QUINTA PARTE
LA FINANCIACIÓN DE LA DEPENDENCIA

LA FINANCIACIÓN PÚBLICA DE LA DEPENDENCIA EN EL MARCO DEL OBJETIVO DE REDUCCIÓN DEL DÉFICIT. UNA APROXIMACION AL COSTE DE OPORTUNIDAD*

Luis Alberto Barriga Martín*
Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales

SUMARIO: 1. Planteamiento. –2. El desafío de los Long Term Care. –3. El impacto económico de las reformas en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. –4. El coste de oportunidad.

RESUMEN

La atención a las personas en situación de dependencia en España ha sido una de las políticas públicas más castigadas por los recortes. Así consta en los sucesivos Programas Nacionales de Reformas (2011 a 2013), en el marco de los objetivos de reducción del déficit público. Tratándose de un asunto de indubitada importancia estratégica y cuyo desarrollo es un desafío ineludible para las próximas décadas, las decisiones adoptadas han tenido impactos evidentes para las personas y familias afectadas, para los sistemas autonómicos de servicios sociales y para el gasto público. En este artículo se computan los efectos inmediatos en el gasto público derivados de las reformas de la Ley 39/2006 al tiempo que se presenta una simulación del escenario en 2013 si se hubieran adoptado medidas de estímulo con incremento de la inversión en el sector. No invertir en atención a la dependencia ha podido suponer importantes costes de oportunidad.

ABSTRACT

The care of people at dependency situation in Spain has been one of the hardest hit by public cuts policies budget. This is stated in the following National Reforms Programmes (2011-2013), within the framework of public deficit reducing objectives. As undoubted strategic importance matter, whose development is a must challenge for the coming decades, decisions have obvious impacts for people and families involved, for regional social services systems and for public spending. In this article the immediate effects on public spending arising from the reforms of the Law 39/2006 are computed, while a simulation of the 2013 presented scenario if they had adopted stimulus measures to increase investment in the sector are estimated. Do not invest in the long term care system may have led to generate significant opportunity.

Palabras clave: gasto, público, déficit, recortes, coste, financiación.

Key words: Spending, Public, Deficit, Cuts, Cost, Financial.

---

* Recibido el 10 de julio de 2014, aceptado el 10 de octubre de 2014.
** Observatorio Estatal de la Dependencia.

1. PLANTEAMIENTO

Se cumple en 2014 el centenario de la aparición de la obra del economista y sociólogo austríaco Friedrich von Wieser, Theorie der gesellschaftlichen Wirtschaft [Teoría de la economía social. 1914]. De esta obra se deriva uno de los más básicos y útiles conceptos de la ciencia económica que ha pervivido hasta nuestros días: el coste de oportunidad o coste alternativo.

Este concepto, íntimamente ligado a la toma de decisiones de los agentes económicos, analiza el coste que supone la toma de una decisión ante diferentes alternativas. No se considera únicamente qué se obtiene (valor esperado) cuando se adopta una decisión económica determinada ante una disyuntiva de gasto o inversión, sino que también cobra enorme importancia qué se deja de obtener o a qué se renuncia al no haber adoptado una decisión alternativa.

La atención a las personas en situación de dependencia en España es –o mejor, tenía la intención de ser– un nuevo derecho social conquistado a raíz de la aprobación ampliamente consensuada de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (en adelante LAPAD). Su implantación progresiva debía dar cobertura total en 2015, si bien el calendario de aplicación ya ha sufrido sucesivas demoras, previéndose en la actualidad que su despliegue supere el año 2017 debido al retraso en el inicio de la atención a las personas valoradas con Grado I (nivel I) que no llegará hasta julio de 2015.

La LAPAD –conviene no perder esto de vista– no debería entenderse como el resultado de políticas de oportunidad electoralista o partidaria, sino que forma parte de un auténtico reto de futuro si se tienen en cuenta aspectos tan esenciales como la evolución demográfica; el incremento del gasto sanitario directamente relacionado con la atención a las enfermedades crónicas u otros efectos de gran impacto económico como es el elevado número de población activa (fundamentalmente mujeres) en España que dedica gran parte de su tiempo vital a proporcionar cuidados a familiares, constituyendo dicha dedicación no profesionalizada una barrera evidente para la incorporación al empleo y a otras actividades vitales.

No obstante las decisiones adoptadas por el Reino de España respecto a la LAPAD, contenidas en el Programa de Estabilidad y en el Programa Nacional de Reformas (PNR) para el año 2012 y sucesivos[1], han tenido como objetivo indubitado y fundamental la reducción del gasto público en esta materia aduciendo la búsqueda de la "sostenibilidad" del sistema. Así, dentro del paquete de medidas denominado –un tanto eufemísticamente– Modernización de las Administraciones Públicas y de los Servicios Públicos del PNR-2012, ya se incluyó a la Ley de Dependencia como una de las políticas públicas que serían objeto de reducción en el gasto público junto a otras reformas estructurales de mayor calado económico como la reforma del sistema de pensiones[2], la reforma laboral[3] o las reformas previstas en las administraciones públicas, uno de cuyos primeros pasos ha sido la aprobación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local[4].

Como se indica en el último de los Programas Nacionales de Reforma (PNR-2014, pág. 177), las medidas aplicadas en torno a la LAPAD y su desarrollo habrían tenido como resultado un ahorro total en el gasto público de 2.278 millones de euros entre 2012 y 2014, de los que 1.183 M€ (52%) corresponderían directamente a Presupuestos Generales del Estado y 1.095 M€ (48%) corresponderían a reducción de gasto en las CC.AA.

Es significativo que un sistema que presentaba a finales de 2011 un dato de 300.000 personas desatendidas, aun cuando tenían derecho a recibir prestaciones o servicios por su grado

---

[1] Plan Nacional de Reformas del Reino de España. Años 2012, 2013 y 2014, disponibles en http://www.lamoncloa.gob.es/.
[2] Ley 23/2013, de 23 de diciembre, reguladora del Factor de Sostenibilidad y del Índice de Revalorización del Sistema de Pensiones de la Seguridad Social. (BOE núm. 309, de 26 de diciembre de 2013)
[3] Ley 3/2012, de 6 de julio, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. (BOE núm. 162, de 7 de julio de 2012).
[4] BOE núm. 312, de 30 de diciembre de 2013.

de dependencia, se sometiese a tan importante reducción de la inversión pública; como resulta también peculiar que el dato de ahorro público de casi 2.300 M€ contenido en el mencionado PNR-2014 se encuentre dentro de la rúbrica Annual Growth Survey (AGS) como "medidas adicionales para apoyar el crecimiento".

Desde su aprobación hasta hoy, la LAPAD ha sido objeto de varias modificaciones legislativas (Tabla 1), si bien, la más contundente en términos de contención del gasto público, fue la que se produjo en julio de 2013 a través del Real Decreto-Ley 20/2012 de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

Tabla 1.

Síntesis de las reformas de las que ha sido objeto la Ley 39/2006 desde su aprobación

