
Longevidad y dependencia. La nueva contingencia del siglo XXI

*Longevity and long-term care. The new contingency
of the twenty-first century*

Este trabajo destaca la importancia de la protección social de la dependencia. Analiza la naturaleza, desarrollo, impactos y limitaciones de los sistemas europeos de Cuidados de Larga Duración (CLD). A continuación, se analiza el desarrollo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) de España a lo largo de diez años (2009-2018), considerando el sistema de gobernanza, la estructura de las prestaciones y su sostenibilidad financiera. Finaliza el trabajo destacando los retos de futuro del SAAD en base a un modelo centrado en la persona dependiente orientado a mejorar la acción protectora con especial referencia a la atención domiciliaria y comunitaria y, por último, comprometido con la reducción de los desequilibrios territoriales.

Lan honek mendekotasunaren babes sozialaren garrantzia nabarmentzen du. Iraupen luzeko Europako zaintza-sistemen izaera, garapena, inpaktuak eta mugak aztertzen ditu. Jarraian, Espainako 2009-2018 urteetan Autonomiaren Aldeko eta Mendetasunari Arreta Eskaintzeko Sistemak izandako garapena aztertzen da, gobernantza-sistema, prestazioen egitura eta finantza-iraunkortasuna kontuan hartuta. Amaitzeko, Mendekotasunari Laguntzeko Zerbitzuaren etorkizuneko erronkak azpimarratzen dira. Mendeko pertsona ardatz duen eredu bat du oinarri; helburua babes-ekintza hobetzea da, eta etxeko eta komunitateko arretari aipamen berezia egiten dio. Azkenik, lurraldeen arteko desorekak murrizteko konpromisoa jasotzen du.

This work highlights the importance of social protection of Long Term Care. It analyses the nature, development, impacts and limitations of LTC European systems. The development of the Spanish LTC system (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, SAAD) over ten years (2009-2018) is then analyzed, taking into account its governance system, the structure of benefits and its financial sustainability. This paper concludes highlighting the future challenges of SAAD based on a model centered on the dependent at improving protective action with particular focus on home and community care and, last but not least, committed to reducing territorial imbalances.

Índice

1. Introducción
2. Contingencia de dependencia: protección e inversión social
3. Las políticas de Cuidados de Larga Duración de los países de la Unión Europea. La construcción desigual de sistemas accesibles, asequibles, de calidad y sostenibles
4. El Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia de España (SAAD): 2009-2018
5. Conclusiones

Referencias bibliográficas

Palabras clave: cuidados de larga duración, servicio de ayuda al domicilio, refamiliarización.

Keywords: long-term care, home care service, re-familiarisation.

Nº de clasificación JEL: I12, I18, J14

Fecha de entrada: 02/07/2019

Fecha de aceptación: 21/09/2019

1. INTRODUCCIÓN

En el debate académico, institucional y profesional es aceptado desde hace tiempo que el envejecimiento es un éxito, en la medida en que ha aumentado la esperanza de vida en los países del Norte global y, al mismo tiempo, ha tenido lugar una mejora creciente de la calidad de vida de las personas mayores favoreciendo el envejecimiento activo. Vivimos más años y con mejor calidad.

Pero, como la gran mayoría de los procesos sociales, el envejecimiento es un campo social ambivalente en cuanto que una mayor longevidad implica el riesgo de pérdida de autonomía y la necesidad de apoyos para realizar actividades básicas de la vida diaria. Así, longevidad y dependencia forman parte de una misma realidad social: éxito y riesgo, y como tal debe ser contemplada en el análisis social y en las consecuencias que de este devienen para las políticas públicas.

La dependencia es un riesgo que siguen asumiendo en gran medida las familias y hogares en los diferentes países de la Unión Europea (Pacolet, 1999; Ranci y

142

Pavolini, 2013), y que hasta ahora recae mayormente sobre las mujeres. Seguramente el rol de cuidados de la familia seguirá siendo central, si bien cambiarán su naturaleza, estructura y modos de reparto de la carga. Esto seguramente será así en la medida en que vienen a coincidir la demanda social –el deseo de las personas que necesitan apoyo personal y/o instrumental de ser cuidados por familiares y allegados– y la oferta –una reorganización interna en la estructura de solidaridad de los hogares–. Dicho de otra manera, ante el impacto personal y familiar que conlleva la dependencia se ha ido consolidando una doble tendencia: el deseo mayoritario de las personas en situación de dependencia de ser cuidadas en el domicilio hasta donde sea posible y una redistribución de la carga de los cuidados entre hombres y mujeres, así como un nuevo contrato entre generaciones que redistribuya más equitativamente dicha carga.

Pero esto no es suficiente para afrontar la extensión del riesgo, ya que este se ha convertido en un riesgo extenso e intenso a lo largo de las últimas décadas en los países más desarrollados. La respuesta institucional, residual hasta muy recientemente, a la necesidad de la protección de este riesgo ha dado un giro hacia modelos de cobertura universal.

Constituye un debate estéril analizar qué ha sido lo determinante en la transformación del riesgo de dependencia en una contingencia social, si la demanda social o el sistema de oferta de cuidados. Existe una interrelación mutua. Sin embargo, hay que destacar que la valoración de los costes de oportunidad que los cuidados suponen para las mujeres en general y para la mujer trabajadora en particular, ha sido el acelerador social que ha impulsado la transformación de sistemas asistenciales de atención a la dependencia en sistemas públicos que, en el ámbito de la Seguridad Social o como sistema generalista, se han ido constituyendo en un nuevo pilar de protección social en base a un derecho que, en general, tiende a constituirse como un derecho de naturaleza subjetiva. Es lo que denominamos políticas de Cuidados de Larga Duración (CLD) y que no es sino una forma de socialización parcial de la contingencia de dependencia.

La socialización completa del riesgo es excepcional y solo tiene lugar en casos de personas en situación de dependencia sin recursos económicos y apoyos familiares. En general, esta contingencia conlleva costes directos (horas de cuidado, atención sociosanitaria, prestaciones monetarias públicas y gasto de los hogares) e indirectos (coste de oportunidad de amplio rango y costes sanitarios en que incurre la persona cuidadora).

Los cuidados personales son complejos y requieren programas de prevención (hasta hoy con un papel menor en las políticas públicas), de rehabilitación y de cuidados y acompañamiento personal. Sus fronteras con la atención sanitaria son porosas, como lo son con programas de adecuación del hogar a los requerimientos de la atención personal y con diseños de tecnologías de teleasistencia. Igualmente, y de

manera particular, los CLD están relacionados intensamente con los programas de formación de las cuidadoras y cuidadores informales, así como con la formación y empleo de los cuidadores profesionales, ya que los cuidados se evalúan por su calidad y por la centralidad de las personas cuidadas en el proceso del cuidado (Martínez Buján y Martínez Vito, 2015).

Esta nueva política o pilar de protección social es, por tanto, una contingencia sui géneris que, en el caso de España, se encuentra aún en un proceso de construcción institucional, profesional y social. Estamos inmersos en un proceso de adaptación y aprendizaje, también de relativa convergencia europea en cuanto a los mejores diseños posibles, institucionales y operativos y nuevas formas de gobernanza y sostenibilidad de las políticas y programas de CLD.

Este trabajo tiene como objetivo general contribuir al debate sobre cómo dar las respuestas más efectivas y eficientes a una contingencia que forma parte desigual de los sistemas de nacionales de protección social en el ámbito europeo y que será crucial para lograr una adecuada calidad de vida de las personas en situación de dependencia y sus cuidadores/as familiares y profesionales.

De manera concreta, este trabajo pretende dar respuesta tentativa a tres preguntas: ¿cuál es la naturaleza social e institucional del riesgo de dependencia?, ¿cuáles son los modos de gobernanza más adecuados para hacer accesibles, asequibles, de calidad y sostenibles los CLD? y ¿es sostenible el Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia de España (SAAD)? La respuesta a los dos primeros interrogantes es de carácter general y tiene como referencia las experiencias del Modelo Social Europeo (MSE) de protección social a la dependencia o CLD (LTC, acrónimo en inglés).

Para dar respuesta a estos interrogantes, en el apartado segundo destacamos la naturaleza social e importancia institucional del riesgo de dependencia desde la lógica de que estamos ante un reto de inversión social en calidad de vida, de reforzamiento de los sistemas de protección social y de creación de empleo. En el tercer apartado se detallan algunas de las lecciones que pueden ser extraídas del desarrollo de los sistemas de CLD, es decir, describimos y valoramos algunas de las tendencias o ejes impulsores que favorecen sistemas eficaces de gobernanza en CLD y sus principales líneas de regulación, financiación, provisión y medida de su impacto final. En el apartado cuarto analizamos el desarrollo del Sistema español de autonomía y atención a la dependencia (SAAD) desde 2007 hasta la actualidad, destacando sus fortalezas y debilidades. Finalmente, en las conclusiones destacamos para el debate algunas líneas de intervención pública que pueden reforzar el SAAD como herramienta de respuesta a la contingencia social de la dependencia que, seguramente, será la contingencia que en este siglo demande mayores esfuerzos de innovación social y organización protectora, sin considerar obviamente la importancia de los sistemas públicos de pensiones y la problemática de los sistemas sanitarios.

2. CONTINGENCIA DE DEPENDENCIA: PROTECCIÓN E INVERSIÓN SOCIAL

La respuesta a la dependencia supone para las personas afectadas, sus familiares cuidadores y, de manera creciente, para las administraciones públicas un coste, pero también un beneficio en mejora de calidad de vida, en creación de empleo y en generación de productos de apoyo instrumental y tecnológico.

En cuanto al coste económico y social, la dependencia implica no solo un gasto público social y sanitario, sino también los copagos de las familias, el coste del tiempo y los costes de oportunidad y sanitarios asociados a los cuidados informales. Como beneficio, hay que considerar la mejora de la calidad de vida de la persona en situación de dependencia, de sus cuidadores/as y del reforzamiento de la cohesión social. Pero también la inversión en empleo, directa (empleo profesionalizado) e indirectamente (mediante medidas de conciliación del empleo y los cuidados informales) y los valores añadidos que supone la mejora en la coordinación de servicios sociales y sanitarios e, incluso, de su posible integración.

Esta contingencia, hay que recordarlo, tiene rasgos diferenciales de otras contingencias de la protección social (caso de atención sanitaria, las pensiones, la prestación por desempleo o por hijo a cargo), como señalamos a continuación.

