



Ley de Dependencia: de la fragilidad de los servicios, a la necesidad de la prestación económica.

José Ángel Martínez López

jaml@um.es

Profesor Dpto. Sociología y Política Social
Universidad de Murcia

Resumen/Abstract

LEY DE DEPENDENCIA: DE LA FRAGILIDAD DE LOS SERVICIOS, A LA NECESIDAD DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia establece como prioritario la concesión de servicios frente a las prestaciones económicas. Sin embargo, la prestación económica de cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales ha pasado de ser la excepción a la norma (incumpliendo el mandato y el espíritu de la ley), remunerando económicamente las atenciones que prestan las familias a sus miembros en situación de dependencia. En un escenario de crisis económica, de disminución de ayudas de protección social y alto desempleo se puede estar transformando en una renta básica que está permitiendo cubrir, junto a las pensiones de las personas mayores, las necesidades primordiales de las unidades familiares que se encuentran en situación económica precaria, pudiendo, en ocasiones, producir un detrimento de la adecuada atención del titular del derecho.

Palabras: Ley, Dependencia, Prestaciones, Financiación, Envejecimiento, Cuidad.

LAW OF DEPENDENCE: FROM THE WEEKNESS OF SERVICES, TO THE NEED OF ECONOMIC COMPENSATION.

The Law on the Promotion of Personal Autonomy and Care for Dependent Persons establishes, as its most important, the grant of services rather than financial benefits. However, the benefits for the assistance within the family environment and the support to non-professional carers has gone from the exception to the norm (contrary to the order and the spirit of the law), thus paying for the assistance given by the members of the family to the dependent person. In an economic crisis scene, due to the decrease in the aid for social protection and the high unemployment rate, this economic support may become a basic income that allows covering, together with old people's pensions, the essential needs in the family units in uncertain situation; sometimes leading to the worsening of the dependent persons assistance

Key words: Law, dependence, benefits, financing, ageing, care (assistance)

INTRODUCCIÓN

Tras más de cinco años desde el pistoletazo de salida a la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (en adelante, LAPPD), y ante un escenario económico adverso, muchos son los interrogantes que se nos plantean sobre la construcción de este derecho y su desarrollo.

La ciudadanía no es ajena al terrible contexto socioeconómico actual de nuestro país: elevado índice de desempleo, importante número de familias que no cuentan con ningún ingreso, retroceso en todo tipo de derechos alcanzados (sociales, sanitarios, educativos, judiciales), previsiones en el empeoramiento de la situación económica, aumento de los desahucios, la desconfianza en la clase política, etc.

En medio de esta realidad, intenta implantarse un nuevo derecho, un derecho subjetivo, tal y como recoge el artículo 1 de la ley. Este matiz es muy importante a nivel jurídico ya que faculta a los ciudadanos a poder ejercer acciones legales en defensa de sus intereses. De esta manera, el ejercicio efectivo de su derecho no puede vincularse a partidas presupuestarias ya que las administraciones públicas tienen el mandato legal de atender a las personas reconocidas en situación de dependencia. Ello tiene importantes implicaciones ya que supone pasar de un modelo de protección social familiarista (Esping-Andersen, 2010) a otro de mayor responsabilidad pública más allá de la beneficencia. La consolidación de este derecho (como en cualquier otro sistema de protección social), precisa de la legitimidad por parte de la ciudadanía y ésta no se alcanzará de forma inmediata ni es consecuencia directa de su aprobación en las Cortes sino que radica en la ardua labor por parte de los poderes públicos de dar respuesta y cobertura a la necesidad de cuidados de larga duración (en adelante, CLD) en concordancia con las expectativas generadas y las necesidades percibidas. Así se concibe el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante, SAAD), columna vertebral de la ley, con un carácter universal y garantista ante las adversidades que pueden tener los ciudadanos en un momento determinado y las necesidades de atención que puedan producirse derivados de CLD. Aunque en nuestro país se haya optado por desarrollar este derecho de forma universal hay que destacar que existe un debate abierto, especialmente desde posiciones neoliberales, sobre la posibilidad de implantar la protección de las personas en situación de dependencia de forma privada, especialmente a través de sistemas de aseguramiento, de forma que el Estado se mantenga al margen de este tipo de infortunios en la población. Siguiendo esta línea, en el supuesto de personas con escasos recursos y que no tengan capacidad económica de suscribir este tipo de seguros, se podría diseñar un sistema de protección público residual. Son dos formas diferenciadas de atender las necesidades de CLD y en el entorno comunitario, dependiendo de la ideología de cada país europeo, se está gestionando de una u otra manera.

RADIOGRAFÍA DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

En primer lugar, debemos saber y reconocer qué población existe en España, cuáles son las tendencias demográficas y qué necesidades de atención existen, para así poder contextualizar el proceso de implementación de la ley.

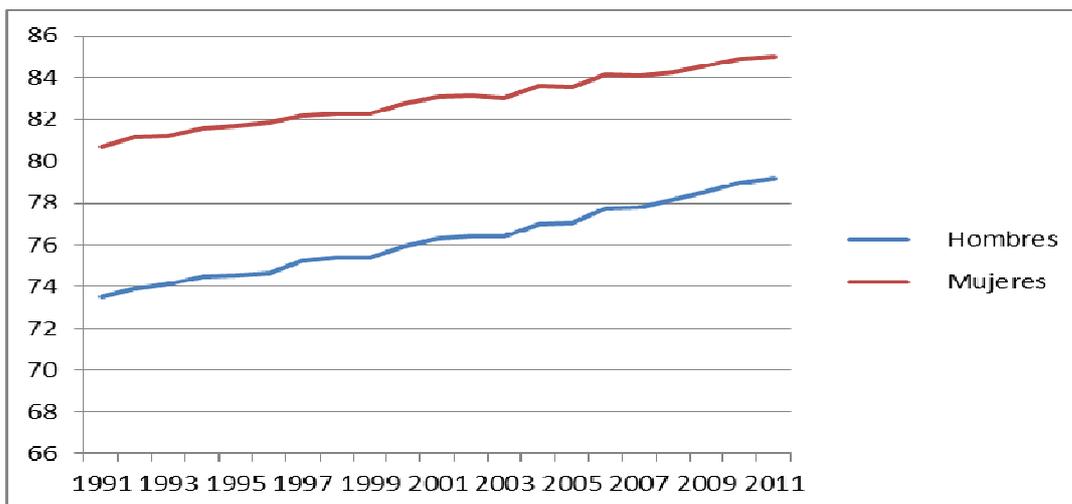
En la actualidad, Europa envejece a un ritmo importante, especialmente los países del sur. Este fenómeno que se inicia en el último periodo de la Transición Demográfica está caracterizado por una caída importante de la mortalidad, especialmente en las primeras etapas de vida, seguido por un descenso constante de la fecundidad y un alargamiento de la esperanza de vida. Posteriormente, en el último cuarto del siglo XX se produce un cambio caracterológico de las relaciones familiares que acompañan un régimen de baja fecundidad y mortalidad. Esto ha supuesto un cambio de las formas familiares así como en las relaciones sociales, prácticas y comportamientos fuera de la unidad familiar. Obviamente, dichas transformaciones se van reflejando en el tamaño de los hogares y en su estructura. Además, no podemos obviar el proceso de secularización, lo que ha supuesto para la sociedad española un aumento de individualización, así como el un incremento del valor de la autorrealización personal en la población. El nuevo escenario demográfico se caracteriza por una diversidad de formas de convivencia como consecuencia de la despenalización del divorcio en los años ochenta y el aumento de separaciones, así como por el retraso de la fecundidad y nupcialidad. Las migraciones llegadas en los últimos diez años han amortiguado la caída de la tasa de fecundidad y la reducción del número de miembros que componen los hogares familiares.

La población se hace mayor, sin embargo, los CLD son los recién llegados a los sistemas de protección social. En esta nueva realidad sociodemográfica ha tenido un papel muy relevante el cambio hacia una cultura material y un mayor nivel de vida asociado a la industrialización y al desarrollo económico. Todas estas variables han incidido de forma directa en los cambios en los hogares y en las nuevas formas de convivencia, desapareciendo totalmente el ideal de familia burguesa de T. Parsons (Parsons, 1966) propio de las sociedades modernas.

En este punto es importante atender a las últimas proyecciones demográficas. Nuestro país tiene una de las esperanzas de vida más grande altas de toda Europa, situándose en las mujeres en los 85 años y en 79 para los varones (INE, 2012). En los últimos 20 años ha aumentado tanto en varones como en mujeres en un 4,9% y 3,8%, respectivamente. La ONU proyectó que en el año 2030 la esperanza de vida en España será de 81 años en los varones y de 86,9 para las mujeres (ONU, 2008). La esperanza de vida aumentó entre 1991 y 2001 de 77,08 a 79,68 años, una diferencia de 2,6 años. En la década siguiente entre 2001 y 2011 siguió aumentando de 79,68 a 82,09 años, es decir, ascendió en 2,41 años. De este modo, podemos afirmar que la esperanza de vida ha aumentado a una media de 2,5 años por década en los últimos 20 años. En la actualidad, podemos hablar de un envejecimiento del envejecimiento o, lo que se ha venido a llamar, cuarta edad (Sánchez Vera, 1996), compuesta por aquellas personas que han superado los 80 años.

