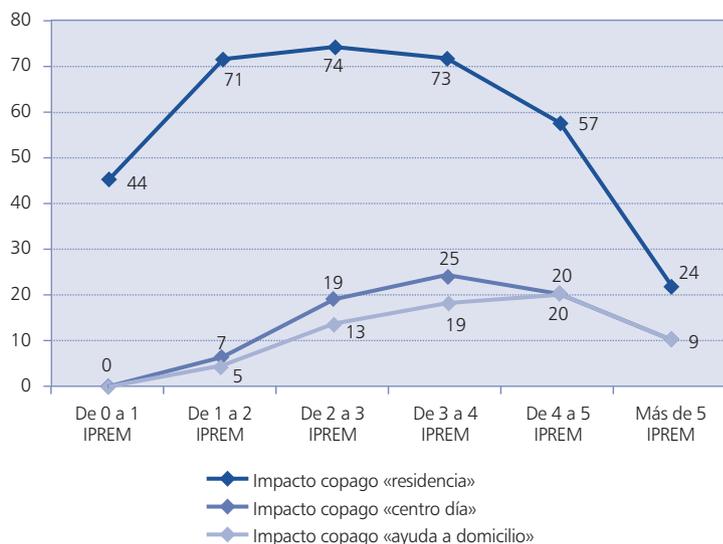
El gráfico 3 muestra el impacto del copago en las rentas de los usuarios en las prestaciones en servicios, en las cuales se observa que las personas beneficiarias con rentas medias son las que más

GRÁFICO 2
SIMULACIÓN IMPACTO DEL PATRIMONIO EN EL COPAGO
EN UN SERVICIO RESIDENCIAL
 (Dependencia severa, grado 3)



Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 3
IMPACTO DEL COPAGO EN LAS RENTAS DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS



Fuente: Elaboración propia.

de renta alta (más de 4 veces el IPREM), el copago representa un 24 por 100 de promedio. Lo mismo sucede cuando se trata de servicios no residenciales. El copago de las personas con rentas medias (entre 3 y 4 veces el IPREM) alcanza al 25 por 100 y el 19 por 100, respectivamente, según se trate de centro de día o ayuda a domicilio; mientras que el copago de las personas con rentas altas (más de 5 veces el IPREM) apenas alcanza el 9 por 100 (gráfico 3).

La máxima progresividad que se puede conseguir en una política de copagos es la exclusión de los usuarios con rentas altas de las bonificaciones aplicables al resto de los individuos, de forma que éstos, sin quedar excluidos del SAAD, contribuyan a su financiación pagando el precio del servicio correspondiente. Este criterio también podría aplicarse en el caso de las prestaciones económicas, lo cual equivaldría a excluir de la prestación por cuidados en el entorno familiar a aquellos individuos que cuentan con suficiente capacidad económica para comprar servicios domiciliarios o que no necesitan compensaciones económicas para el cuidado de sus familiares.

2. Estimación de la contribución de los usuarios en las prestaciones económicas

Todas las comunidades autónomas han desarrollado modelos para determinar la contribución de los beneficiarios a la financiación del coste de las prestaciones económicas. El copago para este tipo de prestaciones se calcula aplicando un coeficiente reductor a las cuantías máximas de las prestaciones económicas aprobadas anualmente por el Gobierno.

contribuyen en la financiación del coste de las prestaciones. Así, el copago de aquellos con rentas me-

días puede llegar a alcanzar un 71 por 100 de su renta en un servicio residencial, mientras que entre los

Se observa que las comunidades han desarrollado dos modelos «tipo» de copago: a) modelo según tramos de rentas, y b) modelo progresivo. En el primer caso, los coeficientes reductores se incrementan al pasar de un tramo de renta a otro, y en el segundo, el coeficiente reductor del importe de la prestación es progresivo, evitando el salto en la cuota al pasar de un tramo al otro. Actualmente, alrededor de la mitad de las comunidades autónomas siguen el primer modelo, y la otra mitad, el segundo.

Se realiza una simulación para determinar el copago que correspondería según los dos modelos, tomando el modelo mayoritario de «tramos de renta» y el modelo progresivo que más comunidades aplican. En cada uno de los modelos se calcula el importe de los descuentos por tramo de renta, y se obtiene el promedio de copago calculando la media entre el importe máximo y el mínimo de cada intervalo. En los cuadros n.ºs 2 y 3 se resumen ambos modelos.