En primer lugar, su claro sesgo de género. Las mujeres predominan como colectivo objeto de cuidados y como cuidadoras informales y profesionales. En segundo lugar, la provisión de esta contingencia es, a la vez, informal y formal; desde el punto de vista de atención formal intervienen, sobre todo, los servicios sociales, comunitarios (servicio de ayuda a domicilio o SAD, teleasistencia o STA y centros de día y de noche) y residenciales (sobre todo, residencias de crónicos y con graves problemas cognitivos). Tercero, aunque recorre todas las edades, el mayor volumen, casi la mitad de la población que accede a la contingencia, se concentra en la población de 80 y más años; la dependencia depende en gran medida del estado de salud o años sin discapacidad (Abellán *et al.*, 2017; Abellán *et al.*, 2018)¹ (los programas de prevención desde la infancia serán claves para vivir años sin discapacidad y, por tanto, sin necesidad de ayuda personal); pero también depende de la capacidad para llevar una vida independiente, aunque se sufran limitaciones funcionales. Cuarto, la respuesta a la contingencia no solo es función de factores institucionales sino también culturales en su más amplio sentido, ya que los cuidados forman parte de los modos de vida, tradiciones, culturas y compromisos generacionales, que varían entre países.

¹ En España, la esperanza de vida saludable o sin discapacidad crece lentamente o muy poco a partir de los 65 años. Según los análisis de Abellán *et al.*, en 2004 el número de años de esperanza de vida libre de discapacidad era de 9,8 y 9,6 años respectivamente para hombres y mujeres; en 2014 era de 10,1 y 9,5 años para hombres y mujeres, en este último caso con un cierto empeoramiento.

Estas son las razones de por qué los CLD son una contingencia sui géneris y, por ende, el porqué de su diversidad nacional e, incluso dentro de los países, entre regiones. Rasgos, todos ellos, destacados por instituciones y expertos durante el período álgido de la crisis (European Commission, 2013 y 2014; Huber *et al.*, 2010; Rodríguez Cabrero y Marbán, 2013; Social Protection Committee and European Commission, 2014).

Aunque las diferencias institucionales nacionales en la respuesta a la dependencia son variadas, existe un amplio común denominador en la respuesta al riesgo, que podemos caracterizar sintéticamente del modo siguiente:

- Un creciente envejecimiento de la población en general y, en particular, una creciente longevidad.
- Una cultura consolidada de vivir en casa cuanto sea posible (es decir, la capacidad del denominado *age-in-place*) con apoyos combinados formales e informales.
- El predominio de sistemas mixtos de provisión de servicios en los que intervienen de manera complementaria, sustitutiva y/o competitiva el sector público (sobre todo, regional y local), la economía social y la empresa mercantil.
- La tendencia hacia una coordinación, cuando no integración, de los servicios sociales y sanitarios implicados en la respuesta a la situación de dependencia.
- La combinación de prestaciones en servicios y monetarias, en este último caso como compensación al cuidado informal o para la compra de servicios privados cuando no existe oferta pública cercana o para facilitar la libertad de elección mediante el cheque servicios u otras fórmulas de acceso. Obviamente, las combinaciones nacionales, como veremos en el próximo epígrafe, son muy variadas y están muy ligadas a los modelos o tipos de régimen de bienestar existentes en el MSE.

Pero la contingencia de dependencia es también una forma de inversión social, de acuerdo con la lógica trazada por la Comisión Europea (European Commission, 2013) y destacada por diferentes expertos (De la Porte y Natali, 2018; Ferrera, 2017; Guillén y Luque, 2019). La lógica de inversión social aplicada al gasto público social tiene una dimensión defensiva o justificativa en contextos políticos en los que predominan políticas de ajuste fiscal y de externalización al mercado de la producción de determinados servicios. Pero también tiene una dimensión positiva, en cuanto que el gasto público social es inversión en sus diferentes modalidades (Guillén y Luque, 2019), bien sea para crear capital humano o *stock* (gasto educativo y en políticas activas), como inversión de flujo (para facilitar la conciliación de los cuidados y el empleo, caso de las políticas de dependencia) o como amortiguador de los impactos de la crisis y la pobreza (sistemas de renta mínima). En el caso de la atención a la dependencia, estamos ante una inversión de amplio impacto ya que combina la inversión de flujo con la amortiguación de los efectos de la longevidad.

Esta lógica recorre las diferentes políticas sociales (Rodríguez Cabrero *et al.*, 2015; Rodríguez Cabrero, 2018; Del Pino, 2014). En el caso concreto de la contingencia de dependencia, una vez que se constituye en un sistema de cobertura universal, articulando servicios y prestaciones monetarias, tiene que establecer una gobernanza eficaz y garantizar una financiación suficiente y sostenible, con el fin de reforzar la triple dimensión de la contingencia: protección social eficaz, creación de empleo y conciliación del trabajo y vida personal con los cuidados.

3. LAS POLÍTICAS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN DE LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA. LA CONSTRUCCIÓN DESIGUAL DE SISTEMAS ACCESIBLES, ASEQUIBLES, DE CALIDAD Y SOSTENIBLES

En este apartado ofrecemos una panorámica de las políticas de CLD en la UE. Por una parte, destacamos la recomendación de la construcción europea de una estrategia integrada de protección social y CLD a partir de una convergencia cognitiva (experiencias y saberes compartidos), programática (la aprobación del Pilar Europeo de Derechos Sociales) y, en menor medida, institucional en el diseño de las políticas y su concreción en programas o sistemas de protección social de CLD. Después, valoramos en qué medida se está produciendo una convergencia en cuanto al desarrollo de sistemas que cumplan las características básicas de cobertura universal, asequibilidad, calidad y sostenibilidad financiera e institucional. Finalmente, destacamos los retos que afrontan los países del MSE para hacer posible que la contingencia de la dependencia se integre plenamente en el sistema de protección social y abandone el lugar subordinado y desigual que actualmente ocupa en no pocos países.

3.1. De trayectorias institucionales divergentes a la construcción de un objetivo común: el Pilar Europeo de la Dependencia

Los CLD forman parte de la Estrategia Integrada de protección social y entre sus principios orientadores están los de garantizar el acceso a las personas en situación de dependencia a los cuidados personales necesarios, evitando la desigualdad y la pobreza; adaptar la contingencia a las necesidades y preferencias de las personas con el objetivo de lograr la máxima calidad de los cuidados; y prevenir la dependencia promoviendo estilos de vida saludables, con el soporte de una gobernanza coordinada y un uso sostenible de los recursos.

Los Ageing Report de 2015 y 2018 y sobre atención sanitaria y CLD de 2016 (European Commission, 2015, 2016 y 2018) estiman que la población de personas dependientes mayor de 65 años se incrementará de 42 a 52 millones y que la población de beneficiarios, igualmente, se incrementará de 19,5 millones de personas (2016) a 32,5 millones (2070). Este hecho por sí solo nos ofrece una información de partida que da medida de su importancia actual y futura.

Al igual que las pensiones y la sanidad, la dependencia forma parte de los escenarios de población potencial dependiente, población beneficiaria y gasto público

necesario estimado por la propia Comisión Europea. Su coste es función de: la tasa de envejecimiento, la tasa de dependencia, la combinación entre cuidados formales e informales, del respectivo peso de los cuidados domiciliarios/comunitarios e institucionales o residenciales y de los costes unitarios del cuidado.

Las políticas de protección social son nacionales, pero la Comisión Europea y el Comité de Protección Social han favorecido una lógica de convergencia por comparación aproximada: es el llamado Método Abierto de Coordinación (MAC). En el caso de los CLD, esta aproximación es particularmente compleja ya que estamos ante modelos mixtos en los que se entrecruzan la protección social y los cuidados informales con una extensión e intensidad diferencial según las distintas tradiciones culturales.

En todos los modelos tiene una presencia central el control familiar de los cuidados; lo que cambia es el modo de su intervención, dándose combinaciones variadas que van desde la dirección y el control hasta la prestación directa de apoyo personal. Dicho de otra manera, el tipo de régimen de bienestar o combinación específica de Estado, mercado, hogares y sociedad civil nos permite diferenciar entre modelos de CLD (Rodríguez Cabrero, 2011).

Como impulso de la estrategia europea de integración de la protección social y los CLD, la UE aprobó en noviembre de 2017 el Pilar Europeo de Derechos Sociales. El principio 18 de dicho Pilar² reconoce el derecho social a cuidados de larga duración que sean asequibles y de calidad. El Pilar europeo de CLD supone el reconocimiento formal de la contingencia de dependencia y el derecho a la protección social. El Pilar es un derecho a impulsar los cuidados en los países de la UE, no un derecho subjetivo que se pueda materializar a escala europea, pero sí es un derecho a proteger con una lógica similar. Queda un largo camino por recorrer hasta lograr una convergencia efectiva relativa, ya que los modelos nacionales siguen siendo determinantes en este campo de la política social.

3.2. Una experiencia dual: convergencia cognitiva versus divergencia institucional en el despliegue de la protección de la dependencia

El rol de las políticas públicas en la regulación y financiación de los CLD es en la actualidad determinante para configurar la contingencia de la dependencia. La provisión de servicios es mixta; bien con mayor peso (países del régimen nórdico de Estado de Bienestar), menor (países del régimen continental y mediterráneo) o residual (países del este de Europa) del sector público en la provisión de servicios.

El rol que tienen las prestaciones económicas como compensación del coste de los cuidados no solo forma parte de la tradición de la Seguridad Social o de modelos orientados a los cuidados por familiares (o personas contratadas por estos), sino también de una determinada elección pública, ya que el coste monetario es casi tres

² Principio 18 del Pilar Europeo de Derechos Sociales: «Toda persona tiene derecho a cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular de asistencia a domicilio y servicios comunitarios».

veces inferior al coste de los servicios y no tiene que esperar a los procesos de inversión y puesta en marcha de los servicios.

El gasto público, no el coste total de los CLD, estimado para dar respuesta al problema de la dependencia por parte de los sistemas de protección social y en base a un escenario de referencia (en el que las ganancias de esperanza de vida se reparten por igual entre mejoras en esperanza de vida libre de discapacidad y esperanza de vida con discapacidad) se estima en promedio de la UE en 1,6% del PIB en 2013, con una amplia dispersión entre países. Las estimaciones realizadas para el conjunto de la UE son que dicho gasto crecerá hasta situarse en 2060 en el 2,7%, esto es, un crecimiento del 68%. En el caso de España, las estimaciones para este escenario de referencia son de un gasto del 1% del PIB en 2013 y 2,4% en 2060, es decir, un crecimiento del gasto público del 140% (European Commission, 2015).