En la Gráfica I se muestra la proyección de esperanza de vida en los últimos 20 años. Se puede observar cómo existe una brecha de género a favor de las mujeres como consecuencia de la feminización del envejecimiento. Sin embargo, existe una tendencia de reducción de la brecha entre hombres y mujeres como consecuencia del cambio de costumbres, hábitos y estilos de vida de las mujeres. Es importante tener en cuenta la brecha de género en los CLD dado que las situaciones de dependencia avanzan con la edad. De este modo, podemos anticipar qué sexo va a necesitar más atenciones y con qué apoyos van a contar. Los varones, a pesar de vivir menos tiempo, tienen más posibilidades de contar con soporte de sus cónyuges ante situaciones de dependencia.

Gráfico 1. Evolución de la esperanza de vida entre 1991 y 2011.



Fuente: INE - Elaboración propia

Cuando se habla de personas en situación de dependencia pronto viene al imaginario colectivo personas mayores o grandes discapacitados. De hecho, según los datos del SAAD a enero 2013 del total de 760.444 personas beneficiarias, un 20.16% tienen entre 65 y 79 años y un 54.04% tiene más de 80 años (SAAD, 2013). En suma, casi el 75% de los solicitantes superan los 65 años. La necesidad de atenciones de CLD aumenta con la edad. Sin embargo, también existe un importante número de personas con algún tipo de discapacidad que les hace precisar CLD. No podemos obviar que en el año 2008 había en España 3.847.900 personas discapacitadas (INE, 2009) y muchas de ellas se encontraban en situación de dependencia no declarada. Del total de personas discapacitadas, 1.383.600 personas tenían una discapacidad para las actividades básicas de la vida diaria moderada o severa.

El envejecimiento de la población no es el único hecho que nos advierte de la presión demográfica sobre la dependencia, sino que también es relevante cómo los segmentos de mayor edad, octogenarios, representan un porcentaje importante de la población. Y las perspectivas en los próximos años muestran un importante crecimiento. De acuerdo con las estimaciones recogidas en la Tabla I, la población de más de 65 años (8.221.047 personas) representa un 17,4% sobre el total de la población española. Para el año 2021 esa cifra ascenderá hasta el 19,6%, elevándose en 2031 al 24,1%, al 29,2%

en 2041 y aumentando, finalmente hasta el 31,9% en el año 2049, con un valor absoluto de 15.325.273 personas, lo que supone casi un tercio de la población (INE, 2009), si las hipótesis demográficas más pesimistas se confirman. Por tanto, se puede observar un cambio de tendencia en el envejecimiento donde las personas de 80 años y más cada vez tendrán más peso sobre el conjunto de la población.

Tabla I. Evolución población en España 1900-2049 (en miles).

AÑOS	TOTAL ESPAÑA	65 AÑOS O MÁS		65-79 AÑOS		80 AÑOS Y MÁS	
	ABSOLUTO	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
1900	18.618	967	5,2%	852	4,60%	115	0,6%
1910	19.995	1.105	5,5%	972	4,9%	132	0,7%
1920	21.389	1.216	5,7%	1.073	5,0%	143	0,7%
1930	23.677	1.440	6,1%	1.263	5,3%	177	0,7%
1940	26.015	1.699	6,5%	1.475	6,3%	224	0,9%
1950	27.976	2.022	7,2%	1.750	6,3%	272	1,0%
1960	30.528	2.505	8,2%	2.136	7,0%	368	1,2%
1970	34.040	3.290	9,7%	2.767	8,1%	523	1,5%
1981	37.683	4.236	11,2%	3.511	9,3%	725	1,9%
1991	38.872	5.370	13,8%	4.222	10,9%	1.147	3,0%
2001	40.847	6.958	17,0%	5.378	13,2%	1.580	3,9%
2012	47.212	8.221	17,4%	5.729	12,1%	2.491	5,3%
2021	47.111	9.221	19,6%	6.456	13,7%	2.765	5,9%
2031	47.600	11.450	24,1%	8.027	16,9%	3.423	7,2%
2041	47.959	14.020	29,2%	9.517	19,8%	4.502	9,4%
2049	47.966	15.325	31,9%	9.680	20,2%	5.644	11,8%

Fuente: IMSERSO - Elaboración propia

Si bien las proyecciones demográficas muestran un proceso de envejecimiento de la población, este no es un hecho inapelable ni debe entenderse el mismo como un fenómeno únicamente negativo. Existe la tendencia a relacionar en un mismo discurso el envejecimiento con enfermedad, gasto sanitario, necesidad de CLD, gasto elevado en las pensiones, inviabilidad de los sistemas de protección social; en definitiva, asociar envejecimiento con un problema. Para atajar los gastos derivados de la atención de las personas mayores, especialmente desde corrientes neoliberales, se hace hincapié en la necesidad de relativizar los derechos sociales adquiridos, especialmente en lo relativo a pensiones, sistemas de salud y los CLD. En el caso de no actuar, se plantea un escenario de cataclismo, una hecatombe a las que nuestras sociedades están avocadas sino toman las supuestas medidas adecuadas. El debate no se plantea sobre el la necesidad de fomentar la natalidad o establecer nuevos mecanismos redistributivos de financiación más equitativos, sino en restringir los derechos adquiridos, obviando los beneficios que pueden generar un hecho evidente: cada vez la esperanza de vida aumenta a niveles hasta ahora desconocidos, especialmente en los países más desarrollados.

Actualmente estamos inmersos en un proceso de debilitamiento de los cuidados informales como consecuencia del cambio de valores posmateriales. En las nuevas generaciones el papel tradicional de la mujer ha cambiado y ya no se centra

únicamente en la crianza y sustento de sus miembros sino que además, procura su desarrollo personal independientemente de las funciones tradicionales de reproducción y cuidado familiar. Esto ha propiciado una serie de cambios que inciden en los CLD: los estudios superiores de las mujeres, el correspondiente aumento de la población activa, la quiebra de la tradicional división del trabajo en las familias - donde las mujeres eran las encargadas de la esfera reproductiva y los hombres de la esfera productiva, social, visible y de reconocimiento-. Además, también ha influido la asunción de un papel más representativo por parte del Estado en la política social en lo referente a los CLD aprobando la Ley de Dependencia, lo que ha liberado a las familias de la responsabilidad única de la atención de sus miembros.

Los nuevos valores que impregnan las sociedades desarrolladas están produciendo a su vez otros cambios en las tasas demográficas básicas, ya que el mayor nivel de estudios y participación en la población activa de las mujeres está originando un retraso en la constitución de nuevos hogares, y por tanto, un retraso en la edad de emancipación, familias con menor número de hijos, etc. Con mayor frecuencia encontramos hogares más pequeños y crece el número de personas viviendo solas. Todo ello propicia una serie de cambios en la estructura de la población de nuestro país que sólo a través de la inmigración ha logrado compensar la importante tasa de dependencia y niveles de envejecimiento actuales.

TENDENCIAS DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL EUROPEOS.

Una de las consecuencias de estos cambios sociales y demográficos es una transformación de las redes sociales de apoyo tradicionales, lo que va a obligar a repensar y reestructurar el sistema de bienestar español, muy especialmente en torno a los CLD, propiciando que el peso de la atención no recaiga especialmente sobre las familias sino que el Estado asuma una mayor responsabilidad. Sin duda, el Estado de Bienestar en los países mediterráneos parte de una escasa tradición de atención a este colectivo, aunque por otro lado, se están realizando esfuerzos para incorporar la mayor responsabilidad pública a la nueva realidad de CLD. En el caso de nuestro país se plasma con la aprobación de la LAPPD. Sin embargo, los CLD no gozan todavía de la fortaleza suficiente ya que son los recién llegados al Estado de Bienestar español.

Los derechos en Bienestar Social tienen dos hitos que han determinado la protección social en los distintos países europeos: los seguros sociales implantados por Bismarck a finales del siglo XIX y el I Informe Beveridge publicado en 1942 donde se resaltaba la necesidad de universalizar el sistema de protección social, entendiendo que el bienestar de la población es una responsabilidad de Estado. En los países europeos de tradición Bismarck, la protección social se organiza sobre la base del seguro social. Se emplea en áreas de pensiones, desempleo, accidente o salud. Crean fondos específicos para riesgos sociales concretos, teniendo un estrecho vínculo con el empleo. En estos países se están incorporando recientemente los CLD. Como consecuencia de ello, estos Estados se encuentran en pleno debate sobre cómo articular un sistema de protección social para CLD. Por el contrario, en los países de tradición Beveridge, la cobertura frente a los principales riesgos se lleva a cabo desde un carácter universal. España es un ejemplo de ello. El seguro de enfermedad pasó a

ser un seguro universal a partir de la universalización del Sistema Nacional de Salud (en adelante, SNS). Aunque existen divergencias en los Estados Europeos, lo cierto es que a partir de los años 90 se está implantando la perspectiva Bismarck en todos ellos. Además, y concretamente respecto a los CLD, nos encontramos en la encrucijada de cómo abordarlos; bien un sistema de provisión universal de servicios, bien prestaciones monetarias directas. Es decir, desarrollar un sistema basado en la provisión de servicios como centros de día, servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, servicio de atención residencial o por otro lado, establecer una prestación monetaria para que sean atendidos en sus hogares con el apoyo de sus familias o destinen ese dinero para la adquisición de servicios.

