

Dependencia, territorio y desigualdad

Rosa Martínez
Susana Roldán
Mercedes Sastre

9.1. Introducción

La atención a las personas dependientes constituye uno de los máximos retos actuales de los Estados de bienestar. La necesidad de garantizar servicios de cuidado accesibles y de buena calidad a las personas necesitadas de ayuda es reconocida en el decimoctavo principio del Pilar europeo de derechos sociales. La actual crisis sanitaria generada por la pandemia de la COVID-19 ha dejado patentes, sin embargo, las deficiencias del sistema de protección vigente, con bajas coberturas, cuidadores desprotegidos y mal remunerados, y un modelo de atención residencial claramente obsoleto que se ha convertido en un acelerador de la letalidad del nuevo virus.

España, un país que inició tardíamente y con grandes dificultades la política de atención a la dependencia, tiene todavía un importante camino que recorrer para configurar el llamado “cuarto pilar” del Estado del bienestar. La necesidad de incrementar la financiación del sistema es un aspecto que suscita acuerdo general, ya que la inversión pública por habitante ronda los 150 euros/año, una cifra muy baja en comparación a otros países europeos. Pero, además, es preciso acortar los plazos de concesión de las ayudas, reequilibrar el sistema en favor de los servicios públicos y revisar el mecanismo de copago. También es necesario que el sistema responda verdaderamente a los principios de universalidad, carácter público, igualdad efectiva y no discriminación consagrados en la ley de dependencia¹.

Es innegable que el sistema de atención a la dependencia incide de manera relevante sobre la distribución de la renta y el bienestar de las personas dependientes y sus familiares, así como el de las personas que les cuidan, y por ende sobre la desigualdad social. Por el lado de la financiación, las estimaciones de Montserrat Codorniu y Montejo Sarrías (2012) señalan que el modelo de copago en vigor² es regresivo, soportando las rentas medias-bajas, proporcionalmente, cuotas más importantes que las rentas medias-altas. Por su parte, los beneficios fiscales relacionados con la edad avanzada, la discapacidad y la dependencia, articulados fundamentalmente a través del IRPF, tienen un coste considerable y un eminente carácter regresivo incluso si no se tiene en cuenta que los individuos en situación de dependencia que no tienen obligación de tributar por el IRPF no se benefician en modo alguno de la mayoría de dichos gastos fiscales.

Determinados aspectos en el diseño del sistema, como la prevalencia de las prestaciones económicas por cuidados en entorno familiar (PECEF), de escasa cuantía y concebidas en principio como residuales, también tienen un importante efecto sobre la equidad, general y de género, puesto que la mayoría de los cuidadores informales son mujeres a las que se ha desprovisto de derechos laborales y sociales básicos. Por su parte, las personas empleadas en trabajos de cuidados en el sector “formal”, en su mayoría mujeres, sufren condiciones de trabajo, en general, precarias.

¹ Artículo 3 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD).

² Regulado por la Resolución de 13/7/2012.

Asimismo, la complejidad administrativa y los largos tiempos de espera —tanto para la resolución de expedientes como para la obtención del cuidado—, además de la existencia de un elevado número de dependientes que no solicitan la valoración —ya sea por desconocimiento del sistema o por las dificultades del mismo—, minan el principio de igualdad reconocido en la ley. Finalmente, la fragmentación y desigualdad territorial en el funcionamiento del sistema es otro de los grandes problemas que impide el logro de esta igualdad efectiva. En definitiva, consideramos que el actual sistema de atención a la dependencia necesita una revisión urgente que tenga en cuenta su impacto sobre la desigualdad y el bienestar de los hogares, proporcione cobertura y atención suficiente a todas las personas que la necesiten, y, como establece la ley en su artículo 3, lo haga en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real.

El presente capítulo presenta un análisis de la realidad actual del sistema español que pone el foco principal en la desigualdad territorial, tratando de desvelar su alcance y consecuencias. Tras un breve repaso del significado de la protección social de la dependencia y las distintas formas de provisión, se expone una visión global del sistema a nivel nacional. A continuación, se aborda el estudio detallado de las diferencias regionales existentes en los principales parámetros del sistema: procedimientos de acceso, cartera de prestaciones y servicios, gasto por beneficiario atendido,

mecanismos de copago y cobertura real. El capítulo se cierra exponiendo las principales conclusiones.

9.2. La atención a la dependencia como cuarto pilar del estado de bienestar

La dependencia genera una imperiosa necesidad de ayuda y cuidados para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Además, y a diferencia de la enfermedad común, las situaciones de dependencia son casi siempre progresivas e irreversibles. Por ello, los cuidados requeridos se denominan de larga duración (CLD).

La necesidad de protección pública en este campo se debe al carácter social del riesgo de dependencia y a la dificultad de cubrir o asegurar por medios privados una situación que resulta por su naturaleza difícil de prever o prevenir y que genera necesidades casi siempre imposibles de sufragar con los ingresos corrientes o incluso con la liquidación del patrimonio acumulado. Este carácter de riesgo “catastrófico” convierte a las políticas de cuidado de larga duración (junto a las de infancia) en un cuarto pilar del Estado de bienestar indispensable en sociedades envejecidas que quieren garantizar un nivel de vida digno a sus ciudadanos en condiciones de equidad³.

Ante la necesidad de desarrollar el cuarto pilar, los países no se encuentran en la misma posición ni han adoptado siempre las mismas estrategias. Destaca, en particular, el liderazgo de los países del norte de Europa, pioneros en

³ Véase Navarro y Pazos (2020) para una propuesta concreta sobre las políticas del cuarto pilar en España.

el desarrollo de las políticas de CLD y que actualmente siguen a la cabeza en recursos dedicados, población cubierta, intensidad/calidad de los cuidados o empleo creado⁴. Según los últimos datos disponibles, Países Bajos, Noruega, Suecia y Dinamarca dedican a esta política entre un 2,5% y un 3,5% del PIB, muy por encima de la media de los diecisiete países de la OCDE con datos (1,7%). En el otro extremo se encuentran muchos países del sur y el este de Europa, caracterizados por modelos tradicionalmente “familiaristas” y desarrollos más tardíos y limitados de los CLD⁵ (gastan el 0,7% del PIB, como España, o incluso menos). En la zona intermedia se situarían casos como Francia (1,9%), Alemania (1,5%) o Reino Unido (1,4%), países con enfoques menos generosos y profesionalizados que los nórdicos, pero con prestaciones más altas que los del sur de Europa⁶.

Existen ciertas tendencias y presiones comunes a los distintos sistemas de CLD. La accesibilidad del cuidado, la adecuación y suficiencia de las prestaciones o la calidad del empleo generado son problemas generales, como también

lo es la sostenibilidad financiera. Una línea de cambio importante se deriva del mayor énfasis en el cuidado de las personas dependientes en entornos de proximidad, que ha supuesto un proceso de “desinstitucionalización” en aquellos países que contaban con mayores ratios de atención residencial (los nórdicos, principalmente). Paralelamente, se pone un mayor acento en la flexibilidad y adaptación de las soluciones a las características y preferencias de los usuarios, en el marco de los modelos de atención centrada en la persona. Este giro, sin embargo, exige dotar al sistema de recursos adicionales para ser viable, algo que no todos los países han hecho⁷.

Otro rasgo común importante es el elevado grado de fragmentación institucional y territorial de los sistemas de CLD, que dificulta la coordinación y también puede generar inequidad. En este terreno, España es señalada a menudo como uno de los países en los cuales el reparto territorial de competencias y financiación origina diferencias importantes en la elegibilidad, la provisión del servicio y los copagos (Spasova *et al.*, 2018).

⁴ Sobre modelos de cuidado de larga duración existe una abundante literatura, aunque no hay un claro consenso sobre la mejor tipología. Pueden verse, entre otros, Comisión Europea (2019), Nagode y Lebar (2019), Spasova *et al.* (2018), Zalakain (2017), Joshua (2017), De la Fuente y Sotomayor (2015), Rodríguez-Cabrero y Marbán (2013), Rodríguez Cabrero (2011) o Camacho, Rodríguez y Hernández (2008).

⁵ También en el grupo de cola se sitúa EE. UU., un país en el cual los cuidados a las personas dependientes se prestan como programa asistencial: el Estado solo se hace cargo del cuidado de aquellas personas que, además de ser dependientes, demuestran carecer de recursos por encima de un cierto nivel.

⁶ Aspecto que se explica por el mayor desarrollo global del Estado de bienestar en estos países, pese a representar distintos modelos de cuidados de larga duración: en Alemania se prima la combinación seguro obligatorio/cuidado informal, mientras que el Reino Unido tiene un modelo liberal que condiciona mucho la prestación al nivel de recursos y Francia canaliza la mayor parte de la ayuda a través de una ayuda personalizada para la autonomía (APA). Véase Martínez, Pazos, Roldán y Sastre (2019) para un mayor detalle.

⁷ Sin recursos adicionales, la desinstitucionalización puede suponer simplemente una mayor carga de cuidado informal para las familias y/o una estrategia de “remercantilización” del cuidado. Existe evidencia de que así ha ocurrido, de hecho, en países como Suecia o los Países Bajos, aunque no en otros como Dinamarca (Spasova *et al.* 2018).

9.3. Desarrollo y diagnóstico global del sistema español

9.3.1. Origen del sistema actual

A mediados de la pasada década, España prestaba CLD a través de una serie de actuaciones heterogéneas a cargo de los servicios sociales, de naturaleza asistencial y baja cobertura. La necesidad de cuidado de las personas dependientes era cubierta casi exclusivamente a través de soluciones privadas y/o cuidado informal en el ámbito familiar, con la participación creciente de un servicio doméstico de origen extranjero contratado en condiciones casi siempre precarias, tras el *boom* inmigratorio experimentado desde mediados de los años noventa⁸. Era un cuidado básicamente informal y altamente feminizado, con muy escasa presencia de la atención profesional y escasa financiación pública. En definitiva, un modelo asistencial residual que no garantizaba el derecho a la atención a la dependencia como un elemento básico de justicia social y conllevaba graves problemas de vulnerabilidad y equidad.

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), implantado en 2007, garantiza, como derecho subjetivo, la provisión pública y universal de cuidados de larga duración a quienes necesitan “la atención de otras personas para la realización de las actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad men-

tal, de otras ayudas para su autonomía personal” (art. 2 LAPAD). Dicha necesidad se evalúa a través de la aplicación de un baremo objetivo que establece tres grados de dependencia según la frecuencia e intensidad de la necesidad de apoyo. Aunque se prevé la participación de los usuarios en el coste del cuidado, se estipula claramente que ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del sistema por no disponer de recursos económicos (art. 33.4 LAPAD).

En lo relativo al reparto competencial, el Estado central establece las condiciones básicas del sistema y centraliza el sistema de información del SAAD (SISAAD), ejerciendo ciertas tareas de coordinación a través del Consejo Interterritorial del SAAD (CISAAD), pero son las comunidades autónomas las encargadas de la regulación concreta y la gestión operativa del sistema (Marbán, 2015)⁹.

Cabe destacar, en todo caso, la diversidad en la situación de partida de las distintas CC. AA. cuando se aprueba en 2006 la LAPAD, con servicios sociales mucho más desarrollados en regiones como Navarra o el País Vasco. Esta disparidad inicial originó diferentes procesos y grados de adaptación a la LAPAD y una diversidad normativa que no está claro hasta qué punto permite ajustar el servicio a las diferentes preferencias y demandas o causa simplemente diferencias injustificadas (De la Fuente y Sotomayor, 2015).

⁸ Abellán, Esparza y Pérez-Díaz (2011), Martínez-Buján (2014).

⁹ Un efecto colateral negativo de la gran fragmentación territorial del sistema ha sido la dificultad para obtener datos fiables y plenamente comparables a nivel nacional, que complica la evaluación de los resultados. Pese a los esfuerzos de mejora, en 2020 sigue siendo arduo conocer a ciencia cierta aspectos tan fundamentales como cuánto cuesta el sistema y quién lo paga.

