

Estudios sobre la Economía Española - 2019/42

OBSERVATORIO DE LA DEPENDENCIA

TERCER INFORME, Noviembre 2019

Sergi Jiménez
(UPF y FEDEA)

Analia Viola
(FEDEA)

fedea

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

OBSERVATORIO DE LA DEPENDENCIA

RESUMEN

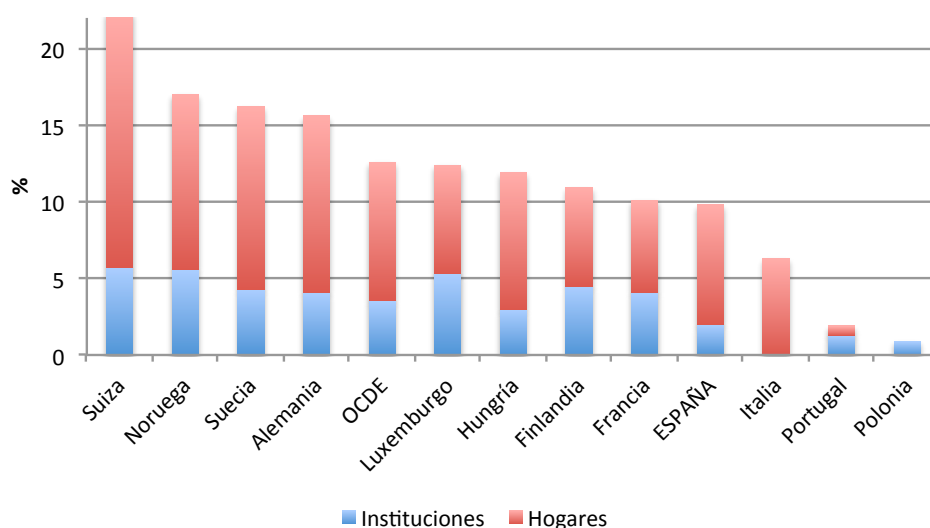
En esta tercera entrega del Observatorio de la Dependencia, continuamos analizando las principales variables que componen el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) como son las solicitudes, resoluciones, personas beneficiarias con prestaciones y también con derecho a prestación. Mostraremos la evolución de estas variables claves con la última información disponible: datos definitivos del año 2017 y 2018 y datos a septiembre del año 2019.

Dos hechos destacan por encima del resto: la caída de la fracción de prestaciones económicas en el total de presentaciones y la sustancial mejora del “limbo de la dependencia”, o conjunto de individuos que oficialmente se encuentran reconocidos como sujetos de derechos pero que todavía no han recibido ninguna prestación o subsidio.

España en perspectiva comparada

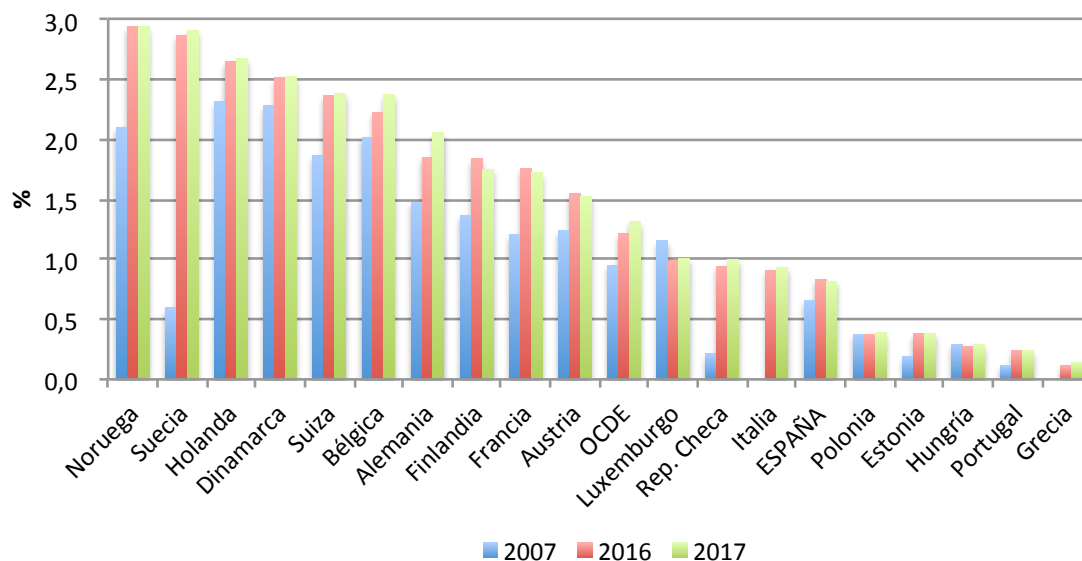
A nivel internacional, las **personas de 65 años o más reciben ayudas para la dependencia en mayor medida en el hogar** que en las instituciones. Como puede apreciarse en la Figura 1, los **países de Europa del Norte** como Suiza, Noruega, Suecia y Alemania **destinan más ayudas a la dependencia que el promedio de la OCDE**. El caso español dista mucho de este escenario y se posiciona en la zona media-baja de la distribución por el nivel de ayudas (cerca del 10%).

Figura 1. Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben ayudas para la dependencia. Europa OCDE. 2017



En cuanto al **gasto en cuidados de larga duración**, en países del sur de Europa como **España** e Italia, el gasto **no supera el 1% del PIB** mientras que en Europa del Norte se destina entre el 2% y 3% del PIB a cuidados de larga duración, superando al promedio de la OCDE. En cuanto a su evolución en términos del PIB, vemos un cierto aumento de su participación entre 2007 y 2017 (última información disponible para todos los países señalados). En algunos países hay que tener en cuenta que hubo cambios en la metodología de cálculo y por tanto se produce un corte en la serie que hace que los valores no sean estrictamente comparables (como es el caso de Suecia).

Figura 2. Gasto en cuidados de larga duración como % del PIB. Países seleccionados OCDE. 2007 y 2016-2017



EL SAAD y sus principales variables

A nivel regional, la evolución de las principales magnitudes del sistema, así como la oferta y distribución de las prestaciones, es relativamente dispar, reflejo de las diferencias en recursos y preferencias que encontramos en nuestra geografía. En este sentido, cabe destacar que continúa la **gran variación observada entre comunidades en el peso de las prestaciones por cuidados en el entorno familiar, aunque se ha visto reducida su fracción en el total**. En **Baleares**, por ejemplo, estas prestaciones representaban cerca del 70% mientras que con la última información disponible (a septiembre 2019) alcanzan el **52%**. En contraste, otras comunidades como **Madrid o La Rioja** asignan una proporción bastante menor a dichas prestaciones, **19% y 15%, respectivamente** (véase Figura 3).

Figura 3. Distribución prestaciones desagregadas por CCAA. Septiembre 2019

CCAA	PRESTACIONES ECONÓMICAS				PRESTACIONES DE SERVICIOS			
	Cuidadores hogar	Vinc. al servicio	Asist. Pers.	P. autonomía	Teleasistencia	Asist. Domic.	Centros día	Asist. Residen.
C. Valenciana	56,3%	16,5%	0,0%	0,9%	4,9%	0,2%	7,8%	13,5%
Navarra	53,1%	11,4%	0,1%	5,3%	13,0%	5,8%	1,9%	9,4%
Baleares	51,9%	3,0%	0,0%	9,2%	19,6%	2,9%	5,0%	8,4%
Murcia	50,8%	3,9%	0,0%	8,9%	14,6%	2,3%	8,7%	10,8%
Cantabria	43,7%	0,0%	0,0%	3,3%	11,2%	6,9%	10,8%	24,2%
País Vasco	40,6%	1,5%	7,1%	0,5%	19,3%	7,9%	8,5%	14,8%
Aragón	39,8%	16,7%	0,0%	10,2%	7,5%	10,9%	4,1%	10,6%
Cataluña	39,6%	8,4%	0,0%	0,3%	10,8%	16,1%	6,7%	18,2%
Ceuta y Melilla	38,3%	0,3%	0,0%	11,1%	17,1%	24,7%	2,2%	6,2%
Canarias	38,1%	20,6%	0,0%	0,5%	4,3%	0,0%	20,3%	16,2%
España	30,5%	10,7%	0,6%	3,9%	17,3%	17,8%	6,9%	12,3%
Asturias	29,1%	7,7%	0,0%	24,0%	4,5%	14,5%	8,4%	11,8%
Andalucía	24,8%	1,5%	0,0%	0,6%	30,9%	28,9%	4,8%	8,5%
Extremadura	21,1%	44,3%	0,0%	4,2%	6,3%	3,1%	6,6%	14,5%
Castilla y León	19,3%	29,4%	0,8%	10,2%	9,9%	17,8%	6,0%	6,5%
Madrid	18,7%	10,9%	0,0%	1,9%	25,5%	21,9%	8,4%	12,5%
Castilla-La Mancha	18,0%	11,4%	0,0%	9,1%	18,2%	22,1%	4,6%	16,5%
Galicia	17,8%	12,3%	0,2%	7,0%	7,8%	33,3%	10,1%	11,4%
Rioja	14,5%	7,6%	0,0%	7,0%	19,1%	29,1%	8,6%	14,0%

A nivel nacional, el peso de las prestaciones económicas, después del máximo (60%) alcanzado en los primeros años del SAAD, entró en una **senda decreciente, situándose finalmente cerca del 42%**. Por otra parte, **el peso de los cuidadores en el entorno familiar**, a pesar de ser el componente más representativo de las prestaciones económicas, ha ido **disminuyendo paulatinamente** en los últimos años (**en 2009 partía de un 51,1% y en la actualidad se sitúa en el 30,5%**).

Con las últimas cifras notamos que **se desacelera el ritmo de crecimiento del número de personas con derecho a prestación entre 2017 y 2019** (incluso en algunas comunidades se observan evoluciones negativas) y en cambio el **ritmo de crecimiento del número de personas con prestaciones es mayor**, mostrando de alguna manera **una cierta mejora en el funcionamiento del sistema**. Efectivamente, **a nivel nacional el incremento en el número de personas con derecho a prestación se estabiliza en torno al 4%-6% desde 2017**, siendo **a septiembre 2019, del 5,8%** y el **número de personas con prestaciones aumenta en mayor proporción (9,2%)**. Un ejemplo a nivel regional es Madrid donde **el incremento del número de personas con prestaciones es del 11% entre 2019 y 2018**, mientras que la **variación en el número de personas con derecho a prestación es cercano al 5%** para el mismo periodo.

El limbo de la dependencia

Los **individuos que se encuentran en lista de espera para recibir las prestaciones** sigue siendo un tema de **especial preocupación a nivel nacional y regional** (Figuras 4 y 5). El **salto fue muy grande entre Junio 2015 y Diciembre 2015 a nivel nacional** por el impacto de la incorporación de los dependientes moderados al SAAD (385.000 personas). Aunque dicha cantidad ha ido disminuyendo paulatinamente, aún quedan cerca de **250.000 personas en el limbo de la dependencia**. A nivel regional, los **datos de 2018 y 2019 revelan algunos cambios alentadores**. Destacamos los **casos de Canarias, Aragón, Extremadura, Comunidad Valenciana, Galicia, Castilla La Mancha y Navarra con descensos de la fracción de dependientes en el “limbo” de entre 20 y 30 pp.** en relación a 2015.

Figura 4. Número de personas con derecho a prestación y número de personas beneficiarias: limbo de la dependencia. España. 2009-2019.

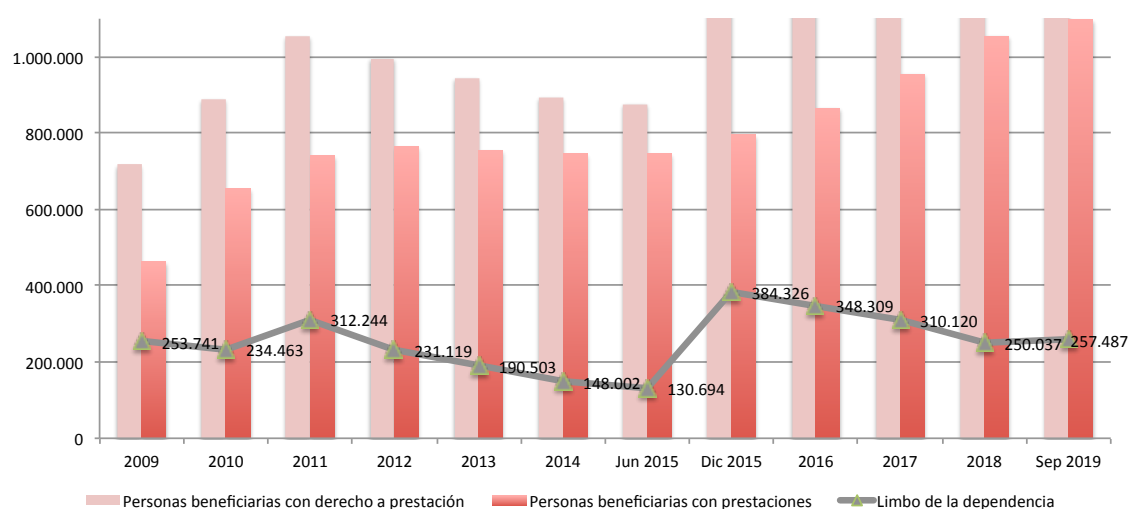
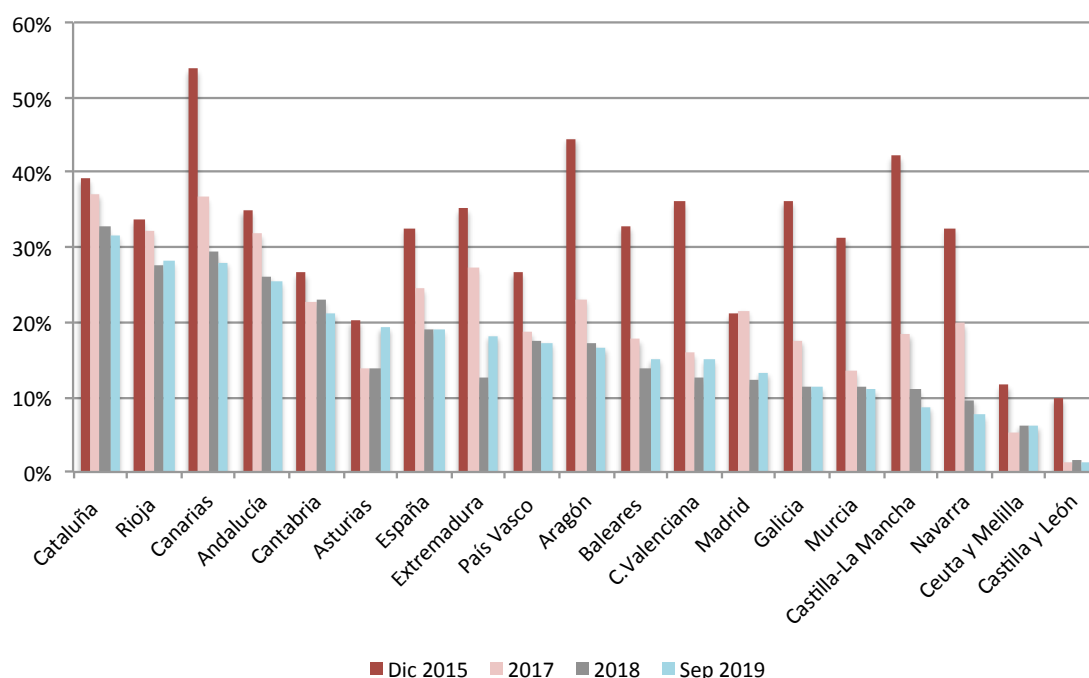


Figura 5. Porcentaje de personas en espera de recibir prestaciones: limbo de la dependencia por CCAA. Diciembre 2015, 2017-2019.



La situación del presupuesto y el nivel de empleo

En el ámbito presupuestario estatal, la realidad, después del fiasco del proyecto de presupuesto de 2019, es de estancamiento presupuestario. De haberse aprobado, el Proyecto de Ley 2019 de los Presupuestos Generales del Estado hubiera supuesto un gran incremento de la dotación del programa Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, alcanzando la cifra de 2.232 millones de euros, lo que hubiera supuesto un incremento de 831 millones (59,3%) respecto del año anterior. Esperemos que el presupuesto que se avecina, que será diseñado por prácticamente los mismos agentes, sea capaz de retomar esta senda positiva y, porque no, incluso superarla.

Por otra parte, se destaca **una evolución positiva del gasto público del SAAD en las comunidades entre los años 2018 y 2016**. Por ejemplo, la variación del gasto público en 2018 respecto de 2016 oscila cerca del **30% en Canarias (28%), Baleares (28%), Valencia (27%) y Aragón (26%)**.

En cuanto al **nivel de empleo** se percibe **cierta consolidación**. Según los datos de la EPA la **participación del número de ocupados en el sector sobre el total de ocupados** ronda en 2019 el **3%** del total, **aumentando ligeramente en relación al 2018**. Por otra parte, los datos de la muestra continua de vidas laborales siguen mostrando una **tendencia decreciente en la fracción de empleo indefinido** (la más baja registrada desde 2007) y del empleo a tiempo parcial (que no para de crecer), lo que añade una cierta preocupación sobre la estabilidad del empleo en el sector a medio plazo.

Hacia dónde vamos

El SAAD fue una gran idea que está en proceso de consolidación, quizás un poco más lentamente de lo que algunos quisiéramos, pero que poco a poco va convergiendo a sus objetivos iniciales: prestación de servicios a los dependientes a un precio razonable. Aun así, persisten amenazas latentes que esperamos que se vayan resolviendo con el tiempo: incertidumbre en la financiación, infrafinanciación y variabilidad entre regiones sin vectores explicativos razonables. Para evitarlo debemos introducir reglas más claras y transparentes, debemos promover una financiación y fuentes de financiación estables y predefinidas (que no dependan de la generosidad relativa del presupuesto de turno). En definitiva, sugerimos un sistema de tamaño y estabilidad razonable donde ciudadanos y profesionales sepan en todo momento a qué atenerse y qué esperar del mismo.

OBSERVATORIO DE LA DEPENDENCIA

TERCER INFORME, Noviembre 2019

Por Sergi Jiménez (UPF y FEDEA) y Analía Viola (FEDEA)

1. Introducción

En esta tercera entrega del Observatorio de la Dependencia, continuamos analizando las principales variables que componen el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) como son las solicitudes, resoluciones, personas beneficiarias con prestaciones y también con derecho a prestación. Mostraremos la evolución de estas variables clave con la última información disponible: datos definitivos de los años 2017 y 2018 y datos a septiembre del año 2019.