Los resultados de la simulación de los copagos en las prestaciones económicas se muestran en el cuadro n.º 3. Se observa que el modelo progresivo aplica porcentajes menores de descuentos en los dos primeros tramos de renta en relación con el modelo de «tramos» mientras que, a partir del tercer tramo de renta, la situación se invierte, y la recuperación es mayor en el modelo progresivo que en el de «tramos».

La estimación del volumen total de copagos y su peso en relación con el coste de las prestaciones, en cada uno de los modelos estudiados, se obtiene ponderando la población beneficiaria en cada tramo de renta por el importe estimado del copago según

CUADRO N.º 2

MODELO DE COEFICIENTES REDUCTORES POR TRAMOS DE RENTAS EN LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS

	Vinculada al servicio	Cuidados en el entorno familiar	Asistencia personal
Menos de 1 IPREM.....	0	0	0
De 1 a 2 IPREM.....	10	5	10
De 2 a 3 IPREM.....	20	10	20
De 3 a 4 IPREM.....	30	15	30
De 4 a 5 IPREM.....	40	20	40
Más de 5 IPREM.....	50	25	50

Fuente: Elaboración propia y muestra IEF-AEAT, 2004.

CUADRO N.º 3

MODELO PROGRESIVO: CÁLCULO DEL IMPORTE DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS

	Vinculada al servicio	Cuidados en el entorno familiar	Asistencia personal
Importe	$CM * [1,1125 - (0,15 * R / IPREM)]$	$CM * [1,06 - (0,08 * R / IPREM)]$	$CM * [1,1125 - (0,15 * R / IPREM)]$

Nota: CM = cuantía máxima de la prestación económica, R = capacidad económica, IPREM = Indicador público de renta de efectos múltiples.

el porcentaje de recuperación indicado en el cuadro n.º 4. Los resultados muestran que no hay una diferencia significativa entre ambos modelos. Así, la recuperación del coste en la prestación de cuidador no profesional oscilaría entre, un 4,25 por 100 a 4,31 por 100 y, en la prestación vinculada oscilaría entre, un 8,08 por 100 a un 8,50 por 100, según sea modelo progresivo o modelo tramos de renta. No obstante, los resultados pueden variar entre las comunidades dependiendo de la estructura de las rentas de la población beneficiaria y del modelo concreto de copagos establecido en su territorio. Cabe observar que la recaudación desciende a medida que la amplitud del tramo de renta exenta se hace mayor, o según la intensidad de los coeficientes reductores que aplique cada comunidad autónoma.

Si se comparan los resultados de estas nuevas simulaciones con la

que se habían obtenido en el estudio citado anteriormente (Montserrat, 2010), se observa que no hay una variación significativa en ellos. En conjunto, la recuperación de la prestación económica por cuidados en el entorno familiar oscila entre un 4 y un 5 por 100, aproximadamente, y el porcentaje de recuperación de la prestación económica vinculada y asistencia personal varía, entre el 8 y el 10 por 100, aproximadamente.

3. Simulación de la contribución de los copagos en el conjunto de las prestaciones

Como ya se ha mencionado, según las estimaciones iniciales realizadas en la memoria económica de la Ley, el volumen de ingresos a través de los copagos representaría una recuperación global de una tercera parte del coste de las

CUADRO N.º 4

**RECUPERACIÓN DEL COSTE EN LOS MODELOS ECONÓMICOS DE COPAGOS EN LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS
(Porcentajes)**

		PARTICIPACIÓN USUARIOS (CUIDADOR NO PROFESIONAL)					
MODELO TRAMOS DE RENTA	CUANTÍA MÁX.	Tramo 1 DE 0 A 1 IPREM	Tramo 2 DE 1 A 2 IPREM	Tramo 3 DE 2 A 3 IPREM	Tramo 4 DE 3 A 4 IPREM	Tramo 5 DE 4 A 5 IPREM	Tramo 6 MÁS DE 5 IPREM
Copago 3-2	519,13	0,00	2,5	7,5	12,5	17,5	22,5
Copago 3-1	415,75	0,00	2,5	7,5	12,5	17,5	22,5
Copago 2-2	336,24	0,00	2,5	7,5	12,5	17,5	22,5
Copago 2-1	300,00	0,00	2,5	7,5	12,5	17,5	22,5
Año 2009							
		PARTICIPACIÓN USUARIOS (CUIDADOR NO PROFESIONAL)					
MODELO PROGRESIVO	CUANTÍA MÁX.	Tramo 1 DE 0 A 1 IPREM	Tramo 2 DE 1 A 2 IPREM	Tramo 3 DE 2 A 3 IPREM	Tramo 4 DE 3 A 4 IPREM	Tramo 5 DE 4 A 5 IPREM	Tramo 6 MÁS DE 5 IPREM
Copago 3-2	519,13	0,00	1,0	6,0	14,0	22,0	25,0
Copago 3-1	415,75	0,00	1,0	6,0	14,0	22,0	25,0
Copago 2-2	336,24	0,00	1,0	6,0	14,0	22,0	25,0
Copago 2-1	300,00	0,00	1,0	6,0	14,0	22,0	25,0
Año 2009							

prestaciones. El alcance de esta afirmación se pone en entredicho según los resultados obtenidos en el estudio de referencia.