9.3.2. Fases en el desarrollo del sistema de atención a la dependencia

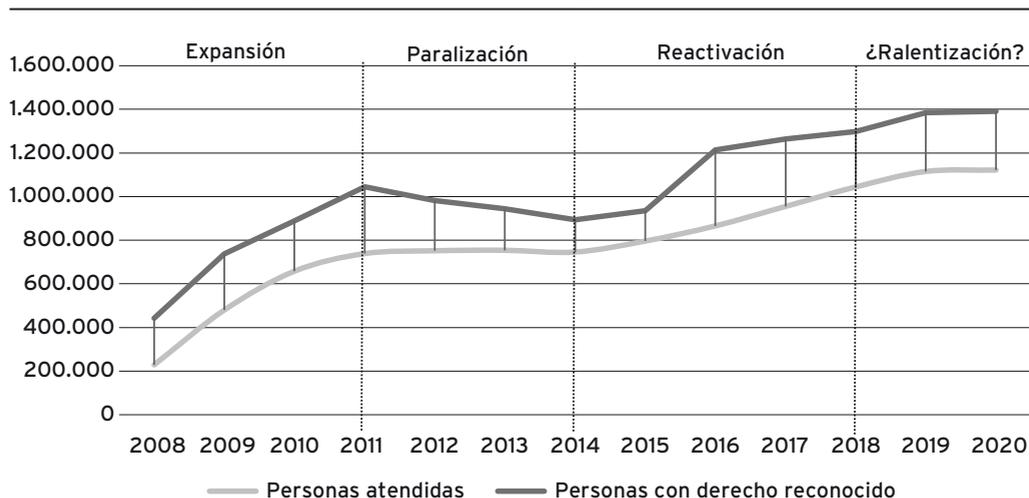
El sistema de atención a la dependencia se implantó de forma progresiva a partir de la entrada en vigor de la ley en el año 2007, con un calendario que sufrió retrasos y recortes debido a su coincidencia con el periodo de crisis económica y a las reticencias políticas de algunos Gobiernos regionales. Al describir el desarrollo del sistema, es usual distinguir varias etapas (Gráfico 1).

La primera fase (2007-2011) recoge el periodo de implantación y supone una importante expansión del sistema, que llega a superar en 2011 el millón de dependientes reconocidos y unos 740.000 atendidos. En esta fase se ponen ya de manifiesto importantes desigualdades regionales, derivadas en parte de las diferencias preexistentes, pero también de la distinta prioridad política

concedida por los Gobiernos regionales a la puesta en marcha del nuevo sistema de atención.

La segunda fase (2012-2014) se caracteriza por una cierta paralización, con un descenso en la financiación del sistema y cambios regulatorios restrictivos encaminados a reducir el gasto (entre otros, disminución de las prestaciones económicas y de las horas de ayuda domiciliaria, introducción de un plazo de carencia de dos años en la PECEF y supresión de la cobertura pública de la cotización a la Seguridad Social de los cuidadores familiares). Estos cambios tuvieron un claro reflejo en los indicadores del sistema: el número de personas con derecho a atención se estancó, al no reponer las altas el flujo de bajas, y la lista de espera se redujo debido fundamentalmente al freno a las nuevas entradas (ADGSS, 2020a).

GRÁFICO 1. Número de personas dependientes con derecho reconocido atendidos y en lista de espera entre diciembre de 2008 y marzo de 2020



Notas: datos a 31 de diciembre salvo para el año 2020 (datos a 31 de marzo).

Fuente: elaboración propia con datos procedentes del Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SISAAD).

La tercera fase (2015-2018) supone una nueva reactivación del sistema, tras el fin del plazo (prorrogado) para la atención de todos los dependientes moderados el 1 de julio de 2015. En esta fase, y coincidiendo con el décimo aniversario de la puesta en marcha del sistema, se publica el informe de la Comisión de Análisis de la situación de la Dependencia, elaborado por encargo de la Conferencia de Presidentes y que trata de reflejar los principales consensos en torno a los problemas del sistema. Paralelamente, en 2016, la mayoría de las fuerzas parlamentarias suscriben el Pacto de Estado por la dependencia, en el que se acuerda un aumento de la financiación y la reversión de algunas de las medidas de recorte implementadas en 2012 (ADGSS, 2020a). Los indicadores del sistema muestran una recuperación que, sin embargo, no es suficiente para absorber la totalidad de la lista de espera. Muchos dependientes siguen falleciendo sin llegar a recibir la prestación o servicio al que tienen derecho, debido a los largos tiempos de tramitación de los expedientes.

Según algunos observadores, el último periodo podría suponer una nueva fase de ralentización, debido al compás de espera impuesto por las sucesivas prórrogas presupuestarias, que han impedido cumplir los aumentos de financiación acordados. Como hace notar la ADGSS (2020a) en su informe de febrero de 2020, al ritmo actual la plena cobertura no se logrará hasta 2022: hay ocho CC. AA. en las que ha subido la lista de espera, el plazo medio de tramitación es de 426 días, muy por encima del máximo de 180 días marcado por la ley, y se estima que en 2019

fallecieron unas 31.000 personas sin llegar a recibir el servicio o prestación reconocidos.

9.3.3. El primer impacto de la pandemia

La crisis sanitaria originada por la expansión del coronavirus ha hecho más visibles las deficiencias del sistema de cuidados. Los datos recientes sugieren efectos importantes al menos en tres ámbitos: las solicitudes recibidas y resueltas, las prestaciones reconocidas y concedidas, y la estructura de las ayudas otorgadas¹⁰.

En los meses transcurridos desde el inicio del estado de alarma hasta finales de septiembre, último mes con datos disponibles al cierre de este capítulo, se ha producido un importante retroceso tanto en las solicitudes como en las resoluciones de expedientes de valoración. La disminución se concentra en los meses de marzo a junio, con un descenso de unas 50.000 personas, y no se recupera entre julio y septiembre (Tabla 1). Esta caída de solicitudes puede responder a una menor confianza en el sistema, especialmente acusada en el caso de la atención residencial, junto a las propias dificultades y retrasos impuestos por la situación de confinamiento domiciliario, pero también influye la mayor mortalidad de los ya registrados en el sistema (las cifras muestran los expedientes activos en cada momento, sumando las altas y restando las bajas mes a mes).

Paralelamente, ha disminuido en casi 34.000 personas el “limbo de la dependencia”, es decir, el número de personas con derecho reconocido a la espera de recibir prestación. Mientras que a finales de febrero casi uno de cada cinco

¹⁰ Para un análisis más detallado véase Sastre, Martínez y Roldán (2020).

TABLA 1. Evolución de las principales cifras de dependencia desde el inicio de la pandemia

| | Febrero | Junio | Septiembre | Variación acumulada | |
|----------------------------------|------------------|------------------|------------------|---------------------|-------------|
| | | | | Absoluta | Relativa |
| Número de personas | | | | | |
| Solicitudes | 1.899.385 | 1.850.322 | 1.844.766 | -54.619 | -2,9 |
| En trámite | 154.277 | 151.106 | 146.990 | -287 | -4,7 |
| Resoluciones | 1.745.108 | 1.699.216 | 1.697.776 | -47.332 | -2,7 |
| Con derecho reconocido | 1.388.714 | 1.347.450 | 1.345.397 | -43.317 | -3,1 |
| Beneficiarios atendidos | 1.120.879 | 1.106.030 | 1.111.492 | -9387 | -0,8 |
| Esperando ayuda ("limbo") | 267.835 | 241.420 | 233.905 | -33.930 | -12,7 |
| Número de ayudas | | | | | |
| Atención residencial | 171.119 | 154.924 | 155.263 | -15.856 | -9,3 |
| Prestación cuidado familiar | 429.060 | 439.579 | 443.907 | +14.847 | +3,5 |
| Atención domiciliaria | 251.812 | 243.917 | 246.743 | -5069 | -2,0 |
| Prestación vinculada al servicio | 152.650 | 153.010 | 154.482 | +1832 | +1,2 |
| Centros día/noche | 96.527 | 93.709 | 90.927 | -5600 | -5,8 |
| Teleasistencia y otras ayudas | 318.820 | 318.327 | 318.177 | -643 | -0,2 |
| TOTAL AYUDAS | 1.419.988 | 1.403.466 | 1.409.499 | -10.489 | -0,7 |

Nota: datos correspondientes al último día del mes.

Fuente: elaboración propia con datos del SISAAD.

dependientes con derecho reconocido estaba en lista de espera, el porcentaje actual ronda el 17%. Pero esta disminución no refleja tanto una expansión del número de beneficiarios (que de hecho ha caído) como el menor número de solicitudes y los numerosos fallecimientos ocurridos en el período considerado. Según el sistema de Monitorización de la Mortalidad mensual (MoMo) establecido por el propio SAAD, se observa entre marzo y agosto un exceso de mortalidad de 36.505 personas, lo que supone un incremento del 37,5% sobre la mortalidad esperada, afectando al 1,92% del total de solicitantes del SAAD. El impacto más acusado se observa entre los dependientes que superan los 80 años y tienen mayor grado de dependencia, y ha sido asimétrico según el tipo de ayu-

da recibida: el mayor exceso de mortalidad es el ocurrido en la atención residencial, con un exceso de fallecimientos de 18.919 personas (un 7,59% del total de personas dependientes atendidas en estos centros).

Todo lo anterior ha tenido consecuencias para la estructura de las ayudas vigentes. Por tipo de prestación o servicio, se aprecia un claro retroceso de la atención residencial, con casi 16.000 usuarios menos en los meses considerados, habiéndose reducido también de forma clara el número de servicios de ayuda a domicilio y la atención en centros de día. Paralelamente, crecen las ayudas para la contratación de servicios privados y, muy especialmente, las ayudas económicas para el cuidado en el entorno familiar (PECEF), con casi

15.000 nuevos usuarios. En definitiva, en el actual contexto de crisis sanitaria, la atención se ha volcado aún más en el cuidado familiar, sin que se aprecien señales del necesario refuerzo de los servicios públicos de atención directa a las personas dependientes¹¹.

9.3.4. La situación actual del sistema de la dependencia: principales problemas

Diversos estudios han analizado los logros y carencias del SAAD tras sus más de diez años de andadura¹². Aunque las valoraciones difieren, existe consenso sobre ciertos problemas que limitan su eficacia. En primer lugar, la necesidad de incrementar la insuficiente financiación pública de la que adolece el sistema, así como de clarificar el reparto de esfuerzos entre Administración central, Administraciones autonómicas y usuarios (copago). Por otra parte, la complejidad administrativa y los largos tiempos de espera entre la presentación de las solicitudes y la obtención del cuidado son problemas recurrentes, a los que se unen la insuficiente cobertura, tanto en términos de extensión como de intensidad protectora del sistema, muy inferior a la requerida para cubrir las necesidades reales de las personas dependientes.

Asimismo, parece claro que la demanda registrada por el SAAD no es un fiel reflejo de las necesidades reales de

atención, debido al fenómeno, cierto pero difícil de cuantificar, de la “no solicitud”. Por su parte, la insuficiente oferta de servicios públicos (residencias, centros de día o atención domiciliaria) que funcionen de forma adecuada y el peso excesivo de las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar generan un modelo de atención con graves carencias. A todo ello se une la excesiva heterogeneidad territorial, que contradice el principio de igualdad al que alude al art. 4.1 de la ley de dependencia y puede generar importantes inequidades.

9.4. Asimetrías territoriales en la atención a la dependencia: ¿dónde estamos y adónde vamos?

Numerosos estudios han puesto el acento en las desigualdades territoriales existentes en la atención a la dependencia, tanto en lo que respecta a la normativa aprobada a raíz de la entrada en vigor de la LAPAD (Tribunal de Cuentas, 2014) como en los resultados en términos de cobertura, listas de espera, gasto por beneficiario, estructura de la cartera de prestaciones o reglas para determinar el copago¹³. Un reciente informe sobre los retos de los sistemas de CLD en la Unión Europea señalaba, entre sus recomendaciones básicas para España, la mejora de la coordinación entre Admi-

¹¹ Ello entrañaría, como señalan algunos expertos, un recorte encubierto adicional de los servicios de atención a la dependencia (Remacha y Oliveres, 2020).

¹² Hemos de destacar los informes elaborados anualmente por la Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, así como los estudios bianuales del Observatorio de la Dependencia publicados por FEDEA y el informe para España elaborado bajo la dirección de Gregorio Rodríguez Cabrero para la Comisión Europea dentro del marco de la European Social Policy Network (ESPN). También de esencial lectura es el informe de la Comisión para el Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia (2017).