Las diferencias de gasto público en CLD varían entre países en función del tipo de compromiso institucional, el papel de los cuidados informales, las políticas de prevención o el impacto de la innovación organizativa y tecnológica aplicada en este sector. Reducir las tasas de discapacidad a edades elevadas y definir una adecuada y efectiva red de servicios sociales domiciliarios son, por ejemplo, factores significativos para contener el gasto. Bajo cualquier supuesto de futuro hay que establecer como principio orientador de las políticas de CLD que la carga de los cuidados informales se reparta equitativamente entre hombres y mujeres y que esta tenga los menores costes de oportunidad, lo que exigirá su articulación con servicios de apoyo y/o sustitución de los cuidados informales.

El rol de las políticas públicas es determinante en este campo. Así, de manera global, los países del régimen de bienestar nórdico han llegado a crear programas de cobertura universal orientados a la provisión de servicios que están incardinados en la red de servicios sociales y en amplia coordinación con el sistema sanitario. Los países del régimen continental o de Seguridad Social han creado una prestación social nueva, financiada con cotizaciones sociales, complementada con impuestos, que combina las prestaciones monetarias con la prestación de servicios. Los nuevos países miembros de la UE del este de Europa se encuentran en una situación de transición, predominando en la actualidad la combinación de los cuidados informales con la asistencia social para personas sin recursos. Finalmente, los países del sur de Europa, con diferente grado e intensidad, están transitando desde modelos de asistencia social a otros de naturaleza universal con combinaciones mixtas en cuanto a provisión de servicios, como es el caso de España, que analizamos en el apartado cuarto.

Por otra parte, todos los modelos con intensidad decreciente de norte a sur en la UE están transitando hacia modelos de atención domiciliaria (servicio de ayuda a domicilio o SAD y servicios de teleasistencia o STA) y comunitaria (centros de día o CD y centros de noche o CN) en detrimento de las residencias, considerados como menos costo-eficientes para situaciones de dependencia moderada y severa, siendo la dependencia grave objeto de intervención residencial o socio-sanitaria. Dicho de otra mane-

ra, la tendencia dominante es hacia la desinstitucionalización por razones de cambios en demanda (guiada, sobre todo, por la preferencia de vivir en el domicilio y en entornos amigables) y de reorganización de la oferta (no solo para dar satisfacción a la demanda sino también para anticiparse a la misma de manera sostenible). Lo que no quiere decir que desaparezca el cuidado informal, sino que se le integra en el modelo general de cuidados y se le apoya mediante diferentes medidas de conciliación y compensación monetaria (Rodríguez Cabrero *et al.*, 2016).

Pero la desinstitucionalización también puede implicar una refamiliarización de los cuidados si no se logran las mejores combinaciones posibles entre necesidad, elección individual, coste y conciliación (Saraceno, 2004). En esta misma dirección, otros autores (Bouget, Saraceno y Spasova, 2017; Bouget, Spasova y Vanhercke, 2017) señalan las tensiones que se producen en el equilibrio entre las demandas de CLD y la disponibilidad de recursos de cuidado familiar y, también, cómo este equilibrio depende del potencial poblacional de cuidadores (factor intergeneracional), de las tasas de ocupación de las mujeres, de la disponibilidad de servicios y de un marco normativo cultural favorable al reparto de la carga de cuidados.

Uno de los principales problemas de los actuales modelos europeos de CLD es la medida de la calidad (*outcomes*) de las prestaciones sociales. La comparabilidad en este campo es problemática y los protocolos de medida son muy diversos entre sí, cuando no inexistentes. La sobrecarga de trabajo asistencial y la dificultad de medir la calidad final son factores que lastran el logro de este objetivo. Valorando el conjunto reciente de la medida de la calidad en atención a la dependencia Spasova, Baeten, Coster, Ghailani y Peña-Casa (2018) afirman que «a pesar de los esfuerzos para mejorar la calidad de los cuidados, sobre todo a través de sistemas de acreditación y la constante mejora de los estándares de atención, la calidad de los CLD es aún un tema problemático en la mayoría de los países de la UE». Falta de recursos, limitada transparencia y una pobre tradición de medida de la calidad en los sistemas de servicios sociales, son algunas de las razones que explican esta situación en la Europa del sur y este, y en menor medida en los países centrales y septentrionales.

Asimismo, los cuidados informales siguen siendo centrales debido al peso de las tradiciones culturales y la limitada oferta de servicios públicos y privados domiciliarios y comunitarios. Las prestaciones monetarias tienen un peso importante ya que suponen un menor gasto público, en comparación con la inversión en servicios, y cuentan con amplio apoyo por parte de las personas dependientes y sus cuidadoras, si bien la baja monitorización o seguimiento de estas prestaciones lastra la evaluación de su efectividad. Sí sabemos, en el caso español particularmente, que existe una limitación en lo que se refiere a la formación y apoyo al cuidador informal. La cobertura de los cuidadores informales por la Seguridad Social, para facilitar su carrera de seguro o no interrumpirla y las excedencias por cuidados en el caso de personas cuidadoras que están integradas en el mercado de trabajo ordinario, son herramientas que facilitan los cuidados informales, que hasta hoy, en su mayor parte, recaen sobre todo en la mujer, ocasionando elevados costes de oportunidad.

Cómo los modelos de CLD de la UE responden a la demanda de acceso a los programas de CLD, cómo se adecúan las prestaciones existentes a las necesidades y si son asequibles, en qué medida son de calidad y cómo se financian de manera sostenible, son preguntas que desbordan este trabajo y que requiere un análisis detallado, tal como ha hecho recientemente la Comisión Europea³.

Finalmente, el coste de la contingencia de la dependencia es financiado de manera mixta. La financiación pública es seguramente la fundamental mediante impuestos generales o mediante cotizaciones sociales. En ambos casos, guiados por una lógica de cobertura universal. El caso de España forma parte del segundo modelo, si bien contempla prestaciones de dependencia de la Seguridad Social. La consideración de la dependencia como una contingencia universal (caso de Alemania, Bélgica o Francia) conlleva la idea de un seguro público financiado con una cotización finalista. Esta lógica, si bien no es dominante, se ha abierto camino progresivamente en el ámbito de la UE.

El copago forma parte del coste total de la atención a la dependencia. La gratuidad total, como antes hemos afirmado, se da en los casos de carencia de recursos y está sometida a un determinado baremo económico y/o patrimonial, con amplia variedad entre países.

A pesar de que el gasto público en atención a la dependencia no es comparable al sanitario y seguramente se podrá contener en los años venideros (si se enfatiza en la prevención y la rehabilitación, compensando de este modo el crecimiento demográfico de la población potencialmente dependiente), sigue siendo objeto de un escrutinio muy superior al de su peso relativo en el gasto público, así como de consolidaciones fiscales que en ocasiones, como veremos en el caso de España, cuestionan su capacidad de respuesta al riesgo. Las evaluaciones de su sostenibilidad financiera suelen ser en ocasiones alarmistas, sin tener en cuenta sus principales efectos como son: la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y sus familiares; el apoyo que los programas de CLD suponen para las políticas de conciliación del trabajo y los cuidados; y su contribución a la creación de empleo y la innovación social y tecnológica.

3.3. Retos similares en contextos socio-institucionales diferentes

Los diferentes documentos de la Comisión Europea sobre CLD (European Commission, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2018) así como los análisis de investigación sobre el impacto de las políticas y prácticas sociales de los cuidados (Ranci y Paolini, 2013; Greve, 2016), vienen a coincidir en que los retos de futuro se centran fundamentalmente en cuatro objetivos:

³ European Social Policy Network (ESPN). Ver informes nacionales sobre *Long-term care* de febrero de 2018 en la web de European Commission (Social Protection & Social Inclusion).

- La mejora continua de la calidad de la atención y el empleo.
- La sostenibilidad financiera.
- La inversión a futuro en prevención o mejora de la esperanza de vida libre de discapacidad.
- Los necesarios avances en el reparto de la carga de los cuidados entre hombres y mujeres.

Dicho de otro modo, adecuación continua a las necesidades de CLD, formas de sostenibilidad financiera e institucional creativas, políticas de envejecimiento activo en su más amplio sentido y avances en equidad de género e intergeneracional. Son cuatro retos que tienen naturaleza propia pero que forman parte de una misma ecuación social de cuidados.

El primer objetivo viene dado por varios factores que van, como hemos señalado, desde las dificultades y/o resistencias a la medida de la calidad como a la existencia de factores que contribuyen a dicho logro. Entre estos últimos están la calidad de la atención domiciliaria (lo que implica un nuevo enfoque centrado en la autonomía de la persona) (Rodríguez Rodríguez, 2013), la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios y, de manera particular, la calidad del empleo que, en sus niveles más bajos (personal auxiliar) suele caracterizarse por deficientes condiciones de trabajo. La nueva demanda social en ascenso, que apoya el reforzamiento de los servicios y apoyos en el domicilio, en coincidencia con los avances en gerontología social y en geriatría, señalan la importancia de este *locus* de cuidados, inscrito a su vez en la red de relaciones y servicios de la comunidad cercana, siendo la residencia la última ratio asistencial.

El segundo objetivo se refiere a la sostenibilidad de los CLD en su sentido más amplio, no solo a la sostenibilidad financiera de los programas públicos sino también al diseño de programas integrados sociales y sanitarios, a la adecuada utilización de la atención informal, al balance entre la atención comunitaria y residencial, a los problemas de sostenibilidad que conllevan las deficiencias de coordinación entre servicios y prestaciones y a la fragmentación territorial que suele acompañar a este tipo de programas, como luego pondremos de manifiesto en el caso español. En este sentido, la vía de hacer sostenibles los programas públicos mediante la utilización abusiva de la atención informal es una vía socialmente regresiva y a largo plazo ineficiente en todas sus dimensiones, particularmente porque implica un freno a la integración laboral de las mujeres.