Norma	Objeto	Efectos
Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público	Se modifica, con efectos de 1 de junio de 2010, la disposición final 1.2 y 3.	• El plazo para resolver las solicitudes sobre el reconocimiento de la situación de dependencia y la prestación que corresponda recibir a la persona beneficiaria, será de seis meses a contar desde la fecha de la solicitud. • El derecho de acceso a las prestaciones correspondientes se generará a partir de la resolución en la que se reconozca la concreta prestación a percibir por la persona beneficiaria. No obstante, el derecho a percibir la prestación económica de dependencia que, en su caso, fuera reconocida, se generará desde el día siguiente al del cumplimiento del plazo máximo de seis meses. • Las cuantías adeudadas en concepto de efectos retroactivos de las prestaciones económicas, independientemente de la fecha de la solicitud, podrán ser aplazadas y su pago periodificado en pagos anuales de igual cuantía en un plazo máximo de 5 años.
Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público	Se modifica la disposición final 1.1	• Se modifica el calendario de aplicación de la Ley, teniendo derecho a prestaciones y servicios: ○ 2007 – Los valorados en el Grado III de Gran Dependencia, niveles 1 y 2. ○ 2008 y 2009 – Los valorados en el Grado II de Dependencia Severa, nivel 2. ○ 2009 y 2010 – Los valorados en el Grado II de Dependencia Severa, nivel 1. ○ 2011 – Los valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 2. ○ Desde el 01/01/2013 el resto de quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 2. ○ A partir del 01/01/2014 quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 1.
Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.	Se modifican diversos artículos de la Ley y se implantan medidas de ahorro en el gasto	**Modificaciones de la Ley (artículo 22 del RD-Ley)** • Se modifica el apartado 4 del artículo 4, estableciendo la obligación de suministrar información a los perceptores. • Artículo 8: Se crea el *Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* y se indican sus competencias. • Se modifica el apartado 1 del artículo 9, estableciendo que en la distribución del Nivel Mínimo correspondiente al Estado, se tendrán en cuenta el grado de dependencia, el número de beneficiarios y el tipo de prestación reconocida. • Se modifica el artículo 19, abriendo la posibilidad de recibir Prestación Económica de Asistencia Personal para todos los grados. • Se modifica el artículo 23, delimitando la Ayuda a Domicilio e impidiendo que se presten únicamente servicios de carácter doméstico. • Se introduce una Sección 4ª en el Capítulo II del Título I, con un nuevo artículo 25 bis, que regula la **incompatibilidad** entre prestaciones económicas y servicios. • Se suprime el apartado 2 del artículo 26, que establecía dos niveles por cada grado de dependencia. • Se modifican diversos apartados de los artículos 14, 17, 18, 19, 27, 28, 29, 30, 38 y disposición adicional 9ª como consecuencia de las modificaciones anteriores (supresión de *niveles* y denominación del Consejo Territorial) • Se modifican los apartados 1 y 3 de la disp. final primera, **retrasando el calendario** para atender a personas con Grado I hasta el 1 de julio de 2015. **Medidas de ahorro (en disposiciones ads. y trs. del RD-Ley):** • Disp. Adic. 7ª: **Supresión de la retroactividad** –a partir de la entrada en vigor- de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar si no se hubieran comenzado a percibir. Se da un plazo suspensivo de dos años para percibir la prestación de aquellos que hubieran devengado retroactividad. • Disp. Adic. 8ª: Mantiene el régimen de los convenios especiales en el Sistema de la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia, pero serán **estos quienes se hagan cargo de las cotizaciones.** • Disp. Trans. 9ª: **Plazo suspensivo de dos años para los solicitantes** sin resolución a la entrada en vigor del RD-Ley cuando se trate prestaciones por cuidados familiares. • Disp. Trans. 10ª: Determinación de las cuantías a percibir para **prestaciones económicas (reducción de un 15%)** • Disp. Trans. 11ª: Determinación de la financiación estatal en concepto de Nivel Mínimo **(reducción media de un 13%)** • Disp. Trans. 12ª: **Disminución de intensidades horarias de los servicios** del catálogo. • Disp. Trans. 13ª: **Supresión a 1 de enero de 2013 de las aportaciones para el convenio especial de cuidadores por parte del Estado**.
Leyes de Presupuestos Generales del Estado para 2012, 2013 y 2014	Supresión de conciertos con CCAA	• **SUSPENSIÓN del nivel acordado de financiación** con las CCAA

Tabla 1. Elaboración propia. Fuente BOE

Sin embargo no podemos afirmar que todas las reformas hayan ido en la dirección de recortar el gasto público en esta materia. También hay que destacar algunas medidas que entendemos sí van en la línea de mejora del sistema. Por un lado está la modificación de la distribución de la financiación por el denominado Nivel Mínimo garantizado por el Estado. Además de considerar el grado de dependencia (se asigna una cantidad por dependiente en función de su grado) se han añadido dos criterios: uno relacionado con el nº de beneficiarios atendidos en cada comunidad autónoma y, sobre todo, el servicio o prestación económica que efectivamente recibe, dotando la financiación de cierta racionalidad al ponderarse el gasto efectivo que suponen unas atenciones frente a otras. Es notorio que una atención residencial tiene un coste efectivo muy superior al que supone una prestación económica por cuidados familiares y no parece tener mucho sentido que la financiación estatal, garantía del ejercicio del derecho, se distribuya mediante un sistema capitativo que considere solo el grado de dependencia y no el coste efectivo de la atención. Sin embargo, aún cando se mejore la fórmula de reparto de la financiación por el nivel mínimo estatal, el problema real está en las cuantías que lo conforman que, lejos de incrementarse, disminuyeron sensiblemente.

Además de esta modificación se podría citar también como positivo el cambio que permite que cualquier persona en situación de dependencia pueda acceder a la Ayuda Económica por Asistencia Personal, algo que antes se reservaba a los dependientes más graves, con Grado III. No obstante, con ser positivo el cambio, el impacto global de esta medida es mínimo si consideramos que, con datos a 31 de mayo de 2014, este tipo de prestación es recibida tan solo por el 0,2% del total de atendidos (1.713 de 736.777 atendidos).

Otras medidas en positivo pueden ser las referidas a intentar neutralizar los graves desequilibrios que presenta actualmente el desarrollo de la LAPAD en materias tan sensibles como la aportación económica de los usuarios (más conocido como copago) o las medidas referidas a un mayor rigor y transparencia de los sistemas de información y de justificación del gasto finalista autonómico; si bien estos asuntos aún forman más parte de la desiderata de los gestores públicos que de la realidad.

Pero, si bien cabe reconocer mejoras, no se debe obviar que el profundo impacto de los recortes de gasto público en esta materia eclipsa cuanto se pueda decir en sentido positivo ya que –en definitiva– se ha puesto cuestión y con toda crudeza el ejercicio del derecho subjetivo a recibir atenciones de las personas dependientes.

Las restricciones presupuestarias han truncado el desarrollo de la LAPAD con unas consecuencias muy duras para quienes estaban en la expectativa de acceso prestaciones o servicios como un derecho que, por cierto, viene tutelado por el orden jurisdiccional contencioso administrativo, si bien la posible lesión de los derechos en esta materia debería dirimirse, por garantías, en los juzgados de lo social[5].

2. EL DESAFÍO DE LOS *LONG TERM CARE*

Abriendo el espectro de la reflexión, y antes de pasar a ver el impacto real que han tenido las medidas de austeridad aplicadas a la evolución de la LAPAD, debemos hacer un inciso sobre en la importancia a futuro de las políticas de cuidados de larga duración o LTC.

Recientemente, la OCDE (Colombo, F. *et al*. 2011)[6] analizaba la situación en los países de su ámbito en términos de proyección demográfica al tiempo que examinaba las diferentes políticas llevadas a cabo en materia de cuidados de larga duración no hospitalarios (es decir servicios asistenciales residenciales o a domicilio).

---

[5] En tanto no se desarrolle lo dispuesto en la disposición final séptima Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social, el ámbito jurisdiccional que conozca de los asuntos de la LAPAD, seguirá siendo el contencioso administrativo –cuestión esta que ha dirimido recientemente el Tribunal Supremo: STS 55/2014–. El Gobierno deberá presentar un Proyecto de Ley antes de 2015 en el que, a su vez, se establecerá la fecha de entrada en vigor de la atribución competencial en esta materia a la jurisdicción social que hacía la mencionada Ley 36/2011.

[6] COLOMBO, F. *et al*. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. 2011.

La primera reflexión –que supone todo un desafío– es que la proyección demográfica de personas mayores en términos porcentuales sufrirá un incremento importantísimo, habida cuenta la mayor longevidad de la que disfrutamos en los países desarrollados y, especialmente, en aquellos en los que el sistema sanitario se ha mostrado altamente eficaz, como es el caso español.

Tabla 2

Proyecciones de población mayor según la OCDE

	Mayores de 65 años		Mayores de 80 años	
	en 2010	en 2050	en 2010	en 2050
España	**16,7%**	**32,2%**	**4,9%**	**11,4%**
OCDE	**14,7%**	**25,4%**	**3,0%**	**9,4%**

Tabla 2. Elaboración propia. Fuente de datos: OECD Labour Force and Demographic Database, 2010.

Como toda proyección demográfica a largo plazo, posee un cierto componente de incertidumbre, si bien, en las actuales condiciones parece obvio que un crecimiento tan exponencial de la población mayor deberá tener un correlato en las políticas estratégicas del sistema de pensiones, sanitario y de servicios sociales de cuidados.