Dos hechos destacan por encima del resto: la caída de la fracción de prestaciones económicas y la sustancial mejora del “limbo de la dependencia”, o conjunto de individuos que oficialmente se encuentran reconocidos como sujetos de derechos pero que todavía no han recibido ninguna prestación o subsidio.

En efecto, las prestaciones económicas han caído sustancialmente y ya solo representan el 42% del total de prestaciones. Aun así, la variación entre regiones sigue siendo sustancial, con algunas en el límite del 20% y otras por encima del 60%.

Por otra parte, en los informes anteriores comentábamos que el SAAD comenzó atendiendo a los dependientes más severos, pero que se creó con la intención de extender las prestaciones y servicios hacia los dependientes moderados en 2013. Las restricciones presupuestarias hicieron que dicho colectivo se incorporará al SAAD a partir de julio de 2015, provocando un incremento masivo en la lista de espera de beneficiarios. En efecto, en diciembre de 2015 el número de personas con derecho a prestación pendientes de la misma llegaba a 385.000 (33,5% de las personas con derecho a prestación), mientras que en la actualidad dicho número ha descendido a 250.000, un 19% sobre el total de personas beneficiarias con derecho a prestación.

En el ámbito presupuestario, 2019 no fue mejor que 2018, debido a la prórroga presupuestaria. La situación hubiera sido radicalmente diferente, ya que según lo establecido en el Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado de 2019, el programa Autonomía Personal y Atención a la Dependencia hubiera alcanzado en 2019 una dotación de 2.232 millones de euros, con un incremento de 831 millones de euros en relación a 2018 (lo que supone un incremento del ¡59,3%!). Esta mayor dotación se hubiera a un incremento significativo del Nivel Mínimo (415 millones de euros), a la recuperación del convenio especial de personas cuidadoras no profesionales, al abono por la Administración General del Estado de las cotizaciones a la Seguridad Social (315 millones de euros) y, finalmente, a la recuperación de la financiación por el presupuesto del Estado para el Nivel

Convenido en dependencia (100 millones de euros). Sin lugar a dudas, ¡una gran oportunidad perdida!

Cabe asimismo destacar la recuperación del nivel de empleo en el sector sociosanitario. Según los datos de la EPA hay 583 mil ocupados, cerca de 45 mil más respecto del año anterior. Ello hace que la participación del número de ocupados en el sector sobre el total de ocupados ascienda en el tercer trimestre 2019 hasta un 3%, aumentando ligeramente en relación al 2018. Por otra parte, los datos de la MCVL siguen mostrando una tendencia decreciente en la fracción de empleo indefinido (la más baja registrada desde 2007), lo que añade una cierta preocupación sobre la estabilidad del empleo en el sector a medio plazo.

La estructura del informe es la siguiente. En primer lugar, presentamos una tribuna sobre el rol de las “alianzas implícitas” público-privadas en el diseño de los subsidios a la dependencia en Europa a cargo de Joan Costa-Font. Este artículo discute los subsidios otorgados a los cuidados de larga duración (CLD) en Europa, elaborando un concepto de “alianzas implícitas” público-privadas (entre familia y estado), es decir, un acuerdo implícito, que abarca la coparticipación financiera y no financiera en la financiación de los CLD para explicar la extensión de los subsidios públicos de CLD. Se concluye que el éxito en la elaboración de una “asociación implícita” permite la expansión de la financiación pública de los CLD en algunos países europeos.

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

2. Tribuna: Diseño de subsidios a la dependencia en Europa: el rol de las “alianzas implícitas” público-privadas.

Joan Costa-Font, London School of Economics

2.1 Subsidios limitados para los cuidados de larga duración (CLD)

Los subsidios públicos para los cuidados de larga duración en la mayoría de los países industrializados han sido tradicionalmente una actividad residual en ausencia de apoyo familiar, sujetos a pruebas de ingresos y/o necesidades. La participación privada en el coste de la atención ha sido tradicionalmente elevada en comparación con otros servicios sociales (como sanidad), y las listas de espera que limitan el acceso a los CLD pueden variar desde tres a cuatro semanas hasta seis meses. Incluso cuando la atención está subvencionada, la calidad de la atención en varios países europeos es un problema grave que ha empeorado después de la recesión económica (OECD, 2011).

No obstante, la creciente demanda de atención debido tanto al envejecimiento de la población como a la creciente participación femenina en el mercado laboral se espera de lugar a un aumento de la demanda de atención pública subsidiada (Costa-Font et al, 2015). No obstante, en muchos países europeos (p.e., Inglaterra o Italia), las propuestas de reforma no han tenido éxito, y cuando lo han tenido, su alcance a menudo se ha reducido sustancialmente durante su implementación (NNHRI, 2017).

En esta breve reflexión argumento que para que una reforma que amplíe el subsidio de los CLD tenga éxito, normalmente tiene que asegurar, conjuntamente, tanto los objetivos de contención de costes a corto plazo como la sostenibilidad financiera a largo plazo, así como garantizar el apoyo público.

Cuanto más se eluden las limitaciones mencionadas anteriormente, tanto más probable es que aparezca una propuesta de 'alianza implícita' (Als) entre los intereses de las familias y los objetivos de estabilidad presupuestaria que sea considerada viable. Para ello es necesario un acuerdo financiero implícito, específico de cada país, que implica una participación de actores públicos y privados claves en la financiación de los CLD además de contribuciones de los usuarios (Costa-Font & Zigante, 2014). A continuación, elaboraré un poco más lo que entendemos por Als y documentaré brevemente la evidencia con la que contamos.

2.2 El rol de las alianzas implícitas (Als)

Las Als toman la forma de "acuerdos silenciosos" entre el gobierno y la sociedad (familias e individuos que brindan cuidados) con respecto a la financiación y provisión de CLD. Las Als favorecen, de esta manera, la participación de las familias o miembros de la comunidad en el coste de los CLD (Costa-Font & Zigante, 2014).

Un ejemplo de AIs se encuentra en la coproducción de servicios de atención por parte de los cuidadores informales incentivados a través de las subsidios monetarios, que ayudan a mantener a los usuarios en el hogar y aportan ahorros significativos en comparación con la prestación directa del servicio.

La alternativa a las AIs son los acuerdos de 'alianzas explícitas' (AEs) comunes en Estados Unidos: el sector público, a través de Medicaid (Bergquist et al, 2018), paga los costes de atención solamente después de que las personas hayan superado un umbral de coste preestablecido (por ejemplo, un número específico de años en un hogar de cuidados), generalmente definido en un contrato. En Europa, a diferencia de Estados Unidos, los diseños de asociación explícitos nunca han superado la fase de debate. Por ejemplo, la propuesta del informe Wanless en Inglaterra del partido laborista fue un modelo de asociación que se descartó por razones presupuestarias. En el mismo sentido, se debatió con escaso éxito una asociación público-privada explícita en Francia. De hecho parece haber habido poco interés político en avanzar. La mayor limitación ha sido la sostenibilidad financiera limitada. La evidencia de Estados Unidos sugiere que las AEs tampoco han tenido éxito en expandir el uso del seguro (Bergquist et al, 2018).

2.3 Evidencia de la cobertura de los cuidados de larga duración

De acuerdo con las ideas anteriores, el subdesarrollo de los subsidios públicos de ICLD en muchos países europeos sumado al endeudamiento general del sector público hace necesaria la búsqueda de alternativas financieras. Al mismo tiempo, el limitado apoyo político a propuestas de reforma en el ámbito de la dependencia, en relación con otros programas sociales, así como el posicionamiento de la sociedad hacia el rol de la familia y el estado, influyen en el tipo de política a seguir en cada país (Costa-Font, 2010). Por ejemplo, en países donde la atención familiar es más común, es más probable que se vea una proliferación de subsidios monetarios que permiten al usuario comprar el paquete de atención deseado para cada miembro de la familia o, alternativamente, apoyarse en la figura de los cuidadores no profesionales o informales.

La Tabla 1 resume una serie de sistemas de CLD en Francia, Alemania, Italia, Países Bajos, España, Suecia e Inglaterra. Se observan marcadas diferencias entre estos países respecto del gasto en CLD como porcentaje del PIB. El gasto total de CLD más alto se da en los Países Bajos y Suecia (más del 3,5% del PIB) y el más bajo en los países mediterráneos. Ambos hechos son consistentes con un sector público más intervencionista en los países del norte de Europa y sistemas familiaristas del sur de Europa. El nivel de cobertura sigue los mismos patrones. Cabe señalar que, al objeto de preservar la comparabilidad, nuestras estimaciones de cobertura no incluyen beneficios monetarios. Estos desempeñan un papel importante en muchos de los sistemas, por ejemplo, en Inglaterra, los beneficios por el subsidio de asistencia y el subsidio de vida por discapacidad cubren más del 27% de la población de 65 años o más. Existen beneficios monetarios similares en Italia que cubren el 12% de la población de edad avanzada, con la distinción necesaria de que forman parte integral de la financiación pública de la atención.

Tabla 1. Contexto institucional de los sistemas de CLD

	Derecho	Gasto (% del PIB 2010)	Cobertura de la población /65+	Financiación	Coste compartido
Francia	Universal	1,27	12.1% (inst+hogar)	Descentralizado (muchos actores – intercambios complejos)	Relacionado con los ingresos: del 0 al 80% del coste total
Alemania	Universal	1,44	11,3%	Esquema de seguro social obligatorio	Los beneficios de CLD tienen un límite o techo y el subsidio se completa con ayudas sociales a nivel local sujeta a comprobación de medios
Italia	Universal	1,91 (1)	7,9% (inst+hogar)	En base a impuestos, fragmentado (central, regional, local)	Parte sustancial relacionada con copagos: hasta el 100% el coste.
Países Bajos	Universal	4,1	19,6% (inst+hogar)	Esquema de seguro social obligatorio	Copagos por usuario relacionados con los ingresos
España	Universal	1,11	10,2% (inst+hogar+teleasisten)	Obligatorio gobierno central	Copagos por usuario relacionados con los ingresos (hasta el 90% del coste) monto reservado
Suecia	Universal	3,65	16,6% (inst+hogar)	Descentralizado	Copagos por usuario relacionados con los ingresos monto reservado
Inglaterra	Comprobación de recursos	1,97 (1)	11,8% (inst+hogar/ 7,19% (inst+hogar)	Descentralizado	Copagos relacionados con la comprobación de recursos hasta el 100% del coste.

Fuente: Costa-Font & Zigante, (2014). Nota: Año: Gasto desde 2012. Fuentes: OECD Health Data 2010 (Octubre 2010), ANCIEN study country reports. (1) Año 2010. "Inst" se refiere al cuidado por parte de las instituciones, "hogar" se refiere al cuidado en el hogar, y "teleasisten" se refiere a teleasistencia.

En todos los países examinados, se observa que los usuarios compartan los costes de la atención en diversos grados. En Suecia y España operan sistemas de copagos relacionados con los ingresos hasta umbrales definidos por una "cantidad reservada". Del mismo modo, en todos los sistemas examinados, excepto en Italia e Inglaterra, algunos de los costes de atención están cubiertos para todas las personas, independientemente de sus ingresos.

Aunque es común que los usuarios paguen una proporción significativa del coste de la atención en todos los países, existen variaciones significativas en los costes

compartidos entre países, que se encuentran entre el 45% y el 90% en Francia y el Reino Unido, mientras que en los Países Bajos y Suecia al menos el 90% del coste sería cubierto, en todos los niveles de necesidad, por el sector público. Una tendencia reciente notable son los esquemas de subsidios monetarios, que se perciben como un intento de permitir que las personas que de otra manera no tienen medios, elijan y controlen los servicios que necesitan. Este es el caso de un gran número de comunidades autónomas en España donde el copago del usuario representa una mayor parte del coste.

Las limitaciones culturales e institucionales medidas a través de datos sobre actitudes sugieren que el tipo de arreglo que se puede implementar en un país no necesariamente funciona en otros. Esto último explica por qué en países como Suecia, tendemos a observar una "asociación implícita de usuarios" donde el sector público tiene un peso elevado, mientras que en Italia; uno observa "asociaciones implícitas de cuidadores" donde las familias aún brindan una gran parte de la atención (Costa-Font & Zigante, 2014).

2.4 Conclusiones

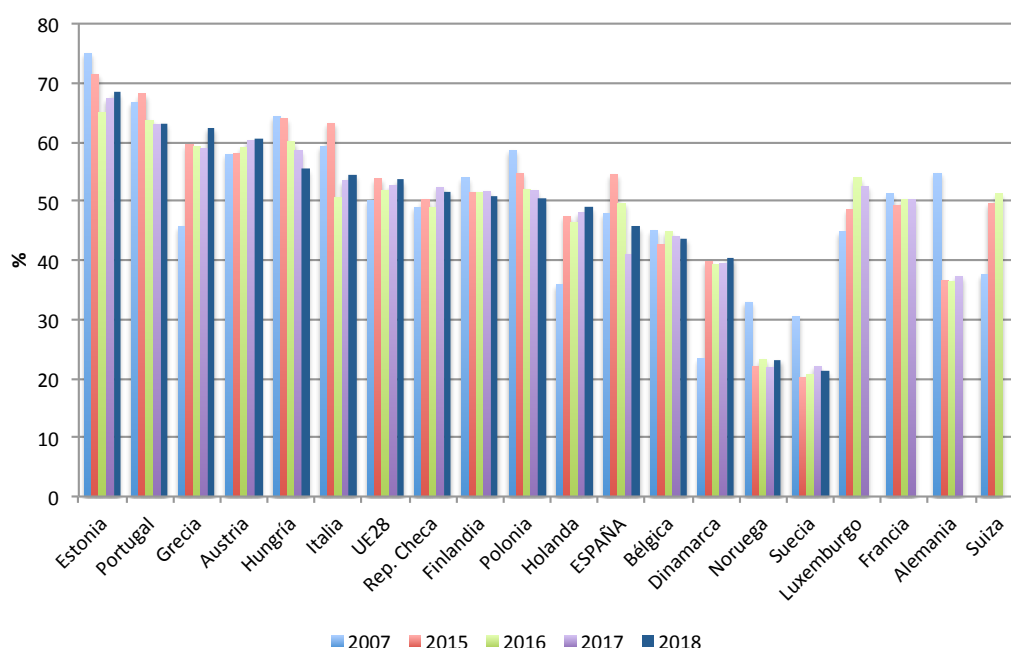
Solamente un reducido número de países europeos ha ampliado los subsidios públicos de los CLD, pero lo ha hecho mediante la introducción o el cambio de esquemas de costes compartidos preexistentes o subsidiando el cuidado informal consistente con la formación de 'asociaciones implícitas' (AIs). En nuestra breve reflexión hemos caracterizado una gran heterogeneidad de AIs en los países examinados, que reflejan las limitaciones financieras y culturales específicas de cada país.

La oportunidad política es clave en la formación de las AIs. El caso de España es relevante, en tanto que la reforma de la ley de dependencia se produce después de la elección por sorpresa de un nuevo gobierno, y un año antes de la entrada de España en recesión. Sin cualquiera de esas condiciones, es probable que la ley de dependencia no hubiera tenido éxito.

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

La población de 65 años o más constituye uno de los colectivos con mayor dependencia funcional ya sea en las labores domésticas, el cuidado personal o la movilidad. Es, por tanto, un grupo de población que necesita de mayores cuidados especiales. Así lo afirman los datos de Eurostat para el año 2018 (Gráfico 1) donde un poco más de la mitad de la población de la Unión Europea (UE) mayor de 65 años (53,5%) tiene ciertas limitaciones a la hora de realizar las actividades de la vida diaria. La evolución de la media europea ha ido creciendo ligeramente en los últimos 4 años, encontrándose por encima de los valores pre-crisis del año 2007 (50,1%).

Gráfico 1: Limitaciones (autodeclaradas) en actividades diarias en adultos de 65 años o más (respecto de la población total). Países seleccionados. 2007 y 2015-2018

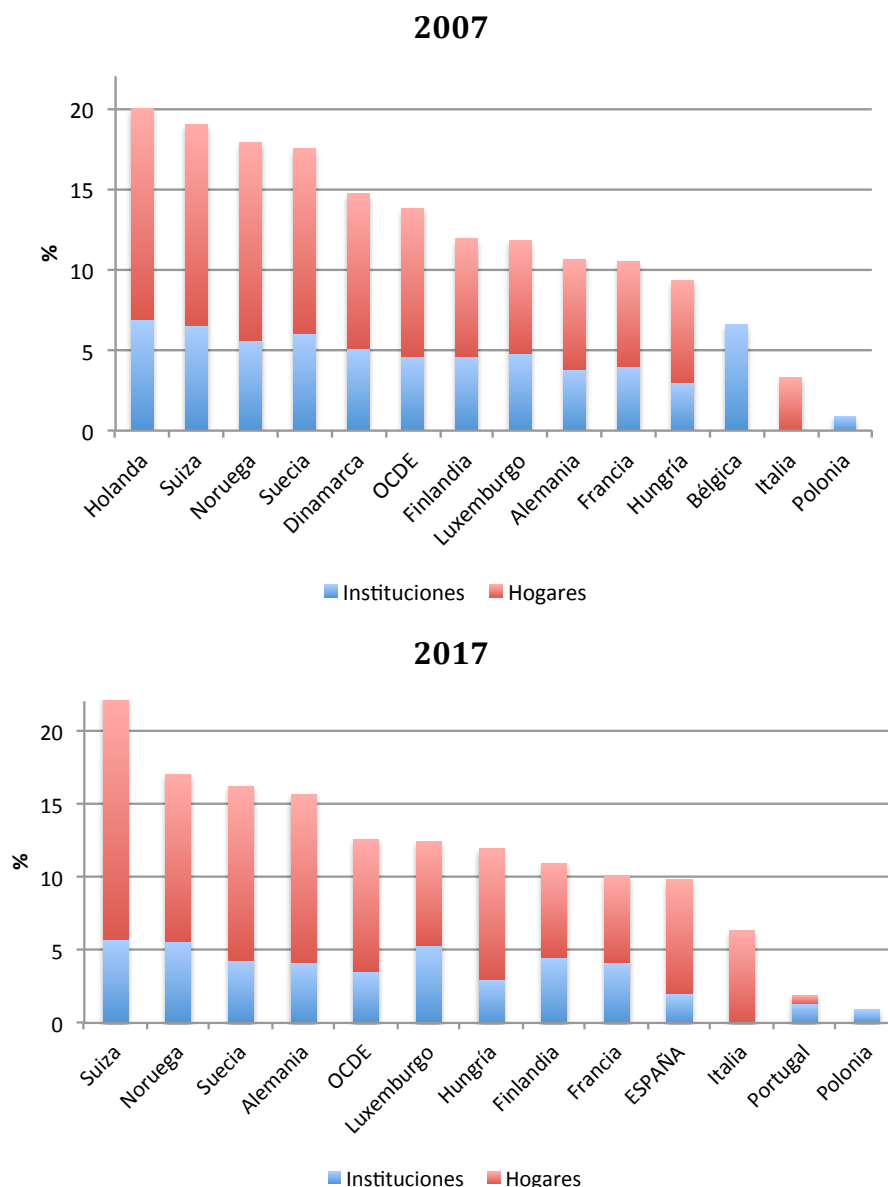


Fuente: Eurostat, disponible en: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_06&lang=en
 Notas: Promedio UE28: 2007 sin datos para Croacia y 2018: sin datos para Alemania, Irlanda, Francia, Luxemburgo, Eslovaquia y Reino Unido.