Desde una perspectiva comparada, en la Tabla II, se puede observar el esfuerzo que realizan distintos países europeos en protección social tomando como referencia el gasto de acuerdo con el PIB de cada país. Este indicador nos muestra claramente la tendencia que tienen los distintos modelos. Si bien, el gasto en los países europeos mediterráneos ha aumentado en los últimos años, ese aumento no es lo suficientemente indicativo, como en el caso de España, para afirmar que existe una verdadera responsabilidad pública en protección social, atendiendo a los datos objetivos de gasto. Obsérvese que, los países escandinavos son los que más gasto destinan a protección social. Vicenç Navarro ha analizado la evolución del gasto en protección social desde una perspectiva comparada con el resto de la UE. Siguiendo a este autor, además de estar nuestro país a la cola respecto al porcentaje del gasto en protección social en relación a su PIB, el porcentaje de población que trabaja en los servicios del Estado de Bienestar es muy escaso. En España sólo lo hace un 9% de la población, muy por debajo de otros países como Suecia que alcanza el 25%. De esta manera, sólo 1 español de cada 10 trabaja en estos servicios (Navarro et al, 2011:106).

Tabla II: Evolución de los gastos de protección social sobre el total del PIB por funciones en los países de la UE. Cifras en %.

PAIS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
BELGICA	24,2	24,7	25,4	26,1	26,1	26,1	25,7	25,4	26,5	28,9
DINAMARCA	28,1	28,4	28,8	30	29,8	29,4	28,5	28	28,8	32,5
ALEMANIA	28,6	28,6	29,2	29,6	29	28,9	27,8	26,7	26,9	30,1
GRECIA	22,7	23,6	23,4	22,7	22,9	24,2	24,1	24,2	25,4	27,3
ESPAÑA	19,5	19,2	19,5	19,8	19,9	20,1	20	20,2	21,6	24,5
FRANCIA	27,7	27,8	28,6	29,2	29,5	29,6	29,4	29,2	29,5	31,6
IRLANDA	13,1	14,1	15,9	16,5	16,7	16,7	16,9	17,5	20,8	26,4
ITALIA	23,8	24	24,4	24,9	25,1	25,4	25,6	25,5	26,5	28,4
LUXEMBURGO	18,8	20,5	21,2	21,7	21,9	21,3	20	19	19,9	22,7
HOLANDA	24,7	24,8	25,8	26,5	26,4	26	27	26,7	26,9	29,7
AUSTRIA	27,4	27,7	28,1	28,5	28,2	27,8	27,4	26,9	27,5	29,9
PORTUGAL	18,7	19,3	21	21,7	22,3	23	23,1	22,6	23,2	25,6
FINLANDIA	24,3	24,2	24,9	25,7	25,8	25,9	25,6	24,6	25,4	29,4
SUECIA	29,3	29,7	30,5	31,6	31	30,5	29,8	28,6	28,9	31,5
REINO UNIDO	25,5	25,8	24,9	25,3	25,4	25,8	25,5	22,3	25,3	28,2
UE 15	25,7	25,8	26,1	26,6	26,5	26,6	26,2	25,3	26,3	29,1

Fuente: INSS¹- Elaboración propia

¹ Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica_/Est/Otra_Informaci_n_sobre_Protecci_n_Social/Comparaciones_Internacionales_de_Seguridad_Social/Gasto_en_protecci_n_social_en_porcentaje_del_Producto_Interior_Bruto_por_funciones/index.htm

LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN ESPAÑA.

En el sistema de protección social español existe una convergencia bismarckiana y beveridgeniana, teniendo como señas de identidad las rentas ocupacionales y la universalidad, respectivamente.

Si bien, los CLD son los recién llegados a los sistemas de protección social como derecho, conviene hacer una sucinta referencia a qué otras protecciones sociales existen en nuestro país. Respecto a la educación, podemos encontrar el hasta ahora incuestionable derecho universal a la educación básica. Este derecho se complementa con becas y otras ayudas y proyectos educativos orientados a la mejora del sistema educativo y promoción de los alumnos. En la sanidad, el SNS se creó desde una perspectiva universal, hecho que en los últimos meses ha sido puesto en cuestión como consecuencia de las limitaciones en el ejercicio de este derecho al colectivo inmigrante y población sin recursos. Igualmente, desde este ámbito se proporcionan distintas ayudas complementarias: transporte, prestaciones ortoprotésicas, etc. La Seguridad Social protege a los pensionistas mediante pensiones contributivas y no contributivas. Desde este sistema se desarrolla un amplio catálogo de ayuda y apoyo a situaciones de dificultad tanto individuales como familiares. Además, existe protección por situaciones de desempleo y transferencias monetarias a personas sin rentas para su subsistencia.

Los Servicios Sociales, (en adelante, SS.SS.), han sido históricamente uno de los sistemas de protección social menos reconocidos, especialmente evidente a nivel presupuestario, y donde más ha costado desligarse del halo de beneficencia arcaico que le ha acompañado durante años, por tres razones. En primer lugar, sus prestaciones y servicios no constituían derechos universales como la educación, sanidad o seguridad social sino que se implantaban de acuerdo a partidas presupuestarias y cuando ésta se agotaba desaparecía el acceso a una prestación o servicio. En segundo lugar, tradicionalmente se han dirigido hacia unos colectivos muy específicos caracterizados, en muchas ocasiones, por sus déficits de ciudadanía: minorías étnicas, población excluida, etc. Y en tercer lugar, han estado muy ligados a instituciones benéficas, las cuales aunque han ayudado a paliar los déficits de los sistemas de protección social, se han amparado más en la caridad que en los derechos de ciudadanía. De ahí, la necesidad de resaltar que la Ley de Dependencia haya incorporado el primer derecho subjetivo en materia de SS.SS.

Como cuarto pilar del Estado de Bienestar, los SS.SS. tuvieron su primer referente legal en la Constitución Española a través de su título I, donde se hacía referencia a unos niveles mínimos de protección por parte de los poderes públicos: protección a la familia, atención a personas mayores, discapacitados, etc. Posteriormente, la Ley de Bases de Régimen Local de 1988, ayudó a reforzar el papel de las entidades locales cuya población superase los 20.000 habitantes en materia de SS.SS. En el año 1988 se dio un importante impulso con la aprobación del Plan Concertado para las Prestaciones Básicas en materia de SS.SS. La LAPPD se aprueba en el año 2006 y el 2 de mayo de 2007 comienza a implantarse el SAAD. Desde entonces, la implementación del Sistema ha dejado patente dos pilares fundamentales que se tambalean

demasiado: la autonomía personal y la financiación. La primera evidencia de la fragilidad es que el sistema ha rehuído sustancialmente la autonomía personal y se ha centrado en atender las situaciones de dependencia puesto que las prestaciones que se conceden están más destinadas a atender las necesidades de dependencia y no a fortalecer la autonomía personal. El servicio de prevención y promoción de la autonomía personal tiene un carácter residual respecto al conjunto de prestaciones económicas y servicios que se conceden. No extraña que la ciudadanía conozca a esta ley como “ley de dependencia”. Al margen han quedado tanto la prevención como la promoción de la autonomía personal.

Por otro lado, desde su aprobación, las críticas y noticias negativas han sido constantes en los medios de comunicación. Sin embargo, no hay que dejar escapar la oportunidad de mencionar que esta ley fue apoyada ampliamente por la mayor parte del arco parlamentario español. Este hecho no es de extrañar, ya que la ley supone dar respuesta a uno de los grandes retos a los que se enfrenta y enfrentará nuestra sociedad en el futuro. A pesar de ello, el talón de Aquiles y las mayores críticas se han centrado en la financiación. Muchas son las voces que abogan por la insostenibilidad de la ley por sus elevados gastos económicos pero, como en la mayoría de los casos, las cifras absolutas no permiten constatar este hecho. Por ello, quizá se debería comparar este gasto respecto a otros que se recogen en los Presupuestos Generales del Estado o en las Comunidades Autónomas como: defensa, industria, infraestructuras, pago de intereses de deuda, recapitalización del sector financiero, seguridad ciudadana, festejos, protocolo, asesores, etc. No se trata tanto de gastar más dinero sino de racionalizar el gasto. A modo de ejemplo, se podría pensar en el coste que tiene una plaza residencial diaria en comparación con una habitación en hospital. Según un estudio realizado por Antares Consulting (2010), el precio diario de una plaza de agudos es de 657 euros, sin embargo, el coste de la plaza residencial, aunque oscila dependiendo del grado de dependencia y de los precios de la Comunidad Autónoma, se puede considerar como precio de referencia 70 euros por plaza y día (Fundación Edad y Vida, 2012). Esta no es una cuestión baladí ya que el coste de una plaza hospitalaria casi se duplica por 10. Por tanto, quizá también nos podríamos plantear apostar decididamente por un modelo sociosanitario para racionalizar el gasto.