El logro de la sostenibilidad de los sistemas de CLD, en los nuevos debates, indica la necesidad de combinar una suficiente y adecuada oferta pública de servicios y prestaciones con una producción de calidad de servicios por parte de otros agentes, sin fin de lucro y mercantiles, así como la creación de mecanismos de cohesión territorial. Los sistemas europeos de CLD son, en general, sistemas mixtos debido a la propia naturaleza de los cuidados y a tradiciones institucionales. La necesaria socialización del riesgo demandará nuevas formas de gestión flexible de los sistemas mixtos.

La contención del gasto público directo en CLD ha tendido a reforzar el copago en los sistemas europeos, creando una exclusión social en segmentos medios de renta. Una de las vías para evitar inequidades, además de la protección gratuita de las personas sin recursos, puede residir en la creación de fondos de solidaridad financiados con impuestos, tal como lo hacen en Francia mediante la Contribución Social Generalizada y la Contribución al Reembolso de la Deuda Social. También caben fórmulas que combinen la mejora de la imposición general con nuevos diseños de las cotizaciones sociales para garantizar la financiación de los CLD, como es el caso de países de régimen bismarckiano (Alemania y Austria).

En tercer lugar, las políticas de envejecimiento activo son aquellas que, además, de favorecer regulaciones que entrañen las menores restricciones posibles a la continuidad laboral de las personas en función de sus capacidades y la demanda existente de empleo, promuevan estilos de vida personal y participación social que combinen la mejora de la esperanza de vida libre de discapacidad con actividades socialmente útiles e individualmente satisfactorias. Es una doble inversión en prevención de la dependencia y en mejoras de calidad de vida, así como en promoción del capital social e individual adquirido.

Finalmente, el último objetivo hace referencia a las tensiones que los cuidados crean en la lucha por la igualdad, es decir, en el reparto de los cuidados: quién cuida a la persona dependiente y quién cuida al cuidador/a. Existe un amplio acuerdo en la literatura (Ranci y Pavolini, 2013, Colombo *et al.*, 2011; Martínez Buján, 2014; Martínez Buján y Martínez Virto, 2015) en que los cuidados personales se inscriben dentro de las tradiciones y compromisos de los hogares. El desacuerdo tiene lugar sobre quién cuida, en cómo se reparte la carga de los cuidados. Los programas públicos de CLD se han inspirado, en general, como instrumentos de apoyo a la familia y, bajo ciertas condiciones, como sustitución de la misma. Las tensiones financieras e institucionales que los nuevos programas han generado, a pesar de su relativa dimensión, han conducido a variadas formas de re-familiarización (Saraceno, 2004) y reforzamiento individual del riesgo en detrimento de fórmulas de socialización flexibles. La crisis económica y financiera entre 2008 y 2014, al afectar a la financiación de estos programas, ha provocado una contención de los compromisos públicos y estimulado una apelación a la doble responsabilidad individual y familiar. Este es un debate abierto cuyas implicaciones afectan a la naturaleza institucional de las políticas de respuesta a la dependencia.

4. EL SISTEMA DE AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA DE ESPAÑA (SAAD): 2009-2018

En sus diferentes informes y documentos, la Comisión Europea (European Commission, 2014) «recomienda» que los programas de CLD se caractericen por tres rasgos: a) cobertura universal, b) adecuación a las necesidades de las personas dependientes, asequibilidad y garantía de su calidad, y c) sostenibilidad a largo plazo.

España fue pionera, dentro del régimen mediterráneo de bienestar, en aprobar y aplicar desde el 1 de enero de 2007 una ley que sigue la senda de modelos universalistas, como los del régimen nórdico de bienestar y del régimen continental.

A continuación, describimos y analizamos de manera sintética los 10 años de la historia azarosa de la génesis y aplicación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que inicia su andadura justo cuando se inicia la crisis económica y financiera, de su expansión y crisis entre los años 2011 y 2015. Después, valoraremos su situación actual en cuanto a acceso, cobertura, calidad y financiación. Finalmente, destacaremos algunos de los retos que afronta el sistema para constituirse en una rama de protección social sostenible⁴.

4.1. **Del impulso inicial al descalabro institucional y financiero durante la crisis económica y financiera**

La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, comúnmente conocida como «Ley de Dependencia» (en adelante LAPAD) fue aprobada en España en diciembre de 2006 (Rodríguez Cabrero, 2004; Rodríguez Rodríguez, 2006) dando origen a la creación del SAAD tras un período relativamente corto de debate, iniciado con el Plan Gerontológico Estatal en 1992 seguido del Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO, 2004). Un amplio elenco de actores sociales e institucionales promovieron el debate y el impulso hacia un nuevo desarrollo de la protección social (Marbán, 2012).

La nueva regulación de la protección de la dependencia es consecuencia de un doble proceso: a) europeización creciente de las políticas sociales, y b) necesidad de ordenación y racionalización de los esquemas y programas existentes en los servicios sociales, el sistema de Seguridad Social (contributivo y no contributivo) y programas específicos como son los que protegen a personas con discapacidad (caso de la ley de integración del minusválido (LISMI) de 1982. En este sentido, la LAPAD tiene como doble valor añadido institucional la ordenación de la acción protectora de las distintas situaciones de dependencia (contribuyendo también a la reducción del gasto sanitario) e, indirectamente, la expansión del Estado de Bienestar, si bien, como veremos, los problemas que tuvo que afrontar desde sus inicios, de gobernanza y financieros, fueron importantes. Uno de ellos fue su incardinación en la rama o sistema de los servicios sociales autonómicos y municipales, lo cual creó tensiones organizativas y financieras (Casado, Fantova y Vilá, 2019), que también tienen lugar en aquellos modelos donde se produce dicha incardinación, caso de Italia (Arditti y Aguilar, 2017).

⁴ Aunque la ley de la dependencia inicia su aplicación el 1 de enero de 2007, este año es de desarrollo normativo y 2008 de desarrollo institucional y prestacional, a modo de primera fase de desarrollo del SAAD. Es a partir de 2009 cuando puede considerarse que el SAAD se consolida y expande, con el impulso institucional y financiero de la Administración General del Estado a través del IMSERSO. Teniendo en cuenta estas consideraciones, el análisis abarca el período 2009-2018.

El crecimiento económico y la creación de empleo en servicios sociales y socio-sanitarios fue uno de los grandes argumentos justificativos de la nueva política de CLD, además de la específica acción protectora de las personas en situación de dependencia (Díaz y García, 2015; Herce *et al.*, 2006; Rodríguez Castedo y Jiménez Lara, 2010).

El objetivo estratégico era el diseño y aplicación de una acción protectora, pensando en el impacto del envejecimiento y de la dependencia, para las décadas que llegan hasta la mitad del siglo XXI.

Entre su inicio en enero de 2007 y el primer impacto de la crisis financiera, en el caso de España, a partir de mayo de 2010 el sistema va a tener un extenso e intenso despegue a pesar de que el impulso inicial (Cobo, 2009; Jiménez Lara, 2015; Rodríguez Cabrero y Marbán, 2013; Marbán, 2019) venía condicionado por tres factores que tensionaron su despliegue: un problema general de gobernanza, las dificultades de su sostenibilidad financiera, y las tensiones de su incardinación en el sistema de servicios sociales (que debido a la creciente demanda social causada por la crisis se ve relativamente desbordado por la puesta en marcha de un sistema que exigía garantizar el derecho a la acción protectora).

El SAAD es un sistema de protección a la dependencia de naturaleza universal, basado en el derecho subjetivo, en el que el acceso se apoya en una valoración técnica sociosanitaria de la situación dependencia, diferenciada por grados y niveles. Este sistema cubre una parte de los cuidados reconociendo y apoyando mediante servicios (objetivo primordial), prestaciones económicas y pago de cotizaciones sociales al cuidador no profesional, en su gran medida familiar. Este sistema se basa en la cooperación entre la Administración Central (AGE) y las Comunidades Autónomas (CCAA), siendo los Ayuntamientos puerta de entrada en el sistema y en el de oferta de servicios sociales comunitarios, sin que ello suponga su reconocimiento institucional a nivel general del sistema (a nivel de las Comunidades Autónomas este reconocimiento varía en función de su mayor o menor protagonismo en la provisión de servicios sociales domiciliarios y comunitarios).

Los diferentes análisis sobre el desarrollo del SAAD (Comisiones Obreras, 2017; Marbán, 2019; Marbán y Rodríguez Cabrero, 2017; Rodríguez Cabrero *et al.*, 2018), su financiación (López Casanovas y del Pozo Rubio, 2011; Montserrat, 2014 y 2015, a-b), y evaluación (Comisión Expertos, 2009; Asociación de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales, 2017, 2018 y 2019; Jiménez Lara, 2015) ponen de manifiesto que la nueva regulación era necesaria para dar respuesta a la contingencia de la dependencia (calificada en la literatura como nuevo riesgo, a pesar de ser un riesgo «viejo» o propio de la existencia humana) pero que, al mismo tiempo, su diseño e implementación eran complejos por la variedad de tradiciones protectoras y cuidadoras concurrentes (asistencial, contributiva, informal), por la diversidad de actores participantes en su diseño e intereses en liza (sindicatos, empresarios, profesionales sociales y sanitarios,

proveedores de diferente naturaleza, asociaciones de afectados) canalizados en parte a través de órganos consultivos (comité consultivo y consejos estatales de personas mayores, de personas con discapacidad y de ONG de Acción Social), y por la implicación de los tres niveles de gobierno (central, comunidad autónoma y municipal), estando los dos primeros coordinados a través del órgano de gobierno denominado inicialmente Consejo Territorial del SAAD, posteriormente integrado con el sistema de Servicios Sociales bajo la denominación de SISAAD (Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia).

La organización de la gobernanza es la que, desde el inicio de la aplicación del SAAD, exigirá los mayores esfuerzos para articular la cooperación institucional, técnica y financiera entre la AGE y las CCAA. La gobernanza se basa en un sistema de cooperación cuyo fundamento es la confianza institucional, ya que el sistema conjuga la competencia exclusiva en servicios sociales de las CCAA con la competencia estatal de garantizar las condiciones que aseguren la igualdad en el acceso al sistema y en la percepción de prestaciones básicas.