¹³ Véanse, entre otros, Jiménez y Viola (2019), AGDSS (2020a y 2020b), Marbán (2015) o FEAPS (2013).

nistración central y Administraciones autonómicas/locales, ya que las diferencias de resultados “son excesivas y generan desigualdades en la cobertura e intensidad de la protección social”¹⁴. Esta mejora es, sin embargo, compleja, dado el modelo de gobernanza altamente descentralizado en el que se inscribió la LAPAD¹⁵.

Pese a la dificultad para obtener datos sobre aspectos importantes de los sistemas regionales de cuidado, se han publicado algunos estudios que investigan la existencia de sistemas de bienestar diferenciados, aunque solo nos consta uno a nivel nacional¹⁶. Martínez-Buján (2014) utilizó la técnica de correspondencias múltiples para agrupar a las regiones en seis modelos territoriales de atención, a partir de indicadores que reflejaban el peso dado a las distintas formas de cuidado (familiar, ayuda a domicilio, cuidador contratado de forma privada). Cabe preguntarse, no obstante, por la vigencia actual de la clasificación propuesta, dado que los datos se refieren a 2008, un momento en el que se estaba aún implantando el SAAD.

Para analizar las desigualdades territoriales en la atención a la dependencia hemos seleccionado cinco áreas que cubren, a nuestro parecer, los aspectos más relevantes para valorar los distintos sistemas de cuidados: (i) acceso al sistema, (ii) *mix* de prestaciones y servicios, (iii) gasto en dependencia, (iv) participación económica del usuario (copago)

y (v) cobertura real. Estos aspectos se analizarán con detalle en los siguientes epígrafes.

9.4.1. El acceso al sistema de atención a la dependencia: casi siempre difícil pero también muy desigual

Puesto que el sistema español condiciona la ayuda a la existencia de un grado de dependencia reconocido, la gestión de las solicitudes (valoración del grado, elaboración del plan individual de atención —PIA—, recepción efectiva de la prestación o servicio) desempeña un papel importante en el inicio del proceso. Si la tramitación de los expedientes es demasiado larga o compleja, como se ha denunciado repetidamente, se crean barreras de entrada que pueden desincentivar o imposibilitar el disfrute del derecho a recibir cuidados.

Las CC. AA. desempeñan un papel fundamental para el reconocimiento de la dependencia y sus prestaciones. La ausencia de reglas homogéneas ha dado lugar a que tanto los procedimientos como los órganos evaluadores varíen¹⁷. La mayoría de las comunidades atribuyen la competencia a los servicios centrales de las consejerías, pero hay excepciones. Por ejemplo, en Ceuta y Melilla se atribuye al Imsero y en el País Vasco las competencias corresponden a las diputaciones forales.

Respecto al proceso, hay comunidades que establecen dos procedimientos diferenciados, uno para el reconocimiento de la situación de dependencia y

¹⁴ Rodríguez-Cabrero (coord.) (2018), p. 14.

¹⁵ En el periodo previo a la aprobación de la LAPAD se debatió intensamente la posible inclusión de la dependencia en el marco de la Seguridad Social, lo que hubiera generado un marco absolutamente distinto en este sentido, como analiza Marbán (2015).

¹⁶ Hay publicados estudios con comparaciones limitadas a ciertas comunidades, como Del Campo, Sánchez y López (2018) o Barbieri y Gallego (2016).

¹⁷ En Cataluña no hay una norma que regule el procedimiento de dependencia en su integridad, lo que dificulta aún más el análisis de la compleja y dispersa normativa sobre dependencia.

otro para el reconocimiento de la prestación, mientras que en otras existe un único procedimiento. La mayor dilación en el proceso cuando se establecen dos procedimientos diferenciados llevó a establecer un tiempo máximo común de seis meses¹⁸ para ambos procedimientos.

Un primer indicador para analizar las posibles desigualdades territoriales en el procedimiento de gestión de la dependencia es el número de solicitudes de valoración de la dependencia resueltas respecto a las solicitudes presentadas en las diferentes CC. AA. Un segundo indicador importante, relacionado con el anterior, es el tiempo medio de tramitación de expedientes¹⁹. Ambos se recogen en el Gráfico 2.

El gráfico muestra elevados porcentajes de resoluciones respecto a solicitudes presentadas en algunos territorios, destacando La Rioja, Madrid, País Vasco y Galicia, con porcentajes próximos al 100%, mientras que en Canarias el porcentaje no llega al 73%. No obstante, hay que señalar que en algunas comunidades no se reconoce la situación de dependencia hasta que la prestación se hace efectiva (p.ej., Andalucía, Canarias y Asturias), mientras que en otras los procedimientos son independientes.

Esto repercute en el cómputo de las solicitudes pendientes de valoración y

del denominado “limbo de la dependencia” (formado por las personas con derecho reconocido a prestaciones que están a la espera de recibirlas), dado que los potenciales dependientes no pueden formar parte de ambas listas hasta que son reconocidos como tales, por lo que la dilación del proceso de reconocimiento influye en las solicitudes pendientes de valoración y en el limbo.

Como era de esperar, las comunidades con mayor porcentaje de solicitudes resueltas tienen también un menor tiempo medio de tramitación de expedientes. Sin embargo, los únicos territorios que cumplen el plazo máximo de seis meses establecido por el Real Decreto Ley 8/2010, de 20 de mayo son Ceuta y Melilla, País Vasco y Navarra²⁰.

En tercer lugar, se considerará el número de dependientes que, teniendo un derecho reconocido, no han recibido prestación con respecto al total de beneficiarios. Esta situación se denomina comúnmente, como ya hemos señalado, limbo de la dependencia (Gráfico 3).

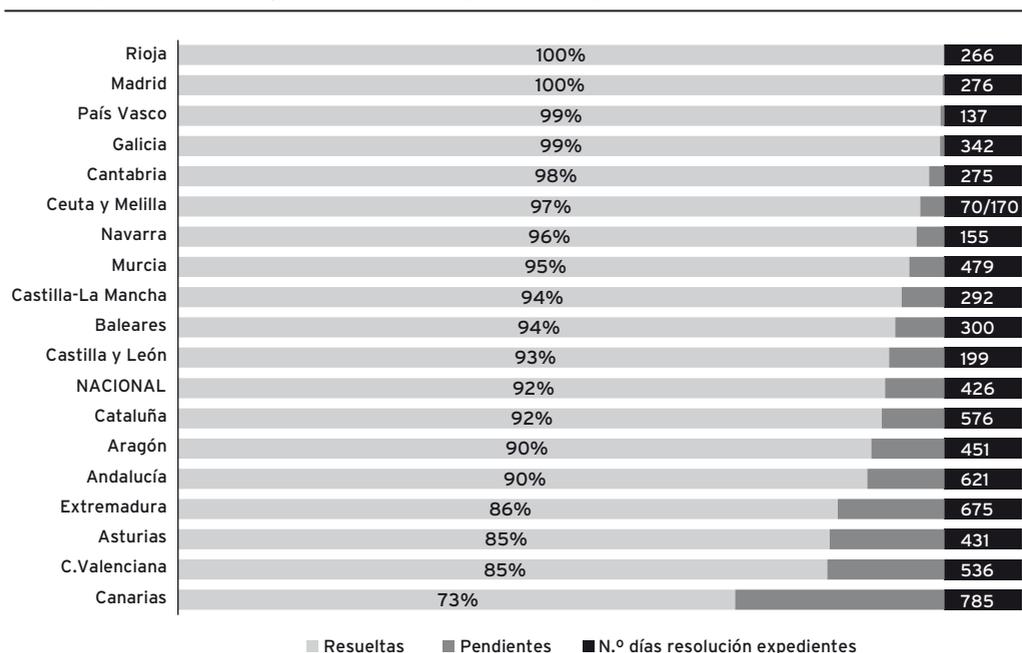
Se constata nuevamente la existencia de importantes disparidades territoriales en este ámbito. Las comunidades con un mayor porcentaje de dependientes a la espera de atención son Cataluña, Canarias, La Rioja, Andalucía y Cantabria, mientras que en Cas-

¹⁸ RDL 8/2010. Existe un plazo máximo de tramitación de seis meses al que se pueden sumar los periodos de suspensión del cómputo del plazo previstos en el artículo 22 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones públicas (p.ej., requerimiento al interesado para la subsanación de deficiencias o la aportación de documentos). Diversos estudios han alertado sobre la necesidad de que las CC. AA. informen al SISAAD sobre los expedientes afectados por estas causas y de cómo estos periodos pueden incidir en el cómputo de la lista de espera (Comisión para el Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia, 2017; Llano, 2014).

¹⁹ El SISAAD no ofrece datos al respecto, por lo que usamos los datos ofrecidos en el XX dictamen del Observatorio, relativos al año 2019.

²⁰ El informe del Tribunal de Cuentas (2014) señaló que, en algunos casos, entre los que estaba Navarra, la fecha de resolución de la prestación coincidía o se aproximaba a la fecha de registro de la solicitud. No hay datos disponibles para poder evaluar este aspecto, pero la demora en el registro de la solicitud puede enmascarar tiempos de tramitación más largos.

GRÁFICO 2. Porcentaje de solicitudes resueltas, pendientes de valoración y número de días promedio en gestionar los expedientes por CC. AA. (2019)



Notas: porcentajes basados en los promedios de personas atendidas el último día de cada mes de 2019.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del SISAAD y ADGSS (2020).

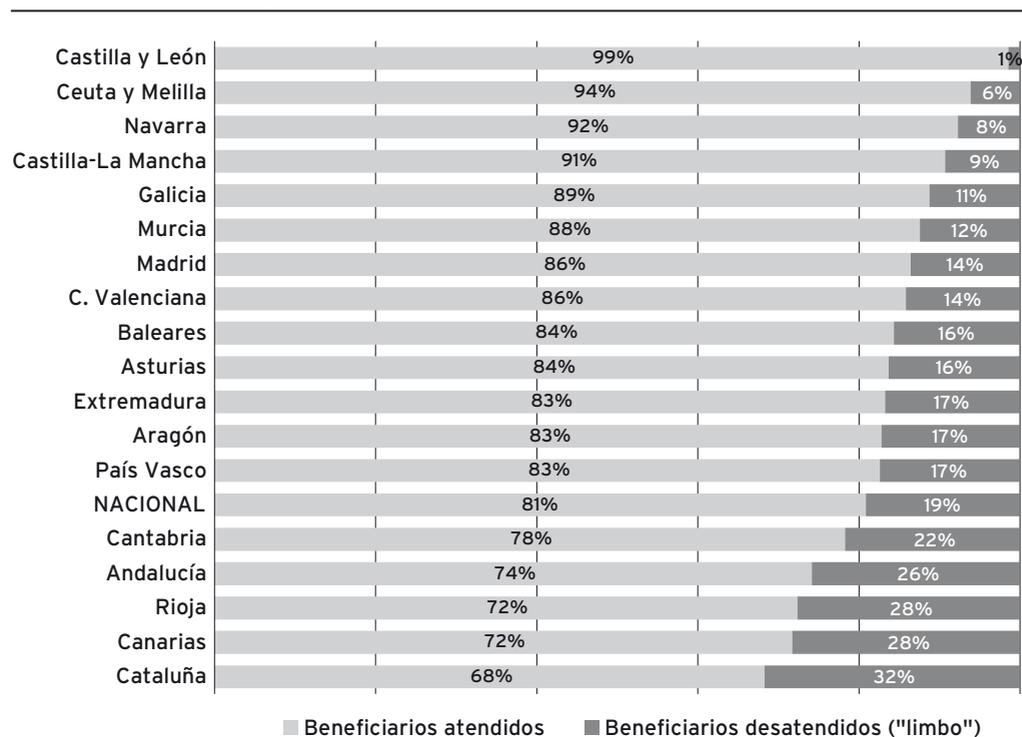
tila y León, Ceuta y Melilla, Navarra, y Castilla-La Mancha la lista de espera es inferior al 10%. En consecuencia, algunas CC. AA. podrían estar incumpliendo los principios de universalidad y acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad promulgados por la Ley 39/2006²¹.