La creación del SAAD permite establecer una nueva forma de gestión y protección a las personas en situación de dependencia. Este sistema, tanto en España como en el conjunto de la Unión Europea se encuentra ante la disyuntiva de articular un sistema basado en la provisión de servicios o establecer una serie de prestaciones monetarias directas para que los ciudadanos en el ejercicio de su voluntad, libertad y propia elección, decidan aquéllos que estimen convenientes. La primera de las opciones implica establecer una red coordinada de servicios lo suficientemente amplia que dé respuesta a las necesidades del conjunto de ciudadanos. La segunda no, dado que no parte de la oferta de servicios sino de la demanda existente. La LAPPD al constituir el derecho subjetivo a la atención de las personas en situación de dependencia se produce un cambio en las formas de concebir las actuaciones que se deberían realizar para atenderles, protegerles, cuidarles y promoverles al máximo su autonomía personal. Este hecho tiene numerosas implicaciones desde distintas disciplinas:

sociología, economía, política y trabajo social. La primera y más importante es cómo dar respuesta y atender a los derechos de las personas en situación de dependencia, no a la enfermedad, discapacidad o restricción que le impide participar de forma activa en la sociedad. En segundo de lugar, constituye un derecho, por lo que lleva implícito una extensión en los derechos de ciudadanía, alejados de la tradicional beneficencia y caridad a la que estaban hasta entonces expuestos. Otra de las consecuencias es que promueve y permite el reconocimiento y visibilidad social de las personas en situación de dependencia dado que la ley impulsa los servicios y considera excepcionales los casos en los que se otorguen prestaciones económicas. En cuarto lugar, supone un reconocimiento laboral para las cuidadoras, cuyo estatus ha estado devaluado durante años al no tener ningún tipo de protección social. Sin embargo, este reconocimiento no puede considerarse pleno ya que se ha evidenciado una feminización de las cuidadoras de la dependencia. Cuidadoras y no cuidadores, ya que los cuidados guardan importantes implicaciones de género puesto que el 93% de las personas que realizan los cuidados son mujeres, mayores, viudas, solteras, hijas y madres, que cuidan y han cuidado de sus familiares en sus hogares (SAAD, 2012:39). Por tanto, se está produciendo un anclaje de los cuidados, no desvinculándose las cuidadoras de estas labores. Sin embargo, cabe preguntarse hasta qué punto el ejercicio de las funciones de cuidados a familiares en los hogares puede estar produciendo una perpetuación de la desigualdad en el reparto de las funciones tradicionales de las mujeres en las familias, constriñendo sus posibilidades de acceso al trabajo remunerado fuera del hogar, así como una mayor participación social. A través de los distintos servicios y prestaciones de la ley, excluyendo la prestación económica de cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (en adelante, PECEF), se han creado 127.997 empleos hasta el año 2011 (Ramírez, 2011:93). Por otro lado, aunque no pueda considerarse creación de empleo, sí se tiene que tener en cuenta que se han dado de alta 174.133 cuidadores no profesionales a través del Convenio Especial para Cuidadores no profesionales de la Dependencia (SAAD, 2012:38). Estas cuidadoras se han visto beneficiadas de la cotización social hasta la derogación de esta medida a través del Real Decreto Ley 20/2012 de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, que incorpora importantes restricciones al SAAD. Por tanto, en un momento de crisis económica y gran destrucción de empleo, el sector de servicios sociales, no sólo ha logrado ser generador de empleo sino de potenciar el reconocimiento en materia de Seguridad Social de las cuidadoras posibilitando un cambio en el modelo social y productivo.

La admirable solidaridad intergeneracional mediterránea, reflejada en los CLD en el seno de las familias (tan reconocida por los países nórdicos), podría dejar de ser una obligación familiar y social y convertirse en una opción al igual que el resto de servicios que promueve la ley. Esta elección, fruto de la corresponsabilidad del Estado en las atenciones, ayudaría a los procesos de ajustes, liberación y equilibrio de dinámicas familiares así como en su reparto de roles y funciones. Sin embargo, nos encontramos ante otra realidad puesto que, si bien la ley promueve la concesión de servicios de distinta índole, son las prestaciones económicas las protagonistas del sistema y la “paga de la dependencia” uno de los escasos recursos con los que cuentan las familias para la cobertura de sus necesidades básicas en estos momentos de crisis, dadas las

limitaciones del sistema de empleo y la escasa cobertura de las rentas básicas de inserción.

EVOLUCIÓN DE LAPPD DESDE SU APROBACIÓN. FINANCIACIÓN DEL SAAD.

Antes de adentrarnos en el desarrollo de la ley conviene detenernos en el propio concepto de situación de dependencia que viene recogida en el art. 2 de la misma:

“Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

Inicialmente se establecieron tres grados de dependencia, siendo el grado 3 el de mayor necesidad de atenciones y el grado 1 el de menor. A su vez, dentro de cada uno de ellos existían dos niveles que subdividían las necesidades de atención. Los niveles, dentro de cada grado otorgaban intensidades de protección distintas tanto en los servicios como en las prestaciones. Sin embargo, el Real Decreto Ley 20/2012 ha suprimido los niveles manteniéndose únicamente los tres grados: Grado 3, Gran Dependencia, Grado 2, Dependencia Severa y Grado 1, Dependencia Moderada. Esta modificación plasmada en unos grados sin niveles, ha implicado una reducción de la intensidad de los servicios y prestaciones, por tanto, se ha realizado a la baja, en detrimento de los derechos generados.

Tabla III. Cambios en la escala de grados.

ANTES R.D.L. 20/2012		APLICACIÓN R.D.L. 20/2012
GRADO III GRAN DEPENDENCIA	NIVEL I	GRADO III GRAN DEPENDENCIA
	NIVEL II	
GRADO II DEPENDENCIA SEVERA	NIVEL I	GRADO II DEPENDENCIA SEVERA
	NIVEL II	
GRADO I DEPENDENCIA MODERADA	NIVEL I	GRADO I DEPENDENCIA MODERADA
	NIVEL II	

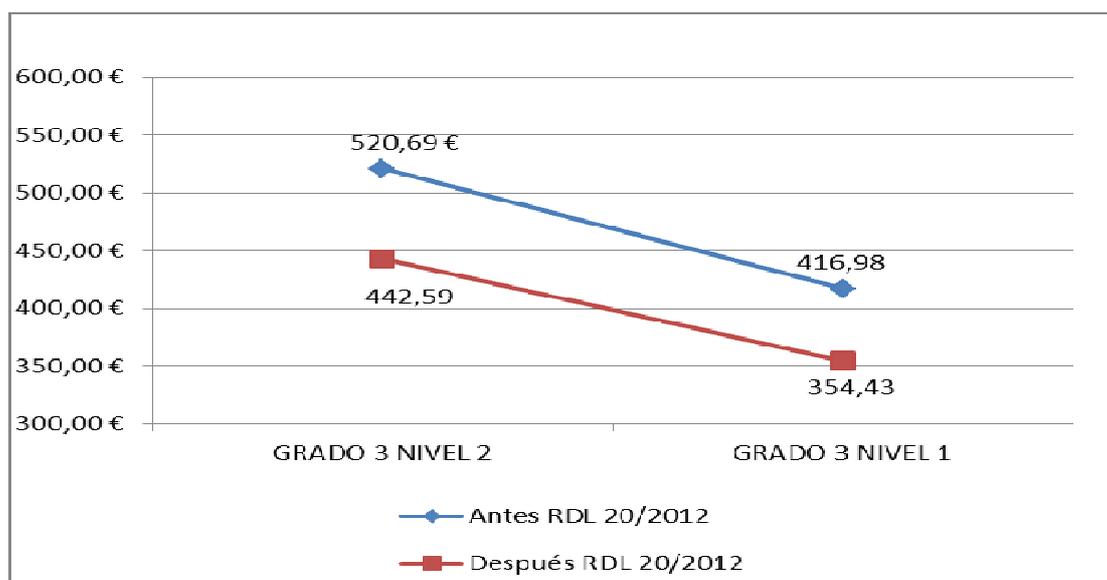
Ciertamente, la reducción de la intensidad de protección de los servicios y prestaciones no es consecuencia de la nueva clasificación de grados sino que se plasma en éstos. Sirva de ejemplo las cuantías máximas de la PECEF. La intensidad máxima de protección para quienes ya percibían esta prestación ha bajado un 15% con el Real Decreto Ley 20/2012. Sin embargo, teniendo en cuenta que ya no existen niveles en los grados, para poder comparar la reducción de la prestación es preciso hacer una media de las cantidades de los niveles I y II de cada grado. De este modo, tomando como ejemplo el grado 3 y ponderando las cantidades máximas del nivel 1 y 2, observamos que las cantidades máximas para los nuevos solicitantes de la PECEF se ha reducido de los 468,83€ previos a la aprobación del Real Decreto Ley 20/2012 (una vez realizada la media) a 398,51€.

Tabla IV. Ejemplo de la reducción de las prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar, en la nueva clasificación para el grado 3.