Estas proyecciones deben servir para hacernos conscientes del importante desafío que afrontamos en las sociedades avanzadas y de que hemos de implementar lo antes posible modificaciones profundas en las políticas públicas concernidas. Desde esta perspectiva parece obvio que las atenciones y los cuidados a las personas de edad avanzada cobrarán una importancia estratégica que nos llevará a cambios estructurales profundos en las formas de provisión de las atenciones sanitarias relacionadas con las atenciones a pacientes con patologías crónicas ligadas a la edad[7].

En este sentido, la LAPAD debería ser considerada como el inicio de un planteamiento estratégico de mayor calado que hasta ahora nos ha proporcionado un mayor conocimiento, al menos, de cuál es la dimensión real de las situaciones de dependencia en España y de cuáles deben ser los pasos futuros para el establecimiento de nuevos sistemas y servicios que atiendan las necesidades emergentes desde lógicas de derecho y con perspectiva de sostenibilidad.

Claro está que el punto de partida en el caso español de cara a afrontar el desafío de los cuidados de larga duración, era deficitario cuando se aprobó la LAPAD si lo comparamos con los países del entorno.

[7] Conviene hacer aquí el inciso de que la atención a la dependencia en España incluye al sector de las personas con discapacidad, sea cual sea su edad, si bien la evolución de dicho sector en términos puramente numéricos no forma parte del desafío demográfico. Lo que sí afecta de manera importante a este colectivo de personas es todo aquello que tenga que ver con la garantía de los derechos relacionados con la autonomía personal que su principal y justa reivindicación.

En 2008, un 2,3% de la población de la OCDE recibía cuidados relacionados con la dependencia y los países de nuestro entorno como Bélgica, Alemania o Reino Unido superaban el 2,5%; mientras que España presentaba un dato del 1,2% de población atendida y con alta prevalencia de cuidados en el hogar (0,9%) frente a los cuidados residenciales (0,3%).

A ese punto de partida deficitario en cobertura se añaden otras peculiaridades en el caso español como es que los cuidados en el hogar son mayoritariamente proporcionados por familiares, lo que podría entrar en los parámetros de los cuidados de los países desarrollados, si no fuera por la ausencia de apoyo profesional o institucional y por una intensidad de dedicación horaria de las más elevadas de la OCDE.

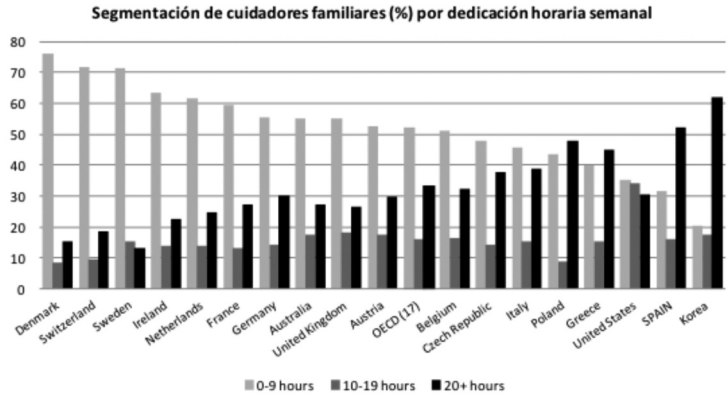

Gráfico 2. Fuente: Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. Fig. 3.3. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. 2011.

En el gráfico 2, se aprecia cómo más de la mitad de los cuidadores familiares en España presentaba en 2008 una dedicación a este tipo de cuidados superior a las 20 horas semanales; la tasa más alta, solo superada por Corea del Sur. En una separata del citado informe de la OCDE dedicada a España se señala este fenómeno como problemático:

> *España podría mejorar las medidas para apoyar a cuidadores a conciliar las obligaciones de cuidado con el trabajo. Un cuidado de alta intensidad reduce el empleo y las horas de trabajo en Europa del Sur más que en otras partes de Europa. Los permisos laborales para el cuidado de personas dependientes son menos frecuentes en España que en otros países europeos, excepto en Austria.*
>
> *(…) A pesar de la intención de capacitar un mayor número de cuidadores, el tamaño de la fuerza laboral de cuidados de larga duración en España sigue siendo uno de los más bajos en la OCDE comparado con el número de personas en necesidad de atención. A pesar de los requisitos de calificación de los trabajadores de las instituciones, la fuerza de trabajo de cuidados de larga duración consiste principalmente de trabajadores poco calificados. (Colombo F. et al. OCDE. 2011. Country notes and highlights. Spain. pág. 1)*

Añadiremos a este comentario que la población activa principalmente afectada en España por el exceso de intensidad de cuidados familiares es mayoritariamente femenina y que esta cuestión –no podemos olvidarlo– tiene un importantísimo componente de género que cuestiona gravemente la igualdad de oportunidades en el acceso al empleo debido a la carga extra que soportan las mujeres.

En otro orden de cosas, los datos de cobertura de este tipo de atenciones y de tipología de los cuidados tienen su correspondencia en términos de gasto público asociado a los mismos. En el mencionado informe, tomando como año de referencia 2007, es decir, cuando se iniciaba el despliegue de la LAPAD en España, el gasto público de los países europeos de la esfera de la OCDE asociado a los *Long Term Care* era del 1,3% del PIB, mientras en España se situaba en el 0,5%.

Pero si resulta muy interesante analizar la situación comparada actual de los cuidados de larga duración y su impacto real en el gasto público, no lo es menos la nueva proyección de dicho gasto que se ha publicado recientemente también por la OCDE[8] (Maisonneuve y Oliveira, 2013). Las proyecciones 2010-2060 de incremento de gasto público en esta materia son, cuando menos, inquietantes (Tabla 3).

En el promedio de los países de la OCDE, el gasto sanitario podría pasar del 5,5% del PIB en 2010 al 7,9% si se aplican políticas de contención del gasto o al 11,8% en un escenario de mantenimiento de la presión actual sobre el gasto. En cuanto a los cuidados de larga duración, la proyección del conjunto pasa desde el 0,8% actual al 1,6% o al 2,1% en función de si se adoptan o no medidas correctoras del gasto. Considerando la suma de ambas políticas de gasto (sanitaria y de cuidados), el escenario más restrictivo del gasto púbico elevaría el mismo 3,3 puntos de PIB, pasando del 6,2% actual al 9,5% proyectado para 2060.

Tabla 3

Proyecciones de gasto (% PIB) en atenciones sanitarias y cuidados de larga duración (Maisonneuve y Oliveira 2013) **en escenarios Cost-Pressure [a] y Cost-Containment [b]**