En el caso de España, si bien los valores para el año 2018 se encuentran levemente por debajo del promedio de la UE28 (45,6%), si se percibe un aumento de bastante consideración entre el 2017 y el 2018, de cerca de 5 pp. Por otra parte, hay países que superan ampliamente el promedio de la UE28 como Estonia (68,3%), Portugal (63,2%) y Grecia (62,4%) reportando mayores limitaciones en su población mayor de 65 años. Por último, en el otro extremo se encuentran Noruega y Suecia donde algo más del 20% de la población de 65 años o más declara sufrir alguna limitación moderada o severa.

En el Gráfico 2 podemos observar la distinción entre las personas de 65 años o más que reciben ayudas tanto en instituciones como en hogares. En términos generales, en la mayoría de los países la mayor parte de las ayudas se otorga en hogares, siendo los países del norte de Europa los que destinan más ayudas a la dependencia, con una cobertura entre un 15% y 20%.

Gráfico 2: Porcentaje de personas de 65 años o más que reciben ayudas para la dependencia. Países seleccionados. 2007 y 2017



Fuente: OECD stat. Quiebre en series en 2007 para Suiza, Noruega, Suecia e Italia. Diferencias en metodología en 2007 para Dinamarca, Polonia y Bélgica. Diferencias en metodología en 2017 para Polonia y Eslovaquia.

Promedio OCDE:

Instituciones (2007): sin Rep. Checa, Estonia, Corea, Letonia, Portugal, Eslovenia y España.

Hogares (2007): sin Canadá, Rep. Checa, Estonia, Japón, Corea, México, Polonia, Portugal, Eslovenia, España.

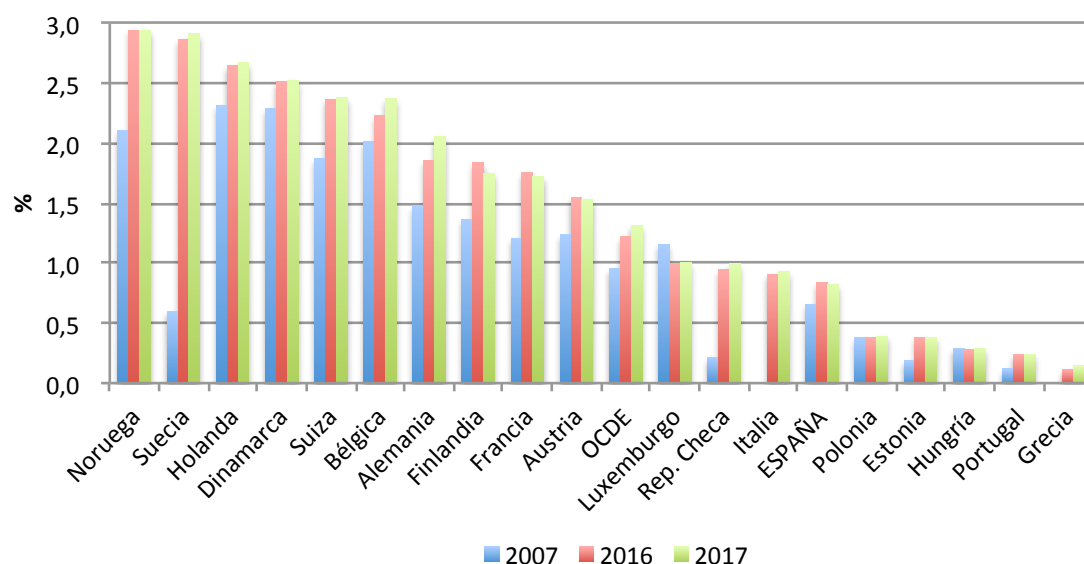
Instituciones (2017): sin Bélgica, Rep. Checa, Dinamarca, Islandia, Holanda, Eslovenia y Estados Unidos.

Hogares (2017): sin Canadá, Rep. Checa, Japón, México, Holanda, Polonia, Eslovenia y Estados Unidos.

Los datos hay que interpretarlos con cautela dado que en muchos países no sólo no se dispone de información sino que también reportan cortes en series y diferencias en metodología. En el promedio de la OCDE se observa entre ambos periodos una disminución de 1,1 pp en las ayudas en instituciones mientras que la caída en las ayudas en hogares es muy leve de 0,2 pp. En países como Alemania (4,7 pp), Suiza (4,2 pp), Italia (3 pp) y Hungría (2,6 pp) aumentaron las ayudas en hogares en mayor medida que el resto de los países reportados con información.

Para el caso español, en el año 2017 cerca del 2% de la población recibe ayudas en instituciones y un 7,8% en sus hogares, lo que sitúa a nuestro país en la zona media-baja de la distribución por el nivel de ayudas. También para España se dispone de datos para el año 2018 y en relación al año 2017 aumentan levemente en el caso de instituciones (0,2 pp) y 1 pp en el caso de hogares, siendo en la actualidad cerca del 9% de la población la que recibe ayudas en el hogar.

Gráfico 3: Gasto en cuidados de larga duración como % del PIB. Países seleccionados. 2007 y 2016-2017



Fuente: OECD Stat. Promedio OCDE: 2007: sin Grecia, Irlanda, Italia y Reino Unido. 2016: sin Australia, Israel, Japón y Nueva Zelanda. 2017: sin Australia, Israel y Nueva Zelanda. Quiebre en series para Suecia (2011), Dinamarca (2011), Suiza (2010), Luxemburgo (2011), Rep. Checa (2013), Polonia (2013 y 2017) y Finlandia (2015).

Por último, pasamos a analizar el gasto en cuidados de larga duración para algunos países seleccionados de la OCDE¹. En cuanto a su evolución en términos del PIB, vemos un cierto aumento de su participación entre 2007 y 2017 (última

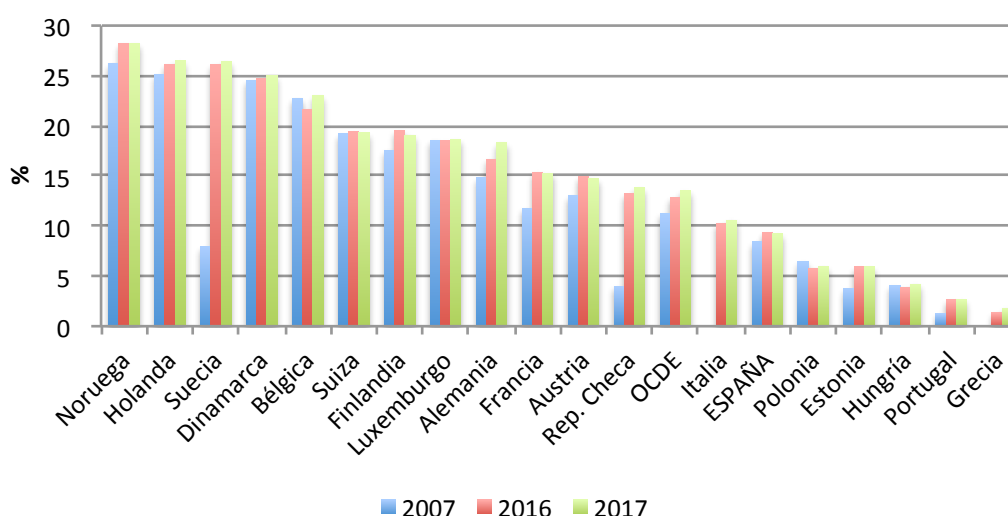
¹ En la actualidad, el marco utilizado para las comparaciones internacionales del gasto en salud entre países es el Sistema de Cuentas de Salud 2011 (última edición). En años anteriores ha habido discrepancias en los diferentes límites que se aplican para separar los cuidados de larga duración en los componentes de salud (servicios de cuidado personal como ayuda para comer, bañarse, vestirse, moverse, etc.) y social (servicios de asistencia como ayuda para realizar las compras, limpiar, cocinar, usar el teléfono, etc.). Algunos países incluyen estos dos tipos de servicios en el cálculo del gasto en cuidados de larga duración (salud) mientras otros países no incluyen ninguno de los dos. El Sistema de Cuentas de Salud 2011 recomienda que los servicios de cuidado personal como los servicios de asistencia se consideren como cuidados de larga duración, componente salud y social, respectivamente. Más información en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/AccountingMappingofLTC.pdf>

información disponible para todos los países señalados). En algunos países hay que tener en cuenta que hubo cambios en la metodología de cálculo y por tanto se produce un corte en la serie que hace que los valores no sean estrictamente comparables (como es el caso de Suecia). (Gráfico 3).

Los países del norte de Europa destinan un porcentaje mayor del PIB a los cuidados de larga duración alrededor de un 2% o 3% mientras que en los países del sur de Europa, como Italia y España, el gasto no supera el 1%. Sin embargo, en otros países como Estonia, Polonia, Hungría, Portugal y Grecia las cifras son todavía menores, con niveles entre 0,1 y 0,4%

También podemos ver a continuación el esfuerzo presupuestario destinado a los cuidados de larga duración. Observamos una tendencia ligera al alza entre ambos periodos. Países como Noruega, Suecia, Holanda y Dinamarca destinan entre el 25% y 30% del gasto sanitario a los cuidados de larga duración, mientras en el otro extremo se encuentran Polonia, Estonia, Hungría, Portugal y Grecia que gastan entre un 1% y 6% del total de gasto corriente en salud. España destina un poco más del 9%. En Suecia el salto es muy acusado a partir de 2011, que es cuando los valores empiezan a superar el 20%.

Gráfico 4: Gasto en cuidados de larga duración como % del gasto corriente en salud. Europa OCDE países seleccionados. 2007 y 2016-2017



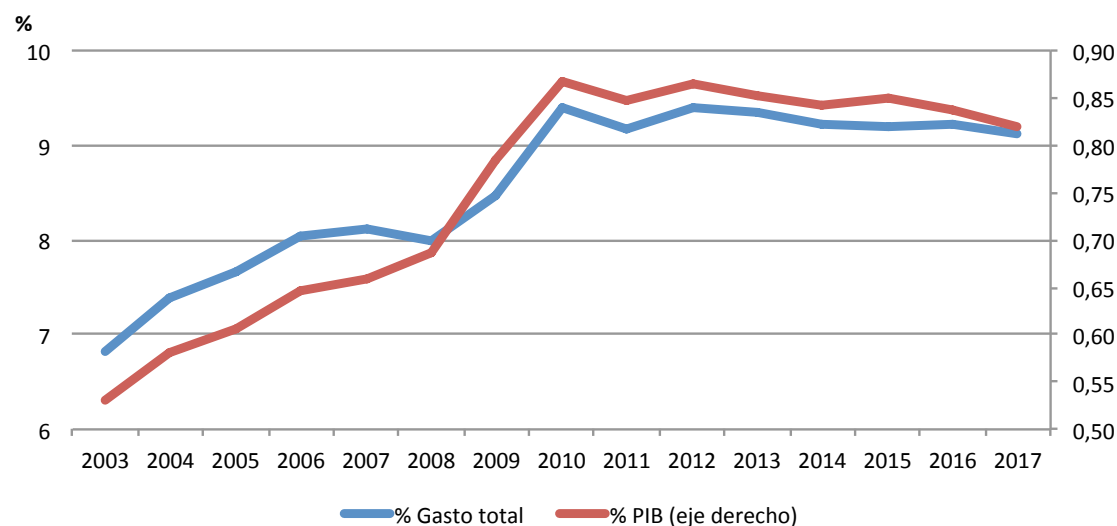
Fuente: OECD Stat. Promedio OCDE: 2007: sin Grecia, Irlanda, Italia y Reino Unido. 2016: sin Australia, Israel, Japón y Nueva Zelanda. 2017: sin Australia, Israel y Nueva Zelanda. Quiebre en series para Suecia (2011), Dinamarca (2011), Suiza (2010), Luxemburgo (2011), Rep. Checa (2013), Polonia (2013 y 2017) y Finlandia (2015).

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

En cuanto a la evolución del gasto en servicios de atención de larga duración en España respecto del PIB se observan dos tendencias: una al alza bien marcada, partiendo del 0,63% en 2003 al 0,87% en 2010 (su pico máximo) y otra de

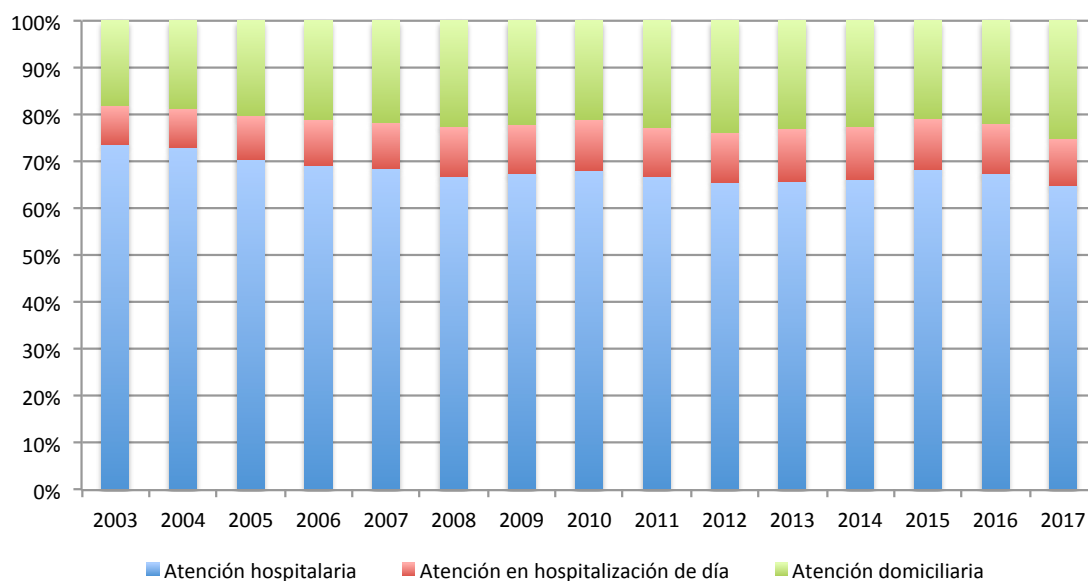
estancamiento (2011-2016) y leve descenso en 2017, siendo en la actualidad del 0,82%. Asimismo, el gasto en servicios de larga duración respecto del gasto total en salud también muestra dos periodos diferenciados de crecimiento y desaceleración, representando en 2017 el 9,1%.

Gráfico 5: Cuidados de larga duración como % del gasto total en salud y PIB. 2003-2017. España



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

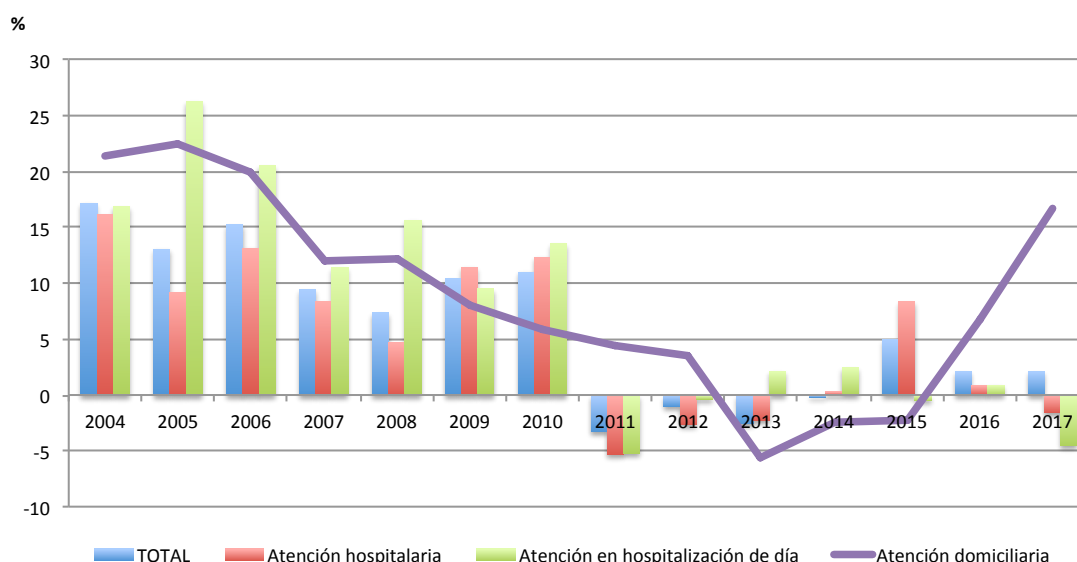
Gráfico 6: Gasto en cuidados de larga duración. Composición %. 2004-2017. España



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

El mayor componente dentro de los servicios de larga duración es la atención hospitalaria que representa el 65% del total, luego la atención domiciliaria con un 25% y finalmente la atención en hospitalización de día con un 10% (**Gráfico 6**). En cuanto a la evolución de cada uno de los componentes del gasto, la participación de la atención hospitalaria sobre el total del gasto en cuidados de larga duración ha venido descendiendo paulatinamente desde el año 2003, registrándose una caída total de 9 pp en 2017 respecto de dicho año. Por otra parte, tanto la participación de la atención domiciliaria como la atención en hospitalización de día han contrarrestado dicho efecto, aumentando 7 pp y 2 pp, respectivamente en el mismo periodo considerado.