ANTES R.D.L. 20/2012			APLICACIÓN R.D.L. 20/2012		
GRADO III N2	GRADO III N1	MEDIA GRADO III	GRADO III N2	GRADO III N1	GRADO III
520,69	416,98	468,83	442,59	354,43	398,51

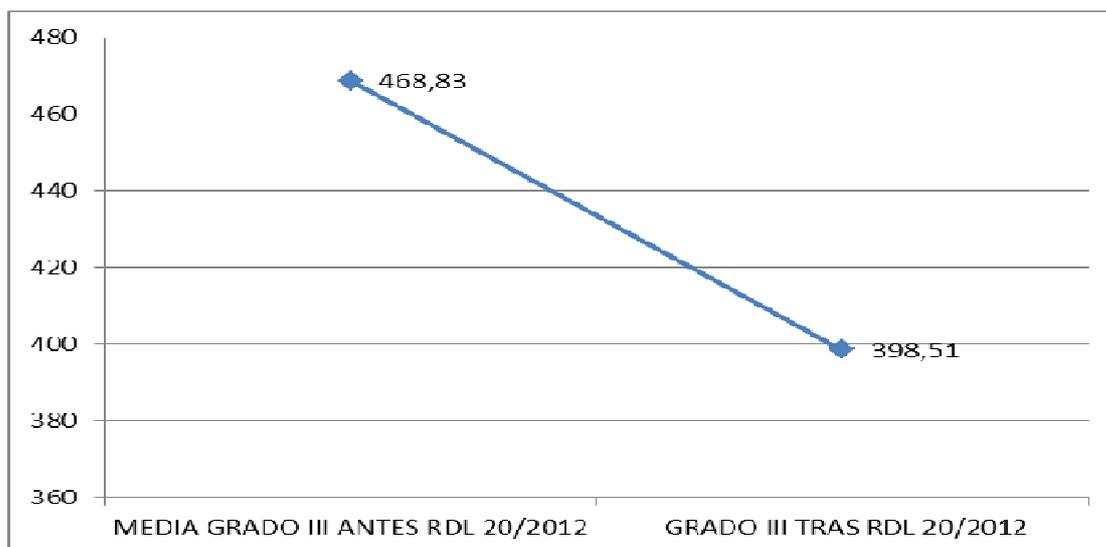
Fuente: BOE – Elaboración propia

Gráfico 2. Reducción de las cuantías máximas de la PECEF para el Grado III con la aplicación del R.D.L. 20/2012.



Fuente: BOE - Elaboración propia

Gráfico 3. Reducción de las cuantías máximas de las PECEF para el Grado III en los nuevos solicitantes.

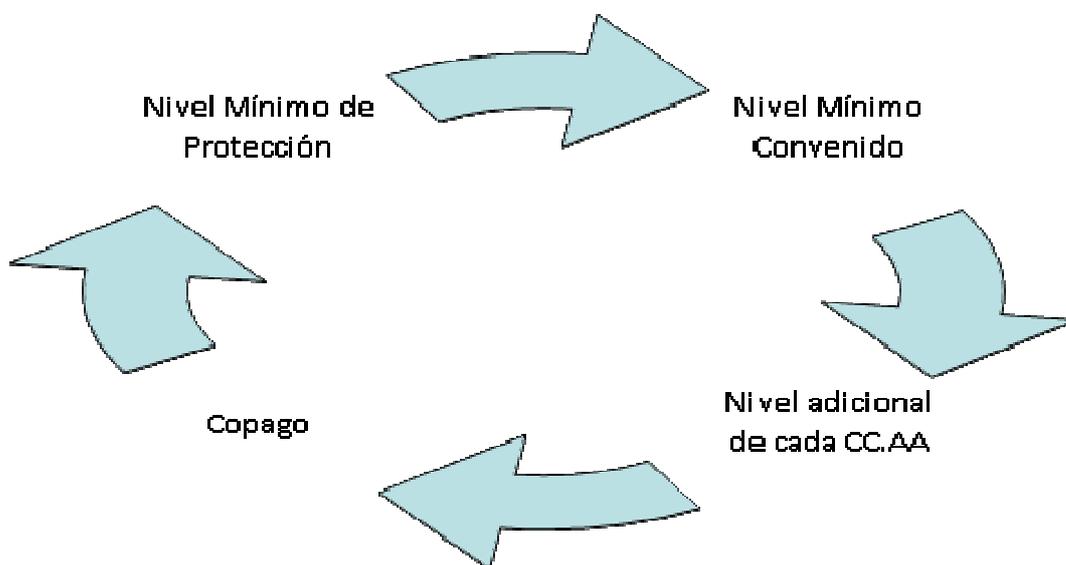


Fuente: BOE - Elaboración propia

Las prestaciones y servicios a los que pueden acceder las personas que tienen grado protegible (en la actualidad grado 2 y 3) son: el servicio de prevención y promoción de la autonomía personal, teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, centro de día y de noche y el servicio de atención residencial. Entre las prestaciones figuran: la prestación económica vinculada al servicio, la PECEF y, finalmente, la prestación económica de asistencia personal, únicamente dirigida a personas en situación de gran dependencia (Grado 3).

Sin duda, la prestación que más se concede es la PECEF y ello guarda mucha relación con la financiación del propio SAAD. En lo relativo a este aspecto, la ley estableció tres niveles de financiación más el copago, según la capacidad económica de los titulares del derecho.

Gráfico 4. Niveles de financiación.



Fuente: BOE – Elaboración propia

Por un lado, se estableció un nivel mínimo de protección por parte del Estado. Esta financiación se otorgaba en virtud de los grados y niveles de los solicitantes. De este modo, no se tenía en cuenta qué servicio o prestación tenían asignado y el coste de los mismos. Los servicios, a excepción de la teleasistencia, que es complementario con otros servicios/prestaciones del catálogo, son más costosos que la PECEF. Estas aportaciones se han reducido un 13,24% a partir de la aprobación del Real Decreto Ley 20/2012, según las estimaciones de la Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales (Observatorio Estatal de la Dependencia, 2012). Por otro lado, el nivel mínimo convenido, segundo pilar de la financiación, suponía transferencias por parte de la Administración General del Estado (en adelante, AGE) a las CC.AA. para la implantación y desarrollo del SAAD. Éstas quedaron suprimidas por la Ley 2/2012, a través de la Disposición Adicional Cuadragésima. El tercer nivel de financiación que presentaba la ley es el nivel adicional que determinase cada CC.AA., por tanto, variable según cada una.

De esta manera, con los recortes que están recayendo sobre las CC.AA. respecto a la financiación mínima y convenida que transfería la AGE, se está poniendo en peligro el propio sistema al establecer una carga a las autonomías imposible de sostener ya que tienen que hacerse cargo de esa diferencia.

Recientes estudios de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, (en adelante, ADGSS) muestran el gasto que está realizando la AGE y los importantes retornos fiscales derivados de la implantación del SAAD. Los datos que se desprenden de este estudio es que la AGE gastó en materia de dependencia 3.367 millones de euros entre el periodo 2009-2010. Aun así, los ingresos obtenidos como consecuencia de los retornos fiscales fue de 2.707 millones de euros. Para analizar los retornos fiscales, uno de los instrumentos de análisis es el modelo macroeconómico HERMIN-España el cual tiene en cuenta tanto la posibilidad de no contar con la Ley de Dependencia como las implicaciones derivadas de su aplicación. En la siguiente tabla se muestran los datos de los retornos fiscales durante el periodo 2009-2011.

Tabla V. Retornos fiscales según las estimaciones del IMSERSO.

COSTE NETO DE ATENCIÓN (CNA) MILLONES DE EUROS	MODELO HERMIN-ESPAÑA (IMSERSO)
Retornos obtenidos en 2009	1.222,0 M€
% Recuperado sobre CNA estimado 2009	30,1%
Retornos obtenidos en 2010	1.485,0 M€
% Recuperado sobre CNA estimado 2010	26,0%
Retornos obtenidos en 2009-2010	2.707,0 M€
% Recuperado sobre CNA estimado 2009-2010	27,9%

Fuente: Luis A. Barriga Martín. Presupuesto Públicos y financiación de la ley de dependencia - Elaboración propia

De esta manera, se ponen en evidencia los importantes retornos que recibe la AGE por parte del SAAD. Sólo el periodo bianual 2009-2010 por los ingresos fiscales directos (impuestos y cotizaciones a la seguridad social) la AGE recibe un 28 por ciento del total del gasto del SAAD. En datos absolutos, por cada millón de euros invertidos se recuperan cerca de 280.000 euros.

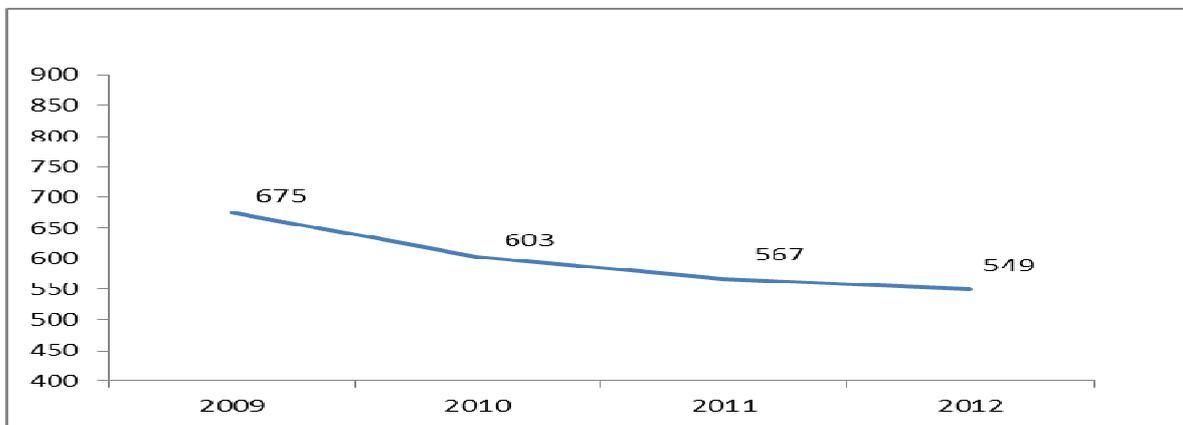
La ADGSS a través del Observatorio Estatal de la Dependencia ha elaborado un informe donde refleja todas las variables que tienen incidencia en la financiación del SAAD a partir de las estimaciones de gasto de la AGE, las CC.AA. y los usuarios, así como sus retornos. Muestran cómo durante en el periodo 2009-2011 se han recuperado 4.624 millones de euros en dos conceptos: impuestos (IRPF, impuesto de sociedades, IVA, así como otros impuestos indirectos) y cotizaciones a la seguridad social. Según este estudio, los primeros representan un 46,45% de los retornos mientras que las cotizaciones a la seguridad social suponen un 53,5%. Estos datos reflejan cómo el esfuerzo de la AGE es muy reducido, dado que lo que gasta la AGE lo recauda el Ministerio de Hacienda y la Seguridad social (Barriga, 2012:17).