En primer lugar, cabe decir que la recuperación del coste de las prestaciones dependerá de la estructura de los diferentes tipos de prestaciones que se esté ofertando en cada momento y de los precios de referencia, entre otros.

La estructura de la oferta de prestaciones es importante porque la recuperación del coste en las prestaciones económicas es menor que la de las prestaciones en servicios; asimismo, dentro de cada uno de estos dos grupos de prestaciones, se observan diferencias según el tipo de prestación, tal como se ha expuesto anteriormente.

El precio de referencia es otra variable a tener en cuenta en la recuperación del coste de las prestaciones. Ello es debido a que, generalmente, el precio de referencia no

es representativo del coste «real» de las plazas, ya que no incluye el coste que resultaría de considerar las plazas de gestión pública y las plazas concertadas conjuntamente. Según el modelo de la LAPAD, el precio de referencia es el de las plazas concertadas, el cual no siempre coincide con el coste real.

Con el fin de contrastar la hipótesis establecida en la memoria económica de la Ley, se realiza una simulación basada en la construcción de un modelo de demanda de las prestaciones en el que el 50 por 100 serían en «servicios», y el 50 por 100 restante, en «prestaciones económicas» (2). Las cifras estimadas (3) de los costes de los servicios y de las prestaciones económicas incluidas en el modelo de demanda están actualizadas al año 2009.

Los resultados muestran que el porcentaje de recuperación del coste de las prestaciones sería, como máximo, del 20 por 100, en un

nivel de implantación de la LAPAD de los grados 3 y 2 de dependencia. Asimismo, se observa que el porcentaje de recuperación es mayor en las prestaciones del grado 2 (22 por 100) que en las prestaciones del grado 3 (20 por 100). Estas cifras, a falta de estadísticas, deben ser consideradas en el contexto de las hipótesis utilizadas en la construcción del modelo, y especialmente la de que la distribución de las rentas de los usuarios del SAAD se distribuye normalmente según la estructura de rentas de la población mayor de 65 años. En el supuesto de que las rentas se concentraran en los niveles más bajos, los porcentajes de recuperación del coste disminuirían (ver cuadro nº 5).

A falta de estimar la contribución de los copagos de los usuarios del grado 1, se deduce de las simulaciones realizadas que la previsión del Gobierno de recuperar un tercio del coste de las prestaciones a través de los copagos resulta bastante improbable.

V. REFLEXIONES

La LAPAD establece un modelo de financiación mixto de colaboración pública-privada en el que intervienen las administraciones públicas y los usuarios. El modelo de financiación previsto en la LAPAD es complejo, y requiere el encaje financiero de los diferentes participantes. El déficit de uno ellos trasladará la carga financiera al otro/los otros.

Se deberían tener en cuenta los costes asociados a la burocracia en la determinación de los copagos de las personas beneficiarias. El hecho de no poder calcular directamente la capacidad económica de la declaración del IRPF, al tener que incluir o excluir rentas, y de no disponer de los datos fiscales ajustados al ejercicio de entrada del beneficiario en el SAAD conlleva burocracia y complejidad en los cálculos, con los correspondientes riesgos de provocar agravios comparativos entre los individuos. Este problema se agrava al incluir la valoración del patrimonio del individuo sin disponer de la correspondiente liquidación por dicho impuesto. Se deberían buscar sistemas alternativos que disminuyeran la complejidad en la deter-

minación de la capacidad económica del beneficiario y permitieran disponer de datos ajustados a la realidad económica del solicitante.