Gráfico 7: Gasto en cuidados de larga duración. Variación interanual. 2004-2017. España



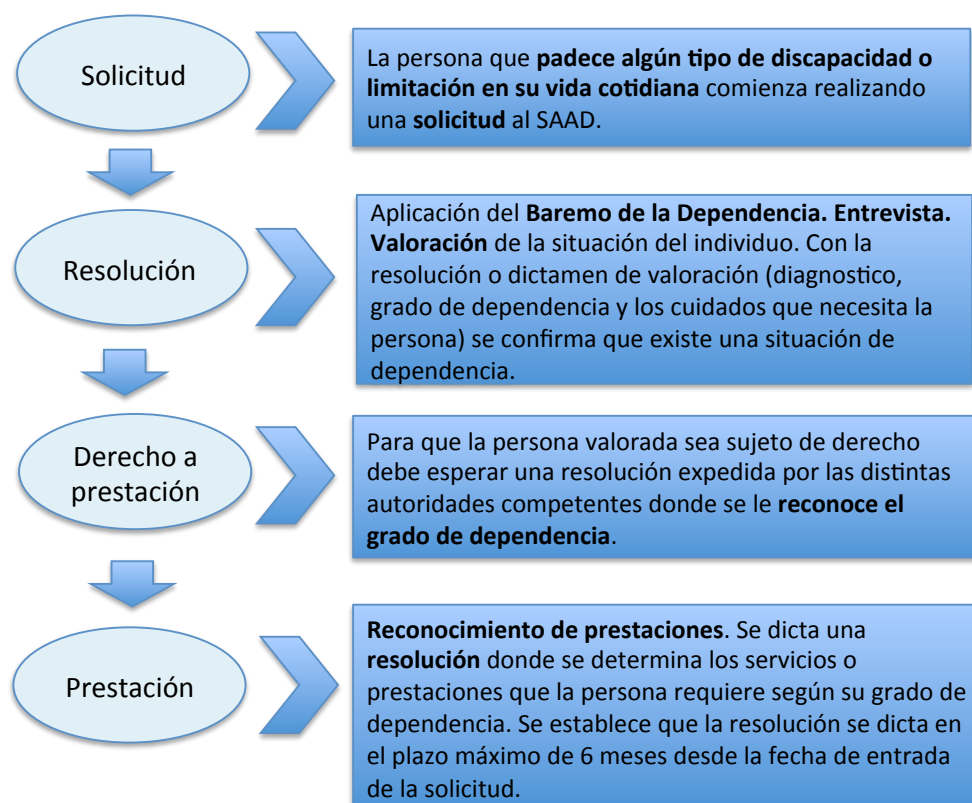
Fuente: Sistema de Cuentas de Salud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Por último, en términos interanuales (**Gráfico 7**), se puede observar que a partir de 2011 algunos de los componentes del gasto en servicios de larga duración comienzan una fase descendente en contraste con la experimentada en el periodo 2004-2010. Tal es el caso del gasto en atención hospitalaria y en hospitalización de día, con caídas del orden del 5% en 2011 respecto del año anterior. En 2013, el gasto en atención domiciliaria se ve reducido en casi un 6%. En general la trayectoria no es muy estable para ninguno de los componentes, produciéndose subidas y bajadas cada año. Los últimos datos del año 2017 señalan un crecimiento del orden del 17% para el componente gasto en atención domiciliaria respecto del año 2016 y una caída para el resto de los componentes, de -1,6% en el caso de atención hospitalaria y -4,5% en atención en hospitalización de día.

4. Las variables claves del SAAD

Comenzamos analizando dos variables importantes del SAAD, a saber: el número de solicitudes y el número de dictámenes (también denominados resoluciones). Cabe recordar que para acceder a las prestaciones del SAAD la persona interesada debe realizar una solicitud que luego es valorada por las autoridades competentes aplicando el Baremo de la Dependencia. Dicha valoración permite determinar el grado de dependencia del solicitante, concediéndole el derecho de acceso a las prestaciones económicas y de servicios sociales una vez expedida la resolución para tal fin. Finalmente, dicho derecho se materializa al dictarse la resolución con el reconocimiento de las prestaciones requeridas en función del grado de dependencia (**Gráfico 8**).

Gráfico 8: Pasos para acceder a la prestación del SAAD



En la Tabla 1 vemos la proporción de solicitudes que realmente se han valorado por comunidad autónoma, es decir el cociente entre el número de dictámenes y el número de solicitudes. Los datos actualizados para este informe muestran que en la mayoría de las comunidades, las solicitudes que llegan en un determinado año son valoradas positivamente en un 92% de los casos² manteniendo la proporción

² En otras palabras, el 92% de las solicitudes presentadas se valoraron positivamente al haber cumplido con los requisitos mientras el 8% restante no lo ha hecho. Cuando se presenta la solicitud de dependencia, la Administración debe aplicar el baremo de dependencia para proceder a la valoración de la situación del

de años anteriores analizados en los dos informes previos. Destacamos algunos casos que están claramente por debajo del estándar, como son Extremadura, la Comunidad Valenciana y Asturias con una relación entre dictámenes y solicitudes del 86% y de sólo el 73% en Canarias.

Tabla 1: Proporción de solicitudes valoradas positivamente. 2017-2019

CCAA	DICTAMENES/SOLICITUDES		
	2017	2018	Sep 2019
Rioja	100%	100%	100%
Madrid	100%	100%	100%
País Vasco	99%	99%	99%
Galicia	98%	99%	99%
Cantabria	98%	98%	98%
Ceuta y Melilla	97%	96%	97%
Baleares	93%	91%	95%
Castilla-La Mancha	92%	94%	95%
Navarra	99%	98%	95%
Murcia	98%	99%	94%
Castilla y León	93%	93%	93%
Aragón	85%	85%	92%
España	93%	93%	92%
Cataluña	92%	92%	91%
Andalucía	93%	91%	90%
Extremadura	88%	85%	86%
Asturias	88%	87%	86%
C.Valenciana	84%	87%	84%
Canarias	76%	73%	73%

Nota: las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de Sep 2019.

Cuando se reconoce realmente el grado de dependencia, la persona solicitante ya tiene otorgado el derecho de acceder a la prestación aunque todavía no la reciba. Solo empieza a recibir la prestación al dictarse una resolución donde se especifica el reconocimiento de las prestaciones según el grado de dependencia.

En la **Tabla 2** observamos del total de solicitudes valoradas positivamente (dictámenes) cuál es la proporción de personas que efectivamente se encuentran seleccionadas para poder acceder al beneficio de la prestación, es decir que se les

individuo. Esta valoración se realiza en la vivienda donde resida el individuo dado que el valorador debe examinar el entorno donde desarrolla sus actividades de la vida diaria y las condiciones físicas y mentales del solicitante. Finalizada la visita se procede a un dictamen de valoración en el caso de que hayan reconocido que existe una situación de dependencia.

haya reconocido su grado de dependencia. Se observa que la proporción es bastante elevada en Murcia, Galicia, Canarias y Cantabria, donde oscila entre el 82% y 89%. Alternativamente, en Asturias, Extremadura y Ceuta y Melilla la proporción es muy inferior, entre el 69% y 72%. Claramente la gran dispersión entre comunidades (sobre el 30%) revela la probable existencia de criterios complementarios a los de salud en el reconocimiento de prestaciones.

Tabla 2: Relación entre el número de personas a las que se les reconoce el derecho a una prestación y el número de dictámenes por CCAA. 2017-2019

CCAA	PERS. CON DERECHO/DICTÁMENES		
	2017	2018	Sep 2019
Murcia	91%	90%	89%
Galicia	85%	85%	87%
Canarias	85%	85%	86%
Cantabria	84%	84%	85%
C.Valenciana	81%	83%	85%
Aragón	83%	83%	82%
Andalucía	81%	81%	81%
Baleares	79%	79%	80%
España	79%	80%	80%
Castilla-La Mancha	80%	79%	79%
Castilla y León	79%	79%	78%
Cataluña	80%	79%	78%
Navarra	78%	77%	78%
País Vasco	77%	77%	76%
Asturias	76%	76%	76%
Madrid	73%	75%	75%
Rioja	72%	73%	74%
Extremadura	74%	72%	71%
Ceuta y Melilla	69%	70%	71%

Nota: las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de Sep 2019.

Por último, otra de las variables claves del SAAD es el número de personas que realmente reciben la prestación. En la En el otro extremo se encuentra Navarra, donde desciende muy ligeramente 0,2% el número de personas con derecho a prestación en septiembre 2019 respecto de septiembre 2018 y para ese periodo aumenta en 0,7% el número de personas con prestaciones, lo que resulta un hecho favorable. Por otra parte, Asturias es la única comunidad que tiene un descenso en el número de personas con prestaciones de cerca el 3% pero aumenta el número de personas con derecho a prestación en un porcentaje equivalente.

Tabla 3 podemos ver tanto la evolución del número de personas con derecho a prestación como las personas con prestaciones en los últimos dos años. En el segundo informe del Observatorio de la Dependencia señalábamos que la variación en el número de personas con derecho a prestación había sido excepcionalmente grande entre 2014 y 2015 (superaba el 30% a nivel nacional) debido a que los dependientes moderados se incorporaron en el año 2015 (previstos en el 2013 pero retrasados por la crisis económica).

Con las últimas cifras notamos que se desacelera el ritmo de crecimiento del número de personas con derecho a prestación entre 2017 y 2019 (incluso en algunas comunidades se observa evoluciones negativas) y en cambio el ritmo de crecimiento del número de personas con prestaciones es mayor, mostrando de alguna manera mejorías en el funcionamiento del sistema.

A nivel nacional las variaciones interanuales en el número de personas con derecho a prestación oscilan entre un 3% y 6% y la variación en el número de personas con prestaciones alcanzan el 9%/10%. La Comunidad Valenciana es tanto la comunidad con un mayor porcentaje de variación en el número de personas con derecho a prestación como con prestaciones, siendo ésta última levemente inferior para el último periodo. En el otro extremo se encuentra Navarra, donde desciende muy ligeramente 0,2% el número de personas con derecho a prestación en septiembre 2019 respecto de septiembre 2018 y para ese periodo aumenta en 0,7% el número de personas con prestaciones, lo que resulta un hecho favorable. Por otra parte, Asturias es la única comunidad que tiene un descenso en el número de personas con prestaciones de cerca el 3% pero aumenta el número de personas con derecho a prestación en un porcentaje equivalente.

Tabla 3: Personas con derecho a prestación y personas beneficiarias por CCAA. Variación interanual 2017-2019

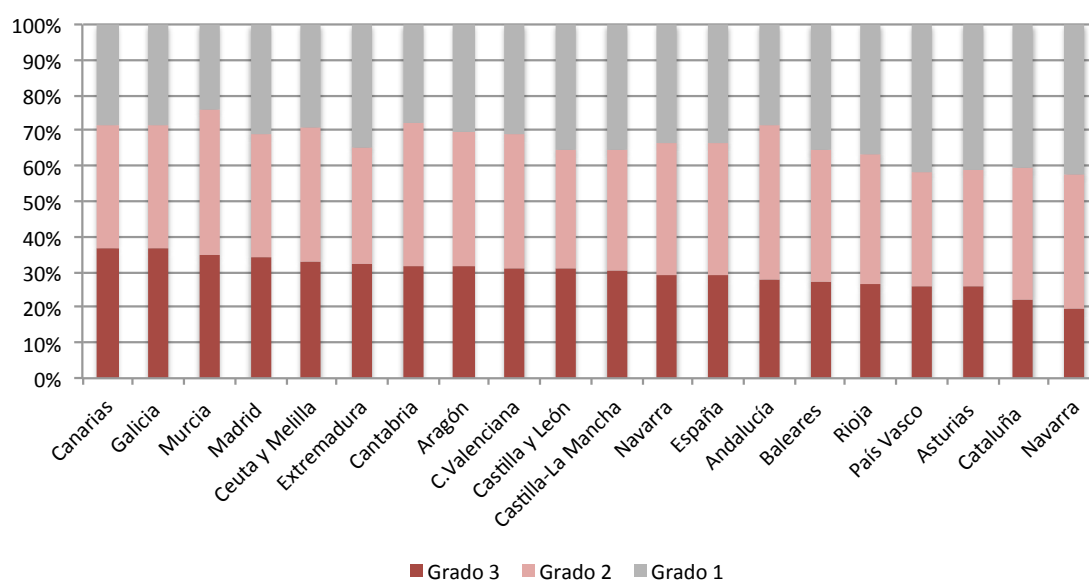
CCAA	PERSONAS CON DERECHO A PRESTACIÓN			CCAA	PERSONAS CON PRESTACIONES		
	2017-2016	2018-2017	2019-2018		2017-2016	2018-2017	2019-2018
C.Valenciana	7,3%	16,3%	21,5%	C.Valenciana	19,2%	20,9%	18,7%
Baleares	9,8%	-1,1%	17,0%	Castilla y León	4,0%	5,3%	16,2%
Castilla y León	4,8%	5,4%	15,8%	Aragón	21,8%	13,8%	14,5%
Aragón	-0,7%	5,4%	12,5%	Baleares	14,9%	3,4%	14,1%
Ceuta y Melilla	3,6%	6,3%	6,4%	Madrid	8,2%	20,3%	11,2%
España	4,2%	3,1%	5,8%	Canarias	15,2%	11,4%	9,9%
Castilla-La Mancha	-2,2%	2,9%	5,1%	Castilla-La Mancha	24,5%	12,4%	9,2%
Cataluña	3,2%	2,6%	4,9%	España	10,3%	10,4%	9,2%
Canarias	-0,4%	-0,1%	4,8%	Andalucía	6,9%	7,9%	7,9%
Madrid	18,1%	7,4%	4,6%	Cataluña	11,4%	9,9%	7,1%
Cantabria	13,3%	3,3%	4,1%	Extremadura	4,7%	14,1%	6,6%
Galicia	1,1%	1,0%	2,9%	Cantabria	14,3%	3,0%	6,3%
País Vasco	4,8%	3,2%	2,8%	Ceuta y Melilla	2,5%	5,0%	6,2%
Asturias	3,9%	3,7%	2,7%	País Vasco	10,0%	4,7%	5,7%
Extremadura	0,0%	-5,1%	2,3%	Galicia	12,8%	8,5%	5,0%
Murcia	2,1%	0,4%	2,3%	Murcia	5,7%	3,1%	3,3%
Rioja	4,6%	2,3%	2,1%	Rioja	-2,6%	9,5%	1,3%
Andalucía	0,7%	-0,4%	1,5%	Navarra	25,9%	11,3%	0,7%
Navarra	8,8%	-1,2%	-0,2%	Asturias	6,0%	3,8%	-2,6%

Nota: Variación 2019-2018: a abril. Las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de la variación 2019-2018

4.1. Grados de dependencia

Cabe recordar cuáles son los tres grados de dependencia en los que se clasifican las personas con derecho a prestación: gran dependencia (Grado 3), dependencia severa (Grado 2) y dependencia moderada (Grado 1). La situación actual según los últimos datos disponibles (Septiembre 2019) se puede observar en el gráfico siguiente (Gráfico 9). A nivel nacional, el 37% de las personas con derecho a prestación se encuentran en situación severa (Grado 2), el 33% en situación moderada y el 29% en situación de gran dependencia. Casos extremos son el de Canarias, donde el 37% se encuentra en situación de grado 3, mientras que en extremo opuesto se encuentran Cataluña y Navarra con un 20-22% de las personas con gran dependencia.

Gráfico 9: Distribución por grados de la población con derecho a prestación por CCAA. Septiembre 2019



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

En cuanto a la variación interanual, observamos que en el último periodo analizado en muchas comunidades autónomas, el número de personas con derecho a prestación en todos los grados de dependencia aumenta, situación bastante diferente a la del periodo anterior donde se percibía una disminución en casi todos los grados. El número de personas de grado 3 aumenta considerablemente en Comunidad Valenciana, un 20%, mientras a nivel nacional crece un 5% entre septiembre 2019 y septiembre 2018. En cambio, para el caso de Navarra, el número de personas con gran dependencia disminuye en un 5%, mientras que en los restantes grados el número de personas aumenta levemente, 0,5% y 1,4%, respectivamente.

Tabla 4: Variación personas con derecho a prestación según grados por CCAA. Variación interanual 2018-2017 y Sep 2019-Sep 2018

CCAA	Variación 2018-2017			Variación Sep 2019-Sep 2018		
	GRADO 3	GRADO 2	GRADO 1	GRADO 3	GRADO 2	GRADO 1
C.Valenciana	-16,0%	-14,7%	-11,1%	19,6%	21,9%	23,2%
Baleares	4,8%	2,8%	-3,6%	16,9%	9,8%	25,5%
Aragón	-4,7%	-5,6%	-5,1%	8,7%	9,1%	21,3%
Castilla y León	-3,9%	-4,2%	-7,3%	7,6%	12,9%	27,4%
Ceuta y Melilla	-5,2%	-6,0%	-6,7%	7,1%	2,9%	10,5%
Castilla-La Mancha	-6,3%	-2,9%	0,2%	6,6%	2,2%	6,7%
Cataluña	-1,5%	0,2%	-5,8%	5,9%	1,6%	7,4%
España	-2,4%	-3,0%	-3,5%	4,8%	4,9%	7,9%
Madrid	-4,9%	-7,1%	-9,0%	4,8%	4,3%	4,9%
Canarias	0,9%	0,1%	-0,8%	4,5%	5,0%	4,9%
Cantabria	-1,5%	-4,0%	-3,9%	4,0%	3,9%	4,4%
Extremadura	6,7%	3,0%	6,5%	2,8%	2,8%	1,5%
Galicia	-0,4%	0,3%	-3,4%	2,3%	2,7%	3,9%
Andalucía	0,5%	-2,6%	4,8%	1,3%	3,5%	-1,0%
País Vasco	-0,6%	-2,0%	-5,7%	0,0%	1,3%	5,9%
Murcia	2,9%	0,9%	-7,9%	-1,5%	0,0%	12,7%
Rioja	-2,2%	-3,0%	-1,5%	-1,7%	3,7%	3,5%
Asturias	0,0%	-1,1%	-8,3%	-3,9%	0,7%	9,3%
Navarra	4,4%	-1,9%	2,6%	-4,8%	0,5%	1,4%

Nota: las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto del grado 3 en variación 2019-2018.