En relación con lo anterior, uno de los motivos iniciales de tensión en el SAAD, no resuelto aún hoy, es el que se refiere a la interpretación de si el nivel mínimo de financiación a cargo de la AGE es el 50% del total de la financiación pública o si, por el contrario, el 50% solo se corresponde con el tramo del nivel mínimo de financiación, quedando el resto de la aportación pública a cargo de la CCAA (sin considerar el copago). Un segundo problema de disenso es que la financiación del nivel mínimo no está relacionada con el coste de los servicios y prestaciones, sino con cuantías per cápita diferenciadas por grados y niveles. Como consecuencia de este disenso las CCAA tuvieron que asumir progresivamente el grueso de la financiación pública, compensada en parte por la transferencia de servicios sociales ya realizados en los años precedentes y por el nivel de financiación adicional o convenios entre la AGE y las CCAA para la financiación de servicios (artº 32.3), congelado desde julio de 2012 hasta la actualidad.

Entre enero de 2007 y finales de 2011 tuvo lugar una amplia e intensa expansión del SAAD, acompañada de un elevado compromiso financiero por parte de la AGE en esta fase inicial, de modo que se produjo un fuerte crecimiento de la población reconocida como dependiente con derecho a una prestación y de la población beneficiaria que efectivamente recibe una prestación, tal como se puede comprobar en el cuadro nº 1, aunque el desequilibrio temporal entre reconocimiento y acceso efectivo a la prestación generó desde el primer momento una lista de espera prácticamente crónica.

Este esfuerzo inversor inicial del gasto público entre 2007 y 2011 casi se duplicó. Según diferentes estimaciones (Montserrat Codorniu, 2014; IMSERSO, 2011), el gasto público evolucionó desde un 0,32% del PIB en 2007 al 0,64% en 2011. El esfuerzo tuvo lugar tanto desde el lado de la AGE como desde las CCAA, si bien el mayor esfuerzo lo asumieron progresivamente estas últimas.

Cuadro nº 1. VOLUMEN DE PERSONAS VALORADAS COMO DEPENDIENTES, BENEFICIARIAS Y EN LISTA DE ESPERA PARA ACCEDER A LAS PRESTACIONES 2009-2018

(miles de personas al 31 de diciembre de cada año)

	2009	2010	2011	2012	2014	2014	2015	2016	2017	2018
Personas valoradas con derecho a prestación	717	889	1.053,9	996	944	893,7	1.180,4	1.213,8	1.264,9	1.304,3
Personas beneficiarias	463,3	654,5	741,7	765	753,8	745,7	796,1	865,5	954,8	1.054,3
% de Personas en lista de espera para acceder a las prestaciones	35,4	26,4	29,6	23,2	20,1	16,5	32,5	28,7	24,5	19,2

Fuente: Elaboración en base a SISAAD.

Aunque entre finales de mayo de 2010 y finales de 2011 se hicieron algunos ajustes en el gasto en dependencia (Montserrat Codorniu, 2014) debido a la intervención de facto de la troika en la gestión de la crisis financiera española, amplificada por la crisis de la deuda soberana en la UE, es entre finales de 2011 y el verano de 2012 cuando el SAAD sufre unos ajustes en el gasto público que no tienen parangón, en cuanto a cobertura e intensidad⁵, con ningún otro sistema público de bienestar.

La estimación de dicho ajuste cuenta con detallados análisis a los que nos remitimos (Gómez *et al.*, 2012; Montserrat Codorniu, 2014; Oliva, 2014), algunos de ellos cuantificados por el Programa Nacional de Reformas de 2014. Siguiendo esa misma senda de ajuste se ampliará la incompatibilidad entre servicios y prestaciones económicas, justificada por la necesidad normativa de dar primacía a la extensión de los servicios frente a las Prestaciones de cuidados en el entorno familiar (PECEF) o de cuidados en el hogar, que sufrirán de manera muy intensa los recortes de gasto público.

En suma, los cambios normativos y ajustes financieros pueden ser calificados como de auténtico descalabro no solo por la congelación que se produce en la expansión del SAAD y por la regresión en la intensidad protectora, sino también porque se produce en el momento en que el nuevo sistema necesitaba avanzar hasta completar el calendario de su implantación. Dicho de otro modo, entre mediados de 2012 y principios de 2015 el sistema entró en una fase de regresión o ajuste excesivo en relación a la importancia estratégica que tuvo inicialmente la puesta en marcha del SAAD y las expectativas creadas en la población dependiente y la cuidadora.

⁵ RDL 20/2012, de 13 de julio que no solo reduce el gasto público, sino que aumenta el copago hasta topes del 90% y demora hasta julio de 2015 la incorporación de la población con grado moderado, en su nivel más bajo.

Como consecuencia de estos ajustes (Montserrat Codorniu, 2014 y 2015 b; Marbán, 2019; Asociación de Directoras y Gerentes, 2017, 2018 y 2019⁶), aumentan las listas de espera para hacer efectivo el derecho, se pospone la implantación del grado I, se reduce el volumen de beneficiarios con derecho que tienen un mayor grado de dependencia, también se reducen las cuantías de las prestaciones mínimas y se elimina la financiación de las cotizaciones de los cuidadores no profesionales dentro de la PECEF (prestación económica de cuidados en el entorno familiar) y aumentan los copagos (Montserrat Codorniu, 2014).

La PECEF sufrirá por partida doble el ajuste. Es decir, se reduce significativamente la cuantía de la prestación y se establece su incompatibilidad con los servicios, excepto con el servicio de teleasistencia, a la vez que se elimina la financiación de las cotizaciones del cuidador no profesional.

Con ello, se produjo una triple crisis: a) de gobernanza, acelerada por el desconcierto de las CCAA, que tuvieron que hacer un esfuerzo adicional en el contexto de una elevada demanda social en la rama de los servicios sociales, como consecuencia de la crisis; b) de sostenibilidad financiera para mantener y desarrollar el SAAD bajo los parámetros previstos, recurriendo a un mayor copago; y c) como consecuencia, el recurso al racionamiento de las prestaciones y el aumento de tiempos de espera para transitar desde la condición de personas reconocidas con algún grado de dependencia.

4.2. A la reconstrucción y perfeccionamiento del SAAD

A partir de 2015 hasta la actualidad, el SAAD ha seguido una senda de recuperación no exenta de problemas y obstáculos, como señalaremos a continuación. En informes corporativos (Dictámenes XVIII y XIX del Observatorio de la Dependencia de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales, 2018 y 2019) y en trabajos de expertos (Marbán, 2019) se constata que a partir de mediados de 2015 se inicia la lenta recuperación del SAAD, siendo una de sus medidas la extensión de la acción protectora a todo el grado I de dependencia.

Los actores sociales y políticos recobran, con el inicio de la nueva legislatura que se inicia a mediados de 2016, el impulso necesario para impulsar el SAAD y situarlo nuevamente en la agenda política. En este sentido hay que destacar, entre otras, dos iniciativas: una simbólica, como es el Pacto de Estado de la Dependencia con ocasión del décimo aniversario de la aprobación de LAPAD (14 de diciembre de 2016; si bien no contó con el apoyo por diferentes razones del Partido Popular y el Partido Nacionalista Vasco) y la otra, de naturaleza institucional, como es la creación de la Comisión de Estudio del SAAD por parte de la Conferencia de Presidentes de las

⁶ El Dictamen XIX de la ADGSS estima en 5.406 millones de euros los recortes acumulados entre julio de 2002 y diciembre de 2018, que incluyen los recortes en las prestaciones mínimas, la congelación del nivel acordado y la suspensión de las cotizaciones pagadas al cuidador no profesional.

CCAA (creada en febrero de 2017), que supone un paso adelante para valorar los efectos de la política de ajustes y mejorar la gobernanza y sostenibilidad del SAAD.

La salida de la crisis económica y financiera y un nuevo clima institucional han favorecido una recuperación relativa del SAAD. Los recortes no se han recuperado y los impactos sociales negativos que ha generado son irrecuperables, pero un nuevo consenso institucional podría favorecer nuevamente que el SAAD esté en el centro de la agenda política. La recuperación de las cotizaciones para el cuidador no profesional en marzo de 2019 constituye un avance en esa dirección⁷.

El análisis de la evolución del SAAD entre 2015 y 2018 nos permite trazar el siguiente panorama contestando a aquellos interrogantes que hacen referencia a la cobertura del sistema, su naturaleza protectora, financiación y desequilibrios más importantes:

¿Cómo ha evolucionado la población reconocida y población beneficiaria?

La población reconocida con derecho a prestación casi se duplica entre 2009 y 2018 y la población beneficiaria se incrementa entre ambos años un 127,5 % (cuadro nº 1). Sin embargo, ni se ha logrado la cobertura poblacional prevista en el Libro Blanco de la Dependencia (en 2015 la población protegida fue un 57,8% de la población prevista; la previsión de cobertura de casi un millón y medio de personas dependientes para el año 2020 difícilmente se logrará sin un esfuerzo inversor sostenido) (Jiménez Lara, 2014 y 2015). La reducción de la lista de espera de personas reconocidas para acceder de manera efectiva a una prestación durante los años 2012 y 2014 se debe sobre todo a la caída de una demanda desanimada por las mayores exigencias del baremo de valoración de la dependencia, por las listas de espera para acceder a las prestaciones y los crecientes copagos.

A partir de 2015 la lista se incrementará con la nueva expansión de la cobertura de la población moderada. Es a partir de 2017 cuando tiene lugar una reducción significativa de la lista de espera, de la que se beneficiarán sobre todo las personas con dependencia moderada (Grado 1, cuyas prestaciones son más baratas), persistiendo elevadas listas de espera en los grados de dependencia severa (Grado 2) y grave (Grado 3). A finales de 2018, en torno a 250.425 personas estaban pendientes de recibir la prestación.

Por otra parte, la pirámide de personas valoradas con derecho a una prestación permanece casi inalterable durante los años de la crisis, es una pirámide invertida. Con la entrada de población del grado I dicha pirámide se modificará adoptando una forma

⁷ Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación. Disposición transitoria trigésimo primera. Convenios especiales en el Sistema de la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia existentes a la fecha de entrada en vigor del Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación.

troncocónica invertida en la que los tres grados casi se reparten porcentualmente por igual, si bien la población del grado III sigue siendo la más numerosa (cuadro nº 2).

Cuadro nº 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN RECONOCIDA COMO DEPENDIENTE CON DERECHO A PRESTACIÓN (2009-2018)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Personas valoradas con derecho a prestación (miles)	717	889	1.053,9	996	944	893,7	1.180,4	1.213,8	1.264,9	1.304,3
Grado 3 (%)	61,4	55,0	43,2	46,0	47,6	44,4	38,1	37,5	37,6	37,6
Grado 2 (%)	38,5	45,0	41,3	39,7	39,5	39,4	32,3	32,5	32,7	32,9
Grado 1 (%)	-	-	15,5	14,3	12,9	16,1	29,6	30,0	29,7	29,5

Fuente: Elaboración en base a SISAAD.