Teniendo en cuenta las tres variables analizadas, las comunidades en las que el acceso al sistema parece ser más deficitario son Canarias, Cataluña y Andalucía, por debajo del promedio nacional en los tres indicadores. Destaca el caso de Canarias, con un 27,3%

de solicitudes pendientes de resolver, un 28,3% de beneficiarios con prestación reconocida en lista de espera y un tiempo medio de tramitación de expedientes de 785 días. Las deficiencias observadas en Andalucía y Cataluña son relevantes, al afectar a un elevado número de personas dependientes. Por su parte, los territorios que reflejan un mejor comportamiento en lo que al acceso al sistema se refiere son Ceuta y Melilla, Navarra, Castilla y León, Madrid, País Vasco, Galicia, Castilla-La Mancha y Baleares. De estas, solamente Ceuta y Melilla, Navarra y el País Vas-

²¹ En la Comunidad Valenciana, con una lista de espera inferior al promedio nacional, puede influir el hecho de que se recoge la posibilidad de que el PIA se emita automáticamente en el caso de que las preferencias del dependiente coincidan con el informe social. En Aragón ocurre lo mismo y su procedimiento recoge la posibilidad de una resolución única en determinadas circunstancias.

GRÁFICO 3. Porcentaje de personas dependientes reconocidas atendidas y a la espera de servicio o prestación (2019)



Notas: porcentajes basados en los promedios de personas atendidas el último día de cada mes de 2019.
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de ADGSS 2020.

co cumplen el requisito legal de resolver en el plazo de seis meses. Castilla y León está muy cerca (199 días).

Las deficiencias en la gestión tienen su origen en la complejidad del procedimiento (la existencia de un único procedimiento o dos procedimientos diferenciados para el reconocimiento del derecho a la dependencia y las prestaciones asociadas) y las salvaguardas legales que permiten su dilación temporal (Murcia y Asturias). La simplicidad del procedimiento, común en las comunidades con una mejor gestión, y el foco en el cumplimiento de los plazos de resolución tienen un reflejo positivo sobre los indicadores analizados.

9.4.2. Catálogo de prestaciones y servicios

El catálogo de servicios del SAAD (art. 15 LAPAD) incluye la teleasistencia, la ayuda domiciliaria y los centros de día y de noche como recursos básicos para facilitar la atención profesionalizada en entornos de proximidad, junto a un régimen de atención residencial para los casos más severos. En ambos casos, los servicios anteriores pueden compatibilizarse con las medidas de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía que se consideren oportunas. La atención debe prestarse en centros públicos o concertados, pero el catálogo incluye una prestación económica vinculada al servicio (PEVS) utilizable

para pagar servicios privados acreditados “únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado” (art. 14.2 y 17.1 LAPAD)²², así como una ayuda para la contratación de un asistente personal (PEAP). El catálogo se cierra con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (PECEF), creada para ser utilizada solo de manera excepcional (art. 18.1 LAPAD), pero que se convirtió rápidamente en la ayuda estrella del nuevo sistema²³.

Diferentes estudios alertan sobre la existencia de disparidades en la aplicación del catálogo de servicios por parte de las comunidades que no se explicarían por la mayor o menor severidad de las situaciones de dependencia atendidas ni por las distintas elecciones de las personas dependientes previstas en la ley (Tribunal de cuentas, 2013; ADGSS, 2020a). Aunque la estructura de la cartera de cuidados puede verse afectada por distintos factores, las disparidades en el peso de la prestación de cuidados en el entorno familiar (PECEF), el recurso a prestaciones económicas vinculadas al servicio (PEVS) como alternativa a la atención directa o el grado de desarrollo de los servicios de proximi-

dad, parecen reflejar distintas visiones regionales del sistema de cuidados.

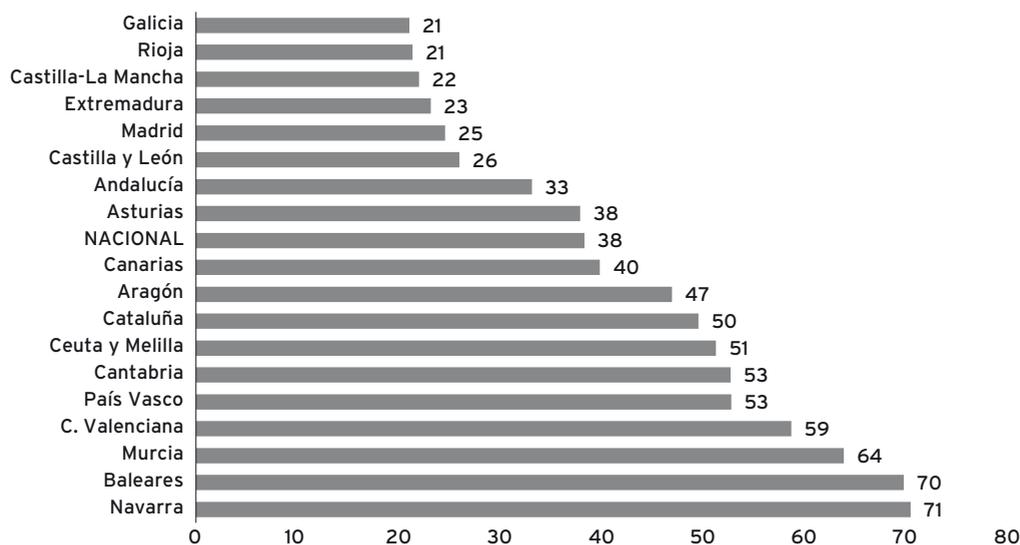
Según su catálogo de prestaciones algunas comunidades muestran un modelo con más orientación al apoyo informal por parte de las familias. Como muestra el Gráfico 4, las comunidades cuyo porcentaje de dependientes atendidos a través de la prestación por cuidados en el entorno familiar es mayor al promedio nacional son Baleares, Navarra, Murcia, Comunidad Valenciana, Ceuta y Melilla, Cantabria, País Vasco, Aragón, Cataluña, Asturias y Canarias.

Dada la configuración legal de la figura del cuidador familiar, como regla general se exige que exista un vínculo matrimonial o relación de parentesco entre el cuidador y la persona dependiente, con limitadas excepciones (RD 1051/2013 art.12.3). Incluso, se prevé expresamente que la persona cuidadora no puede tener la condición de empleado o empleada de hogar (SGPSC Resol 4-2-10). Por tanto, es evidente que su configuración jurídica atribuye a la familia un papel destacado en los cuidados. Sin embargo, estudios como el de Martínez-Buján (2014) mostraron cómo, con datos de 2008, en algunas comunidades (Andalucía, Cantabria, Aragón y Cataluña) la PECEF convivía

²² El art. 14.2 de la LAPAD señala que “los servicios del Catálogo del artículo 15 tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas comunidades autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados”. Por su parte, el artículo 17 apunta que la prestación económica se reconocerá únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado. En los últimos años han crecido en importancia las ayudas monetarias a la contratación de servicios privados, previstas para cubrir situaciones en las que no existe suficiente oferta de servicios públicos o concertados (ADGSS 2020a, p. 26). Aunque ello aporta una solución provisional a las listas de espera para recibir recursos públicos, supone también dejar la atención en manos de empresas del ámbito lucrativo sometidas a criterios de rentabilidad económica y no social.

²³ El cuidado familiar es una solución de bajo coste, pero conlleva elevados costes indirectos y un impacto de género negativo. Máxime cuando la atención por parte de un familiar no es tanto, en general, una opción personal como “una condena a causa de un Estado que no aporta prestaciones y servicios en espacios de libertad y decisión”, en palabras de José Manuel Ramírez, presidente de la ADGSS, en un reportaje publicado en 2019 en el diario *El País* (Ripa, 2019).

GRÁFICO 4. Porcentaje de beneficiarios atendidos a través de la PECEF (2019)



Nota: promedio mensual de personas atendidas en 2019.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del SISAAD.

con una alta participación de las familias en los cuidados, mientras que en otras (Navarra y Murcia) coexistía con un elevado porcentaje de empleadas de hogar contratadas. Otros autores apuntan a la posibilidad de que se contrate al cuidador profesional dentro de la economía sumergida (Martínez-Buján, 2010; Cervera *et al.*, 2009), lo que merecería ser objeto de un estudio más extenso. En cualquier caso, esta prestación se prevé en la Ley 39/2006 como excepcional y sería oportuno que conviviera con servicios profesionalizados para no limitar las posibilidades de elección de la persona dependiente²⁴.

Otras comunidades muestran un catálogo de prestaciones más orientado hacia los servicios. Se trata de La Rioja, Galicia, Extremadura, Castilla y León,

Castilla-La Mancha, Madrid y Andalucía. Dentro de este grupo algunas lo hacen de forma directa, mientras que otras dan mayor protagonismo al uso de la prestación económica vinculada a servicio.

En la Tabla 2 podemos observar rasgos comunes en la cartera de servicios de todas las comunidades. Destaca la escasa utilización de la prestación económica de asistente personal. Hay siete CC. AA. cuyo porcentaje es cero y el resto están por debajo del 0,5%, salvo en dos casos. El 80,7% de las PEAP corresponden al País Vasco, seguido de lejos por Castilla y León (entre las dos suman el 95,3%).

Los servicios de prevención/promoción también son muy escasos. Se utilizan sobre todo en Castilla y León,

²⁴ Además del impacto negativo de género y el coste de oportunidad en términos de mercado de trabajo y los menores retornos fiscales que implica su utilización.

TABLA 2. Porcentaje de beneficiarios que reciben cada tipo de prestación o servicio de atención a la dependencia (2019)

| | Servicios | | | | | Prestaciones | | |
|-----------------|-----------------|------------------|----------------------|----------------|----------------------|--------------|-----------|----------|
| | Ayuda domicilio | Centro día/noche | Atención residencial | Teleasistencia | Prevención/promoción | PECEF | PEVS | PEAP |
| Andalucía | 37 | 6 | 11 | 41 | 1 | 33 | 2 | 0 |
| Aragón | 13 | 5 | 13 | 9 | 12 | 47 | 19 | 0 |
| Asturias | 49 | 11 | 15 | 6 | 31 | 38 | 10 | 0 |
| Baleares | 4 | 6 | 12 | 23 | 14 | 70 | 4 | 0 |
| Canarias | 0 | 21 | 17 | 4 | 1 | 40 | 21 | 0 |
| Cantabria | 8 | 13 | 29 | 13 | 11 | 53 | 0 | 0 |
| Castilla-León | 24 | 8 | 9 | 13 | 14 | 26 | 38 | 1 |
| C.-La Mancha | 27 | 6 | 20 | 21 | 11 | 22 | 13 | 0 |
| Cataluña | 20 | 8 | 22 | 13 | 0 | 50 | 10 | 0 |
| C. Valenciana | 0 | 9 | 15 | 5 | 1 | 59 | 18 | 0 |
| Extremadura | 3 | 7 | 16 | 7 | 5 | 23 | 49 | 0 |
| Galicia | 39 | 12 | 14 | 9 | 8 | 21 | 14 | 0 |
| Madrid | 29 | 11 | 16 | 33 | 2 | 25 | 14 | 0 |
| Murcia | 3 | 11 | 13 | 18 | 11 | 64 | 5 | 0 |
| Navarra | 8 | 2 | 13 | 17 | 7 | 71 | 12 | 0 |
| País Vasco | 11 | 11 | 20 | 26 | 0 | 53 | 2 | 9 |
| Rioja | 42 | 12 | 20 | 28 | 10 | 21 | 12 | 0 |
| Ceuta/Melilla | 33 | 3 | 8 | 23 | 15 | 51 | 0 | 0 |
| Nacional | 22 | 9 | 16 | 22 | 5 | 38 | 13 | 1 |

Nota: promedio mensual de personas atendidas en 2019. La suma horizontal es superior a 100 porque hay usuarios que reciben más de una prestación o servicio.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del SISAAD.

Asturias y Castilla-La Mancha (abarcan el 50% de estos servicios). En el servicio de teleasistencia destacan Andalucía (41% de los usuarios la reciben) y Madrid (uno de cada tres usuarios).

En lo que respecta al resto de servicios, se pueden observar diferentes pautas.