4.2. Estructura de prestaciones y servicios

La cartera de servicios que ofrece el SAAD se compone de prestaciones de servicios y prestaciones económicas³. Las prestaciones económicas representan en total cerca del 42%, cuyo componente principal son las prestaciones para cuidadores en el entorno familiar del 31% (el resto son prestaciones vinculadas al servicio y la promoción a la asistencia personal). En cuanto a las prestaciones de servicios las mismas constituyen un 58% del total, siendo la promoción de la autonomía la de menor magnitud (4%).

En cuanto a la evolución desde el 2008, observamos un descenso continuado de las prestaciones económicas año a año, alcanzando en la actualidad cerca del 42%, 17 puntos porcentuales menos de su nivel máximo, alcanzado en 2009. Nótese, además, que el peso de los cuidadores en el entorno familiar, a pesar de ser el componente más representativo, ha ido disminuyendo paulatinamente en el total en los últimos años.

³ En el Anexo incluimos los conceptos básicos del SAAD al igual que la descripción de las prestaciones que otorga.

Gráfico 10: Distribución porcentual prestaciones. España. Septiembre 2019

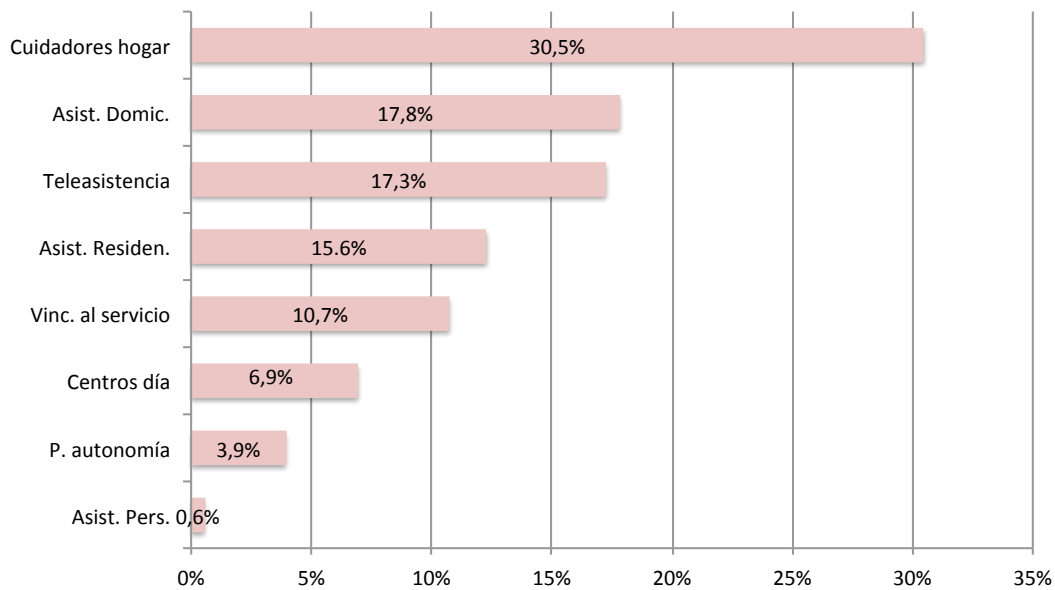


Tabla 5: Distribución de las prestaciones en el periodo 2008-2019

Periodo	Prestaciones económicas				Total prestaciones	Porcentaje	
	P. Vinculada Servicio	P. Cuidados Entorno (PCEF)	P. Asistencia Personal	Total		Prestaciones económicas sobre total	PCEF sobre total
dic-08	13.197	109.287	171	122.655	421.846	29,1	25,9
dic-09	36.076	266.298	658	303.132	520.736	58,2	51,1
dic-10	52.402	377.787	735	430.924	780.862	55,2	48,4
dic-11	60	417.782	874	478.492	917.604	52,1	45,5
dic-12	64.532	426.810	1.280	492.622	959.903	51,3	44,5
dic-13	72.029	408.401	1.441	481.871	945.051	51,0	43,2
dic-14	73.636	374.348	1.883	449.867	929.983	48,4	40,3
dic-15	83.734	360.505	3.440	447.679	997.984	44,9	36,1
dic-16	90.847	361.209	5.779	457.835	1.068.967	42,8	33,8
dic-17	110.669	385.476	6.654	502.799	1.178.011	42,7	32,7
dic-18	132.491	406.849	7.026	546.366	1.320.659	41,4	30,8
sept-19	148.383	420.690	7.657	576.730	1.381.194	41,8	30,5

A nivel regional la situación es bastante dispar. En comunidades como Comunidad Valenciana, Extremadura y Navarra, las prestaciones económicas superan ampliamente el promedio nacional (42%), rondando el 65-73%. En el otro extremo se encuentran Galicia, Madrid, Castilla La Mancha, Andalucía y La Rioja donde la participación de las prestaciones económicas oscila entre el 22 y el 30% (Gráfico 11). En la **Tabla 6** se puede observar la estructura de las prestaciones con más detalle. La composición de las ayudas varía significativamente entre las comunidades, lo que genera modelos de atención dispares. Por ejemplo, la Comunidad Valenciana destina una gran proporción de las prestaciones (56%) a los cuidadores del hogar mientras que La Rioja solo asigna el 15% (aunque, a

cambio, asigna una mayor proporción a la asistencia a domicilio, 29%). En Madrid la teleasistencia representa el 25% mientras que en la Comunidad Valenciana es solo del 5%. En Extremadura las prestaciones vinculadas al servicio representan el 44% mientras en Cantabria dicha partida es nula, dominando más sobre el resto los servicios de asistencia residencial (24%) además de las prestaciones económicas dirigidas a los cuidadores en el hogar.

Gráfico 11: Distribución porcentual prestaciones por CCAA. Septiembre 2019

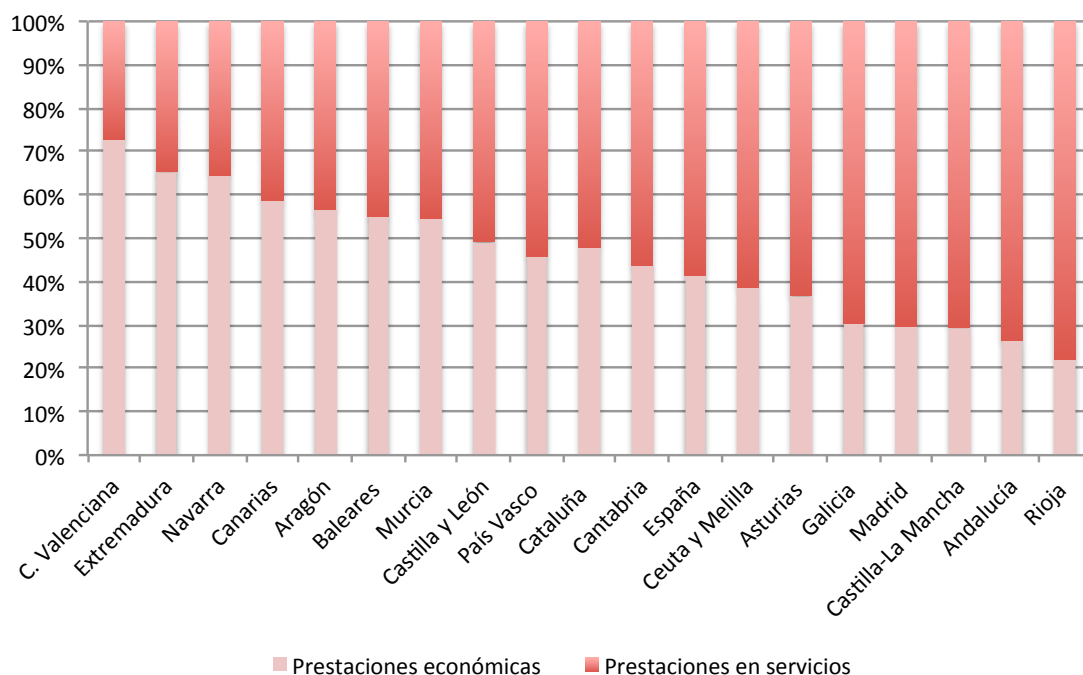


Tabla 6: Distribución prestaciones desagregadas por CCAA. Septiembre 2019

CCAA	PRESTACIONES ECONÓMICAS				PRESTACIONES DE SERVICIOS			
	Cuidadores hogar	Vinc. al servicio	Asist. Pers.	P. autonomía	Teleasistencia	Asist. Domic.	Centros día	Asist. Residen.
C. Valenciana	56,3%	16,5%	0,0%	0,9%	4,9%	0,2%	7,8%	13,5%
Navarra	53,1%	11,4%	0,1%	5,3%	13,0%	5,8%	1,9%	9,4%
Baleares	51,9%	3,0%	0,0%	9,2%	19,6%	2,9%	5,0%	8,4%
Murcia	50,8%	3,9%	0,0%	8,9%	14,6%	2,3%	8,7%	10,8%
Cantabria	43,7%	0,0%	0,0%	3,3%	11,2%	6,9%	10,8%	24,2%
País Vasco	40,6%	1,5%	7,1%	0,5%	19,3%	7,9%	8,5%	14,8%
Aragón	39,8%	16,7%	0,0%	10,2%	7,5%	10,9%	4,1%	10,6%
Cataluña	39,6%	8,4%	0,0%	0,3%	10,8%	16,1%	6,7%	18,2%
Ceuta y Melilla	38,3%	0,3%	0,0%	11,1%	17,1%	24,7%	2,2%	6,2%
Canarias	38,1%	20,6%	0,0%	0,5%	4,3%	0,0%	20,3%	16,2%
España	30,5%	10,7%	0,6%	3,9%	17,3%	17,8%	6,9%	12,3%
Asturias	29,1%	7,7%	0,0%	24,0%	4,5%	14,5%	8,4%	11,8%
Andalucía	24,8%	1,5%	0,0%	0,6%	30,9%	28,9%	4,8%	8,5%
Extremadura	21,1%	44,3%	0,0%	4,2%	6,3%	3,1%	6,6%	14,5%
Castilla y León	19,3%	29,4%	0,8%	10,2%	9,9%	17,8%	6,0%	6,5%
Madrid	18,7%	10,9%	0,0%	1,9%	25,5%	21,9%	8,4%	12,5%
Castilla-La Mancha	18,0%	11,4%	0,0%	9,1%	18,2%	22,1%	4,6%	16,5%
Galicia	17,8%	12,3%	0,2%	7,0%	7,8%	33,3%	10,1%	11,4%
Rioja	14,5%	7,6%	0,0%	7,0%	19,1%	29,1%	8,6%	14,0%

5. Perfil de la población beneficiaria

El 72% de los beneficiarios de las prestaciones del SAAD tiene 65 años o más. En términos absolutos, continua la senda expansiva iniciada en 2015. Así, en 2019, el número de beneficiarios de 65 años o más (acumulado a septiembre) asciende a aproximadamente 800.000 personas, aumentando un 4% respecto de 2018.

Gráfico 12: Porcentaje y número de personas beneficiarias con prestaciones de 65 años o más. 2009-2019. España.

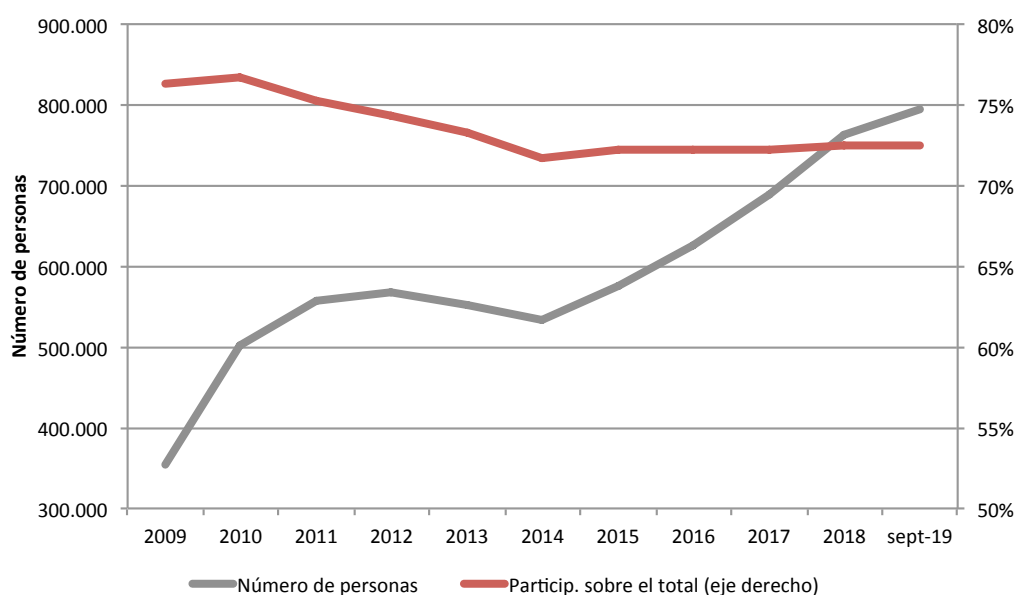
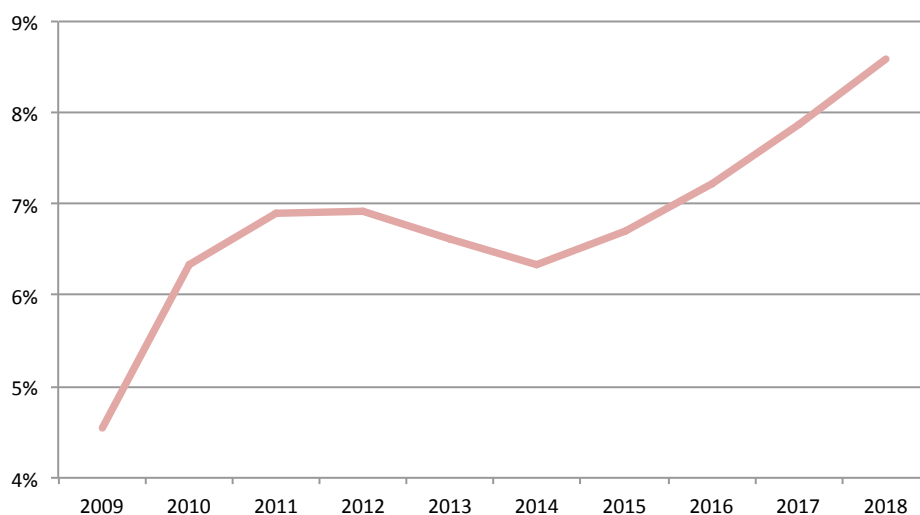


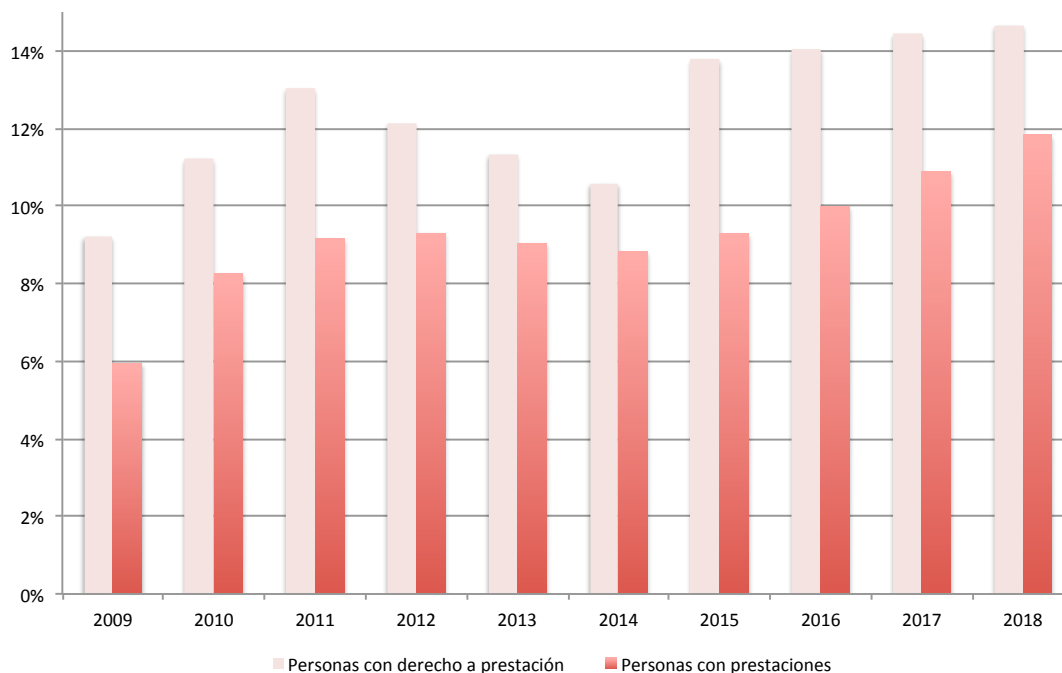
Gráfico 13: Participación personas beneficiarias de 65 años o más respecto de la población 65 años o más. 2009-2018. España.



Otro dato interesante es la relación entre el número de personas beneficiarias y el total de población de 65 años o más. Como se observa en el **Gráfico 13**, esta tendencia va en aumento, lo que refleja mayores necesidades año tras año en este colectivo. En la actualidad, cerca del 9% del total de la población de 65 años o más

resulta beneficiaria de las prestaciones del SAAD, aumentando un punto porcentual respecto del año anterior.

Gráfico 14: Participación personas beneficiarias con prestaciones y con derecho a prestación respecto de la población de 65 o más. 2009-2018. España.



Por último, analizamos a nivel nacional y posteriormente a nivel regional para los últimos años, la relación entre el número de personas con derecho a prestación y personas beneficiarias respecto de la población de 65 años o más. Se puede ver en el **Gráfico 14** que la participación del número de personas con derecho a prestación sobre el total de población mayor comenzó siendo del 9,2% en 2009 aumentando levemente hacia el 2012, volviendo a caer en 2013 y 2014 y finalmente se recupera considerablemente siendo del 14,6% en el año 2018. En cuanto a la participación de las personas con prestaciones también se produce una caída entre los años 2013 y 2014 para recuperarse progresivamente desde el 2015, siendo actualmente del 1

A nivel regional, observamos que en todas las comunidades aumenta el porcentaje de personas con prestaciones respecto de la población de 65 años o más, siendo las comunidades de Madrid y Castilla La Mancha las que más aumentan en dicho periodo, 1,8 pp y 1,6 pp respectivamente (a nivel nacional dicha proporción solo aumenta 0,9 pp). En cuanto al porcentaje de personas con derecho a prestación respecto de la población de 65 años o más, se observa que en algunas comunidades desciende su participación aunque muy ligeramente, menos de 1 pp (Andalucía, Murcia, Extremadura, Navarra, Baleares y Canarias).