Con estas cifras, se evidencia cómo el gran peso económico lo sufren las CC.AA. ya que no se benefician de estos retornos aunque aporten al Sistema, y la paradoja de que, aquellas autonomías que han apostado más por las PECEF son las que menos tienen que aportar puesto que es una prestación más rentable para la administración en términos económicos. Por tanto, les ha sido beneficioso incumplir el espíritu y mandato de la ley. De las CC.AA. más incumplidoras encontramos a la Región de Murcia cuyo desequilibrio entre servicios y prestaciones ha llegado a alcanzar el 82,6%, seguidas de lejos de Cataluña, Baleares y Castilla la Mancha, y siendo la media nacional del 56,4% (SAAD, Julio 2012).

Otro dato esclarecedor de la viabilidad o no del sistema y de la capacidad de hacer frente las CC.AA. al SAAD es el esfuerzo económico que éstas realizan por habitante y año. Respecto al año 2011, la media nacional se encuentra en 124,38 euros por habitante y año pero existen importantes oscilaciones entre los más de 200 euros que aportan La Rioja y Cantabria, respecto a Canarias, Ceuta, Melilla, Baleares, Valencia y Galicia que no llegan a 100 euros por habitante y año.

En cuanto a la evolución por años de las aportaciones de las prestaciones económicas, se puede observar una temible tendencia a la baja a pesar de existir elementos que impulsan la balanza hacia lo contrario: el aumento de la población mayor de 65 años, la ratio de dependencia y las enfermedades crónicas que llevan aparejadas este segmento de población. A pesar de ello, el importe de las prestaciones está descendiendo año a año desde el 2009, tal y como se puede observar en el gráfico 4.

Gráfico 4: Evolución del gasto público medio por persona dependiente atendida en €.



Fuente: Observatorio Estatal para la Dependencia - Elaboración Propia

En el actual escenario de ajuste económico, los recortes de la AGE hacia las CC.AA. son sustanciales y han tenido lugar como consecuencia de las últimas modificaciones legislativas acaecidas en el año 2012 y quedan reflejados en la siguiente tabla.

Tabla VI. Recortes financieros en la AGE.

	NIVEL CONVENIADO SUPRIMIDO 2012	ESTIMACIÓN DE REDUCCIÓN DEL NIVEL MÍNIMO	TOTAL PÉRDIDA A LAS CC.AA.	% DE LA REDUCCIÓN SOBRE LA
ESPAÑA	283.197.420 €	87.715.000 €	-370.912.420 €	-23,02%

Fuente: Observatorio Estatal para la Dependencia - Elaboración propia

Estos recortes han supuesto una importante merma al sistema respecto al año anterior por parte de la AGE y un ahorro de 370.912.420 €.

Sin embargo, la AGE no ha sido la única que ha realizado recortes ya que en uso de sus competencias ha impuesto recortes a nivel autonómico. La pérdida de inversión financiera de las CC.AA. para el 2012 alcanza los 305.766.858 euros en los siguientes conceptos:

Tabla VII. Recortes financieros en las CC.AA.

	AHORRO POR REDUCCIÓN DEL 15% PECEF (5 MESES)	AHORRO SUPRESIÓN RETROACTIVIDAD	TOTAL POTENCIAL DE AHORRO DE LAS CCAA
CC.AA.	112.232.925 €	193.533.933 €	305.766.858 €

Fuente: Observatorio Estatal para la Dependencia - Elaboración propia.

En total, ambas Administraciones han reducido su participación en el SAAD en 676.679.278 € de una forma casi equitativa, un 55% la AGE y un 45% las CC.AA.

El impacto conjunto de los recortes realizados por ambas administraciones se muestran en la Tabla VII tanto de forma agregada como diferenciado por CC.AA. Las dos primeras columnas corresponden al menoscabo de la AGE y la tercera y cuarta a las CC.AA. De esta manera, podemos observar la disminución total de inversión pública en la columna quinta y lo que supone esa reducción respecto a la inversión del año 2011.

TABLA VIII: Impacto económico global en cada SAAD (en miles).

CC.AA.	ADMINISTRACIÓN ESTATAL		ADMINISTRACIONES AUTONÓMICAS		TOTAL DISMINUCIÓN INVERSIÓN 2012	% reducc inversión púb ²
	Reduc13,24% Nivel Mínimo (5 meses)	Supresión Nivel Convenio	Ahorro reducción PECEF 15% (meses)	Ahorro supresión retroactividad (desde 1 agosto)		
ANDA	21.747 €	70.679 €	29.329 €	55.197 €	176.954 €	-12,9%
ARAG	2.888 €	11.372 €	3.709 €	8.416 €	26.386 €	-17,3%
ASTU	1.776 €	7.535 €	1.949 €	4.369 €	15.630 €	-12,2%
BALE	1.377 €	5.215 €	1.913 €	6.902 €	15.408 €	-18,9%
CANA	2.341 €	7.170 €	1.635 €	10.836 €	21.983 €	-22,7%
CANT	1.514 €	5.637 €	2.505 €	753 €	10.411 €	-8,5%
CYL	5.674 €	22.535 €	6.651 €	0 €	34.861 €	-7,2%
CLM	4.713 €	16.891 €	7.047 €	14.663 €	43.315 €	-12,8%
CATA	14.432 €	48.194 €	24.461 €	39.279 €	126.368 €	-13,9%
VALE	6.208 €	20.721 €	6.293 €	17.184 €	50.408 €	-11,9%
EXTR	2.464 €	8.482 €	2.340 €	5.704 €	18.991 €	-13,8%
GALI	5.493 €	17.630 €	4.043 €	15.108 €	42.275 €	-13,7%
MADR	7.823 €	27.073 €	5.320 €	2.850 €	43.067 €	-5,2%
MURC	3.371 €	9.832 €	5.799 €	10.005 €	29.008 €	-18,9%
NAVA	868 €	³	1.502 €	897 €	3.268 €	-5,1%
P.VAS	4.023 €	³	6.180 €	1.363 €	11.667 €	-3,0%
RIOJ	815 €	3.525 €	1.212 €	0 €	5.553 €	-7,9%
C-M	180 €	698 €	336 €	0 €	1.214 €	-10,4%
ESPAÑA	87.715 €	283.197 €	112.232 €	193.533 €	676.679 €	-11,2%

Fuente: Observatorio Estatal de la Dependencia - Elaboración propia

PRESENTE Y FUTURO DE LA LAPPD.

Los datos anteriormente presentados, más allá de controversias políticas, de la agenda de los medios de comunicación, de los intereses de la patronal de residencias o empresas privadas que apuestan por una gestión totalmente privada, muestran la existencia de un importante retroceso financiero respecto a años anteriores para el desarrollo del SAAD.

Lo cierto es que con los datos actuales que ofrecen organismos públicos y privados, aparentemente resulta indudable la inviabilidad del sistema. No obstante, la realidad es distinta. España dedica menores recursos en sus presupuestos y de su PIB a servicios sociales que la media de la UE. Aún queda margen para que las políticas

² Se ha calculado la reducción de la inversión pública en el SAAD en porcentaje sobre el gasto público total estimado de las atenciones prestadas en cada territorio autonómico en 2011.

³ Los datos para País Vasco y Navarra no consideran el impacto sobre los conciertos de financiación de la supresión del nivel convenido.

fiscales cubran las necesidades de financiación de estos servicios pero las actuales políticas neoliberales van por otros derroteros; con el fin de garantizar el sostenimiento público del sistema, la solución se centra en expulsar a los que ya están recibiendo las ayudas o congelar nuevas incorporaciones. Sin embargo, con estos datos que limita aún más el sistema, se estima para el año 2013 un crecimiento de 100.000 personas más, pudiendo llegar a aglutinar el sistema hasta 850.000 personas aproximadamente.

Ante este escenario, tanto a las administraciones como a las familias con carencias les puede ser beneficioso la concesión de la PECEF. A las administraciones por el menor desembolso económico que supone esta prestación, nada que ver con el coste de un servicio de ayuda a domicilio, centro de día o residencia, y a las familias, por la necesidad de ingresos económicos para el levantamiento de cargas familiares ante la actual situación económica y desempleo, que roza ya los 6.000.000 de personas (INE, 2013). Para las administraciones públicas encargadas de gestionar los CLD, las PECEF son un refugio por lo baratas que son y la agilidad de concesión dada la menor carga administrativa que llevan consigo, nada que ver con las gestiones que implica conceder una plaza residencial, un centro de día o un servicio de ayuda a domicilio, donde en muchas ocasiones precisa el concurso de la economía social. Además, el aumento de las PECEF sin la actual protección de la Seguridad Social hace que esta prestación infravalore a sus cuidadores respecto al resto de empleados por los elevados costes de cobertura laboral.