En primer lugar, algunas comunidades han optado por un modelo que otorga prioridad a los servicios básicos de proximidad (atención domiciliaria y centros de día). Se trata de La Rioja, Galicia, Andalucía, Madrid, Ceuta y

Melilla, Castilla-La Mancha y Castilla y León. En Extremadura el porcentaje sería superior al reflejado en la tabla debido al uso mayoritario de la PEVS para este fin (ADGSS, 2020a).

Existen también diferencias regionales en la forma de organizar la ayuda domiciliaria y el acceso a centros de día, que son, junto con la teleasistencia, los servicios públicos básicos para atender a las personas dependientes en entornos de proximidad. En el caso de la ayuda domiciliaria, la legislación estatal prevé una intensidad variable

en función del grado de dependencia: hasta 20 horas/mes para dependientes moderados, 21-45 horas/mes para severos, y 46-70 horas mes para grandes dependientes. Los valores promedio actuales a nivel nacional serían, según ADGSS (2020a), 17 horas al mes para dependientes moderados, 35 horas en el caso de los severos y 54 horas en los de mayor grado. Esta última cifra supone un promedio de 1,8 horas diarias, tanto para la asistencia personal propiamente dicha como la relacionada con las actividades instrumentales (compras, limpieza, etc.). Parece evidente que es un tiempo insuficiente para atender debidamente a personas que “por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial”, necesitan “el apoyo indispensable y continuo de otra persona” (art. 26 LAPAD). Además, la atención no es gratuita, sino que las familias deben pagar una parte del coste, salvo que sus recursos económicos sean realmente bajos (inferiores al IPREM).

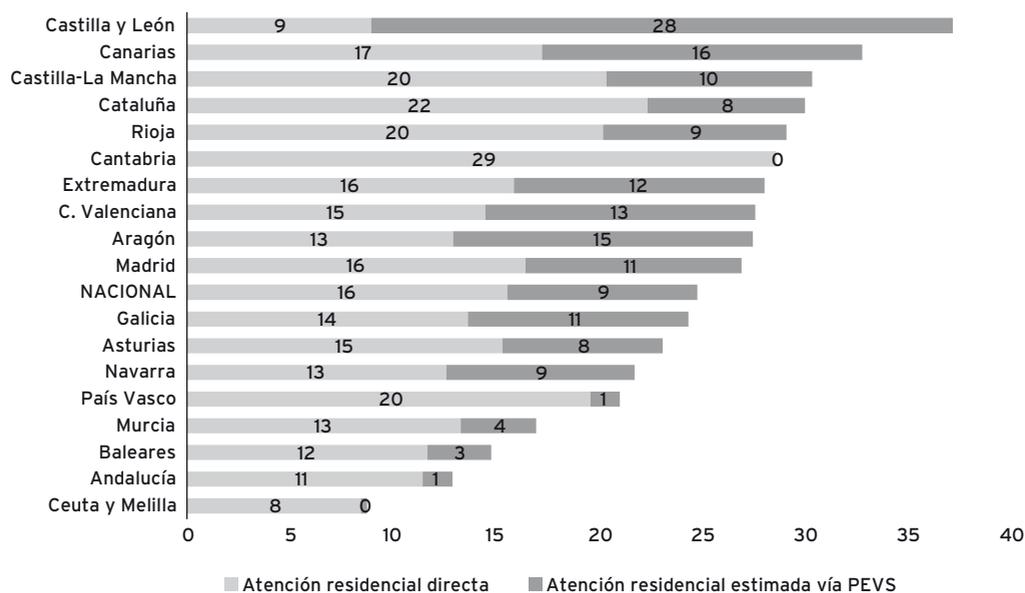
Los centros de día/noche son un recurso potencialmente importante para complementar las horas de ayuda domiciliaria, dadas las bajas intensidades de esta última. Aunque en principio ambos servicios se plantean como incompatibles (al igual que lo serían las prestaciones económicas y los servicios), el artículo 25.bis de la LAPAD abre la puerta a

compatibilizar aquellos servicios y prestaciones que “faciliten la permanencia en el domicilio a la persona en situación de dependencia”, siempre que “la suma de estas prestaciones no sea superior, en su conjunto, a las intensidades máximas reconocidas a su grado de dependencia”. Algunas CC. AA. han permitido de hecho esta compatibilidad, ajustando las horas de ayuda domiciliaria prestada (p.ej., en Castilla-La Mancha se permite la compatibilidad entre la ayuda a domicilio y centros de día para personas con discapacidad), mientras que en otras muchas no está previsto.

Por último, examinaremos la distinta utilización de la atención residencial por parte de las comunidades. Existen dos formas básicas de provisión de este servicio, la atención directa (que debería priorizarse de acuerdo con la ley) y su financiación parcial a través de la prestación económica vinculada al servicio de atención residencial. Actualmente es imposible conocer con certeza el porcentaje de personas dependientes que acceden a residencias a través del SAAD, dado que la PEVS también puede usarse para financiar otros servicios del catálogo²⁵. El Gráfico 5 proporciona una ordenación basada en el supuesto (extraído de ADGSS, 2020a) de que entre el 70% y el 80% de las PEVS se usan para atención residencial salvo en el caso de Extremadura, donde la PEVS se emplea

²⁵ De hecho, no hay siquiera una estadística oficial a nivel nacional sobre residencias, ni sobre el número de personas que viven en ellas, como han resaltado los medios durante la crisis de la COVID-19. El último dato oficial preciso procede del censo de 2011, que no se actualizará hasta 2021. Entre tanto, las principales fuentes de información sobre residencias son la *Estadística de Servicios Sociales dirigidos a las Personas Mayores* elaborada anualmente por el Imsero y la estadística anual sobre residencias elaborada por el equipo de Antonio Abellán del CSIC, publicada a través de los informes de *Envejecimiento en Red*. La estimación más reciente del número de personas que viven en residencias en España arroja una cifra de unas 334.000 personas, 322.000 de ellas mayores de 65 años (Abellán *et al.*, 2020). La edad media de los residentes rondaría los 86 años. Además de las fuentes anteriores, el portal inforesidencias.com recopila datos sobre las residencias privadas adheridas, que reúnen aproximadamente un 38% de las plazas privadas existentes en España según cálculos del propio portal.

GRÁFICO 5. Porcentaje de personas dependientes beneficiarias de atención residencial directa y estimación de las cubiertas a través de la prestación económica vinculada al servicio (2019)



Nota: porcentaje sobre el total de personas atendidas en 2019 (promedio mensual). La categoría Atención residencial estimada vía PEVS muestra las prestaciones económicas vinculadas a servicios que se estima cubren el acceso a residencias (un 75%, salvo en el caso de Extremadura, a la que se asigna un 25%).

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del SISAAD y de ADGSS (2020a).

prioritariamente para financiar ayuda domiciliaria²⁶.

Los resultados sugieren diferentes modelos de atención residencial. Un caso extremo es Castilla y León, que habría conseguido la mayor cobertura nacional en atención residencial a través del uso masivo de la PEVS (un 28% de los beneficiarios accederían a través de la prestación económica, frente a solo un 9% de atendidos directamente a través del SAAD). El modelo opuesto vendría representado por Cantabria, con un 29% de los usuarios atendidos en residencias públicas o concertadas y un nulo uso de la prestación vinculada al servicio. Otras comunidades con usos

elevados de la atención residencial directa son Cataluña, Castilla-La Mancha, La Rioja, el País Vasco, Canarias, Madrid y Extremadura.

El usuario tipo de las residencias es una mujer de más de 80 años que vive en un centro de unas 70 plazas. Un dato significativo es que el 51% de total de plazas se sitúa en macroresidencias con más de 100 camas, aunque los centros muy grandes son algo menos frecuentes en ciertas comunidades (como Cataluña, País Vasco, Asturias o Castilla-La Mancha). La elevada mortalidad en residencias durante la pandemia de COVID-19 avala las tesis de quienes vienen reclamando hace tiem-

²⁶ Véase ADGSS (2020a, p. 25).

po una revisión a fondo del modelo de atención residencial, para hacerlo más seguro, más hogareño, más diverso y más respetuoso con la libertad de elección personal²⁷.

En conclusión, se pueden apreciar claras diferencias territoriales en la aplicación del catálogo de atención a la dependencia que no se explican simplemente por los diferentes grados de dependencia de la población de las comunidades, sino por la aplicación concreta de las políticas sociales que se han hecho en cada comunidad y, acaso, por la posible repercusión en la financiación que suponen las diferentes opciones. Hay comunidades que presentan una cartera basada fundamentalmente en los cuidados familiares y otras con una cartera de prestaciones orientada a los servicios residenciales y de proximidad. Dentro de estas algunas dan prioridad a la prestación económica vinculada al servicio mientras que otras utilizan en mayor medida la red de centros públicos y concertados para la provisión de los servicios de cuidado.

9.4.3. Desigualdades regionales del gasto en dependencia

El gasto en atención de la dependencia es, en España, inferior a la media de la OCDE, además de muy dispar territorialmente. Por otra parte, se desconoce la aportación exacta que hacen los pro-

pios usuarios, debido a las lagunas y heterogeneidad de los datos suministrados por las CC. AA. Ante la falta de datos oficiales sobre el coste global del sistema de dependencia (y su distribución por agentes), nos basamos para este apartado en las estimaciones suministradas para 2019 por el informe territorializado del XX Dictamen del Observatorio de la Dependencia²⁸.

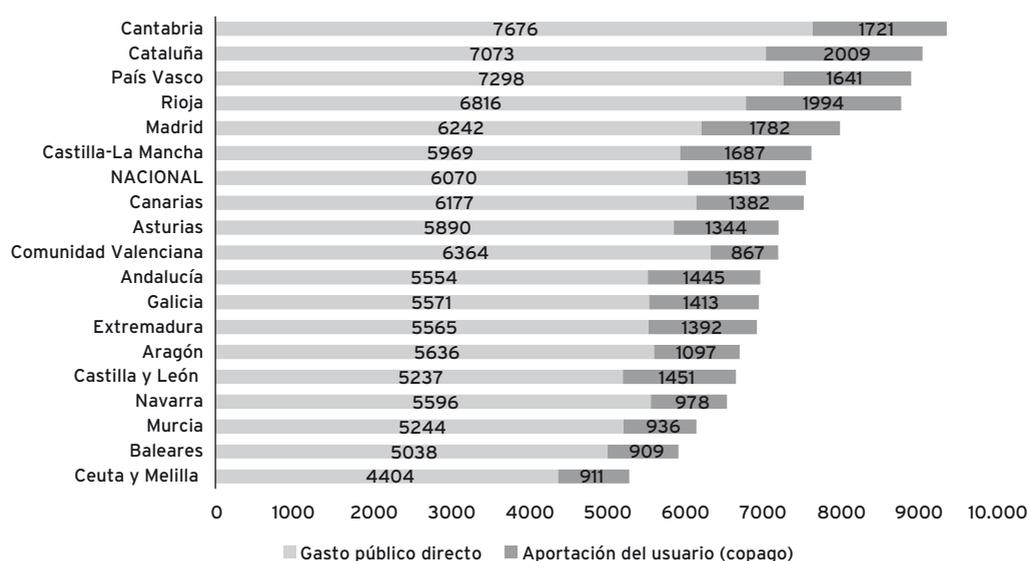
El Gráfico 6 muestra el gasto promedio estimado por cada usuario atendido en 2019 y su distribución entre coste público directo (considerando solo los gastos de atención directa, sin incluir los gastos de administración y gestión del sistema) y coste privado (copago). A nivel nacional, el gasto público medio para atender a cada dependiente se situó en 6070 euros, a los que habría que añadir los 1500 euros que como media aportaron los propios usuarios.

Existen disparidades importantes en torno a este promedio, con cuatro CC. AA. del norte de España que superan los 9000 euros (Cantabria, Cataluña, País Vasco y La Rioja), frente a dos territorios que no llegan a los 6000 euros (Baleares y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla). El coste total por cada usuario atendido es también claramente inferior al promedio nacional en Murcia, Navarra, Castilla-León y Aragón. El diferente peso del copago en cada región depende en parte del tipo de atención que se prioriza (los mayores

²⁷ Como señalaba hace poco Joseba Zalakain en *Agenda Pública*: “Las residencias —muchas de ellas— siguen siendo una extraña mezcla de cuartel, hospital y hotel, pero pocas veces se plantean como lo que realmente debieran ser: el hogar de la gente que reside en ellas, un lugar para vivir como en casa”. Véase también, en el mismo sentido, Sancho y Díaz-Veiga (2018).