	Atenciones sanitarias			Cuidados de larga duración			Total		
	Promedio 2006-2010	2060		Promedio 2006-2010	2060		Promedio 2006-2010	2060	
		CP[a]	CC[b]		CP[a]	CC[b]		CP[a]	CC[b]
Australia	5.6	12.0	8.1	0.0	1.4	0.8	5.7	13.3	8.9
Austria	6.6	12.9	9.1	1.1	2.2	1.8	7.8	15.1	10.8
Belgium	5.8	11.6	7.7	1.7	3.0	2.5	7.5	14.6	10.2
Canada	5.8	12.2	8.3	1.2	2.5	1.9	7.1	14.6	10.2
Chile	3.1	10.2	6.3	2.3	0.0	1.5	3.1	12.4	7.8
Czech Republic	5.5	11.6	7.7	0.3	1.9	1.1	5.8	13.5	8.9
Denmark	6.3	12.2	8.3	2.2	3.3	2.8	8.5	15.4	11.1
Estonia	4.3	10.1	6.2	0.2	2.2	1.1	4.5	12.3	7.4
Finland	5.2	11.2	7.3	0.8	1.8	1.3	6.0	13.0	8.6
France	7.4	13.5	9.6	1.1	2.1	1.7	8.5	15.5	11.3
Germany	7.3	13.5	9.6	0.9	2.1	1.6	8.2	15.5	11.2
Greece	5.4	11.8	7.9	0.5	1.9	1.5	5.9	13.7	9.3
Hungary	4.8	10.6	6.7	0.3	2.0	1.2	5.0	12.6	7.9
Iceland	5.8	11.7	7.8	1.7	2.7	2.2	7.6	14.4	10.0
Israel	4.0	10.4	6.6	0.5	1.5	1.2	4.5	11.9	7.7
Ireland	5.5	11.9	8.0	0.4	1.3	1.1	5.9	13.3	9.1
Italy	6.1	12.6	8.7	0.7	1.9	1.5	6.9	14.5	10.2
Japan	6.1	12.5	8.6	0.7	2.0	1.4	6.8	14.5	10.0
Korea	3.3	10.9	7.0	0.3	2.3	1.6	3.6	13.2	8.6
Luxembourg	4.4	11.3	7.4	0.9	1.7	1.7	5.3	13.0	9.1
Mexico	2.5	9.4	5.5	0.0	2.2	1.5	2.5	11.6	7.0
Netherlands	6.4	12.7	8.8	2.3	3.7	3.1	8.7	16.4	12.0
New Zealand	6.4	12.7	8.8	1.3	2.6	2.0	7.7	15.3	10.8
Norway	5.1	11.2	7.3	2.1	3.1	2.7	7.2	14.3	10.0
Poland	4.1	10.5	6.7	0.4	2.2	1.4	4.5	12.7	8.0
Portugal	6.5	13.0	9.1	0.1	1.4	0.9	6.6	14.3	9.9
Slovak Republic	5.4	11.9	8.0	0.0	1.9	1.1	5.4	13.9	9.2
Slovenia	5.2	11.8	7.9	0.7	2.2	1.5	5.8	14.0	9.4
Spain	**5.6**	**12.3**	**8.5**	**0.5**	**2.0**	**1.6**	**6.1**	**14.3**	**10.0**
Sweden	6.6	12.4	8.6	0.7	1.6	1.1	7.2	14.0	9.7
Switzerland	5.7	12.2	8.3	1.2	2.5	1.9	6.9	14.6	10.2
Turkey	3.8	10.9	7.0	0.0	2.3	1.6	3.8	13.2	8.6
United Kingdom	6.5	12.4	8.5	0.9	1.8	1.4	7.4	14.2	9.9
United States	7.1	13.2	9.3	0.6	1.3	1.0	7.6	14.5	10.3
OECD (promedio*)	**5.5**	**11.8**	**7.9**	**0.8**	**2.1**	**1.6**	**6.2**	**13.9**	**9.5**

Tabla 3 Elaboración propia. Extraído de Maisonneuve y Oliveira, OCDE - 2013. Pág 36.
[a] – Cost Pressure, hace referencia a un escenario en el que no se adopta ninguna medida política para reducir las presiones sobre el gasto, mientras que para el escenario [b] – Cost Containment, se calcula el impacto de adopción de medidas políticas para reducir el gasto público en la materia hasta el límite de lo considerado como "envejecimiento saludable". Nota (*). El dato promedio de la OCDE no está ponderado.

[8] DE LA MAISONNEUVE, CHRISTINE; OLIVEIRA MARTINS, JOAQUIM: Public spending on health and long-term care: a new set of projections. OECD Economic Policy Papers, Nº.6, OECD 2013.

El porcentaje de gasto público respecto al PIB en estas políticas se eleva considerablemente en los países del ámbito de la Unión Europea. Alemania pasaría del 8,2% al 11,2 y Francia del 8,5% al 11,3%.

Para el caso español, las proyecciones de gasto sanitario en un escenario de contención del gasto supondrían un incremento hasta 2060 del 2,9% del PIB (del 5,6% actual, al 8,5%). En materia de gasto público en cuidados de larga duración el incremento sería del 1,1% del PIB (pasando del 0,5% al 1,6%). Sumado el gasto de ambas políticas, el camino más optimista para España supondría un incremento del gasto equivalente a 4 puntos del PIB.

Ahora bien, si se consideran las proyecciones de gasto en un escenario cost-pressure, es decir, dejando evolucionar el incremento de gasto como hasta ahora sin adoptar medidas de mejora de la eficiencia de los sistemas, el incremento de gasto respecto al PIB podría ser de 8,2 puntos alcanzando el 14,3% del PIB en 2060.

En este apartado hemos de insistir en que la solución para los Estados no es tan simple como implementar políticas de mera reducción del gasto público en materia sanitaria y de cuidados de larga duración. De hacerse así, el gasto podría ampliarse aún más por los incrementos de la morbilidad y otros efectos indeseados. Se trata de poner en funcionamiento nuevas políticas que afronten estos desafíos adaptando las atenciones a lo que realmente se va a necesitar en términos demográficos, manteniendo siempre unos niveles aceptables de atención al tiempo que se atiende el incremento de demanda.

Hecha esta rápida disquisición sobre el panorama que enfrentamos, no solo en España, sino en todos los países desarrollados, podemos entrar a analizar la evolución de la LAPAD considerando –como ya dijimos al inicio– que se trata de una política absolutamente necesaria en términos de bienestar para acometer el desafío demográfico.

La implementación de la LAPAD en España no ha sido, por tanto, sino el primero de muchos más pasos que debemos dar en esta materia. Sin embargo, y como veremos a continuación, las recientes restricciones en materia de gasto público han frenado el desarrollo del sistema abruptamente, sin considerar el grave riesgo y las pérdidas que puede conllevar una parada o una vuelta atrás en esta política.

3. EL IMPACTO ECONÓMICO DE LAS REFORMAS EN EL SISTEMA DE AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Es preciso diferenciar entre las previsiones de ahorro de las medidas adoptadas y el ahorro real que se haya producido en el tiempo. En todo caso, no cabe ninguna duda de que se ha producido una disminución del gasto público en materia de dependencia que solo se puede determinar por vía de estimaciones ya que no existe para esta política social, desarrollada en definitiva por las comunidades autónomas, una contabilidad analítica separada que permita computar con total certeza el gasto público concernido.

En un primer lugar, las modificaciones legislativas han impactado de manera evidente en el desarrollo del sistema de atención a la dependencia en lo que se refiere a la accesibilidad al mismo (Gráfico 3). El impacto de estos cambios en la Ley 39/2006 parece haber tenido un doble efecto en cuanto al acceso al sistema de atenciones y prestaciones de la LAPAD.

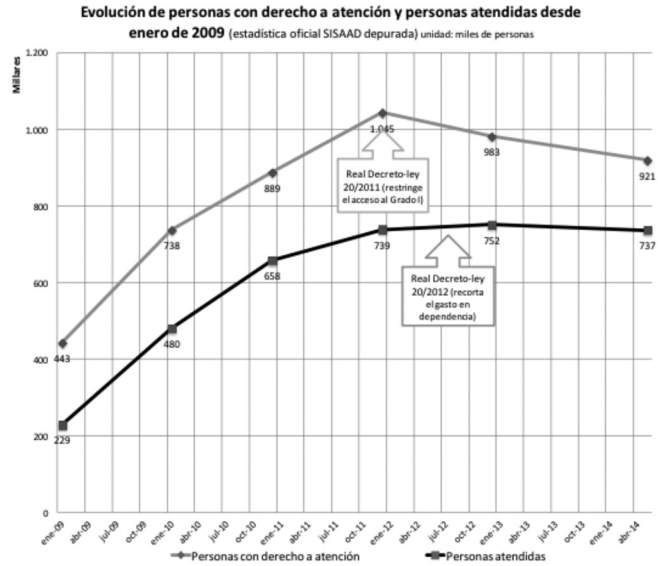

Gráfico 3. Elaboración propia. Observatorio Estatal de la Dependencia (AEDGSS). Fuente de datos: Estadística oficial SISAAD-IMSERSO. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Por un lado se ha frenado bruscamente el incremento en el número de personas atendidas, que en estos momentos es muy similar al que presentaba el sistema en enero de 2012. No cabe pensar en una disminución de la demanda cuando en la actualidad son aún 184.000 personas las que tienen derecho reconocido a la atención, si bien no la reciben. La única explicación plausible es –definitivamente– que la capacidad de los gestores autonómicos para entregar prestaciones y servicios se ha visto auténticamente colapsada en el marco de la senda de la austeridad que se inició en 2010, lo que –por cierto– vuelve a decir muy poco de las garantías del ejercicio del derecho subjetivo que la LAPAD propugnaba en su artículo primero.