Con la aprobación del Real Decreto Ley 20/2012, se extinguió el derecho a la protección de la Seguridad Social sin cargo a los beneficiarios. A partir de esta norma jurídica, la protección se convierte en voluntaria e incorpora para los suscriptores, es decir, los cuidadores, un coste diferenciado de acuerdo a las horas de atención, una fórmula muy similar al régimen de las empleadas de hogar. De este modo, supone también un retroceso en los derechos alcanzados por quienes realizan los cuidados dado que ahora tienen que pagar por cotizar cuando anteriormente, ese cargo corría a costa de la Tesorería General de la Seguridad Social.

Este proceder implica una apuesta por un sistema monetarizado, es decir, basado en la concesión masiva de prestaciones económicas. En un escenario de crisis económica y alto desempleo, la protección a las personas en situación de dependencia puede estar impulsada por la prima o beneficio económico que reciben o puedan recibir tanto los beneficiarios como sus cuidadores, dejando en entredicho la calidad, pues es principalmente a través de los servicios de proximidad donde se favorece la autonomía personal. Piénsese por ejemplo la diferencia que puede existir para una persona en situación de dependencia con Alzheimer recibir atenciones permanentes en su hogar percibiendo la PECEF o en cambio, acudir a un centro de día para posibilitar el mantenimiento de sus capacidades, vínculo social, conexión con el entorno, etc. La tendencia actual es hacia una menor representatividad de los servicios públicos. Esto conlleva que la PECEF sea el resguardo de muchas familias y la opción preferida o elegida tanto por cuidadores como por las personas en situación de dependencia, evidenciando las características intrínsecas de nuestro anclado modelo de bienestar social.

Según se muestra en la Tabla VIII, perteneciente a la Evaluación del SAAD llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a 1 de enero de 2012 había un total de 752.005 personas que se beneficiaban de 931.751 prestaciones. La PECEF representaba el 45,4%. Sin embargo, si aislamos los efectos residuales que puede producir el servicio de teleasistencia, (dado que generalmente se concede junto a otra prestación o servicio), de 931.751 prestaciones pasamos a 806.009. De esta manera, el porcentaje de la PECEF asciende a un 52,48%, es decir, aumenta 7 puntos porcentuales, de ahí la importancia de analizar estos datos con detenimiento. Hay quienes consideran que la PECEF es la prestación que mayoritariamente solicita la población y que hay que respetarla porque los propios usuarios son quienes mejor conocen sus necesidades. Sin embargo, las personas que abogan por ello pueden caer en un grave error dado que, la mayor prevalencia de esta prestación guarda relación, entre otros factores, con la deficitaria oferta de la red de servicios por parte del SAAD. Respecto al resto de prestaciones, la Prestación Económica de Asistencia Personal es apenas irrelevante sobre el conjunto, de 0,1%, Por otro lado la Prestación Económica Vinculada al Servicio alcanza un 6,47% y tiene carácter de servicio indirecto porque se concede únicamente cuando es imposible la concesión de un servicio a través de la red pública de SS.SS. En cuanto a los servicios, la teleasistencia es el más concedido pero hay que tener en cuenta su carácter complementario y compatible con otras prestaciones del catálogo. Del resto, los más concedidos son el Servicio de Atención Residencial y el SAD, con un 13,35% y 12,87%, respectivamente. Los servicios que menos peso tienen sobre el total son el Servicio de Centro de día y de noche con un 6,44%. El Servicio de Prevención y Promoción de la Autonomía Personal no llega al 2%, dejando patente la falta de apuesta por implementar un servicio que promueva la autonomía personal.

TABLA IX. Distribución de las distintas prestaciones del SAAD.

TOTAL DE SERVICIOS: 507.829 (54,51%) (ART. 14.2 "CARCTER PRIORITARIO")	SERVICIOS DE LA RED PÚBLICA DE SERVICIOS SOCIALES	Prevención y Promoción	N	17.532
			%	1,88
		Teleasistencia	N	125.742
			%	13,5
		Ayuda Domicilio	Nº	119.912
			%	12,87
		Centros De Día y De	N	59.968
			%	6,44
		Atención Residencial	N	124.420
			%	13,35
	SERVICIOS INDIRECTOS	P.E. Vinculada al	N	60.255
			%	6,47
TOTAL PRESTACIONES ECONÓMICAS 423.922 (45,50%)	PECEF	N	423.019	
		%	45,4	
	P.E. Asistencia	N	903	
		%	0,1	

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre la 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 - Elaboración propia

Como se ha expuesto anteriormente, la PECEF al ser la prestación más ágil de resolver, junto al hecho de que conllevaba un menor desembolso para la administración, ha podido llevar a muchos de los solicitantes a decantarse por esta prestación. De esta manera, se evitaban posibles riesgos de demoras que podían tener quienes solicitaban algunos de los servicios de proximidad como centros de día, servicios de ayuda a domicilio, etc. Aquí se encuentra una de las razones por la cual se parte de un déficit en la implantación de la oferta de servicios. De hecho, cinco CC.AA., a fecha de 31 de enero de 2013 no han puesto en marcha (por el SAAD) un servicio básico para la autonomía personal y que ya se recogía en el Plan Concertado en 1988 como es el servicio de ayuda a domicilio. Estas CC.AA. son: Aragón, Islas Baleares, Canarias, Comunidad Valenciana y Murcia. Sin embargo, esta situación ha cambiado ya que a partir Real Decreto Ley 20/2012, las personas que obtienen un grado protegible, si solicitan la PECEF, se les aplica un periodo de la suspensión de dos años hasta su percepción.

Si descomponemos las cifras y excluimos del análisis el servicio de teleasistencia, resulta que dos servicios básicos para crear empleo como los centros de día y de noche y el servicio de ayuda a domicilio sólo representan un 22,3 por ciento del total de prestaciones concedidas. Estos datos reflejan el verdadero interés en construir un Sistema basado en una prestación monetaria, incumpliendo de esta manera el mandato de la ley por el cual los servicios del catálogo serán prioritarios a las prestaciones.

Otro dato esclarecedor de la escasa voluntad política por la construcción de este Sistema es el hecho de que en tan sólo un año el total de beneficiarios que se encuentran tramitando una prestación a 1 de enero de 2012 ha ascendido de los 231.046 a 305.941 (SAAD, 2012:66).

A pesar del aumento de solicitudes y personas reconocidas como beneficiarias, la inversión pública se está reduciendo, tal y como hemos dicho anteriormente. A ello hay que añadir un perjuicio: el establecimiento de un plazo de suspensión de dos años previo a poder percibir una prestación económica. Con la normativa actual, este plazo de suspensión empezará a computar desde el momento en el cual se le haya reconocido el derecho a las prestaciones o hayan pasado 6 meses sin haberse dictado resolución expresa. De este modo, quien ahora solicite la valoración de grado con la intención de beneficiarse de una prestación económica, no se beneficiará de ella hasta pasados aproximadamente 30 meses. Sin duda, este espacio temporal es demasiado elevado dada la fragilidad de la salud de este colectivo.

CONCLUSIONES.

La LAPPD ha supuesto un punto de inflexión en la atención a las personas en situación de dependencia así como un fortalecimiento a los Servicios Sociales como sistema de protección social al constituir el primer derecho subjetivo en esta materia. Sin embargo, es necesario apostar por la creación de un SAAD que dé respuesta a las necesidades de este colectivo y sea coherente no sólo con las expectativas generadas sino con el propio articulado de la ley.

Los recortes que se están produciendo en el Sistema están afectando tanto a los beneficiarios como a sus cuidadores, devaluando los derechos adquiridos anteriormente.

La calidad del Sistema se establece en la medida en que es accesible para todos, es decir, desde una matriz universal. Sin embargo, el propio SAAD sufre los continuos ataques sobre el ideario de la inviabilidad económica.

Universalizar el sistema permite liberar a muchas familias de las preocupaciones del día a día al entender que la atención de su familiar es, en primer lugar, una responsabilidad pública y social, traducándose en apoyos por parte de las administraciones públicas, tal y como ocurre en la mayoría de los países desarrollados.

La falta de apuesta en el Sistema y su limitada oferta tiene como resultado la importante desproporción existente entre las prestaciones y servicios concedidos. La PECEF ha pasado de ser una prestación excepcional a tener una sobredimensión sobre todas las demás. No podemos obviar la posibilidad de que en la actual coyuntura económica puede estar actuando como una renta básica ante la carencia de ingresos regulares de los hogares, siendo por tanto, una prestación social refugio sobre la cual se resguardan las familias más desfavorecidas, al igual que tradicionalmente ha ocurrido con las pensiones de las personas mayores.