Tabla 7: Participación personas con derecho a prestación y personas beneficiarias respecto de la población de 65 años o más por CCAA. 2017-2018

CCAA	PARTICIPACIÓN SOBRE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS O MÁS				PIB per cápita 2018. Indice Media=100
	PERSONAS CON DERECHO		PERSONAS CON PRESTACIONES		
	2017	2018	2017	2018	
Andalucía	20,8%	20,4%	14,2%	15,0%	74,0
Murcia	17,5%	17,3%	15,1%	15,3%	81,7
Rioja	16,9%	17,1%	11,5%	12,4%	103,8
Castilla-La Mancha	16,6%	17,0%	13,6%	15,1%	79,9
Cantabria	16,2%	16,4%	12,5%	12,6%	92,1
País Vasco	16,0%	16,3%	13,0%	13,4%	131,8
Cataluña	16,0%	16,2%	10,1%	10,9%	119,0
Ceuta y Melilla	15,4%	16,0%	14,6%	15,0%	74,5
Castilla y León	15,0%	15,7%	14,8%	15,5%	94,4
Extremadura	16,1%	15,2%	11,7%	13,3%	70,3
España	14,4%	14,6%	10,9%	11,8%	100,0
Madrid	13,3%	14,0%	10,5%	12,3%	135,1
Aragón	11,9%	12,4%	9,1%	10,3%	110,8
Navarra	12,3%	12,0%	9,9%	10,8%	123,0
Baleares	11,9%	11,5%	9,8%	9,9%	103,5
Galicia	10,1%	10,1%	8,3%	8,9%	90,1
Asturias	9,6%	9,9%	8,3%	8,5%	89,3
Canarias	9,5%	9,2%	6,0%	6,5%	81,3
C.Valenciana	7,9%	9,0%	6,6%	7,9%	87,6

Nota: Las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de las personas con derecho a prestación 2018.

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

6. Foco de atención: el limbo de la dependencia

Seguimos poniendo especial hincapié en el limbo de la dependencia, esto es, en aquellas personas con derecho a prestación que todavía no la han recibido. El gran salto se dio en diciembre 2015 con la incorporación al SAAD de los dependientes moderados, previamente retrasados por la crisis. Ahí llegó a incrementarse sustancialmente la cantidad de personas con derecho a prestación pendientes de prestación en alrededor 385.000. Aunque dicha cantidad ha ido disminuyendo paulatinamente, aún quedan cerca de 250.000 personas en el limbo de la dependencia.

A nivel regional se puede observar que desciende el porcentaje de personas que se encuentran en el limbo de la dependencia en todas las comunidades autónomas respecto de Diciembre 2015. En ciertas comunidades el descenso es de entre 20 y 30 puntos porcentuales, como en Canarias, Aragón, Extremadura, Comunidad Valenciana, Galicia, Castilla La Mancha y Navarra. A pesar de estos descensos, el escenario es muy diferente entre comunidades. Por ejemplo, en Cataluña, Canarias,

La Rioja y Andalucía el porcentaje de personas que esperan se haga efectivo el derecho a una prestación oscila entre el 26% y 32% mientras que en el otro extremo Navarra, Ceuta y Melilla y Castilla y León dicho porcentaje no supera el 10%. Cabe destacar especialmente Castilla y León donde solo el 1% de las personas está en el limbo de la dependencia.

Gráfico 15: Número de personas con derecho a prestación y número de personas beneficiarias: limbo de la dependencia. España. 2009-2019.

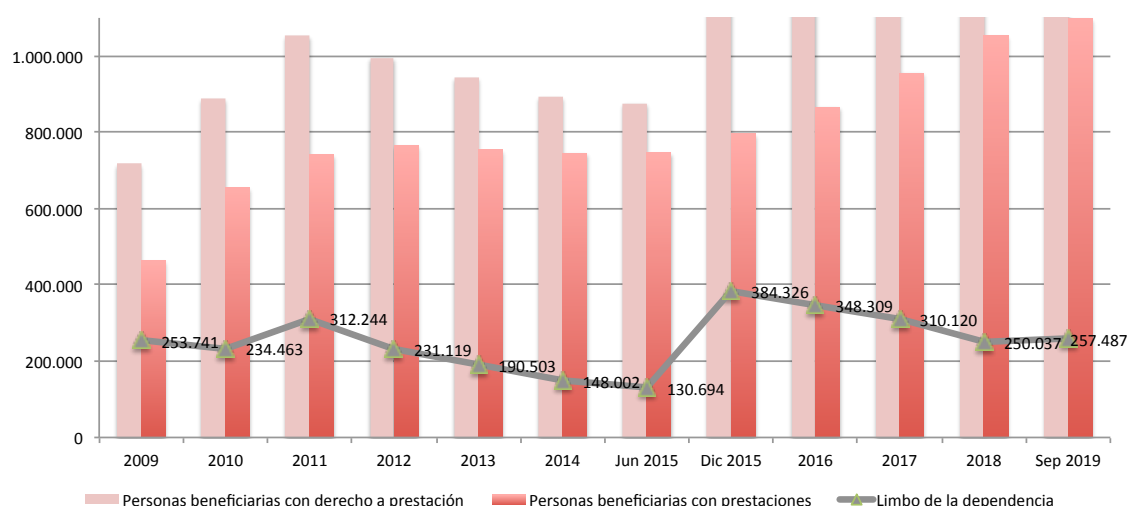
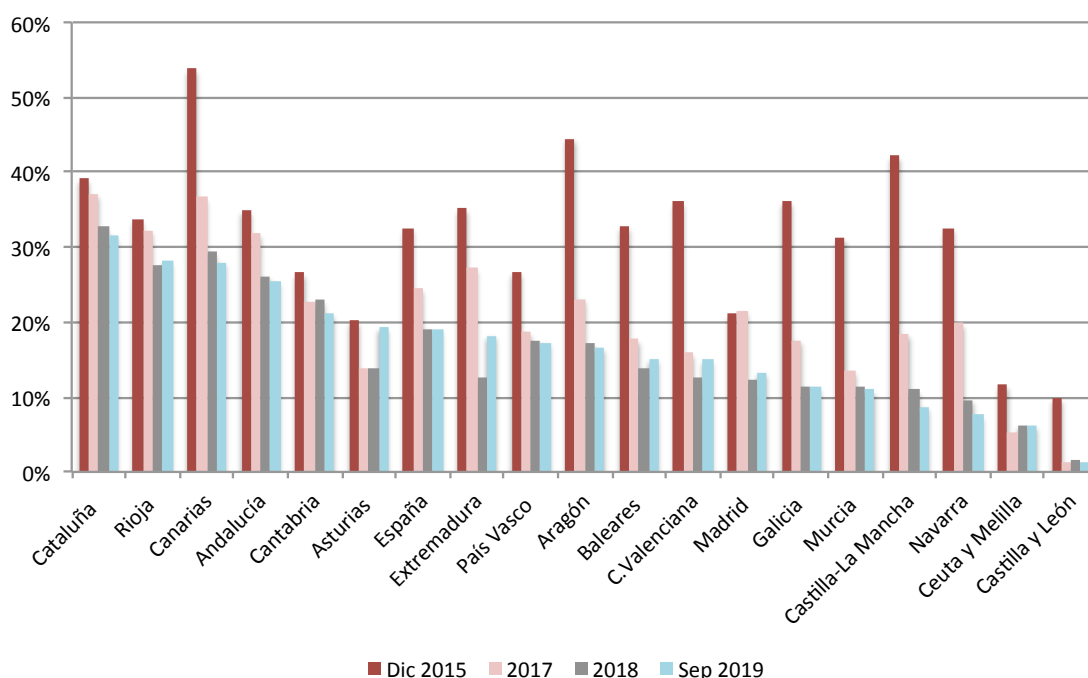


Gráfico 16: Porcentaje de personas que esperan recibir el beneficio de la prestación: limbo de la dependencia por CCAA. Diciembre 2015, 2017, 2018 y Septiembre 2019



Nota: Las CCAA se encuentran ordenadas de mayor a menor respecto de Septiembre 2019.

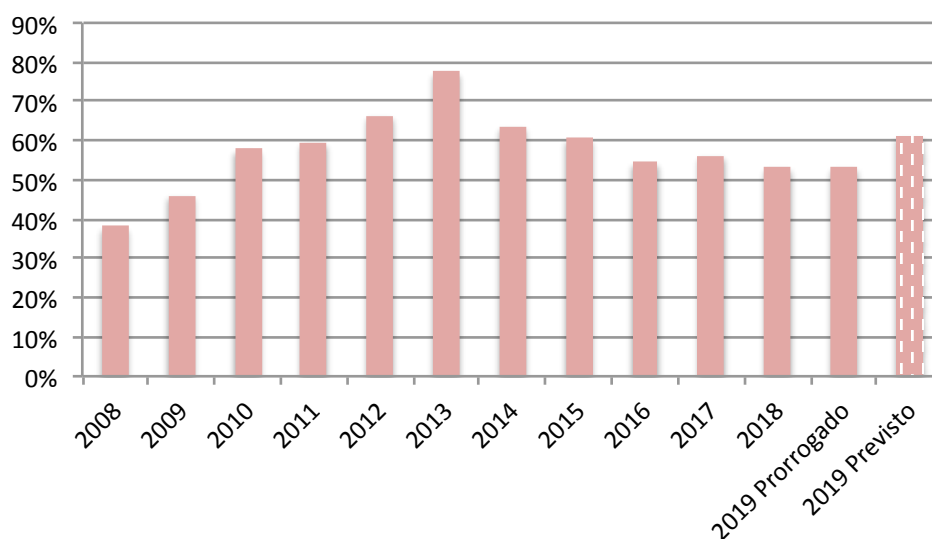
7. El presupuesto en dependencia

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

Podemos ver en el gráfico siguiente cómo ha sido la evolución de la participación del programa de dependencia dentro de la política “Servicios Sociales y Promoción Social” del Presupuesto General del Estado. Los datos del proyecto de presupuesto de 2019 implican un aumento de la participación al 61%, 8 puntos porcentuales más que el año anterior. La realidad, al no hacerse efectivos los presupuestos de 2019, es que se mantiene el nivel de 2018, el peor desde 2013.

Su pico máximo, como hacíamos mención en el informe anterior, se observa en el año 2013 con una participación cercana al 80%. Sin embargo, en ese año se incluyó la financiación de obligaciones pendientes de pago de cuotas a la Seguridad Social de cuidadores no profesionales que ascendió a 1.034 millones de euros. Es por ello que en el año 2013 aún no quedaron reflejados los efectos de los recortes introducidos que habían comenzado en el año anterior.

Gráfico 17: Participación partida dependencia sobre Política Servicios Sociales y Promoción Social. Presupuestos Generales del Estado. 2008-2019

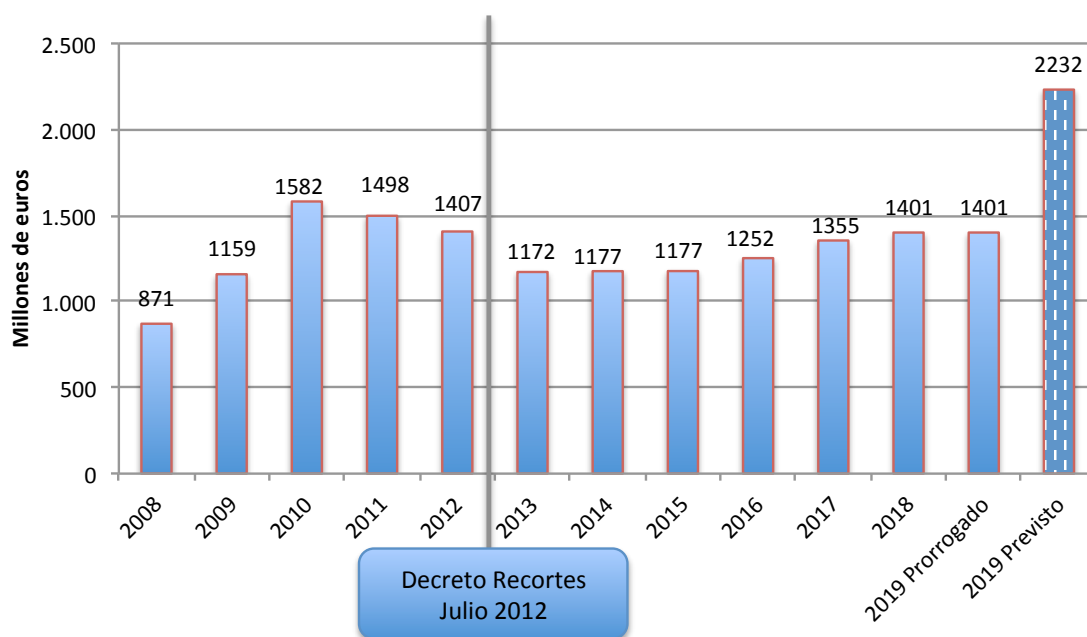


Nota: 2019 Previsto: Proyecto de Presupuesto no aprobado hasta la fecha.

En el Gráfico 18 podemos percibir el salto que hubiera dado el presupuesto para la atención a personas en situación de dependencia en el año 2019 respecto de 2018: 831 millones de euros más que en el ejercicio 2018 (un 59,3%). Para la atención a la dependencia, el Estado hubiera 2.232 millones de euros, de los que 1.723 millones de euros corresponden a la financiación del mínimo garantizado por el Estado, 315 millones a la financiación por el Estado de las cuotas sociales de cuidadores de personas en situación de dependencia y 100 millones para el nivel acordado.

Entre otros cambios, el Proyecto de Ley 2019 establecía un aumento de 415 millones en las cuantías destinadas al mínimo garantizado (1.723 millones), con el objetivo de atender al crecimiento de los beneficiarios y, por otro, consignar cantidades que posibiliten la financiación de una nueva prestación de tele asistencia avanzada, a incorporar al catálogo de prestaciones de la Ley. Sin duda una gran oportunidad perdida para el sector, que esperemos ver corregida en el próximo presupuesto.

Gráfico 18: Partida presupuestaria para Dependencia. En millones de euros. Presupuestos Generales del Estado. 2008.2019



En cuanto a la financiación total del sistema de dependencia en cada comunidad autónoma, en la Tabla 8 se presenta un resumen del coste global estimado del SAAD⁴. Como puede verse el coste global estimado del SAAD incluye la aportación general del Estado, las aportaciones de las administraciones autonómicas y las aportaciones de los usuarios (copago). La aportación del Estado a la financiación

⁴ Seguimos contando para esta sección con los informes de la "Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales" donde se evalúa la situación de cada comunidad autónoma. El último informe es del año 2019 con información para el año 2018 disponible en: <http://www.directoressociales.com/documentos/dictámenes-observatorio.html>.

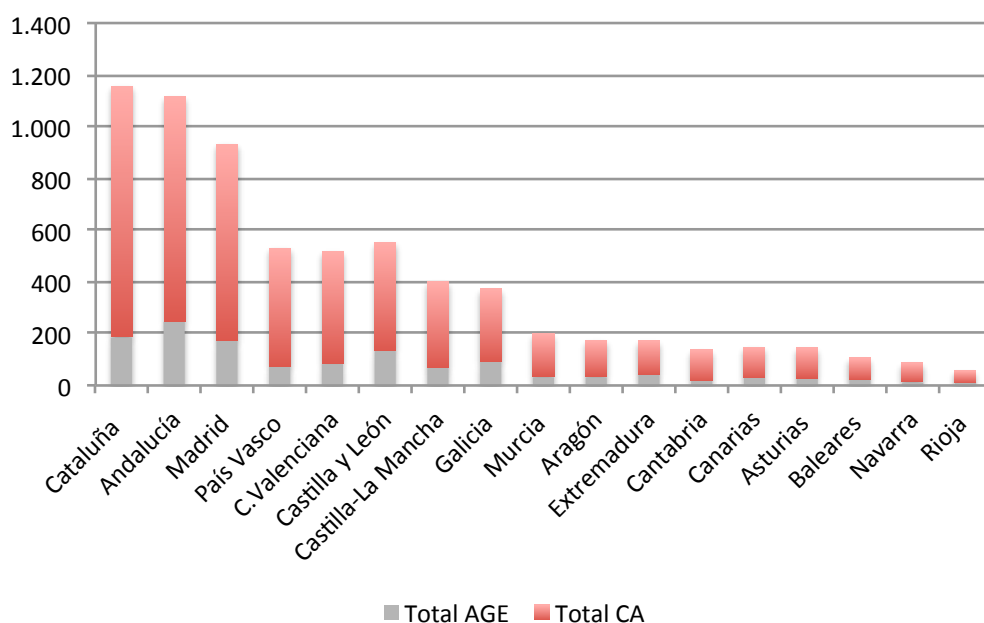
total en las comunidades autónomas varía entre un 12% (País Vasco) y un 20% (Castilla y León, Extremadura y Galicia). Por otra parte, la aportación de las comunidades autónomas varía entre el 62% de Galicia, Extremadura y Andalucía y el 73% de Cantabria. Finalmente, los copagos de los ciudadanos oscilan entre un mínimo del 11% observado en la Comunidad Valenciana y el 22% de Madrid.