¿Un sistema de protección en base a servicios y/o prestaciones económicas?

La LAPAD nació con el objetivo de que el SAAD fuera un sistema de protección en base a servicios y excepcionalmente de prestaciones económicas en el entorno familiar (PECEF). Esto no fue posible porque ni había una oferta suficiente de servicios, ni presupuesto para planificar su incremento en el medio plazo, ni cabía imaginar un cambio cultural tan radical como para que las personas dependientes renunciaran a los apoyos por parte de cuidadores no profesionales. Esto requiere de cambios a largo plazo. Hay que considerar también que la PECEF cuenta con un amplio peso en los sistemas bismarckianos de dependencia ya que combina su menor coste en servicios con la atención familiar, con fuerte raigambre cultural.

La prestación económica vinculada a un servicio, en realidad, está asociada a la compra de un servicio residencial, es decir, en la práctica, es un gasto en servicios. Es una prestación concebida para aquellas circunstancias en las que no existe oferta pública de servicios, también proporciona libertad de elección a la persona dependiente. Sin embargo, no existe una evaluación de su impacto que permita, entre otros objetivos, conocer en qué medida el servicio elegido cumple criterios de calidad y asequibilidad económica.

En España, la evolución de las PECEF entre 2009 y 2018 nos muestra una caída significativa de su peso en el total de las prestaciones (51% y casi 31% respectivamente sobre el total de prestaciones en ambos años). Se ha producido un giro relativo hacia las prestaciones en servicios, aunque aún limitado (las prestaciones en servicios en 2009 fueron casi el 42% de las prestaciones; el 58% en 2018).

Dicho giro es debido, sobre todo, al crecimiento del SAD y del STA, también de los centros de día y noche. Un cambio que revela la confluencia de la demanda social en favor de apoyos en el hogar y una oferta que no sigue solo a la demanda expresa o conocida, sino también a que la oferta pública opta por un modelo de atención y apoyo en el que la residencia es el último dispositivo protector cuando el apoyo en el domicilio y la comunidad es menos costo-eficiente. Pero como luego enfatizaremos, el apoyo en el hogar de la persona dependiente supone todo un reto en cuanto al modelo que lo debe inspirar (centrado en la persona y en base a la máxima autonomía posible) y a los recursos de apoyo necesario al cuidador (formación, recursos tecnológicos, sistemas de respiro) (cuadro nº 3).

Cuadro nº 3. DISTRIBUCIÓN DE LAS PRESTACIONES DEL SAAD (2009-2018)

(%)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2001	2018
1. Prestaciones en Servicios										
Prevención y promoción	0,6	1,4	1,8	2,2	2,2	2,5	3	3,6	3,9	3,9
STA	6,7	10,8	13,5	13,5	12,8	12,4	14,1	15,4	15,8	17,8
SAD	10,8	11,6	12,9	13,1	12,8	14,3	14,8	16,0	16,5	17,9
Centros de Día y Noche	5,3	5,7	6,3	6,9	7,4	7,9	8,58,0	7,7	7,2	
Residencias	18,4	15,3	13,3	13,1	13,8	14,6	14,9	14,2	13,3	12,6
Total servicios	41,8	44,8	47,9	48,7	49,0	51,6	55,1	57,2	57,3	58,6
2. Prestaciones económicas										
Vinculada a un servicio	6,9	6,7	6,5	6,7	7,6	7,9	8,4	8,5	9,4	10,9
PECEF	51,2	48,4	45,5	44,5	43,2	40,3	36,1	33,8	32,7	30,8
Asistente personal	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,5	0,6	0,5
Total prestaciones económicas	58,2	55,2	52,1	51,3	51,0	48,4	44,9	42,8	42,7	41,3
1+2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

STA: Servicio de Teleasistencia.

SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio.

PECEF: Prestación económica por cuidados en el entorno familiar.

Fuente: Elaboración en base SISAAD.

¿Por qué es necesario prevenir la situación de dependencia?

Hay que destacar la importancia creciente de la prestación de servicio de prevención y promoción, ya que esto contribuye teóricamente a aumentar los años libres de discapacidad y alejar la dependencia en el tiempo. La evaluación de impacto de esta prestación requiere de análisis sofisticados, por ser sus efectos a largo plazo.

La extensión a toda la población dependiente de la prestación de asistente personal ha sido una decisión positiva que contribuye a la conciliación laboral, sobre todo de las personas con alguna discapacidad, si bien en el caso de España es una prestación que no termina de alcanzar una cierta velocidad de crucero.

¿Es sostenible el SAAD? ¿Qué modalidad de copago es razonable?

La sostenibilidad del SAAD ha estado en el centro del debate desde el primer momento de su implantación. Las dificultades de financiación del SAAD, ampliadas por los recortes presupuestarios, han promovido diferentes estimaciones sobre su coste y la contribución al mismo por parte de las Administraciones y los usuarios. Las diferencias entre estimaciones residen en los precios de los servicios, en las intensidades estimadas de las diferentes prestaciones y en si se incluye o no el copago (aunque este forma parte del coste).

La estimación para el año 2018 de la ADGSS señala que del coste total del SAAD (estimado en 8.252 millones de euros) el 16,1% fue financiado por la AGE, el 63% por las CCAA y el resto, 20,6%, por el copago de los usuarios). Datos que nos señalan el limitado papel de la AGE en la financiación del SAAD, aunque en el período 2007-2011 fue intenso.

El gasto en dependencia se ha duplicado entre 2007 y 2018, estimándose que su peso sobre el PIB ha pasado de ser el 0,32 al 0,68% en 2018⁸, más por la expansión del sistema que por la intensidad protectora ya que el gasto medio por beneficiario ha disminuido con la entrada de la población dependiente moderada y por la reducción de las intensidades horarias en servicios como es el caso del SAD. En este sentido, el SAAD sigue en cierto modo la senda del conjunto del sistema español de protección social: cobertura amplia (con la excepción del desempleo) y baja intensidad protectora. Este modelo tiene como consecuencia, si no se plantean esfuerzos fiscales adicionales, que se produzcan riesgos de asistencialización, abandono del SAAD y esfuerzos de copagos no equitativos.

En este último sentido hay que resaltar la diversidad de copagos existentes en las CCAA y las diferentes intensidades que, en la práctica, permiten hablar de 17 modelos de copagos cuya naturaleza se explica por las tradiciones territoriales de los servicios sociales, diferencias de precios y determinación del copago, no siempre progresivo (Montserrat Codorniu, 2015a; Prada Moraga y Borge González, 2015; Jiménez Martín y Viola, 2017; Del Pozo, Pardo y Escribano, 2017; ADGSS, 2018 y 2019). El sistema de cooperación entre la AGE y las CC.AA. no ha contribuido a reducir la dispersión de los copagos a nivel territorial.

⁸ El peso sobre el PIB es una medida que no refleja totalmente el esfuerzo inversor realizado, es solamente aproximada.

En efecto, las diferencias entre modelos autonómicos en su gobernanza y gestión se extienden no solo al copago sino también a otras variables, como son el grado de cobertura, la lista de espera y la relación entre servicios y prestaciones. Así, en lo referente a la ratio de cobertura hay CCAA (Castilla y León, País Vasco y Castilla La-Mancha) que triplican o más que duplican a otras que ocupan la última posición de la lista (caso de Canarias y Comunidad Valenciana). Esto se refleja también en las listas de espera para acceder a los servicios: en un extremo tenemos Castilla y León con una lista de espera testimonial del 2% y en otro, Cataluña con un porcentaje del 33%. Los factores institucionales y de gestión explican mejor que los financieros estos resultados tan dispares. Dicho de otro modo, la naturaleza y práctica del modelo de gobernanza es la clave explicativa por excelencia de estas disparidades.

¿Qué tipo de trabajo implican los cuidados, qué empleo existe y de qué calidad?

Este interrogante tiene dos dimensiones. La primera se refiere al tiempo informal de cuidados que, aunque suelen hacerse estimaciones fundamentadas (p.e. Durán Heras, 2015), es imposible encontrarlas en la contabilidad nacional. Destacar este olvido es crucial para poner en valor el tiempo de los cuidados y su coste de oportunidad.

La respuesta al segundo interrogante cuenta con estudios de seguimiento y valoración. En general, a nivel de los modelos europeos de CLD, la calidad del empleo en servicios sociales de dependencia, sobre todo los de tipo domiciliario, es deficitaria en cuanto a remuneración, condiciones de trabajo y formación. España no es una excepción (Martín Serrano, 2014; Rodríguez Castedo y Jiménez Lara, 2010; Comisiones Obreras, 2017; Rodríguez Cabrero *et al.*, 2018)⁹. La intensa creación de empleo en este sector no se corresponde con su calidad, sobre todo en el nivel de la atención domiciliaria. Esta situación es consecuencia de varios factores que tienen que ver con: procesos de licitación muy ajustados en precio para las empresas mercantiles o sociales proveedoras que, a su vez, ajustan los salarios para garantizar sus márgenes empresariales; la elevada rotación de la actividad; el tiempo limitado para formación y reciclaje; y contratos a tiempo parcial. Como consecuencia, parte de las profesionales, en su mayoría mujeres, abandonan este tipo de empleo en favor de otros en centros y residencias.

¿Qué tipo de gobernanza caracteriza al SAAD?

El sistema de gobernanza es complejo por la participación de diferentes actores, niveles de gobierno y sistemas de servicios implicados (Marbán, 2015). La dependencia ha formado y forma parte de la acción política y no resulta sencillo aislarla del debate político. Pero a lo largo de este texto hemos destacado la importancia central de la misma. La mejora de la gobernanza tiene diferentes niveles, entre los cuales destacamos tres.

⁹ El sindicato Comisiones Obreras hace un seguimiento de la calidad del empleo en dependencia desde los inicios de la implantación del SAAD.

El primero, es el seguimiento del funcionamiento de la misma observando los distintos modelos europeos ya que en general su configuración es similar al SAAD en cuanto a la estructura competencial, niveles de gobierno, estructura de prestaciones, modo de provisión de servicios y financiación. El seguimiento de las mejores prácticas institucionales y operativas es un nivel de referencia fundamental dada la convergencia relativa en protección social.