Por ello, las importantes restricciones de inversión pública están condicionando las posibilidades de respuesta del SAAD. Es necesario construir un sistema garantista que atienda las demandas y necesidades del conjunto de la población, tanto presentes como futuras y no crear un sistema dual de protección, uno dirigido a quienes se pueden permitir un seguro privado y otro, público y residual, para personas con menos recursos. En sentido contrario, diseñar un sistema de protección social para pobres llevará consigo una estructura empobrecida per se.

Sin duda, nos encontramos ante un gran dilema socioeconómico: apostar por la atención de las personas en situación de dependencia y dotar de fortaleza sus derechos o ceder antes las imposiciones de austeridad fiscal y equilibrio presupuestario desde el prisma de la inviabilidad económica en un plano ideológico. En contraposición al sistema público y universal de dependencia encontramos los sistemas de aseguramiento privados, ajenos a las funciones de promoción de la igualdad y provisión de la seguridad ante las adversidades que puedan surgir a lo largo de la vida. La tendencia actual evidencia un giro hacia la segunda opción pero ello entra en conflicto con las necesidades sociodemográficas y de cobertura por parte del Estado de los CLD. Y sobre todo, entra en total contradicción con el principio de justicia social, clave para entender la construcción de los sistemas de protección social, así como el pacto social y los Estados de Bienestar tras la Segunda Guerra Mundial.

BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN GARCÍA, ANTONIO Y ALBA AYALA GARCÍA (2012). “Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos”. Informes Portal de Mayores, nº 131.

ALUSTIZA GALARZA, AINHOA Y JULIO PÉREZ DÍAZ. (2010). “Familia, envejecimiento y discapacidad en España”. Papers, vol. 95, nº 3: pp. 673-700.

ANCIZU, ICIAR Y MARÍA TERESA BAZO. (2004). “El papel de la familia y los servicios de mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada”. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, nº 105: pp. 43-77.

ANTARES CONSULTING (2010). Sostenibilidad financiera del sistema sanitario. 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto. http://www.antares-consulting.com/es_ES/main/detallepublicacion/Publicacion/2/apartado/H/idUnidad/3, acceso 13 de diciembre de 2013.

ARRIBA GONZÁLEZ DE DURANA, ANA Y FRANCISCO J. MORENO FUENTES, (2009). El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos, Madrid: IMSERSO.

BARRIGA MARTÍN, LUIS A. (2012). Presupuesto Públicos y financiación de la ley de dependencia. Informe del Observatorio Estatal de Dependencia (Junio 2012). Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. <http://ep00.epimg.net/descargables/2012/08/02/855eb4490c1ca08ce1d22f390d473a86.pdf>, acceso 1 de agosto de 2012.

BAZO, MARÍA TERESA (2008). “Personas mayores y solidaridad familiar”. Política y Sociedad, vol.45, nº. 2: pp. 73-85.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE) (1990). “Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas”. BOE nº 306 de 22/12/1990: pp. 38246-38251.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE) (2006). “Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”. BOE nº 299 de 15/12/2006: pp. 44142-44156.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE) (2007). “Real Decreto 614/2007 de 11 de Mayo sobre nivel mínimo de protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantizado por la Administración General del Estado”. BOE nº 114 de 12/5/2007: pp. 20601–20602.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE) (2007). “Real Decreto 615 /2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia”. BOE nº 114 de 12/5/2007: pp. 20602–20605.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE) (2007). “Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia”. BOE nº 138 de 9/6/2007: pp. 25256–25259.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE) (2012). “Ley 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012”. BOE nº 156 de 29/06/2012: pp. 46432–46935.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE) (2012). “Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de Julio de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad”. BOE nº 168 de 14/07/2012: pp. 50428–50518.

CASADO, DEMETRIO. (Dir.) (2004). Respuestas a la dependencia. La situación en España. Propuestas de protección social y prevención, Madrid: Editorial CCS.

DEL PINO, ELOÍSA Y MARÍA JOSEFA RUBIO LARA (2013). Los Estados del bienestar en la encrucijada, Madrid: Tecnos.

ESPING ANDERSEN, GOSTA. (2010). Los tres grandes retos del bienestar, Barcelona: Ariel.

Gómez Redondo, Rosa. (Dir.) (2011). Salud, Demografía y sociedad en la población anciana, Madrid: Alianza Editorial.

FUNDACIÓN EDAD Y VIDA (2012). Reflexiones para una mejora organizativa de la atención social y sanitaria de la cronicidad y dependencia. http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CD0QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.edad-vida.org%2Ffitxers%2Fpublicacions%2FReflexiones_0212.pdf&ei=z1KvUs2nHYmShQf394GgBA&usg=AFQjCNHx1N5lkihrOVMF8lzWSIDXCGPh7A&sig2=cExCw6Lh3WA1qCzHsIVg&bvm=bv.57967247,d.ZG4, acceso 13 de diciembre de 2013.

IMSERSO (2005). Atención a las personas mayores en situación de dependencia. Libro Blanco. <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>, acceso 12 de septiembre de 2012.

IMSERSO (2012). “Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos”. Informes Portal de Mayores, Junio 2012, nº 131.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (Periodo: tercer trimestre 2012). Encuesta de población activa (EPA). www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa_0412.pdf, acceso 23 de noviembre de 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (2009). Boletín informativo INE. Encuesta de discapacidad. <http://www.ine.es/revistas/cifraine/0209.pdf>, acceso 7 de septiembre de 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (2013). Esperanza de vida al nacimiento. <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?per=12&type=db&div=i=IDB&idtab=43>, acceso 7 de Julio 2013.

GÓMEZ REDONDO, ROSA Y ELENA ROBLES GONZÁLEZ. (2010). “Distribución geográfica de las personas mayores en España: La huella demográfica en el espacio durante el siglo XX”, Panorama social, nº 11: pp. 24-47.

IZQUIERDO, JUAN DE DIOS Y RUBÉN TORRES (2010). Estado y sistemas de Bienestar. Madrid: Ediasa.

JACOB, RALF. (2010) “Presentación del Informe Demográfico 2008 de la UE y la nueva comunicación de la comisión sobre envejecimiento”, Revista del Ministerio de Trabajo e inmigración, Extra: Seguridad Social: pp. 69-96.

MARTÍN PINDADO, LUIS. (2007). “La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Las personas mayores”, Revista de Trabajo y Asuntos Sociales, nº 70: pp. 71-79.

MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL (2013). Guía Laboral-Convenio Especial con la Seguridad Social. http://www.empleo.gob.es/es/Guia/texto/guia_13/contenidos/guia_13_36_1.htm, acceso 29 de abril de 2013.

NAVARRO, VICENÇ, JUAN TORRES LÓPEZ Y ALBERTO GARZÓN ESPINOSA (2011). <http://www.vnavarro.org/wp-content/uploads/2011/10/hayalternativas.pdf>, acceso 25 de abril de 2013

OBSERVATORIO ESTATAL PARA LA DEPENDENCIA (2012). Informe: Impacto económico de la ley de dependencia. Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. <http://www.directoressociales.com/documentos/novedades-en-discusi%C3%B3n.html>, acceso 28 de noviembre de 2012.

OBSERVATORIO ESTATAL PARA LA DEPENDENCIA (2012). IX Dictamen del Observatorio de la Dependencia. Asociación de directores y gerentes de servicios sociales. <http://www.directoressociales.com/documentos/dictamenes-observatorio.html>, acceso 9 de octubre de 2012.

OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES (2009). Las personas mayores en España. Informe 2008. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social. <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2008/index.html>, acceso 9 de septiembre de 2012.

OCHANDO CLARAMUNT, CARLOS (2002). El Estado de Bienestar. Barcelona. Ariel Practicum.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU) (2008). Word population prospects: The 2008 revision. New York. <http://esa.un.org/unpp>, acceso 5 de noviembre de 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) y Grupo del Banco Mundial (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>, acceso 31 de octubre de 2012.

PARSONS, TALCOTT (1966). La estructura social de la familia. Barcelona. Ediciones Península.

RAMÍREZ NAVARRO, JOSÉ MANUEL (2011). "Impacto sobre el empleo del Sistema de Dependencia", CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa, nº 71, pp: 77-100.

REQUENA Y DÍEZ DE REVENGA, MIGUEL. (2010). "Los cambios familiares en España y sus implicaciones", Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración, Extra: Seguridad Social: pp. 47-68.

SÁNCHEZ PÉREZ, MARÍA CARMEN (2007). "Retos de la calidad de los servicios en el Sistema de Autonomía y Atención a la dependencia", Revista de Trabajo y Asuntos Sociales, nº 70, pp: 135-151.

SÁNCHEZ VERA, PEDRO (1996). "Tercera y cuarta edad en España desde la perspectiva de los hogares", REIS, Nº 73, pp: 57-80.

SÁNCHEZ VERA, PEDRO Y MARCOS BOTE DÍAZ (2008). "Redes sociales y familia en España. Consistencia y debilidades". Portularia, vol. VIII, nº 1, pp: 197-213.

SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD) (2011). Datos estadísticos del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. Periodo 2007-2013. IMSERSO. http://www.dependencia.imserso.es/dependencia01/estadisticas/inf_gp/2012/index.htm, acceso 15 de noviembre de 2012.

SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD) (2012). Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre la 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. http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/documentos_de_interes/evalres_2012/index.htm, acceso 28 de noviembre de 2013.

SOLANO LUCAS, JUAN CARLOS. (2014) "Notas críticas sobre el envejecimiento sociodemográfico de España". (Pendiente de publicación).