La LAPAD establece una participación importante de los usuarios en la financiación del SAAD. En principio, la contribución de aquéllos debería cubrir un tercio del coste de las prestaciones. Las simulaciones realizadas, mediante un modelo de provisión de prestaciones ajustado a la situación actual, arrojan unos resultados que distan de corroborar la estimación de la LAPAD. El modelo prevé un porcentaje máximo de recuperación del coste de las prestaciones, del orden del 20 por 100, en un estado de desarrollo de la Ley que incluye a las personas en situación de dependencia grave (grado 2) y muy grave (grado 3). La menor recuperación del coste de las prestaciones a través de los copagos afecta a las previsiones financieras de las comunidades autónomas y demás administraciones que intervienen en la gestión del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

Se debería reflexionar sobre el impacto en la equidad que comporta el «tope» en las cuotas de

los servicios, o en los «descuentos» en las prestaciones económicas. El tope en el copago supone una bonificación en la cuota a pagar, la cual sólo beneficia a las rentas elevadas. La eliminación de los «topes» no implicaría la exclusión del SAAD de aquellos individuos con rentas altas, sino su contribución a la financiación del coste del Sistema de acuerdo con su capacidad económica.

La inclusión de una renta «no monetaria» derivada de la valoración del patrimonio de la persona beneficiaria comporta burocracia, y no siempre garantiza un tratamiento más equitativo de las rentas. Los resultados muestran que la inclusión del patrimonio en la determinación de los copagos no afecta a las rentas altas, ya que éstas llegan al «tope» de la cuota antes de que pueda actuar el efecto del patrimonio. A ello se une la escasa incidencia que tiene en el incremento de recaudación de los copagos. Por tanto, el legislador debería considerar el coste/beneficio de dejar al margen del copago la inclusión del patrimonio de los usuarios. El establecimiento de un impuesto general sobre el patrimonio —no sólo para las personas en situación de dependencia— sería más eficiente y mejoraría la financiación de la atención a la dependencia si su recaudación se afectara a dicha finalidad.

Estas son algunas de las reflexiones que se proponen con el fin de mejorar el modelo de financiación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

NOTAS

(1) Como ya se ha mencionado, en los servicios el tope es del 90 por 100 en los residenciales y el 65 por 100 en el resto de servicios no

CUADRO N.º 5

IMPACTO DE LOS COPAGOS EN LA RECUPERACIÓN DE LOS COSTES DE LAS PRESTACIONES DE LA DEPENDENCIA

	Grado 3	Grado 2	Total
Coste servicios	1.501	915	1.222
Copago servicios.....	380	225	306
Recuperación copago (porcentaje).....	25	25	25
Coste prestaciones económicas.....	501	331	426
Copago prestaciones económicas.....	31	43	36
Recuperación copago (porcentaje).....	6	13	8
Coste prestaciones.....	959	622	805
Copago promedio	191	134	165
Recuperación copago (porcentaje).....	20	22	20

Fuente: Elaboración propia.

institucionalizados. Por otra parte, en las prestaciones económicas, el tope del «descuento» es del 25 por 100 en la prestación de cuidados en el entorno familiar y del 40 por 100 en la prestación vinculada y en la de asistencia personal.

(2) En junio del 2011, la distribución entre los dos tipos de prestaciones era bastante parecida (47 por 100 en servicios y 53 por 100 en prestaciones económicas).

(3) Los datos que se obtienen del modelo son estimaciones sujetas a variaciones según los precios utilizados, la distribución de prestaciones o la ponderación entre el número de beneficiarios de los diferentes grados de dependencia.

BIBLIOGRAFÍA

CHERNOCHOVSKY, D. (2000), *The public-private mix in the modern health care system*.

Concepts, issues and policy options, WP 7881, NBER, septiembre.

CHIAPPORI, P.A., F. DURAND y P-Y. GEOFFARD (1998), «Moral hazard and the demand for physician services», *European Economic Review*, 42 (3-5): 499-511.

MONTERRAT, J. (2009), «La tercera vía de financiación: la contribución económica del usuario», *Presupuesto y Gasto Público*, 56: 125-141.

— (2010), «La política redistributiva de las prestaciones de la dependencia: Análisis del impacto del copago en las rentas de los usuarios», Instituto de Estudios Fiscales, *Documento de Trabajo nº 10/10*.

PAULY, M. (1968), «The economics of moral hazard: comment», *American Economic Review*, 58: 531-537.

PUIG JUNOY, J. (2001), «Los mecanismos de copago en los servicios sanitarios: Cuando, cómo y por qué», *Hacienda Pública Española*, 158-3.

RICE, T. (1998), *The Economics of Health*, Chicago: Health Administration press.

RICE, T., y MORRISON, K.R., (1994), «Patient cost sharing for medical services: A review of the literature and implications for health care reform», *Medical Care Review*, 51 (3): 235-287.

VV.AA. (2005), *Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

ZWEIFEL, P., y MANNING, W.G. (2000), «Moral hazard and consumer incentives in health care», en *Handbook of Health Economics*, North Holland.