Esto resulta más patente si se comparan los promedios del saldo neto mensual en cada año de desarrollo de la Ley desde 2008 (Gráfico 4). Mientras que en ese año 2008 el saldo neto era de 28.847 incorporaciones/mes de media, en 2012 ya se había bajado a 1.080/mes. En lo que se lleva de 2014 –con datos a 31 de mayo– el saldo neto es negativo con una pérdida mensual media de 3.413 personas atendidas.

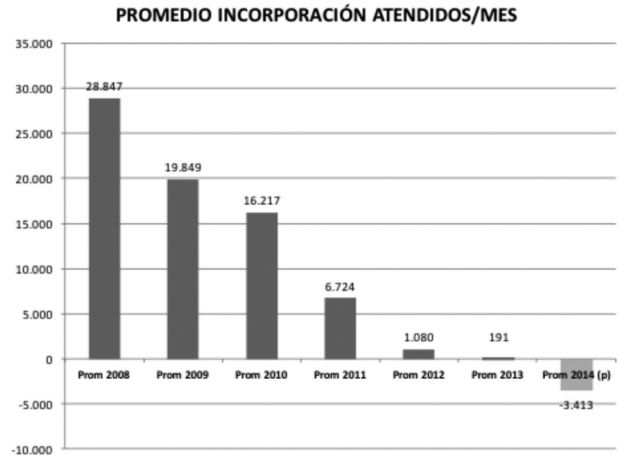

Gráfico 4. Elaboración propia. Observatorio Estatal de la Dependencia (AEDGSS). Fuente de datos: Estadística oficial SISAAD-IMSERSO. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El dato de 2014 es provisional y abarca hasta 31 mayo.

Este sería un comportamiento lógico en un sistema de implantación progresiva de las atenciones según los grados de dependencia si se hubiera completado el calendario, quedando a expensas de un crecimiento vegetativo pero, como ya hemos indicado, el síntoma más evidente de colapso del sistema es el freno en las atenciones cuando hay sujetos de derecho pendientes de atención en un número tan importante.

El otro efecto conseguido con las modificaciones normativas es que se está reduciendo sensiblemente el número de personas con derecho a recibir atenciones, a lo que han contribuido de manera importante tanto la modificación del calendario de implantación –excluyendo hasta julio de 2015 a las personas con Grado I–, como las crecientes dificultades de acceso a un grado de dependencia que genere derecho a atenciones, entre otras cosas porque los plazos para resolver, dentro del complejo entramado administrativo en que se ha convertido la gestión de la LAPAD, se conculcan sistemáticamente por muchas comunidades autónomas, tal y como ha evidenciado recientemente el Tribunas de Cuentas (TCu. I.nº1035-2014).

En este caso sí ha podido operar conjuntamente un factor de disminución de la demanda puesto que sería lógico pensar que las personas con grados III y II presentaron solicitud en los primeros años de implantación y que el recorrido por completar afecta más a las personas que pasan a tener una situación de dependencia, mayoritariamente moderada (grado I), y a aquellos que pasan a un grado mayor por disminución de su autonomía personal.

Pensando en términos de futuro no se debe olvidar que en estos momentos, tras más de siete años de la aprobación de la Ley, a las 180.000 personas valoradas, con derecho efectivo por calendario y desatendidas se sumarán a partir de julio de 2015 otras 307.000 que ya han sido valoradas como dependientes con grado I a las que hay que prestar atención…, si no se vuelve a rectificar el calendario de la Ley.

Si el sistema colapsó en 2012 atendiendo a 750.000 personas, es difícil pensar cómo va a poder atender a otras 450.000 en un severísimo contexto de sistemática contención del gasto público en esta materia.

La disminución del ritmo de incorporación de nuevas personas atendidas ha venido acompañada de la reducción de la intensidad de las atenciones, sobre todo en términos económicos, para aquellos que estuvieran recibiendo una prestación por cuidados familiares o una prestación vinculada al servicio. Cuando entró en vigor el RD-Ley 20/2012, que redujo las cuantías a percibir por estas personas, más del 64% del total de atendidos recibía una prestación económica, lo que evidentemente ha tenido importantes efectos en la reducción del gasto.

Tabla 4

Variación de las cuantías a percibir por prestaciones económicas tras la entrada en vigor del RD-Ley 20/2012, de 13 de julio. (€/mes)

Grados	Prestación económica por cuidados en el entorno familiar			Prestación económica vinculada a un servicio		
	Antes del RD-Ley 20/2012	Después RD-Ley 20/2012	Var %	Antes del RD-Ley 20/2012	Después RD-Ley 20/2012	Var %
III-2	520,69	387,64	-25,55	833,96	715,07	-14,26
III-1	416,98		-7,04	625,47		14,33
II-2	337,25	268,79	-20,30	462,18	426,12	-7,80
II-1	300,90		-10,67	401,20		6,21
I-2	180,00	153,00	-15,00	300,00	300,00	-

Tabla 4. Elaboración propia.

El impacto más importante, como puede verse en la tabla 4, se produjo para quienes cobraban prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar, ya que en el caso de la prestación vinculada globalmente se compensaban subidas y bajadas de las cuantías al suprimir los niveles y reunirlos en los grados.

Pero hay que considerar también que los importes modificados para las prestaciones económicas por cuidados en el entorno se refieren a máximos a percibir. Ajustándonos a la realidad de las cuantías efectivamente entregadas, el impacto de ahorro fue aún mayor tal y como reconocía el propio IMSERSO en noviembre de 2013:

> *De este modo, la aplicación de estas medidas por parte de las comunidades ha supuesto que las cuantías de las prestaciones que hasta le fecha se venían reconociendo hayan experimentado una reducción, lo que supone, como se comentaba, una reducción del gasto para las comunidades autónomas. En esta dirección, se puede apreciar cómo las cuantías medias de esta prestación han sufrido un descenso, de modo que las cifras a abonar a las personas usuarias por parte de las comunidades ha descendido en torno a un 23% en su conjunto.*
>
> *De esta manera, y según la información obrante en el Sistema de Información del SAAD (SISAAD), con anterioridad a los acuerdos del Consejo Territorial de 10 de julio de 2012, las cuantías medias mensuales concedidas para las personas valoradas en Grado III se situaban en torno a los 414,58 €, mientras que para el Grado II se cifraban en 295,09 € y en el caso del Grado I se fijaban en 137,20 €. Analizando los expedientes que han sido resueltos con posterioridad, estas cantidades medias mensuales concedidas se cifraban en 343,38 € para el Grado III, mientras que para el Grado II eran 214,43 €, y en el supuesto del Grado I las mismas se situaban en unos 100,94 € como cuantía media. (IMSERSO[9] 2013. Pág. 9).*

La explicación de la diferencia entre el 15% teórico al 23% real de disminución en las prestaciones por cuidados en el entorno, la encontramos en que la aportación del usuario o copago no es tal, sino que se aplica en forma de descuento en la prestación a percibir en función de diversos criterios de renta y patrimonio. Las cuantías máximas a percibir se redujeron en un 15% lo que sumado a los descuentos aplicables se tradujo en la rebaja real (2013) del 23% de promedio. En enero de 2013, el total de personas con prestación por cuidados en el entorno familiar era de 422.905 de un total de 706.444 atendidos, es decir, el 56% del total de personas dependientes atendidas se vio afectada por esta medida.

En definitiva, la combinación de las medidas adoptadas en el RD-Ley 20/2012, de 13 de julio, podía generar un ahorro a las CCAA en la entrega de prestaciones y servicios, solo en lo que quedaba de ejercicio 2012, cercano a los 300 millones de euros. Dicho ahorro provenía fundamentalmente de la supresión de la retroactividad en el abono de prestaciones económicas y de la disminución de la cuantía de las mismas. Paralelamente, la Administración General del Estado dejaría de abonar a las CCAA la aportación del nivel acordado o convenido (fruto de la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 2012) y reduciría su aportación por el nivel mínimo en un 13%. Ambos recortes generaban un quebranto directo a las arcas autonómicas de 371 millones de euros. Es decir, al tiempo que se aligeraban las obligaciones del gasto autonómico, se reducía la financiación del sistema por parte del Estado en igual o superior proporción[10].