²⁸ Estas estimaciones proceden del modelo de costes del Observatorio de la Dependencia, a partir de los datos de aportación estatal al nivel mínimo de financiación, las certificaciones de gastos de las CC. AA. y una estimación del copago que reconocen difícil, sobre todo en su desagregación territorial (ADGSS, 2020a). Las cifras utilizadas son las que se desprenden de los datos de las distintas CC. AA. contenidos en el informe territorial del XX Dictamen (ADGSS 2020b) y no coinciden siempre con las suministradas en el informe global (ADGSS 2020a)

GRÁFICO 6. Gasto promedio anual por beneficiario atendido (2019)



Notas: los datos de gasto público directo incluyen el gasto anual en cuidados y atenciones directas a los usuarios del SAAD, excluyendo los costes de gestión del sistema. El promedio por dependiente atendido se obtiene dividiendo el coste entre el número medio de personas atendidas el último día de cada mes.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos contenidos en ADGSS (2020b).

copagos corresponden a la atención residencial), aunque también influyen las distintas regulaciones del mismo, como se verá más adelante, los precios de los servicios en cada territorio y los niveles de renta familiar en las distintas comunidades.

Hay diversos factores que pueden explicar las diferencias observadas, pero uno de los principales es, sin duda, el tipo de atención que se prioriza en cada territorio, ya que no todas las formas de cuidado tienen el mismo coste²⁹. A nivel nacional, los datos muestran que la atención más cara es, con diferencia,

la residencial (unos 1900 euros mensuales), seguida a bastante distancia por los centros de día/noche (unos 790 euros al mes) y la prestación por asistente personal (655 euros al mes). Esta última tiene un impacto mínimo en el coste total del sistema debido a su escasa utilización, pero puede influir en el mayor gasto por beneficiario del País Vasco, único territorio que hace un uso importante de la misma (casi uno de cada diez usuarios). El coste medio de la ayuda a domicilio es comparativamente bajo (poco más de 400 euros al mes), debido al efecto combinado de los topes máxi-

²⁹ La distinta severidad de las situaciones de dependencia atendidas puede influir también en cierta medida, aunque no tanto como para explicar las diferencias de gasto. A nivel nacional, el 34% de las personas con derecho a prestación se encuentran en situación moderada (Grado 1), el 37% en situación severa (Grado 2) y el 29% restante en situación de gran dependencia (Grado 3). Por CC. AA., Navarra y Cataluña presentan una situación claramente mejor que el promedio, con solo un 20% de grandes dependientes y más del 40% de moderados. En el otro extremo, Galicia y Canarias tienen más del 35% de grandes dependientes y menos del 30% de moderados.

TABLA 3. Distribución porcentual del coste de atención de la dependencia y coste medio estimado por cada tipo de prestación o servicio (2019)

| | % coste total | Coste estimado por usuario | |
|--|---------------|----------------------------|---------|
| | | Anual | Mensual |
| Atención residencial | 46,7 | 22.708 | 1892 |
| Centro de día/noche | 11,0 | 9466 | 789 |
| Prestación asistente personal (PEAP) | 0,7 | 7859 | 655 |
| Ayuda a domicilio | 15,0 | 5070 | 423 |
| Prestación vinculada a servicio (PEVS) | 8,6 | 4949 | 412 |
| Prestación cuidado familiar (PECEF) | 17,2 | 3401 | 283 |
| Teleasistencia | 0,8 | 281 | 23 |
| Total | 100,0 | 7583 | 632 |

Notas: el coste incluye el gasto anual en cuidados y atenciones directas a los usuarios del SAAD, excluyendo los costes de gestión del sistema. No se incluyen tampoco, por falta de información, los costes de las actuaciones de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia. El promedio por usuario se obtiene dividiendo el coste entre el número medio de personas atendidas a fin de mes.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos contenidos en ADGSS (2020a), ADGSS (2020b) y SISAAD.

mos en las horas suministradas y los bajos salarios pagados a las cuidadoras. Un coste igualmente bajo tiene la atención a través de la PEVS. Pero la prestación que realmente sale más barata al sistema es, con diferencia, la de cuidados en el entorno familiar: su coste no llegaría a los 300 euros al mes por cada dependiente atendido³⁰.

Resulta evidente, por tanto, que las regiones que priorizan el cuidado familiar como alternativa al profesional obtienen ahorros importantes, y quizás no es casual que las tres comunidades con mayor uso de la PECEF (Murcia, Baleares y Navarra) sean también las que tie-

nen el gasto por usuario más bajo (junto con Ceuta y Melilla). En el extremo contrario, es decisiva la extensión de la cobertura residencial directa: las cinco comunidades en las que esta supera el 20% (Cantabria, Cataluña, el País Vasco, La Rioja y Castilla-La Mancha) tienen costes medios por beneficiario superiores al promedio nacional. No ocurre lo mismo en Castilla y León, donde la atención residencial es muy amplia, pero se presta fundamentalmente a través de la PEVS, una ayuda monetaria para financiar la estancia en centros privados cuya cuantía es claramente inferior al precio que ha de pagar el usuario³¹.

³⁰ Este valor es ligeramente superior al estimado en ADGSS (2020a, p. 23), que cifra en 247 euros al mes la PECEF media (140 €/mes para los Grado I; 245 €/mes para los Grado II y 340 €/mes para los Grado III), y algo inferior a los 320 euros calculados por el Informe de la Comisión para el análisis de la situación del Sistema de Dependencia (2017).

³¹ Según los datos proporcionados en el XX Dictamen del Observatorio de la Dependencia, el valor medio de la PEVS residencial ronda actualmente los 550 euros mensuales. En cambio, las plazas privadas cuestan de media unos 1950 euros al mes según el portal inforesidencias.com, muy por encima de la pensión media de jubilación (unos 1200 euros), aunque existe gran dispersión territorial. Los precios máximos se registran en el País Vasco, con mayores requisitos de personal y sueldos más altos, y los mínimos en Castilla-La Mancha.

En el momento actual, existe una demanda insatisfecha de atención residencial a precios asequibles. Según la estadística de Servicios Sociales para las Personas Mayores elaborada por el Imsero, había unas 380.000 plazas disponibles en 2018, de las cuales aproximadamente un 60% tenían financiación pública, siendo el resto de financiación privada a precios de mercado. Cinco CC. AA. contarían con más de 5 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años (Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Aragón y Asturias). Extremadura es, por otra parte, la región con mayor porcentaje de residencias de titularidad pública directa, un 73%, frente a solo el 25% en el promedio nacional.

9.4.4. Un copago complejo y territorialmente dispar

El copago es la parte de coste del servicio público que asume el propio usuario, y como tal es importante para valorar el verdadero nivel de protección social otorgado. Aunque todos los países cuentan con algún grado de participación de los beneficiarios en el coste de los CLD, el peso y el diseño del copago varían en función del modelo de cuidados. En un sistema universalista, como lo es el español, el copago tiene un encaje limitado y en ningún caso debe resultar disuasorio. La LAPAD lo señala

expresamente en el art. 33.4, al exigir que ningún ciudadano quede fuera de la cobertura del sistema por no disponer de recursos económicos. Pero el copago tampoco debería diseñarse de tal forma que expulse a las clases medias, so pena de terminar convirtiendo en asistencial un sistema de cuidado que debería ser universal³². Por otra parte, la regulación del copago ha de garantizar el cumplimiento del principio de igualdad, algo difícil de conseguir en un modelo tan descentralizado como el español.

Pese a los intentos de armonización a través del Consejo Territorial del SAAD, todavía en 2020 existen diferencias importantes en la aplicación de los copagos. Los datos de coste estimado del SAAD sugieren que en torno al 18% del mismo fue asumido en 2019 por los propios usuarios³³. Por CC. AA., y con las necesarias cautelas³⁴, el copago resultaría comparativamente bajo (inferior al 15%) en la Comunidad Valenciana, Baleares, Murcia, Navarra y Aragón, además de en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Por el contrario, resultaría más elevado (en torno al 20%) en La Rioja, Madrid, Cataluña, Andalucía, Castilla y León y Castilla-La Mancha. Estas diferencias no tienen una interpretación normativa clara, dada la influencia de factores como la renta o el tipo de servicio utilizado. Por otra parte, el copago se aplica de forma di-

³² Bajo nuestra perspectiva, para respetar realmente este principio, el copago por el cuidado debería tender a cero, como en el caso de la sanidad pública, aplicándose únicamente (con los correspondientes mecanismos moduladores) al componente de “coste hotelero” que entrañan ciertas formas de cuidado, como la atención residencial.

³³ Estos datos son aproximativos y se basan en las cifras de coste ofrecidas por ADGSS (2020b). En comparación con los años previos, el porcentaje se habría mantenido al mismo nivel obtenido para 2018 y sería un punto superior al 17% calculado para 2016 (Jiménez y Viola, 2019 y 2017, respectivamente).

³⁴ Hay que recordar que la propia ADGSS reconoce que el copago es una estimación que “puede tener cierta fiabilidad en el cómputo estatal pero que es muy difícil afinar cuando se desciende a los ámbitos autonómicos” (ADGSS 2020a, p. 39).

recta en los servicios, pero solo indirectamente en el caso de las prestaciones económicas, en forma de descuentos sobre las cuantías máximas. Además, en las prestaciones vinculadas a servicios, hay otro copago “invisible” asociado al uso de servicios cuyo precio supera el valor de la ayuda recibida³⁵.

La Tabla 4 sintetiza algunos aspectos básicos de la regulación actual del copago en dependencia y las principales modificaciones autonómicas a la normativa de referencia estatal. No se han incluido las comunidades que no aplican modificaciones significativas de la normativa estatal (Asturias, Extremadura o Madrid) ni aquellas que, como Castilla-La Mancha, están actualmente implantando un modelo de copago revisado³⁶.

Un primer aspecto importante es la medición de la capacidad de pago que se utiliza como referencia para graduar las aportaciones: aunque la regulación estatal establece que se tomarán en consideración la renta y el patrimonio neto (se añade entre el 1% y el 5% del mismo según la edad del usuario), hay territorios como Baleares o La Rioja que no tienen en cuenta el patrimonio. Es importante matizar que la vivienda habitual solo se computa cuando la persona es beneficiaria de atención residencial o de la PEVS vinculada a la misma, y solo en caso de que no existan personas a cargo residiendo en ella. En el cómputo del patrimonio se aplican las reglas fiscales y los mínimos exentos regulados en este

impuesto, lo que en sí mismo genera también algunas diferencias regionales, al tratarse de un impuesto cedido.

Un segundo aspecto crucial es el mínimo exento por debajo del cual no se aplica copago (salvo en atención residencial). La referencia común es el IPREM, unos 538 euros al mes en 2019, pero Cataluña y Castilla y León tienen valores distintos y más beneficiosos para sus residentes. Álava, por su parte, utiliza el concepto de “capacidad económica suficiente” según el tipo de servicio. En el caso de la atención residencial, no existe mínimo exento, pero sí se reserva una cantidad mínima para gastos personales igual al 19% del IPREM a nivel nacional (unos 102 €/mes), que se eleva al 44% del IPREM en los casos de personas dependientes por razón de discapacidad (unos 237 €/mes). Algunas comunidades, sin embargo, establecen mínimos vitales más elevados (Álava, Navarra, Galicia, Cataluña, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Guipúzcoa y La Rioja), mientras que otras, como Baleares, lo rebajan al 10%.

El tercer aspecto considerado en la tabla es el tope máximo del copago, fijado por defecto en el 90% del coste de referencia del servicio. Por un lado, hay comunidades que mejoran este límite para los servicios no residenciales, como es el caso de Baleares y Cataluña, que establecen como máximo un 65% del precio de referencia. Por otro lado,

³⁵ Un caso especial es el cuidado familiar, que no se paga como tal pero sí tiene un coste de oportunidad, que es compensado de forma muy limitada por el sistema público a través de las PECEF. Un análisis económico del coste no cubierto del cuidado debería incluir también todos estos componentes. Véase Muir (2017) para un interesante estudio en esta línea, con una muestra de catorce países occidentales (no incluye España).