El segundo, es la articulación de los dos niveles competenciales: el estatal y el autonómico ya que ambos conforman un sistema estatal de protección. La confianza política es la base de la gobernanza, pero esta también se construye mediante los compromisos financieros y la transparencia en la toma de decisiones y en la gestión de la información. El sistema español de información, el SISAAD, sigue siendo insuficiente ya que no proporciona información sobre el coste de los servicios, el volumen de horas por grado de dependencia, servicios, edades y género. Para lograr esta información hay que recurrir a cada Comunidad Autónoma. El multigobierno es una realidad en la gestión del SAAD, pero queda un largo camino para avanzar en la mejora de su eficacia (ver Arlotti y Aguilar, 2017).

El tercero, es el referente a la coordinación e, incluso, integración de los servicios sociales y sanitarios. Los avances en coordinación han sido importantes en los últimos diez años, favorecidos más por la práctica profesional que por la propia dinámica institucional. Los avances en coordinación están conduciendo a que no sea tan necesario crear una nueva prestación sociosanitaria, aunque se creó en 2003, como seguir avanzando hacia formas de integración de servicios sociales y sanitarios en el ámbito de la dependencia, cuya forma concreta dependerá de cada Comunidad Autónoma.

4.3. Los retos que afronta el SAAD a medio-largo plazo

Los retos que afronta el SAAD no son diferentes de los que afrontan otros sistemas europeos de cobertura universal, al margen de la especificidad a la que nos venimos refiriendo a lo largo de este texto, tal como señalamos arriba (Spasova *et al.*, 2018). Básicamente son: gobernanza, calidad de las prestaciones y del empleo y sostenibilidad financiera e institucional (SEGG, 2017), que consideramos a continuación.

A la gobernanza ya nos hemos referimos antes, pero es necesario insistir en su importancia ya que afecta a la eficacia del sistema. Reforzar el papel del Consejo Territorial de Servicios Sociales y Dependencia es una de las vías; también un papel institucional más destacado de los entes locales (ayuntamientos, diputaciones y cabildos) y un mayor protagonismo de los actores sociales y económicos a través de los consejos consultivos y diferentes plataformas de debate. A los diez años de desarrollo del SAAD cabe preguntarse si no es posible desarrollar una estrategia estatal de convergencia relativa en cuanto a ritmo de cobertura, intensidad protectora y sistema de copagos o si, por el contrario, el SAAD está condenado a seguir la senda de la fragmentación institucional al haberse incardinado en el sistema de servicios sociales.

El segundo reto es el avance, además de la cobertura, en la eficacia y calidad de las prestaciones del SAAD. La tendencia generalizada hacia un sistema de protección centrado en la persona, que da prioridad a vivir en el domicilio, sitúa los servicios de SAD, STA y centros de día en el núcleo de referencia de la actuación pública, de manera particular el SAD (FEMP y Fundación Pilares, 2015; Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, 2017). Lo que es compatible con la mejora y dignificación de las residencias y con el apoyo a las personas que optan por los cuidados a cargo de un cuidador no profesional.

La complejidad de los cuidados exige limitar la incompatibilidad y facilitar la interconexión o combinación flexible entre servicios y prestaciones. En concreto, el desarrollo del SAAD exige reforzarlo mediante una mayor formación de la persona cuidadora, servicios de respiro y apoyo de otros servicios que, en la práctica, ya se ofrecen en el SAAD municipal para personas que no están en situación de dependencia, pero necesitan dicho servicio. Los avances, en calidad, están en el corazón de la agenda política de las instituciones internacionales (OECD y European Union, 2013).

La sostenibilidad financiera tiene como objetivo garantizar que el SAAD tenga una financiación suficiente y a largo plazo. Esta se puede asegurar mediante el recurso a fuentes de financiación garantizadas por el hecho de ser un servicio esencial y reforzarlas mediante fondos de cohesión (como fue el del nivel acordado de financiación desaparecido en 2012), pero también mediante el logro de aquellas mejoras de coordinación institucional y técnica, así como de innovación social y tecnológica, que aseguren procesos de mejora de la calidad de los servicios y en el uso de las prestaciones económicas. Una vez que el derecho de protección social a la dependencia es un derecho subjetivo, la financiación debe garantizarse con aquella suficiencia que no exija al beneficiario un sobreesfuerzo de copago o que se haga a costa de la calidad de las prestaciones. La adecuación o aproximación de las cuantías del nivel mínimo al coste real de las prestaciones, diferenciando servicios y prestaciones económicas, es un paso necesario para la sostenibilidad del sistema y para crear una gobernanza basada en la confianza.

5. CONCLUSIONES

La necesidad de cuidados personales e instrumentales como consecuencia de una situación de dependencia siempre ha existido, forma parte de la realidad socio-biológica. Hasta recientemente, la familia se hacía cargo en casi su totalidad de los cuidados, en concreto las mujeres. Las políticas públicas de respuesta a la dependencia eran de naturaleza asistencial y estaban reservadas para personas sin recursos o con discapacidades graves, originarias o devenidas como consecuencia de una gran invalidez causada por un accidente laboral. La contingencia o protección social de la dependencia ha tenido que extenderse a aquellas discapacidades ocasionadas por el hecho de la longevidad. Como consecuencia, la demanda social de cuidados ha des-

bordado el ámbito familiar para socializar una parte de su coste mediante el concurso de políticas públicas y también ha desbordado la dependencia por causa laboral para extenderse al plano de la longevidad.

Por ello, las políticas y programas de respuesta a la dependencia se extenderán y consolidarán en los años venideros en los diferentes países miembros de la UE como consecuencia de la creciente longevidad y de los cambios en la estructura sociofamiliar de los cuidados informales. La transición hacia modelos mixtos de cobertura pública universal parece que es una tendencia relativamente generalizada, con diferencias notables entre regímenes de bienestar, si bien la crisis financiera parece haber provocado un freno, cuanto no regresión, en su desarrollo en algunos países, como ha sido el caso de España. En todo caso, las transiciones nacionales serán desiguales debido a los diferentes modelos de gobernanza existentes y diversidad de culturas en los sistemas de cuidados.

Son tendencias relativamente comunes en la acción protectora de la dependencia la desinstitucionalización de los cuidados, la apuesta por la atención domiciliaria y comunitaria y la combinación de servicios y prestaciones monetarias.

La crisis económica y financiera, en concreto en el caso español, ha producido una cierta congelación o parálisis en esta rama de protección social entre los años 2012 y 2015, provocando una cierta «refamiliarización» de los cuidados (en parte por el incremento de los copagos) y una protección limitada de las personas con dependencias más graves.

Estos impactos han sido destacados a lo largo de estas páginas mediante referencias a diferentes informes y análisis (ADGSS, 2018; Jiménez Lara, 2015; Montserrat Codorniu, 2014 y 2015; Marbán, 2019; Rodríguez Cabrero *et al.*, 2018), así como recomendaciones de perfeccionamiento y mejora. La salida de la crisis y el relanzamiento del SAAD es una nueva oportunidad para extender y consolidar el sistema de dependencia.

La creciente longevidad, junto a discapacidades que surgen de accidentes de carretera y cardiovasculares, entre otros factores sociales y sanitarios, exige adelantarse al impacto social y económico de la dependencia. Ello será posible mediante la combinación de cuatro políticas: a) prevención y promoción de la salud en todas las edades; b) promoción de una vida independiente, activa y basada en el autocuidado y, si es posible, mediante la extensión de la actividad a las edades propectas; c) avances en la optimización de la combinación de prestaciones en servicios y monetarias, mejora de la calidad y la innovación permanente organizativa y tecnológica; d) un reparto más equilibrado de los cuidados informales en el seno de los hogares entre mujeres y hombres, junto al reforzamiento de políticas de conciliación del empleo y los cuidados.

Estas políticas tendrán que estar orientadas por una nueva filosofía política que sitúe a las personas en situación de dependencia en el centro de la protección social,

de modo que la autonomía personal y la orientación hacia los derechos humanos sean transversales a los programas de prevención y protección. Este enfoque no solo puede ayudar a prevenir la dependencia sino también, cuando esta tiene lugar, puede contribuir a que la respuesta sea más efectiva. A partir de este enfoque pueden ir resolviéndose los problemas crónicos del SAAD antes mencionados sobre gobernanza, calidad de los servicios, prestaciones y empleo, financiación insuficiente y desequilibrios territoriales en cobertura e intensidad protectora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABELLÁN, A.; PÉREZ, J.; AYALA, A.; PUJOL, R.; SUNDSTRÖM, G. (2017): «Dependencia y Cuidados», en A. Blanco, A. Chueca and J.A. López-Ruiz, *INFORME España 2017*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2017, 169-234.
- ABELLÁN, A.; AYALA GARCÍA, A.; PÉREZ DÍAZ, J.; PUJOL, R. (2018): «Un perfil de las personas mayores en España, 2018». Madrid: en Informe, nº 17.
- ARLOTTI, M.; AGUILAR HENDRICKSON, M. (2017): «The vicious layering of multilevel governance in Southern Europe: The case of elderly care in Italy and Spain», *Social Policy and Administration*, 52(3), 2017a, 1-16.
- ASOCIACIÓN DE DIRECTORAS Y GERENTES EN SERVICIOS SOCIALES (2017): Dictamen sobre Dependencia XVII. Observatorio de la Dependencia. Madrid: ADGSS.
- (2018): Dictamen sobre Dependencia XVIII. Observatorio de la Dependencia. Madrid: ADGSS.
- (2019): Dictamen sobre Dependencia XIX. Observatorio de la Dependencia. Madrid: ADGSS.
- BOUGET D.; SARACENO C.; SPASOVA S. (2017): «Towards new work-life balance policies for those caring for dependent relatives?», en Vanhercke B., Sebastiano S. and Bouget D. (eds.), *Social Policy in the European Union: State of Play 2017*, Brussels: European Trade Union Institute and European Social Observatory, pp. 155-179.
- BOUGET, D.; SPASOVA, S.; VANHERCKE, B. (2017): «Work-life balance measures for persons of working age with dependent relatives in Europe. A study of national policies», *European Social Policy Network (ESPN)*. Brussels: European Commission.
- CASADO, D.; FANTOVA, F.; VILÁ, A. (2019): «Los servicios sociales públicos». Documento de Trabajo del VIII Informe FOESSA. Madrid: FOESSA.
- COBO GÁLVEZ, P. (2009): «Génesis y elaboración de la Ley de promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia». *Documentación Administrativa*, Nº 276-277.
- COLOMBO, F.; LLENA, A.; MERCIER, J.; TJADENS, F. (2011): «Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care». Paris: OECD Health Policy Studies.
- COMAS HERRERA, A. (2013): «Dependencia: financiación público-privada y sostenibilidad», *Actas de Dependencia*, 9, 2013, 1-21.
- COMISIÓN DE EXPERTOS (M. Cercherà Maciá; J.A. Herce; G. López Casanovas; G. Rodríguez Cabrero; S. Sosvilla Rivero) (2009): «Informe Preliminar del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva 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». Madrid: IMSERSO.