Llegados a este punto, procede analizar globalmente cuál ha sido la trayectoria de gasto público del sistema de atención a la dependencia en los últimos años. Los datos que presentamos a continuación son fruto de la combinación del los datos oficiales del Sistema de Atención a la

---

[9] IMSERSO. Informe: Aspectos destacables de la gestión del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia (SAAD), 21 de noviembre de 2013.
[10] BARRIGA MARTÍN, L.A. Impacto económico de la reforma de la Ley de Dependencia. AEDGSS – Observatorio Estatal de la Dependencia. (agosto 2012). Disponible en www.directoressociales.com

Dependencia, que se ofrecen mensualmente y en los que se indican las personas atendidas y las prestaciones y servicios entregados, con un modelo de costes que el Observatorio se ha ido desarrollando desde 2008 y que asigna un valor monetario de coste a cada prestación o servicio entregado en función de consideraciones territoriales, precios de referencia, cálculos de minoración en función de medias de renta en las prestaciones económicas, etc. Este modelo únicamente estima gasto directo en atenciones sin incorporar otros gastos de gestión de sistemas, personal valorador, etc., que actualmente podría suponer un incremento del 7% sobre las cifras que aportamos.

La validación de dicho modelo estimativo la encontramos en la escasa desviación respecto a los datos ofrecidos por las fiscalizaciones realizadas por el Tribunal de Cuentas que, por otra parte y como reconoce su último Informe de Fiscalización (nº 1.035)[11], también poseen un alcance limitado y estimativo puesto que –como ya dijimos– esta política de gasto no cuenta con una contabilidad analítica separada que permita una fiscalización exacta:

> *En la mayor parte de los casos, la información facilitada por las Comunidades Autónomas al Tribunal de Cuentas sobre el coste total derivado de la aplicación de la Ley de Dependencia se basa en gran medida en meras aproximaciones basadas en criterios de imputación a la dependencia de porcentajes de participación en el total de los gastos en servicios sociales calculados de forma estimativa. (TCu. IF.1035 – p. 64)*

En adelante es de esperar que la aplicación del Real Decreto 1050/2013, por el que se regula el nivel mínimo de protección y que exige a las CCAA ofrecer información desglosada de su gasto en dependencia por la vía de certificaciones, sirva para contar con datos de gasto más cercanos a la realidad de los que nos ofrecen las meras estimaciones.

Los datos que presentamos a continuación reflejan la estimación del Observatorio Estatal de la Dependencia sobre cuál ha sido el impacto de las recientes reformas de la LAPAD en el gasto público y cómo se distribuye la carga entre los financiadores directos del sistema: usuarios (copago), Comunidades Autónomas y Administración General del Estado:

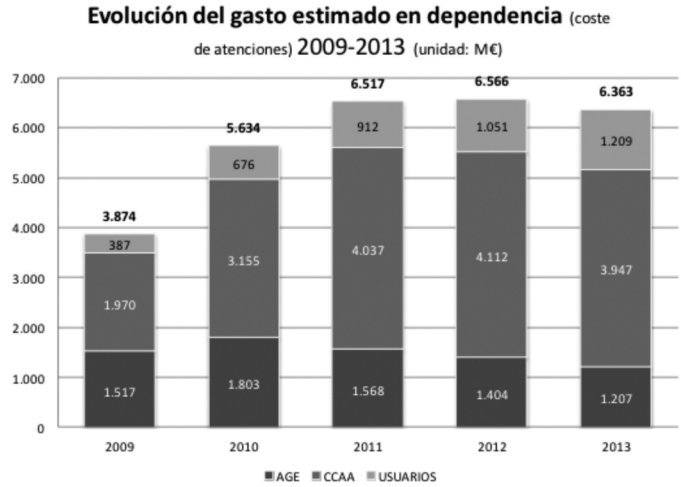

Gráfico 5. Elaboración propia. Observatorio Estatal de la Dependencia (AEDGSS). Fuente de datos: Estadística oficial SISAAD-IMSERSO. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y modelo de costes del Observatorio.

[11] TRIBUNAL DE CUENTAS. Informe de Fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las Comunidades Autónomas para la adecuada aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. (IF. nº. 1035. – Pleno del TCu. de 29 de mayo de 2014).

Se puede apreciar en el Gráfico 5, cómo entre 2009 y 2011 el gasto total en atenciones creció a un ritmo importante. En 2012 incremento de gasto se frena bruscamente y en 2013 incluso decrece. Si nos centramos en la financiación pública (tabla 5), detrayendo las aportaciones de los usuarios, se aprecia que ya existió menor esfuerzo en 2012, con una reducción aún mayor al año siguiente. No cabe duda de que la reforma de la LAPAD cumplió con su propósito de reducción del gasto público.

Tabla 5
Coste estimado de las atenciones (2009-2013) y distribución del gasto en dependencia entre financiadores
Unidad: Millones € y %

	COSTE TOTAL atenciones	USUARIOS		CCAA		AGE		Total gasto público
	M€	M€	%	M€	%	M€	%	M€
2009	**3.874**	387	*10,0%*	1.970	*50,9%*	1.517	*39,2%*	**3.487**
2010	**5.634**	676	*12,0%*	3.155	*56,0%*	1.803	*32,0%*	**4.958**
2011	**6.517**	912	*14,0%*	4.037	*61,9%*	1.568	*24,1%*	**5.605**
2012	**6.566**	1.051	*16,0%*	4.112	*62,6%*	1.404	*21,4%*	**5.516**
2013	**6.363**	1.209	*19,0%*	3.947	*62,0%*	1.207	*19,0%*	**5.154**

Tabla 5. Elaboración propia.

El gasto público estimado por el observatorio se habría rebajado a cifras cercanas a las de 2010, lo que, por cierto, es plenamente coincidente con los datos manejados por la OCDE (0,5% del PIB en el promedio 2006-2010). Este parece ser el techo de gasto en atenciones.

Al tiempo que se minoran las aportaciones públicas al sistema se habría producido un incremento de las aportaciones económicas de los usuarios, que en 2013 ya alcanzaron el 19% del total destinado a atenciones según estimaciones del Observatorio.

Por otro lado, es notable la variación en la distribución de la carga del gasto, resultando palmaria la disminución de la aportación estatal, el estancamiento del gasto autonómico y el incremento paulatino de las aportaciones de los usuarios al sistema, si bien este elemento, considerando los niveles de renta de las personas dependientes en España (mayoritariamente pensionistas) no posee demasiado recorrido.

Podemos aportar un último dato de interés en este sentido. El promedio de gasto/año por dependiente atendido en 2013 –considerando únicamente el gasto directo en atenciones (prestaciones o servicios)– fue de 8.500,52 €. Si añadimos un incremento del 7% destinado a sistemas, personal de valoración, gastos de gestión de las CCAA, etc., este gasto directo por dependiente se elevaría a 9.095,56 €.

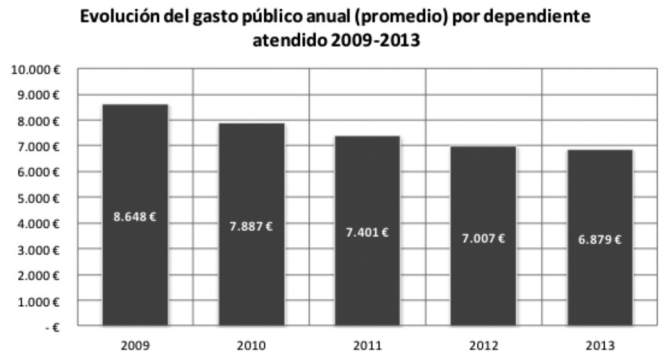

Gráfico 7. Elaboración propia. Observatorio Estatal de la Dependencia (AEDGSS). Fuente de datos: Estadística oficial SISAAD-IMSERSO y modelo de costes del Observatorio.

No obstante, conviene detraer el copago que –de manera estimativa- ha ido creciendo en los últimos años para hacer una observación más depurada de lo que sería el esfuerzo público real por dependiente/año:

Los importes del gráfico 7, por lo tanto, harían referencia a promedios de equivalencia de cuantías percibidas por las personas dependientes en forma de prestación o servicios. A estas cantidades habría que añadir la imputación de gastos de gestión y sistemas en el que incurren las CCAA y que también forma parte del gasto directo de la LAPAD.