Tabla 8: Financiación total del sistema de dependencia por CCAA.
En millones de euros. 2018

CCAA	Coste global estimado del SAAD	Total AGE	Total CA	Copago	Distribución en porcentaje		
					Total AGE	Total CA	Copago
Andalucía	1.403,0	246,4	870,3	286,3	18%	62%	20%
Aragón	206,5	36,0	138,7	31,8	17%	67%	15%
Asturias	173,2	28,6	116,2	28,4	17%	67%	16%
Baleares	123,9	22,6	83,7	17,7	18%	68%	14%
Canarias	177,1	29,2	118,8	29,1	16%	67%	16%
Cantabria	163,7	17,6	119,6	26,6	11%	73%	16%
Castilla y León	685,2	134,6	417,5	133,0	20%	61%	19%
Castilla-La Mancha	498,9	68,8	331,8	98,3	14%	67%	20%
Cataluña	1.430,4	188,6	968,0	273,8	13%	68%	19%
C.Valenciana	583,3	85,2	433,8	64,3	15%	74%	11%
Extremadura	209,5	41,7	130,7	37,1	20%	62%	18%
Galicia	454,2	91,3	281,4	81,5	20%	62%	18%
Madrid	1.200,8	171,9	760,3	268,6	14%	63%	22%
Murcia	232,0	35,9	165,9	30,3	15%	71%	13%
Navarra	100,3	14,8	72,2	13,3	15%	72%	13%
País Vasco	637,7	74,1	456,5	107,2	12%	72%	17%
Rioja	72,0	10,4	47,3	14,3	14%	66%	20%
TOTAL NACIONAL	8.351,6	1.297,5	5.512,7	1.541,4	16%	66%	18%

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

Gráfico 19: Distribución gasto público SAAD por CCAA. En millones de euros. 2018

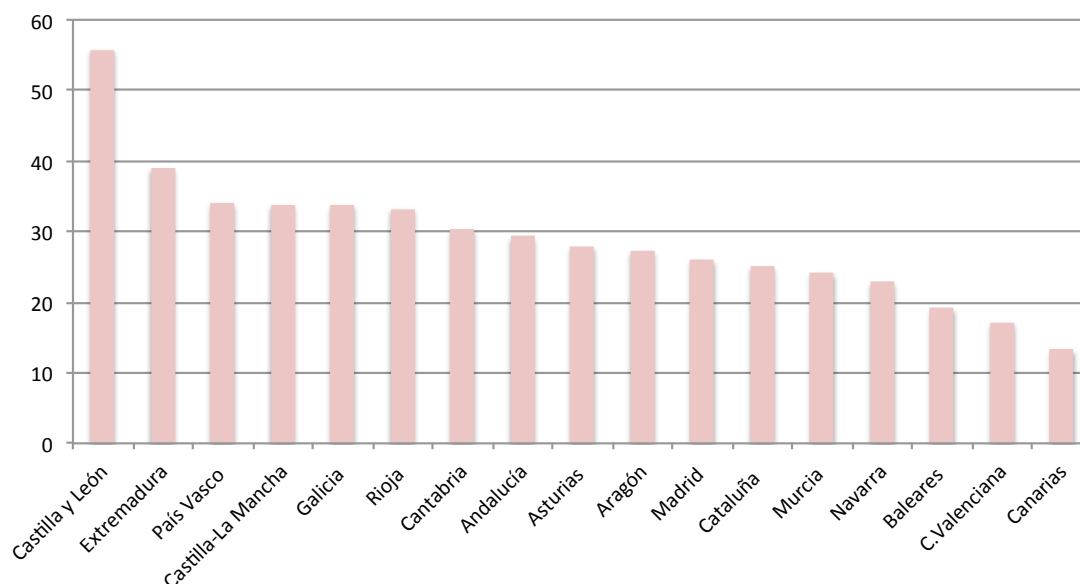


Fuente: los informes de la "Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales."

En el **Gráfico 19** vemos la distribución del gasto público del SAAD por parte del Estado y de cada comunidad autónoma. En general, las comunidades autónomas aportan la mayor parte del gasto total (y ejecutan la práctica totalidad del mismo). Si comparamos con los datos del informe anterior vinculados al año 2016, notamos que aumentó el esfuerzo por parte de las comunidades en la financiación del gasto en el año 2018. La aportación varía desde el 76% en Castilla y León, Extremadura y Galicia al 86% en País Vasco.

Asimismo, en el **Gráfico 20** se puede ver la aportación per cápita del Estado en cada comunidad. Por ejemplo, Castilla y León recibe per cápita 4 veces más que Canarias (55 vs 13 euros). Luego una gran mayoría tiene aportaciones per cápita que rondan entre los 25 y 30 euros per cápita y finalmente otras comunidades como Navarra, Valencia y Canarias reciben menos de 20 euros per cápita.

Gráfico 20: Gasto público SAAD AGE en términos per cápita (en euros). 2018



Fuente: los informes de la “Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales e INE. Nota: cifras de población INE a 1 de julio 2018.

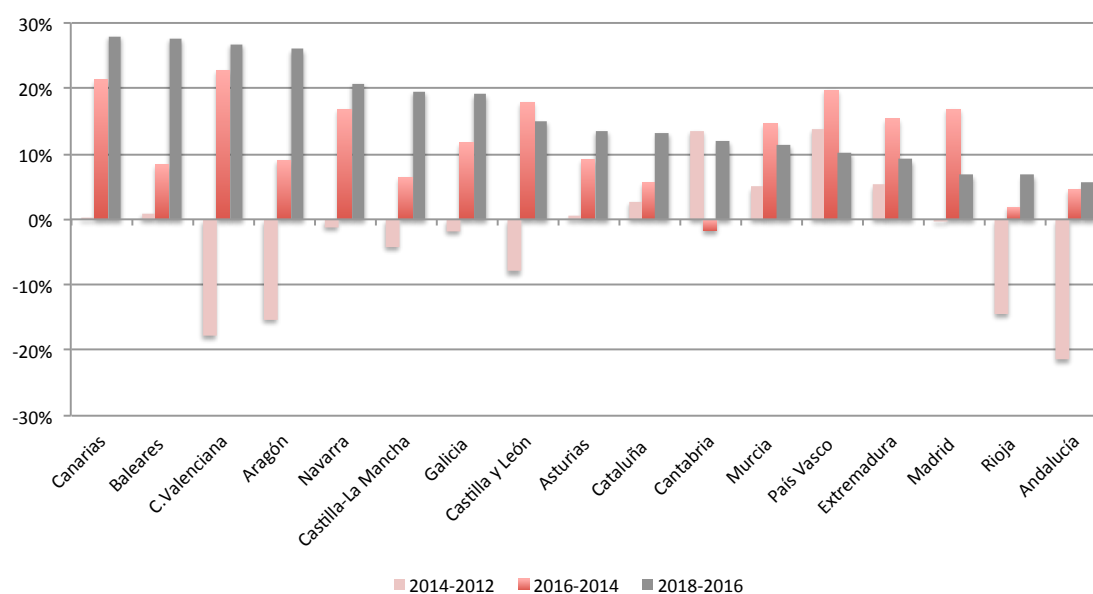
En cuanto a la evolución del gasto público del SAAD (**Tabla 9**) desde el año 2012, destacamos la buena evolución reciente de comunidades previamente castigadas durante los años álgidos de la crisis. Por ejemplo, la variación del gasto público en 2018 respecto de 2016 oscila cerca del 30% en Canarias (28%), Baleares (28%), Valencia (27%) y Aragón (26%). Otras comunidades como Navarra, Castilla La Mancha y Galicia han aumentado el gasto en cerca un 20%, por otra parte, otro grupo de comunidades como Castilla y León, Asturias, Cataluña, Cantabria, Murcia y País Vasco experimentaron una variación entre el 15% y 10%. Por último, Extremadura, Madrid, La Rioja y Andalucía, son las que menos aumentaron el gasto en dependencia, en menos del 10%.

Tabla 9: Gasto público SAAD por CCAA. En millones de euros. 2012, 2014, 2016 y 2018

CCAA	2012	2014	2016	2018
Andalucía	1.285,1	1.011,1	1.057,6	1.116,7
Aragón	150,1	127,2	138,7	174,7
Asturias	116,1	116,8	127,5	144,8
Baleares	76,1	76,9	83,3	106,2
Canarias	95,2	95,3	115,7	148,0
Cantabria	109,8	124,7	122,5	137,2
Castilla y León	442,5	407,1	479,9	552,1
Castilla-La Mancha	328,5	314,8	335,0	400,5
Cataluña	940,5	966,5	1.020,8	1.156,6
C.Valenciana	405,1	333,3	409,4	519,0
Extremadura	130,1	137,0	158,0	172,4
Galicia	285,3	280,1	312,9	372,7
Madrid	747,6	746,5	872,3	932,2
Murcia	150,6	158,0	181,1	201,7
Navarra	62,4	61,6	72,0	87,0
País Vasco	353,0	401,9	481,1	530,5
Rioja	62,0	53,0	54,0	57,7
TOTAL NACIONAL	5.739,8	5.412,0	6.021,7	6.810,2

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

Gráfico 21: Variación porcentual gasto público del SAAD por CCAA. 2014-2012, 2016-2014 y 2018-2016.



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

8. El mercado laboral

8.1. La situación laboral en el sector de la Dependencia según la EPA desde 2008⁵

Las actividades que forman parte del sector sociosanitario según la CNAE 2009 son las siguientes:

- Código 871: Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios.
- Código 872: Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia.
- Código 873: Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física.
- Código 879: Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales.
- Código 881: Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y con discapacidad.
- Código 889: Otras actividades de servicios sociales sin alojamiento.

Para una mejor visualización de la evolución del empleo en los diferentes sectores, hemos agrupado la asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios, para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia y otras actividades en establecimientos residenciales (códigos 871, 872 y 879). Este grupo lo hemos denominado “Establecimientos residenciales”. Luego hemos dejado aparte el grupo de “Establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física” (código 873)⁶.

Como puede verse en el siguiente gráfico, la participación de los ocupados en el sector sociosanitario respecto del total de ocupados en la actualidad (tercer trimestre 2019) es el mayor valor registrado en los últimos 11 años, cercano al 3%.

El mayor peso dentro del sector lo tiene el componente de asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física. Esta actividad ha ido aumentando progresivamente desde un 0,8% en el primer trimestre 2008 hasta alcanzar el 1,4% en el tercer trimestre 2019. También ha ido evolucionando positivamente a lo largo del periodo señalados el otro componente de establecimientos residenciales, alcanzando actualmente el 1,4%. Además, los servicios sociales sin alojamiento para mayores y con discapacidad comienza con

⁵ La información por código de empleo según la CNAE 2009 con los microdatos de la EPA se han podido obtener a partir de 2008.

⁶ La separación de las distintas actividades se ha hecho para facilitar la comprensión del gráfico. Hemos agrupado aquellas actividades pertenecientes a la categoría de asistencia en establecimientos residenciales (código 87) con una menor participación sobre el total del sector de la dependencia para que pueda verse con mayor claridad. De esta manera, las actividades Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios (código 871), Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia (código 872) y Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales (código 879) tienen una participación cada una que no supera el 0,2% y por este motivo las hemos clasificado en una sola categoría.

una tendencia alcista alcanzado el 0,7% en 2012, luego experimenta una baja hasta finales de 2017 donde empieza a recuperarse hasta alcanzar en el tercer trimestre de 2019 un 0,7%. Por último, el otro componente restante de servicios sociales sin alojamiento también presenta una desaceleración en los años de recortes para luego recuperarse levemente y mantenerse estable en torno al 0,6%.

Gráfico 22: Participación de los ocupados en el sector de la dependencia sobre el empleo total. España. 2008TI-2019TIII

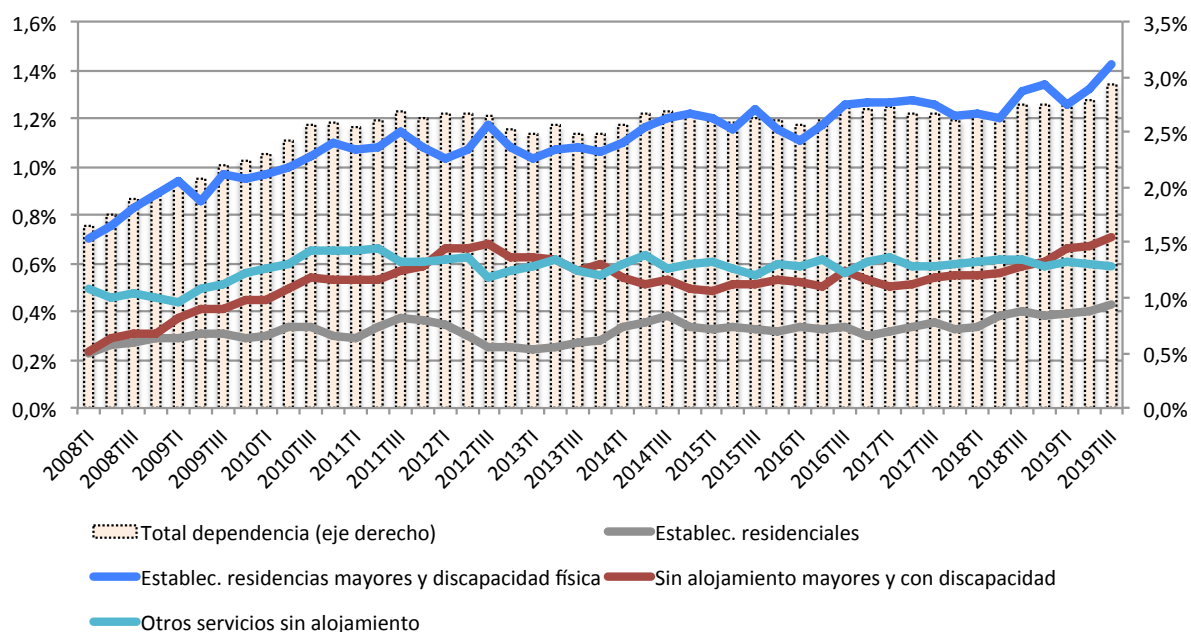
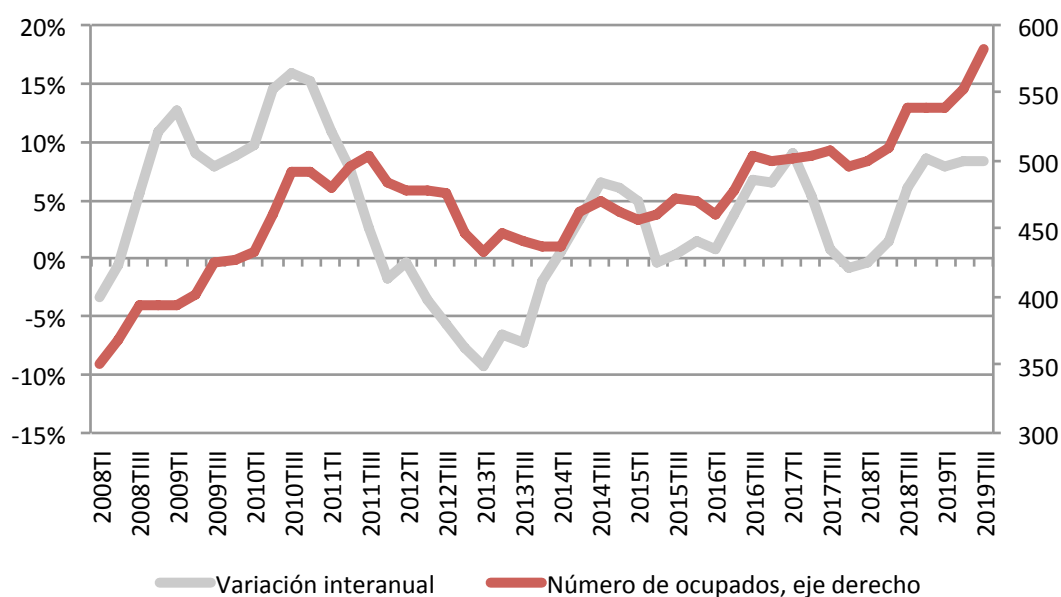


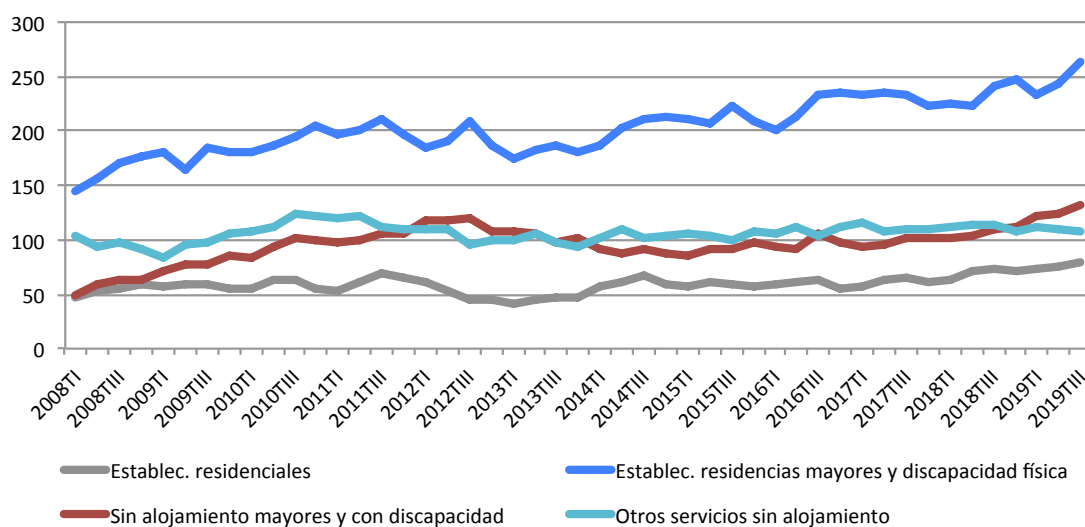
Gráfico 23: Variación interanual y número de ocupados en el sector de la dependencia (miles). España. 2008TI-2019TIII



En el Gráfico 23 se observa cómo se ha recuperado el nivel de empleo en el sector. En la actualidad hay cerca de 584 mil ocupados, superando ampliamente el pico máximo registrado en el año 2011, previo a la crisis (cerca de 80 mil ocupados más). En términos interanuales se manifiesta una senda positiva desde el segundo trimestre 2018, manteniéndose relativamente estable en los últimos tres trimestres, en torno al 8%.

En cuanto a la evolución en el número de ocupados en cada uno de los grupos del sector de la dependencia, se observa un crecimiento de los establecimientos residenciales para mayores y con discapacidad física partiendo de 150 mil ocupados en 2008 hasta alcanzar cerca de 264 mil ocupados en el último periodo (**Gráfico 24**). También se percibe un aumento en el total de ocupados en el grupo de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y con discapacidad dado que al inicio de 2008 el número ascendía a 50 mil y en la actualidad alcanza 130 mil ocupados. En el grupo de establecimientos residenciales también se verifica un salto en el tercer trimestre 2019 de cerca 80 mil ocupados y por último en contraste con el resto de los grupos, el componente de otros servicios sin alojamiento registra una desaceleración en el número de ocupados en los últimos tres trimestres.