³⁶ En Castilla-La Mancha se venía aplicando hasta ahora el Decreto 73/1985, de 9 de julio. En el caso de Madrid, cabe destacar que no se aplica copago a las personas dependientes que tienen reconocida la discapacidad en los supuestos previstos en el art. 37 del Decreto 54/2015, de 21 de mayo.

TABLA 4. Regulación básica del copago en los servicios de atención a la dependencia

| | Medida de la capacidad económica | | Mínimo exento (salvo en atención residencial) | Cantidad mínima gastos personales en atención residencial | Copago máximo |
|------------------------------|---|--|---|---|--|
| | Valoración renta | Valoración patrimonio | | | |
| Normativa estatal | Renta anual medida según normativa IRPF | Un % del patrimonio medido según normativa IPN: 1% < 35 años, 3% 35-64 años, 5% 65+ años | IPREM | 19% IPREM (102,19 €/mes) Asciende para dependientes con discapacidad | El 90% del coste de referencia |
| Modificaciones territoriales | | | | | |
| Andalucía | Exceptúa pagas extraordinarias en pensiones. | - | Se copaga el 75% de los ingresos líquidos. | | - |
| Baleares | - | No lo considera | Exento IPREM salvo el coste de manutención u hotelero. En residencias, si capacidad económica es menor que IPREM se aporta un 80% de la misma. | 10% IPREM | 90% servicios residenciales 65% en servicios no residenciales |
| Canarias^a | Los mayores de 60 años (con carácter general) aportan el 65% de los ingresos líquidos mensuales por cualquier concepto en residencias y el 40% en los centros diurnos | No lo considera | Se alude a la posibilidad de exención del pago por la situación económica del usuario | No existe | No existe |
| Cantabria | - | Exención general de 100.000 euros, 150.000 euros si discapacidad > 33%. | - | - | Participación mínima de 20 euros en la A.D. |
| Castilla y León | - | - | En vez del IPREM utiliza un Indicador denominado W que es más favorable para el beneficiario | 20% PMG ^b Se aplica también a centros de día: 100% PNCON ^b | 90 % del coste de referencia y el 90% de su capacidad económica |
| Cataluña | De la capacidad económica se descuentan ciertas reducciones por cargas familiares o por mantenimiento del hogar y el mínimo garantizado para gastos personales | - | Indicador de Renta de Suficiencia de Cataluña (IRSC) establecido en la ley de presupuestos de la Generalitat de Cataluña. | Aplican porcentajes variables y más elevados. Aplicable también a otros servicios. | 90% del coste de referencia en residencias y 65% en servicios no residenciales |
| Comunidad Valenciana | - | Excluye los patrimonios protegidos de personas con discapacidad. | - | 41,25% IPREM 65% IPREM personas con diversidad funcional | - |

| | Medida de la capacidad económica | | Mínimo exento (salvo en atención residencial) | Cantidad mínima gastos personales en atención residencial | Copago máximo |
|-----------|----------------------------------|---|--|--|---|
| | Valoración renta | Valoración patrimonio | | | |
| Galicia | - | - | - | 24% ingresos líquidos anuales. Se garantiza 19% IPREM (se incrementa si discapacidad) | - |
| Murcia | - | - | - | 20% IPREM solo si la capacidad económica es inferior al precio de referencia incrementado en el 20% del IPREM. | - |
| Navarra | - | - | - | 1728,74 euros anuales, 2387,17 euros en caso de cónyuge o hijos dependientes. | No puede superar el 90 % de la renta, sin perjuicio de las garantías para asegurar la deuda. |
| Álava | - | Se aplican porcentajes mayores: 3% < 35 años, 6% 35-65 años, 20% 65+ años y personas que acceden con carácter excepcional. | Establece la capacidad económica suficiente para pagar el precio público según el servicio y el patrimonio computable. Existen aplazamientos y bonificaciones. | 1834,56 euros anuales en residencias de mayores. 4586,40 euros anuales en centros de día para mayores. | El precio público, sin perjuicio de las posibles bonificaciones (no en AR) y exenciones previstas. |
| Guipúzcoa | - | - | - | 29% IPREM (de 14 mensualidades). 74% en centros de día. | 66,58 €/día grados 3 y 2. 53,25 €/día grado 1. |
| Vizcaya | - | - | 1200 euros anuales Si el patrimonio líquido supera los 3000 euros se abona el 90% del coste hasta que se reduzca a la citada cifra. | Cantidad mínima de libre disposición igual a la novena parte del importe correspondiente a la pensión mínima anual de jubilación sin cónyuge a cargo. | - |
| Rioja | - | No valora el patrimonio | - | 25% de sus ingresos netos anuales prorratedos mensualmente (se garantiza en cualquier caso 68 euros mensuales, que se actualizarán anualmente conforme al IPREM) | Precio público establecido |

^aLa Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias deroga el Decreto 93/2014, de 19 de septiembre que establecía la participación económica en el coste de los servicios y señala que el catálogo establecerá la cuantía de la participación de las personas usuarias. Actualmente no hay una legislación aplicable de forma específica a la dependencia.

^bPMJ es la catorceava parte de la cuantía anual de la pensión mínima de jubilación del Régimen General de la Seguridad Social para personas mayores de 65 años, con cónyuge no a cargo, en el ejercicio utilizado para el cálculo de la capacidad económica para el Régimen General de la Seguridad Social. PNCON es la catorceava parte de la cuantía anual íntegra fijada en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para la pensión no contributiva de jubilación sin complemento de tercera persona en el ejercicio utilizado para el cálculo de la capacidad económica.

Fuente: elaboración propia con datos procedentes de la normativa autonómica y foral.

y aunque no se refleja en la tabla debido a la complejidad de la información, el copago efectivo varía también entre regiones debido a la disparidad en los precios de referencia fijados. Estos establecen el precio público de concertación de los distintos servicios y varían entre territorios, además de en función del tipo de plaza.

Junto a los elementos anteriores, existen también diferencias en las fórmulas de cálculo del copago para fijar su cuantía entre los niveles mínimos y máximos, aunque de nuevo en este caso la dispersión normativa dificulta el análisis.

El resultado de todas estas disparidades es que existen diferencias significativas en la aportación efectuada por los usuarios del sistema de la dependencia en función del lugar donde residen. Si a lo anterior añadimos que los copagos pueden resultar elevados a partir de niveles de renta y patrimonio relativamente bajos, cabe concluir que se trata de un mecanismo que necesita una revisión urgente para reducir significativamente su nivel y ajustarlo a criterios de equidad interpersonal.

9.4.5. La cobertura real del sistema: insuficiente y dispar

La valoración del sistema de atención a la dependencia requiere conocer el grado de cobertura real del sistema en cada territorio, es decir cuántas personas de-

pendientes existen en una comunidad autónoma y de qué forma son (o no) atendidas.

El análisis de los datos administrativos proporcionados por el propio SAAD, realizado en los epígrafes anteriores de este capítulo, nos indica únicamente la cobertura administrativa o formal del sistema. Pese a que una parte de la demanda no cubierta se debe a los propios retrasos de tramitación del SAAD, existe otra parte que escapa a los datos registrados, al no haber presentado ninguna solicitud. Ante la certeza de que no todas las personas con necesidad objetiva de ayuda acuden al sistema para solicitarla, los expertos han subrayado la necesidad de contar con referencias externas para evaluar la verdadera cobertura del sistema de atención a la dependencia. Con este objetivo analizaremos los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2017 que proporciona información relevante sobre salud, discapacidades y necesidades de cuidado de la población³⁷.

Los datos demográficos sobre el alcance del envejecimiento poblacional proporcionan una primera aproximación a la demanda potencial. Los datos del INE correspondientes al año 2019 ponen de manifiesto importantes diferencias territoriales en lo que al envejecimiento de la población se refiere. Mientras que, en promedio, aproximadamente uno de cada cinco habitantes

³⁷ La Encuesta Nacional de Salud, representativa a nivel de CC. AA., recoge información sanitaria relativa a la población residente en viviendas familiares en España (por tanto, no institucionalizada), y los últimos datos publicados corresponden al año 2017. En la encuesta realizada durante 2016-2017, se investigaron aproximadamente 37.500 viviendas. Explotamos la ENS-2017 dado el retraso en la elaboración de la Encuesta decenal sobre Discapacidades, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia cuya última oleada se refiere al año 2008. La explotación de dicha encuesta permitiría trazar una imagen mucho más fiel de las verdaderas necesidades. Una desventaja del uso de encuestas, adicional al margen de error muestral de las estimaciones, es que la situación de dependencia debe determinarse a partir de variables no siempre lo suficientemente detalladas y las respuestas reflejan la percepción del propio entrevistado o la persona informante.

en el territorio español tiene más de 65 años (19,3%), en las regiones más envejecidas del noroeste y centro peninsular (Asturias, Castilla y León y Galicia) aproximadamente uno de cada cuatro habitantes es mayor de 65 años. De todas estas personas mayores, ¿cuáles sufren limitaciones que las llevan a depender de otras personas para sus actividades cotidianas?

Para las personas mayores de 65 años la ENS proporciona información sobre las limitaciones para la realización de las actividades básicas de la vida diaria³⁸ (ABVD) así como las limitaciones para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria relacionadas con el hogar (AIVD)³⁹. Para cuantificar de forma más precisa el número de potenciales personas beneficiarias del SAAD es preciso definir un baremo que gradúe la intensidad de dichas limitaciones, así como un umbral de entrada al sistema. Aún conscientes de las dificultades, hemos seguido el procedimiento detallado en Martínez, Roldán y Sastre (2018) para estimar a partir de los datos de la ENS el número y distribución por grados de las personas dependientes aplicando un criterio lo más semejante posible al establecido en el baremo oficial de valoración de la dependencia.

El Gráfico 7 contiene el resultado de dichas estimaciones. En España, la tasa de dependencia de los mayores de 65 años no institucionalizados se sitúa en

torno al 13,4%⁴⁰ (algo más de 1,1 millones de personas), una cifra claramente superior a las personas mayores con dependencia oficialmente reconocida. Aproximadamente 500.000 de estas personas mayores sufren dependencia moderada o de Grado I, unas 340.000 personas dependencia severa o de Grado II, y cerca de 250.000 personas están en una situación de gran dependencia (Grado III).

Se constatan importantes disparidades territoriales en lo que a la prevalencia de la dependencia se refiere. Curiosamente, la tasa de dependencia es sensiblemente inferior en las CC. AA. más envejecidas como Castilla y León y Galicia, donde el porcentaje de dependientes, entre los mayores de 64 años, no llega al 9%. Las diferencias son tan importantes que la tasa de dependencia de algunas CC. AA. llega a triplicar la de otras. Por otra parte, en las regiones con mayores tasas de dependencia global, la dependencia severa y gran dependencia también son más prevalentes en términos relativos.

La estructura demográfica (no mostrada en el texto) muestra que la dependencia se concentra de manera muy destacada en el colectivo de mayores de 80 años, con notables disparidades regionales. Del total de 1,1 millón de personas mayores dependientes, unas 350.000 personas tienen menos de 80 años, mientras que alrededor del 70% de dependientes, unas 790.000 perso-

³⁸ Las actividades básicas de la vida diaria consideradas son: (i) alimentarse, (ii) sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse, (iii) vestirse y desvestirse, (iv) ir al servicio y v) ducharse o bañarse.

³⁹ Las actividades instrumentales o relacionadas con el hogar consideradas son: (i) preparar su propia comida, ii) utilizar el teléfono: la persona puede hacer llamadas y responder el teléfono, iii) realizar compras sin necesidad de la ayuda de otra persona, iv) tomar sus medicamentos, v) realizar tareas domésticas ligeras (cocinar, fregar, planchar, etc.), v) realizar tareas domésticas pesadas (cargar con compra pesada, mover muebles, limpieza general de casa, etc.), y vi) administrar su propio dinero.

⁴⁰ Esta cifra es similar a las obtenidas por Martínez *et al.* (2018) a partir de la Encuesta Europea de Salud en España de 2014 y la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa 2014-2015.

nas, tienen 80 años o más. En Galicia, Castilla-León y Castilla la Mancha más del 75% de los dependientes tienen más de 80 años. El porcentaje baja al 61% en Andalucía y al 56% en Canarias.