La reducción de gasto por dependiente puede encontrar parte de su explicación en el componente de lógica reducción de gasto por la incorporación al sistema de personas que requieren servicios de menor intensidad a medida que se implanta el calendario de la ley. Sin embargo, la demora en la implantación y la gravedad de muchos de los casos que se encuentran en espera de atención, nos llevan a pensar que han sido las medidas de restricción del gasto las que más han impactado en la rebaja del gasto por dependiente atendido en los últimos tres años.

La disyuntiva para muchas personas será, contrariamente al espíritu de la Ley, elegir entre una muy mermada prestación económica por cuidados en el entorno familiar o un servicio profesionalizado para el que deberán hacer aportaciones económicas de gran impacto en la renta familiar disponible. La pretensión legítima del sistema es incentivar los servicios profesionalizados ante la prevalencia de las prestaciones por cuidados en el entorno que la Ley determinaba como excepcionales. Sin embargo las medidas han ido en la dirección de desincentivar estas últimas por la disminución de sus cuantías más que en incentivar la elección de los servicios, si bien se aprecia un mantenimiento de estos con ligeros crecimientos.

Una alternativa que va ganando terreno es la de las prestaciones económicas vinculadas a la adquisición de un servicio. Aun cuando es una prestación de tipo económico, directa hacia la persona dependiente, puede ser considerada, indirectamente, una prestación de servicios por cuanto es imprescindible la adquisición de alguno de los del catálogo en el mercado para poder justificar el gasto y cobrar así los importes correspondientes. A las administraciones les resulta más económico que prestar directamente los servicios y el ciudadano puede, teóricamente, elegir con libertad entre la oferta disponible. El problema aquí es si la oferta cumple con unos mínimos criterios de accesibilidad por igual a todos los ciudadanos y si no pone barreras "invisibles" para el acceso a los servicios e intensidades considerados más deficitarios por el titular del negocio. Por otra parte, la persona dependiente debe asumir la diferencia entre el coste real de la adquisición del servicio y el importe de la prestación vinculada, lo que ya constituye un filtro al acceso si no se intervienen los precios desde el ámbito público. En todo caso, esta opción está siendo promovida desde algunos gobiernos autonómicos por su mejor relación coste/cobertura y en beneficio del empleo en el sector, a través de incentivos como, por ejemplo, incrementar las cuantías de la vinculada en detrimento de mayores recortes en las cuantías por cuidados no profesionales.

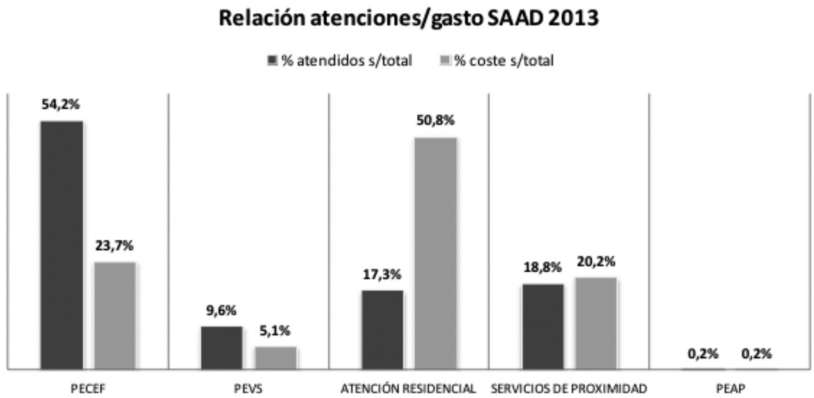

Gráfico 6. Elaboración propia. Observatorio Estatal de la Dependencia (AEDGSS). Fuente de datos: Estadística oficial SISAAD-IMSERSO y modelo de costes del Observatorio.

Es interesante analizar en este punto la relación existente entre costes y coberturas (gráfico 6). Tomando los datos de 2013, del total de personas atendidas, el 54% recibía una prestación económica por cuidados en el entorno familiar, el 19% tenía servicios de proximidad solos o combinados (ayuda a domicilio, centro de día y teleasistencia) y el 17% recibía atención residencial. La prestación económica vinculada era percibida por el 9,6% de usuarios atendidos y la prestación para asistencia personal era residual (0,2%).

No obstante, el consumo de recursos de financiación (incluido el copago) se presentaba de forma muy desigual a la cobertura. La atención residencial consume la mitad de los recursos financieros mientras que con el 24% destinado a la prestación por cuidados familiares se da cobertura a más de la mitad de los dependientes atendidos.

Esta evidencia, como veremos más adelante, tiene que ser analizada a la luz de los retornos obtenidos, ya que es obvio que la prestación económica por cuidados familiares tiene una muy baja tasa de recuperación ya que solo afectaría a la mayor capacidad de consumo de las familias. En el otro extremo, las atenciones profesionales generan elevados retornos por cotizaciones, IRPF, IVA, impuesto de sociedades (cuando el servicio es prestado por empresas), etc., además de impactar positivamente en el mantenimiento y creación de empleo.

De hecho, la estimación de retornos obtenidos para el sistema público (gráfico 7), se ha calculado considerando todas las prestaciones y servicios con sola la excepción de la prestación por cuidados en el entorno familiar.

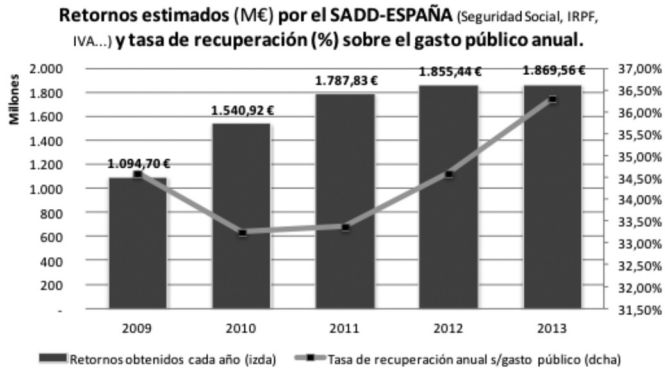

Gráfico 7. Elaboración propia. Observatorio Estatal de la Dependencia (AEDGSS). Fuente de datos: Estadística oficial SISAAD-IMSERSO y modelo de costes del Observatorio. Los cálculos provienen de la extrapolación de resultados de diversos estudios con metodología de tablas input-output unidos al análisis HERMIN-España que se presentó en la evaluación 2011 del SAAD.

Como puede observarse, a pesar de las reducciones en el gasto producidas, los retornos directos (sin considerar aún retornos inducidos) habrían crecido por el mayor peso porcentual de los servicios frente a las prestaciones económicas por cuidados en el entorno.

En enero de 2013, recibían prestación por cuidados en el entorno 423.000 personas mientras que en diciembre del mismo año se habrían reducido a 408.000 perceptores. Por el contrario, se entregaron 516.000 servicios en diciembre, mientras que en enero se entregaban 510.000. La paulatina minoración del número de perceptores de prestación por cuidados en el entorno y la tímida evolución creciente de los servicios tiene como efecto importantes cambios en la tasa de recuperación del sistema que se ha incrementado en tres puntos.

En términos de empleos directos vinculados al sector, el mantenimiento de los servicios (a la espera aún de conocer el impacto de la disminución de las intensidades en la ayuda a domicilio) habría contribuido al mantenimiento del empleo, si bien, la reducción del gasto ha tenido efectos en la parálisis del crecimiento en el empleo en el sector que, según nuestras estimaciones, se mantendría en unos 145.000 (gráfico 8).

Gráfico 7. Elaboración propia. Observatorio Estatal de la Dependencia (AEDGSS). Fuente de datos: Estadística oficial SISAAD-IMSERSO y modelo de costes del Observatorio. La estimación se realiza calculando 30 empleos directos por millón invertido en servicios. No contempla empleos dirigidos a valoración y gestión.