- COMISIONES OBRERAS (2017): «Cuadernos de Información Sindical. El sistema de protección social en España 2017». Madrid: Comisiones Obreras. Ver Capítulo 4: El sistema de atención a la dependencia, 2017.
- DE LA PORTE, C.; NATALI, D. (2018): «Agents of institutional change in EU policy: the social investment moment», *Journal of European Social Policy*, 25(6): 828-843.
- DEL PINO, E. (2014): «¿Un Estado orientado a la Inversión social? Avances y retrocesos de los gobiernos europeos en relación con el nuevo paradigma del bienestar», *Gaceta Sindical: reflexión y debate*, 22: 141-156.
- DEL POZO R.; PARDO, R.; ESCRIBANO, F. (2017): «El copago de dependencia en España a partir de la reforma estructural de 2012», *Gaceta Sanitaria*, 31(1):23-29.
- DÍAZ, B.; GARCÍA, R. (2015): «La atención a la dependencia como motor de desarrollo económico». *Documentación Social*, 177, 2015, 209-226.
- DURÁN, M.A. (2015): «La otra economía española», en C. Torres (coord.), *Informe sobre la Situación Social de España 2015*. Madrid: CIS, 2015, pp. 472-485.
- EUROPEAN COMMISSION (2013): *Social Investment Package: Long-term Care in ageing societies-Challenges and policy options*. Brussels: EC. SWD 41.
- (2014): «Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society», Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission. Brussels: European Commission.
- (2015): «2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)», Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Brussels: European Commission.
- (2016): «Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability and its country reports», Directorate-General for Economic and Financial Affairs and Economic Policy Committee (Ageing Working Group), Brussels: European Commission.
- (2018): «2018 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2016-2070)», Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Brussels: European Commission.
- FEMP; FUNDACIÓN PILARES (2015): «La situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro». Madrid: Fundación Caser, Federación Española de Municipios y Provincias, Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- FERRERA, M. (2017): «Accelerator and brake? The EU and the difficult politics of social investment», en A. HEMERIJCK (ed.), *The Uses of Social Investment*. Oxford Scholarship Online.
- GÓMEZ, M.; HERNÁNDEZ, J.; MARTÍN, E.; SOSVILLA, S. (2012): «La atención a la dependencia: Estimaciones del gasto presupuestario y de sus efectos macroeconómicos». *Presupuesto y Gasto Público*, 66/2012, 2012, 127-148.
- GREVE B. (ED.) (2016): *Long-term care. Challenges and perspective*. Farnham, Ashgate.
- GUILLÉN, A.M.; LUQUE BALBONA, D. (2019): «La inversión social en España». *Documento de Trabajo del VIII Informe FOESSA*. Madrid: FOESSA.
- GUILLEN, A.M.; RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2015): «Evolución del Estado de Bienestar en España», en Torres Albero, C. (ed), *España 2015. Situación social*. Madrid: CIS, pp. 1019-1030.
- HERCE, J.A.; LABEAGA, J.M.; SOSVILLA S.; ORTEGA C. (2006): «El Sistema nacional de Dependencia: evaluación de sus efectos sobre el empleo y el crecimiento económico». Madrid: IMSERSO.
- HUBERT, M. et al. (2010): «Informal carers: the backbone of LTC». *European Centre for Social Welfare Policy and Research*.
- IMSERSO (2004): «Libro Blanco de atención a las personas dependientes en situación de dependencia en España». Madrid: IMSERSO.
- (2011): «Informe del gobierno para la evaluación de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. (2007-2010)». Madrid: Ministerio De Sanidad, Política Social e Igualdad. <https://goo.gl/kt74op>
- JIMÉNEZ LARA, A. (2014): «Evolución de la población en situación de dependencia: retos y tendencias», *Actas de la Dependencia*, 11, 2014, 5-27.
- (2015): «Valoración de la situación del SAAD y propuestas de futuro», *Documentación Social*, 177, 2015, 209-226.
- JIMÉNEZ MARTÍN, S.; VIOLA, A (2017): «Observatorio de dependencia, segundo informe», *Estudios sobre la Economía Española - 2017/22*, FEDEA.

- LÓPEZ CASANOVAS, G.; DEL POZO RUBIO, R. (2011): «La protección social de los problemas de la dependencia en España», *Actas de Dependencia*, nº 2, p.29-70.
- MARBÁN GALLEGO, V. (2012): «Actores sociales y desarrollo de la ley de dependencia en España», *Revista Internacional de Sociología*, vol. 70, nº 2: 375-398.
- (2015): «La gobernanza del sistema y las diferencias interterritoriales en el SAAD», *Documentación Social*, vol. 177, pp. 37-56.
- (2019): «El sistema español de atención a la dependencia. Ente la recesión y las reformas», en FOESSA: *VIII Informe Foessa. Documento de Trabajo 4.9*. Web Fundación FOESSA.
- MARBÁN GALLEGO Y RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2017): «Servicios sociales y atención a la dependencia», *Gaceta Sindical*, nº 28, pp. 337-354.
- MARTÍNEZ BUJÁN, R. Y MARTÍNEZ VIRTO, L. (coords.) (2015): «La organización social de los cuidados de larga duración en un contexto de austeridad y precariedad». *Zerbitzuan*, 60, p.5-7.
- MARTÍNEZ BUJÁN, R. (2014): «Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145, 2014, 99-126.
- MARTÍN SERRANO, E. (2014): «¿Es todavía posible un sistema de dependencia como motor económico y de empleo?», *Actas de la Dependencia*, 11, 2014, 29-56.
- MONTSERRAT CODORNIU, J. (2014): «El impacto de la crisis en el sistema de atención a la dependencia», en *VII Informe Sobre Exclusión y Desarrollo Social en España*, Documentos de Trabajo, 5,6, 2014.
- (2015a): «El desarrollo de la LAPAD: propuestas para el futuro». *Revista Documentación Social*, 177, 2015a, 181-208.
- (2015b): «Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el sistema de autonomía y atención a la Dependencia: retos del futuro». *Zerbitzuan, Revista de servicios sociales*, 60, 2015b, 9-36.
- OECD; EUROPEAN UNIÓN (2013): «A Good Life in Old Age?: Monitoring and Improving Quality in Long-term Care». Paris: OECD Health Policy Studies.
- OLIVA MORENO, J. (2014): «Sistema de Autonomía personal y atención a la dependencia: análisis y líneas de avance en tres dimensiones». *Actas de la Dependencia*, 12, 2014, 23-45.
- PACOLET, J. (1998): *Social protection for dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway*. Bruselas: Comisión Europea.
- PRADA MORAGA, M.D.; BORGE GONZÁLEZ, L.M. (2015): «Una aproximación al coste de la dependencia y su financiación». *Revista Documentación Social*, 177, 2015, 97-118.
- RANCI C.; PAVOLINI E. (EDS.) (2013): *Reforms in long-term care policies in European countries*. New York, Springer.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004): «Protección social de la dependencia en España». Documento de trabajo 44/2004, Fundación Alternativas.
- (2011): «Los sistemas públicos europeos de atención a la dependencia». *Actas de Dependencia*, p.66-91.
- (2012): «La Ley de la Dependencia: ¿una oportunidad perdida en el desarrollo de los derechos sociales?». *Gaceta sindical: reflexión y debate*, nº 19: 319-338.
- (2018): «Políticas sociales e inversión social en un horizonte de consolidación fiscal y reestructuración permanente del Estado de Bienestar», en G. Jaraíz Arroyo (coord.): *Bienestar social y políticas públicas: retos para pactar el futuro*. La Catarata, 15-43.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G.; MARBÁN GALLEGO, V. (2013): «Long-term care in Spain: Between family care tradition and the public recognition of social risks», en C. Ranci and E. Pavolini (eds): *Reforms in long-term care policies in Europe: Investigating institutional change and social impacts*. New York: Springer, 2013, 201-219.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G.; MORENO, F.J.; ARRIBA, A.; MARBÁN, V.; MONTSERRAT, J. (2015): «ESPN Thematic Report on Social Investment–Spain». Brussels: European Commission.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G.; ARRIBA, A.; MARBÁN, V.; MONTSERRAT, J.; MORENO-FUENTES, F.J. (2016): «Thematic Report on work-life balance measures for persons of working age with dependent relatives». Spain. Brussels: European Commission.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G.; MARBÁN, V.; MONTSERRAT, J.; MORENO, F.J. (2018): «ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care». Brussels: European Commission.
- RODRÍGUEZ CASTEDO, A.; JIMÉNEZ LARA, A. (2010): «Potencial de creación de empleo y otros efectos económicos de la Ley de Promo-

- ción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia». Fundación Alternativas, Documentos de Trabajo 159, 2010.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2006): «El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia». Documento de trabajo 87/2006, Fundación Alternativas.
- (2013): «La atención integral y centrada en la persona». *Papeles de la Fundación Pílares para la Dependencia*, 1, 2013.
- SARACENO C. (2004): «De-familization or re-familization? Trends in income tested family benefits», en Knijn T., Komter. A. (eds.): *Solidarity Between the Sexes and the Generations: Transformations in Europe*. Cheltenham Edward Elgar Publishing, pp. 68-88.
- SOCIAL PROTECTION COMMITTEE AND EUROPEAN COMMISSION (2014): «Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society», Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission. Brussels: European Commission, 2014.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (2017): «Estudio Delphi: Escenarios de futuro de la atención integrada y centrada en la persona». Madrid: SEGG.
- SPASOVA, S.; BAETEN, R.; COSTER, S.; GHAILANI, D.; PEÑA-CASAS, R.; VANHERCKE, B. (2018): «Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies», European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.