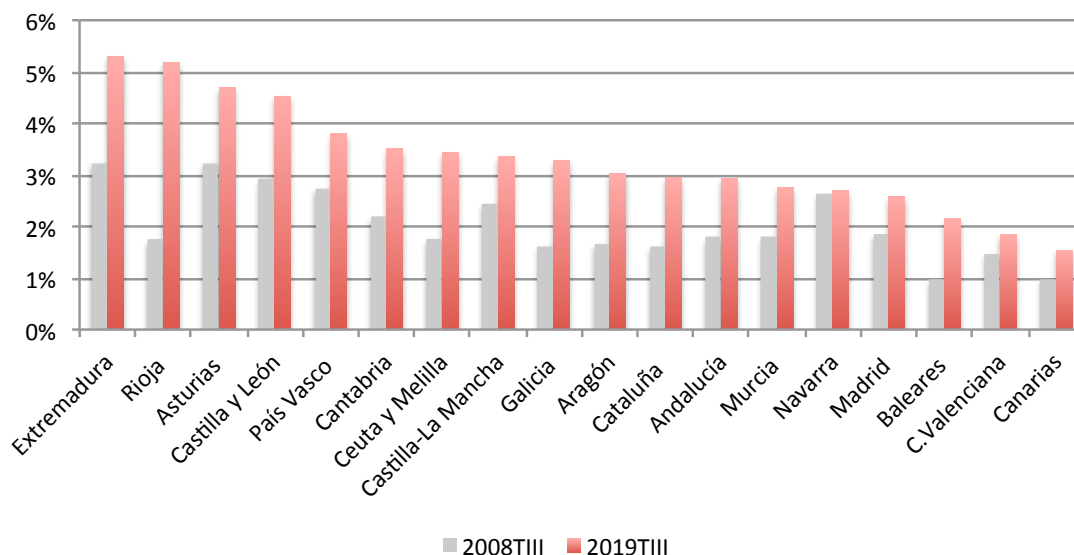
**Gráfico 24: Número de ocupados en el sector de la dependencia (miles).
España. 2008TI-2019TIII**



Finalmente mostramos la participación del empleo en dependencia respecto del total de empleo para las comunidades autónomas en dos momentos en el tiempo: 2008 y 2019. Como puede verse en el Gráfico 25, todas las comunidades autónomas presentan un peso mayor del sector en el total de empleo en el tercer trimestre 2019 respecto del tercer trimestre 2008. En Extremadura, La Rioja, Asturias y Castilla y León el peso del número de ocupados en el sector de la dependencia está entre el 4,5% y 5,3%, bastante por encima de lo que ocurre a nivel nacional (2,9%). Por otro lado, Andalucía, Murcia, Navarra y Madrid tienen

un peso similar al del total nacional. En el otro extremo, Canarias y Comunidad Valenciana son las que menos peso tienen, y por debajo del nivel nacional, 1,8% y 1,5% respectivamente.

Gráfico 25: Participación de los ocupados en el sector de la dependencia sobre el total por CCAA. 2008TIII y 2019TIII



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

El Gráfico 26 presenta la evolución del empleo y los salarios mensuales (aproximados por las bases de cotización mensuales corregidas por censura) en el sector de la dependencia en el periodo 2007-2017 según la muestra de historiales laborales de la Seguridad Social (MCVL2017). De forma parecida a lo que muestra la EPA, el empleo en el sector crece hasta 2011, el año que precede al primer gran decreto de recortes, para después estabilizarse hasta 2013. A partir de 2015 se comienza a producir un repunte de empleo que continúa hasta la actualidad. La evolución relativa del sector nos muestra que no es de los más afectados de la economía española, ya que su peso en el empleo total crece desde el 2 hasta el 3% en el conjunto del periodo (aunque lleva ya algunos años estancado en el mencionado valor).

En lo que respecta a los salarios nominales, contrastan tres periodos: 2007-2009, marcado por crecimiento salarial pronunciado; 2010-2015, marcado por el estancamiento nominal; y 2015-2017, caracterizados por un ligero crecimiento nominal de los salarios. En términos relativos, el diferencial entre los salarios en el sector de dependencia y los salarios en general creció alrededor de 10 puntos porcentuales en favor de estos últimos en el periodo, estabilizándose alrededor de 76 por ciento. En suma, el sector ha mantenido gran parte de su empleo a costa de una cierta renuncia salarial, casi siempre forzada o guiada desde el presupuesto público.

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

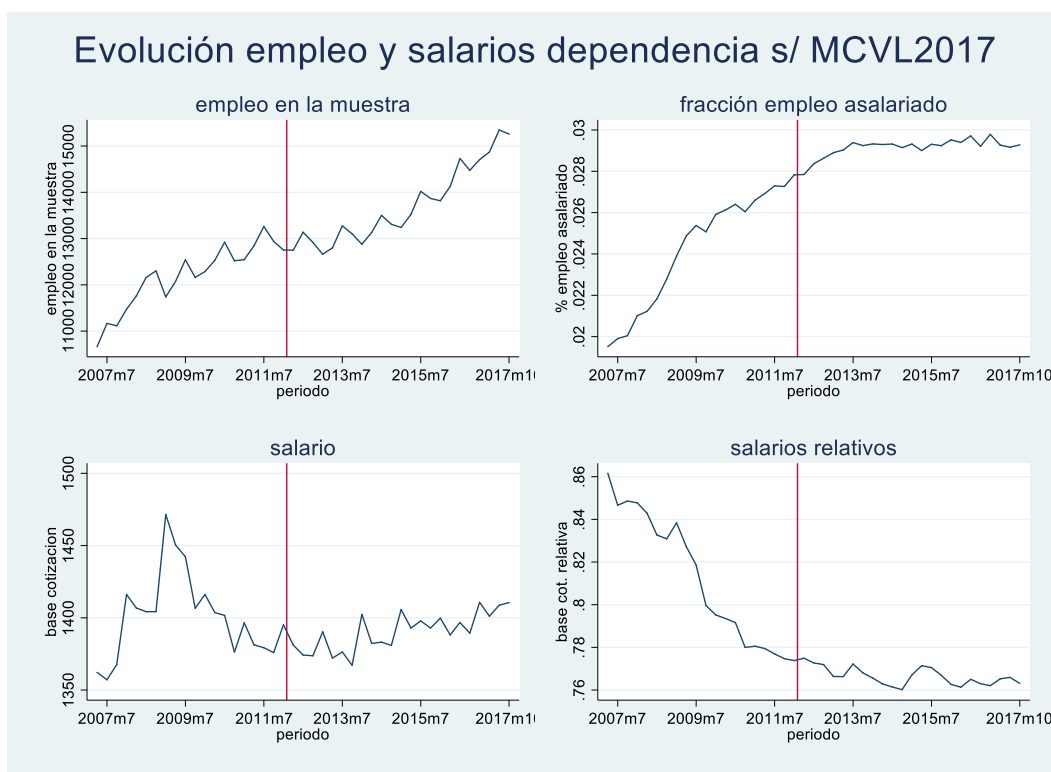
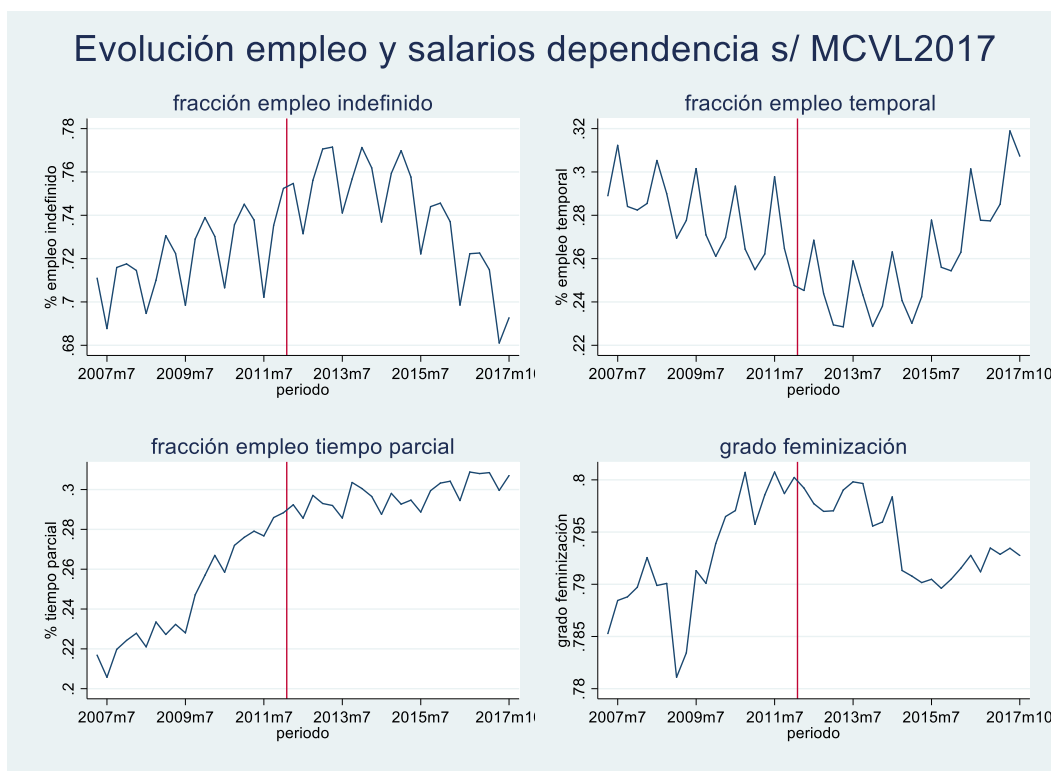


Gráfico 27: Estructura de la contratación en el sector de la dependencia



Finalmente, la estructura del empleo está cambiando, especialmente desde el RD 2012, ya que desde entonces la fracción con empleo indefinido no ha dejado de caer. Se observa que en la actualidad dicha fracción es la más baja en todo el periodo, del 68%. Asimismo, la fracción con contrato temporal y la fracción que trabaja a tiempo parcial siguen en una senda ascendente, superando en la actualidad el 30%. Por último, el grado de feminización, después de un cierto crecimiento durante la crisis, ha vuelto a sus niveles iniciales, en torno al 79,5%.

9. Conclusiones

El SAAD fue una gran idea que se está consolidando, quizás un poco más lentamente de lo que algunos quisiéramos, pero que poco a poco va convergiendo a sus objetivos iniciales: prestación de servicios a los dependientes a un precio razonable. Aún así, persisten amenazas latentes que esperamos que se vayan resolviendo con el tiempo: incertidumbre en la financiación, infrafinanciación y variabilidad entre regiones sin vectores explicativos razonables.

Es estos últimos años tres hechos destacan por encima del resto: la caída de la fracción de prestaciones económicas y la sustancial mejora del “limbo de la dependencia” (el conjunto de individuos que oficialmente se encuentran reconocidos como sujetos de derechos pero que todavía no han recibido ninguna prestación o subsidio) y una cierta intención de mejorar sensiblemente la financiación, a través de los presupuestos de 2019 que, desafortunadamente para la atención a la dependencia, no llegaron a materializarse.

En efecto, las prestaciones económicas han caído sustancialmente y ya solo representan el 42% del total de prestaciones (recordemos que uno de los principales objetivos de la ley de dependencia era proveer no tanto prestaciones económicas como servicios de atención a la dependencia). Aun así, la variación entre regiones sigue siendo sustancial, con algunas en el límite del 20% y otras por encima del 60%.

Respecto al limbo de la dependencia recordemos que en diciembre 2015 el número de personas con derecho a prestación pendientes de la misma llegaba a 385.000 (33,5% de las personas con derecho a prestación), mientras que en la actualidad dicho número ha descendido a 250.000, un 19% sobre el total de personas beneficiarias con derecho a prestación.

En el ámbito presupuestario estatal, la realidad, después del fiasco del proyecto de presupuesto de 2019, es de estancamiento presupuestario. De haberse aprobado, el Proyecto de Ley 2019 de los Presupuestos Generales del Estado hubiera supuesto un gran incremento de la dotación del programa Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, alcanzando la cifra de 2.232 millones de euros, lo que supone un incremento de 831 millones (59,3%) respecto del año anterior. Esperemos que el nuevo presupuesto, que será diseñado por prácticamente los mismos agentes, sea capaz de retomar esta senda positiva y, porque no, incluso superarla.

Cabe asimismo destacar la consolidación del nivel del empleo en el sector sociosanitario. Según los datos de la EPA la participación del número de ocupados en el sector sobre el total de ocupados ronda en 2019 el 3 % del total, aumentando ligeramente en relación al 2018. Por otra parte, los datos de la muestra continua de vidas laborales siguen mostrando una tendencia decreciente en la fracción de empleo indefinido (la más baja registrada desde 2007) y del empleo a tiempo parcial (que no para de crecer), lo que añade una cierta preocupación sobre la estabilidad del empleo en el sector a medio plazo.

En definitiva, el SAAD ha mejorado en términos tanto relativos como absolutos su situación respecto a la situación hace ahora dos años. Aún así las principales amenazas siguen latentes ya que el sistema está siendo guiado por criterios arbitrarios (gran discrecionalidad, sin justificación aparente entre comunidades, senda presupuestaria errática, entre otras arbitrariedades). Para evitarlo debemos introducir reglas más claras y transparentes, debemos promover una financiación y fuentes de financiación estables y predefinidas (que no dependan de la generosidad relativa del presupuesto de turno). En definitiva sugerimos un sistema de tamaño y estabilidad razonable donde los ciudadanos y profesionales sepan en todo momento a qué atenerse y qué esperar del mismo.

Referencias

- Administración General del Estado (2019), Presupuesto por programa y memoria de objetivos, Tomo XX (Seguridad Social), Proyecto de ley 2019, disponible en:
https://www.sepg.pap.hacienda.gob.es/Presup/PGE2019Proyecto/MaestroTomos/PGE-ROM/doc/L_19_A_G19.PDF
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2019), XVII Dictamen del Observatorio de la Dependencia, disponible en:
<http://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2018), XVII Dictamen del Observatorio de la Dependencia, disponible en:
<http://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2017), XVII Dictamen del Observatorio de la Dependencia, disponible en:
<http://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>
- Bergquist, S., Costa-Font, J., & Swartz, K. (2018). Long-term care partnerships: Are they fit for purpose?, The Journal of the Economics of Ageing, 12, 151-158.
- Costa-font, J., Courbage, C., & Swartz, K. (2015). Financing long-term care: ex ante, ex post or both?, Health economics, 24, 45-57.
- Costa-Font, J., & Zigante, V. (2014). Long Term Care Coverage in Europe: A Case for 'Implicit Insurance Partnerships.', LSE Health, 37.
- Costa-Font, J. (2010). Family ties and the crowding out of long-term care insurance. Oxford review of economic policy, 26(4), 691-712.
- NNHRI (2017). Long Term Care In Europe. In <http://ennhri.org/Long-term-Care-in-Europe> (accessed September, 2017), 2017
- OECD (2011) Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011

Información estadística (páginas web destacadas)

- Indicadores de Salud en España y Europa:
OECD Stat: <http://stats.oecd.org>
- Mercado laboral:
Microdatos Muestra Continua de Vidas Laborales (Ministerio de Empleo y Seguridad Social)
EPA-INE:
http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735976595

- Dependencia
Portal de la Dependencia-SAAD:
http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia_01/index.htm
- Datos población INE: Principales series de población desde 1998:
<http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t20/e245/p08/&file=pcaxis>
- PIB regional: Contabilidad Regional de España. Base 2010.
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do;jsessionid=038E2EF952AA657A136739FCA517F649.jaxi03?type=pcaxis&path=%2Ft35%2Fp010&file=inebase&L=0>
- Presupuestos Generales del Estado. Ministerio de Hacienda.
<https://www.hacienda.gob.es/es-ES/Areas%20Tematicas/Presupuestos%20Generales%20del%20Estado/paginas/Presupuestos.aspx>

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

Variables claves del SAAD	Definición
Solicitudes	Trámite necesario que realiza una persona que padece algún tipo de dependencia para poder cobrar las prestaciones.
Trámites/Dictámenes/Resoluciones	Una vez culminada la etapa de solicitud (que incluye la valoración del individuo), el órgano de valoración emite un dictamen propuesta donde se recoge el diagnóstico, el grado de dependencia y los cuidados que la persona pueda requerir.
Personas con derecho a prestación	Es el individuo que ya ha pasado el trámite y se encuentra sujeto a recibir las prestaciones aunque todavía no se haya materializado el hecho
Personas con prestación	Los individuos que ya reciben efectivamente las prestaciones.
Limbo de la dependencia	Concepto que se utiliza para denominar a aquellas personas que aún continúan a la espera de recibir la prestación. Formalmente sería la diferencia entre el número de personas con derecho a prestación y el número de personas con prestación.
Grados de dependencia	La situación de dependencia se clasifica en tres grados: Grado 1 (dependencia moderada), Grado 2 (dependencia severa) y Grado 3 (gran dependencia) ⁷ .
Prestaciones	El conjunto de servicios/prestaciones que se ofrecen para aquellas personas en situación de dependencia que se pueden clasificar en dos tipos: las prestaciones económicas y por otro lado las prestaciones de servicios:

⁷ **Grado I.** Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. **Grado II.** Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. **Grado III.** Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Prestaciones económicas	
<i>Prestaciones para cuidadores en el Entorno Familiar</i>	Se reconoce excepcionalmente y su finalidad es mantener al beneficiario en su domicilio atendido por cuidadores no profesionales (cónyuge, parientes por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco), siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda.
<i>Prestación económica vinculada al servicio</i>	Es de carácter periódico y se reconoce únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado. Esta prestación económica de carácter personal está, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio. Las Administraciones Públicas competentes supervisarán, en todo caso, el destino y utilización de estas prestaciones al cumplimiento de la finalidad para la que fueron concedidas.
<i>Prestación económica para asistencia personal</i>	Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.
Prestaciones de servicios	
<i>La promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia</i>	Tienen por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos.
<i>Teleasistencia</i>	Tienen el objetivo de atender a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información y apoyo de los medios

	personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento y con el fin de favorecer la permanencia de los usuarios en su medio habitual.
<i>Atención a domicilio</i>	Comprende el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de la personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria o domésticas prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función.
<i>Centros de día</i>	Ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores.
<i>Atención residencial</i>	Ofrece una atención integral y continuada, de carácter personal, social y sanitario, que se prestará en centros residenciales, públicos o acreditados, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.

Fuente: elaboración propia en base a:

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