4. EL COSTE DE OPORTUNIDAD

Llegados a este punto podríamos formularnos las siguientes preguntas: ¿qué habría ocurrido si el Programa Nacional de Reformas hubiera concebido la atención a la dependencia como una política estratégica en la que realizar una importante inversión dentro de un paquete de estímulo de la economía?; ¿y si, en lugar de recortar el gasto público en el nivel mínimo, la Administración General del Estado hubiese duplicado los valores del mismo, acercándose así al esfuerzo autonómico? ¿Qué impactos se habrían obtenido sobre los retornos y el empleo? ¿Se habría respetado el derecho subjetivo de quienes estaban en espera de atención superando el techo de atenciones actual?

Las medidas que no se adoptaron supusieron un coste de oportunidad. ¿Podemos simular qué habría pasado si en lugar de apostar únicamente por el equilibrio de las cuentas en la vía de la austeridad, se hubiese apostado por políticas expansivas –aún con reformas– en esta materia?

A sabiendas de que se trata de un ejercicio especulativo complejo y un tanto aventurado, creemos que puede resultar interesante elaborar simulaciones sobre escenarios del pasado que permitan adoptar decisiones acertadas en el futuro. No olvidemos en este punto el desafío demográfico y las previsiones de incremento del gasto público en LTC que vimos más arriba y que la previsión más favorable –implementando políticas inteligentes– nos lleva a la necesidad triplicar el gasto en cuidados de larga duración para las próximas décadas.

En un informe publicado en 2012 por el Observatorio Estatal de la Dependencia sobre financiación del sistema (Barriga[12], junio 2012), ya se tomaron como referencia los trabajos de Díaz[13] (2011) y de Zubiri, Martínez y Vallejo[14] (2010), para intentar elaborar una aproximación a los retornos obtenidos por la aplicación de la LAPAD. A este análisis se unieron los planteamiento que el propio Gobierno realizó en el capítulo de la evaluación económica dentro un informe sobre la LAPAD (IMSERSO[15] 2011).

---

[12] BARRIGA MARTÍN, L.A. Presupuestos públicos y financiación de la atención a la dependencia: la cuadratura del círculo. Observatorio Estatal de la Dependencia. Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. Junio 2012. Disponible en www.directoressociales.com

[13] DÍAZ DÍAZ, B. *El impacto económico y social de la atención a la dependencia en Cantabria.* Colección Estudios Sociales nº 11. Gobierno de Cantabria. Mayo 2011.

[14] ZUBIRI ORIA I. (DIR); MARTÍNEZ LÓPEZ, J.; VALLEJO ESCUDERO, M: Ponencia: El Impacto Económico del Gasto en Política Social de Diputación Foral de Guipúzcoa. 2010

[15] IMSERSO. Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Noviembre de 2011.

Conscientes de que la prevalencia de los cuidados en el entorno afectaba a los cálculos en el sentido de disminuir los retornos obtenidos fundamentalmente por la vía fiscal, optamos por aplicar los datos de retorno considerando únicamente el gasto en servicios con el modelo de distribución de las atenciones existente en cada momento. La tasa de retorno promedio estimada para el gasto en servicios es de 0,385 lo que arroja, considerando el gasto total (servicios + prestaciones familiares) diferentes recuperaciones como hemos visto en el apartado anterior en función de la distribución de las prestaciones económicas sobre el total de prestaciones y servicios.

Lo que ahora correspondería es simular escenarios en los que se hubiera producido hipotéticamente una inyección inversora por parte de la AGE duplicando su aportación por el nivel mínimo y equiparando así su financiación finalista con el gasto autonómico.

La hipótesis de partida sería una congelación de los aportes de los usuarios y del gasto autonómico en los mismos términos en los que se han dado en 2013, mientras que el gasto público de la AGE por el nivel mínimo fuese duplicado. La utilización de esta inyección financiera, equivalente a 1.206,79 millones de euros, se planteará para dos escenarios:

- Escenario I, en el que el nuevo aporte se distribuya porcentualmente entre servicios y todo tipo de prestaciones tal y como ha resultado durante el año 2013.

- Escenario II, en el que la inversión se destinase únicamente a financiar los servicios del catálogo, exceptuando las prestaciones por cuidados en el entorno.

En ambos casos se mantendría el importe global del copago de forma que, al entregarse más servicios y prestaciones se produciría un efecto de reducción del mismo.

Tabla 6
Simulación de los efectos de duplicar la inversión de la AGE en dependencia en el nivel mínimo garantizado en 2013 (inyección de 1.206,8 M€)

AGE (mínimo real 2013)	1.206,8 M€	
CCAA 2013	3.942,3 M€	
Gasto público 2013	**5.149,1** M€	
Usuarios (copago)	1.214,0 M€	
Gasto real 2013	**6.363,2** M€	
Gasto en servicios	4.856,0 M€	
Gasto en PECEF	1.507,2 M€	
Recuperación s/gasto púbico 2013 (36,3%)	1.869,6 M€	
Gasto púbico neto 2013	**3.279,5** M€	
Aporte extra AGE figurado	***1.206,8 M€***	
Nuevo total SAAD	***8.776,7 M€***	
Nuevo gasto público *(reduciendo copago promedio del 19,1% real al 14,0% simulado)*	***6.355,9 M€***	
Simulaciones	**Escenario I**	**Escenario II**
Gasto total en servicios	*6.697,9 M€*	*7.269,58 M€*
Gasto total en PECEF	*2.078,7 M€*	*1.507,08 M€*
Retornos estimados *(tasa 0,385 sobre servicios)*	***2.578,7 M€***	***2.798,8 M€***
Recuperación sobre gasto público simulado	*40,6%*	*44,0%*
Nuevo gasto público neto	***3.777,2 M€***	***3.557,1 M€***
Incremento de gasto público sobre el neto real	***497,7 M€***	***277,6 M€***
Otros beneficios (efectos inducidos)		
Incremento personas atendidas	*175.438*	*85.847*
Empleos directos netos (ex novo)	*55.258*	*72.407*
Hipótesis ahorro inducido prestaciones por desempleo *(para un 60% que se incorporen al empleo cobrando prestaciones o subsidios a un promedio de 400 €/mes,)*	***159,1 M€***	***208,53 M€***

Tabla 6. Elaboración propia.

Con todas las cautelas con las que hay que moverse en este tipo de simulaciones, resulta muy significativo que un incremento del gasto público en 2013 de 1.206,7 millones de euros por parte de la AGE, equivalente a duplicar las cuantías del nivel mínimo (aun con la reducción practicada en 2012), solo supondría un incremento neto del gasto público de 497,7 M€ o de 277,6 M€ dependiendo del escenario elegido.

Si a esas cifras añadimos el efecto inducido de creación de empleo neto y la reducción del gasto en desempleo y prestaciones análogas (retornos inducido), para el escenario II, el gasto neto solamente ascendería a 70 millones de euros a cambio del beneficio de atender a casi 86.000 personas de las 180.000 que aún están en lista de espera.

Por supuesto que, además, la creación de más de 70.000 puestos de trabajo generaría otros efectos sobre la renta y el consumo beneficiosos para el crecimiento como es obvio. Parecería, en todo caso, que elevar el gasto público en esta materia del 0,5% del PIB a algo más del 0,6% resulta más beneficioso que recortar o frenar esta política de gasto. Tratándose de una simple simulación basada en estimaciones –hemos de reconocerlo– arroja resultados que bien merecerían un análisis en profundidad y con más finura que el que nos hemos aventurado a realizar en estas líneas.

El hecho de haber tomado durísimas decisiones de recorte de gasto en esta materia, frenando el acceso a los servicios de las personas que debían poder ejercer un derecho subjetivo tan importante como este, ha tenido importantes consecuencias en términos de coste de oportunidad y de sufrimientos personales.

Se trata de una política estratégica que posiblemente requerirá una renovación del pacto social, político y técnico que sopese, para el futuro, si realmente no tendría más sentido una política expansiva, de autentica mejora del sistema, mucho más inteligente y, por supuesto, más sensible con las personas afectadas y sus necesidades. Tarde o temprano, todos nosotros estaremos en situación de dependencia.

Aún estamos a tiempo de descubrir que la atención a la dependencia en España, en definitiva los cuidados de larga duración, constituyen una parte importantísima de la solución y que no son el problema.

De lo contrario, seguiremos soportando inmensos costes de oportunidad, no solo financieros sino, sobre todo, en términos de decepción y sufrimiento.