En el Gráfico 7 se aprecia que no hay una relación directa entre envejecimiento de la población (triángulos), la tasa de dependencia de las personas mayores de 65 años (barras claras) y el peso de los dependientes sobre el total de la población (barras oscuras)⁴¹. Así, en las regiones más envejecidas como Galicia, Castilla y León y Asturias, entre el 8% y el 9% de las personas mayores de 65 años son dependientes. Estas tasas son considerablemente menores que en regiones con población más joven como Murcia, Andalucía o Extremadura, donde más del 20% de los mayores de 65 años son dependientes. Así, los dependientes mayores de 65 años suponen alrededor del 2% de la población total en las CC. AA. más envejecidas, y cerca del doble en algunas de las CC. AA. con menor grado de envejecimiento como Extremadura, Murcia y Andalucía. La situación de Baleares es peculiar al combinar un grado de envejecimiento relativamente reducido y tasas de dependencia relativamente bajas.

La tasa de dependencia global esconde notables diferencias según el sexo. Aproximadamente el 13,4% de las personas mayores de 65 años se encuentra en situación de dependencia, pero esta afecta a 1 de cada 6 mujeres mayores de 65 años (16,6%) y a 1 de cada 11 hombres (8,9%).

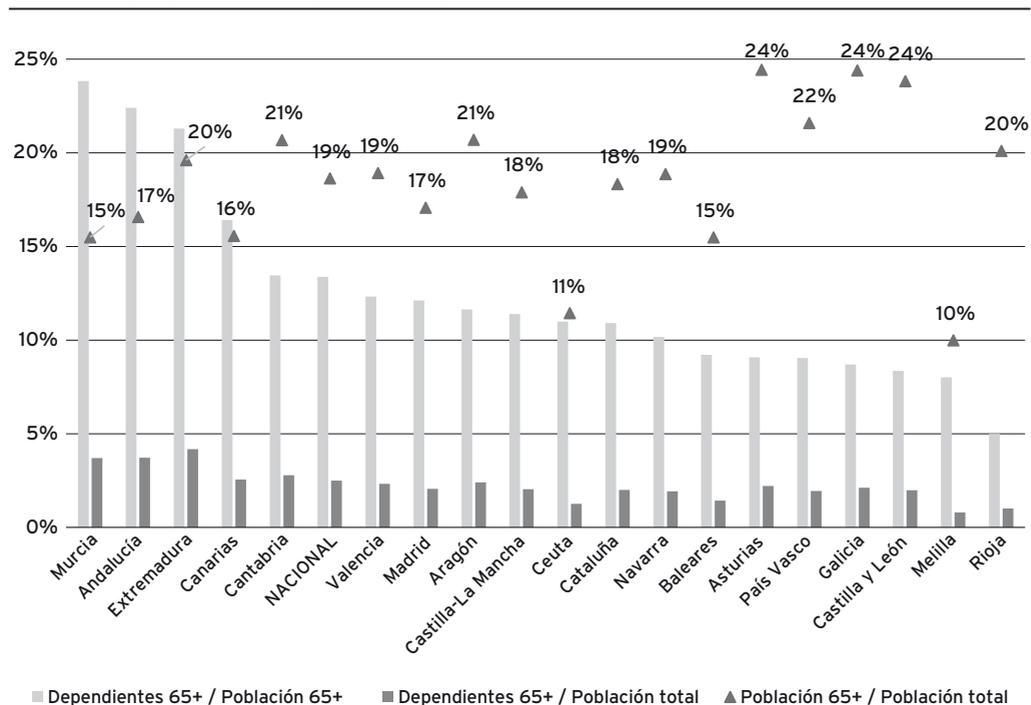
En resumen, la aplicación de un criterio lo más semejante posible al establecido en el baremo oficial sitúa la tasa de dependencia de las personas mayores de 65 años residentes en viviendas familiares en torno al 13,4%. Se trata de algo más de 1,1 millones de personas, de las cuales aproximadamente 500.000 sufren dependencia moderada o de Grado I, unas 340.000 personas dependencia severa o de Grado II, y cerca de 250.000 personas gran dependencia (Grado III). La dependencia se concentra de manera muy destacada en el colectivo de mayores de 80 años y en especial de las mujeres. Del 1,1 millón de personas mayores dependientes, unas 790.000 (cerca del 70%) tienen más de 80 años y unas 800.000 son mujeres (71%).

Se constatan grandes diferencias entre CC. AA. en lo que a la prevalencia de la dependencia se refiere y los datos no parecen apuntar una correlación entre el grado de envejecimiento de la población, las limitaciones o dificultades para las actividades cotidianas y las necesidades de ayuda no cubiertas.

Estos resultados advierten sobre las limitaciones de la utilización de indicadores demográficos sencillos como el porcentaje de mayores de 65 años o 80 años para estimar los potenciales beneficiarios o las necesidades de las CC. AA. en materia de atención a la dependencia. Dadas las importantes diferencias territoriales constatadas, consideramos necesario ajustar esos indicadores teniendo en cuenta las estimaciones sobre la incidencia de la dependencia realiza-

⁴¹ Algo similar, no mostrado en el texto, ocurre con la tasa de dependencia de las personas de 80 y más años. El peso demográfico de este colectivo es muy elevado en las regiones más envejecidas. No obstante, en esas comunidades la tasa de dependencia para este grupo de edad es menor que en las comunidades menos envejecidas, lo que implica un menor peso relativo de los dependientes mayores de 80 años sobre el total de la población.

GRÁFICO 7. Personas de 65+ años: peso demográfico y tasas de dependencia (sobre el grupo de edad y sobre la población total)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017.

das con fuentes externas al SAAD como la Encuesta Nacional de Salud.

Las estimaciones realizadas nos permiten retomar el objetivo de este epígrafe: conocer el grado de cobertura real del sistema conseguido en cada territorio dentro del segmento de las personas mayores, principales usuarias del sistema. Definiremos la cobertura real como la ratio entre el número de personas mayores de 65 años atendidas por el SAAD y el número de dependientes es-

timados a través de fuentes externas⁴². La ENS⁴³ presenta una limitación importante a la hora de estimar el número de potenciales dependientes, ya que, al recoger únicamente información relativa a la población residente en viviendas familiares en España, excluye a la población institucionalizada. Hemos utilizado la información suministrada por el SISAAD por CC. AA. para superar esta limitación y estimar la población institucionalizada en el año 2019⁴⁴.

⁴² El informe elaborado por la Comisión parlamentaria para el Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia (2017) subraya, en este sentido, la necesidad de disponer de referencias poblacionales externas para conocer el verdadero grado de cobertura del SAAD, ante la evidencia de que no todas las personas que necesitan atención la solicitan.

⁴³ Actualizamos las cifras de población de la ENS-2017 al año 2019, año de referencia de este estudio, teniendo en cuenta la evolución de la población mayor de 65 años por CC. AA. y grupos de edad de 2017 a 2019 suministrada por el INE.

⁴⁴ La estrategia seguida es la siguiente: para 2016 (año para el que se cuenta con información desglosada por CC. AA. y grupos de edad) obtenemos para cada CC. AA. el porcentaje que sobre el total de servi-

Los resultados obtenidos a través de este procedimiento de estimación se muestran en el Gráfico 8⁴⁵.

El SAAD atendía a finales de 2019 a 787.125 personas mayores de 65 años (un 8,7% de la población mayor). Otras 190.470 (el 2,1% de la población mayor) estaban en situación de dependencia reconocida con derecho a prestación, pero sin recibir servicios ni prestaciones (limbo de la dependencia). En total, cerca de 977.000 personas con derecho a prestación reconocido por el sistema (el 10,79% de la población mayor de 65 años).

Nuestra estimación muestra que aproximadamente 1,4 millones de personas mayores de 65 años presentan dependencia en nivel suficiente para solicitar cuidados en el marco del SAAD. Esta estimación supera notablemente la cifra de personas mayores dependientes reconocidas por el sistema (unas 980.000) y casi duplica el número de dependientes beneficiarios de prestaciones y servicios del SAAD en el año 2019 (unos 787.000). En promedio, la tasa de cobertura real del SAAD, teniendo en cuenta a las personas dependientes que no aparecen en las estadísticas del SISAAD, se situaría en torno al 55%, de manera que poco más de la mitad de las personas dependientes reciben algún tipo de prestación o

servicios por parte del SAAD. Esta cifra está muy por debajo del 80% resultante de los datos administrativos para la misma fecha.

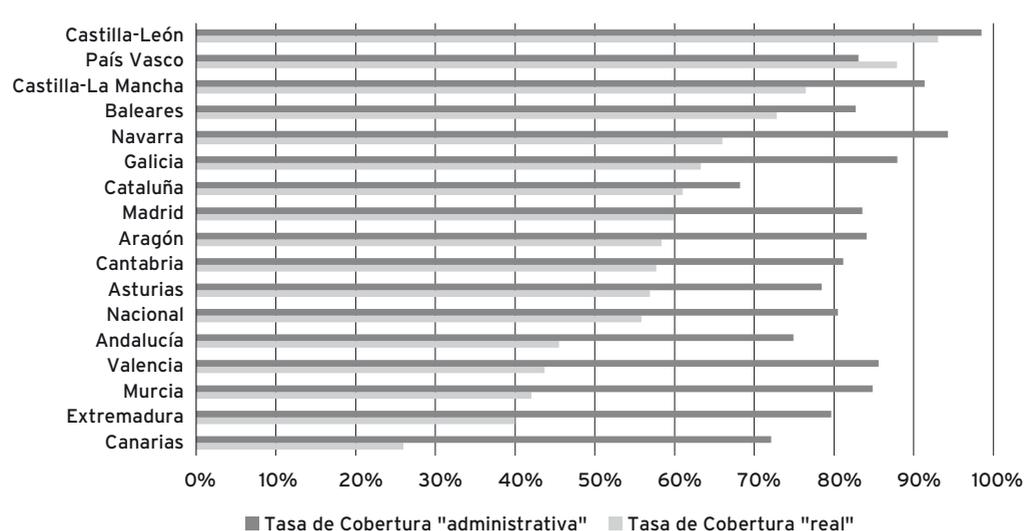
Por tanto, mejorar la cobertura actual del sistema requeriría no solo proporcionar servicios a las personas mayores en lista de espera (unas 190.000) y mejorar la intensidad y adecuación de la atención prestada, sino también incluir en el sistema a unas aproximadamente 432.000 personas mayores dependientes que no tienen en la actualidad derechos reconocidos, ya sea porque las condiciones de acceso se fijan de forma demasiado restrictiva, porque sus solicitudes estén pendientes de resolución o por tratarse de situaciones en las cuales, aun cumpliendo las condiciones, diversas razones hacen que no se solicite la valoración (*non take-up*). Entre dichas razones se encuentran la complejidad administrativa y los largos tiempos de espera entre la presentación de las solicitudes y la obtención de las prestaciones, que por lo general son reducidas, así como la existencia de copagos que, para determinados perfiles, pueden resultar disuasorios.

El grado de protección otorgado en los distintos territorios a las personas mayores dependientes es muy diverso. En comunidades como Castilla y León o el País Vasco la cobertura real del sis-

cios de atención residencial y prestaciones económicas vinculadas al servicio (PEVS) reciben las personas mayores de 65 años. Aplicamos los porcentajes obtenidos al promedio mensual de beneficiarios de atención residencial y de prestaciones económicas vinculadas al servicio en el ejercicio 2019 (datos SAAD). Para ello asumimos que el 75% de las PEVS se destinan a atención residencial, excepto en Extremadura, donde el porcentaje es el 25%. Así obtenemos una estimación de la población mayor de 65 años institucionalizada en 2019 y asumimos que en su totalidad está compuesta por personas dependientes. El número total de dependientes mayores de 65 años será la suma de la población mayor de 65 años no institucionalizada y la población mayor de 65 años institucionalizada.

⁴⁵ No se han incluido Ceuta, Melilla ni La Rioja dado el tamaño muestral excesivamente reducido de la ENS para estos territorios. La estimación del número de mayores de 65 años dependientes reconocidos que no reciben prestaciones se ha realizado a partir de los datos del SAAD (diciembre 2019), calculando el porcentaje de los dependientes reconocidos que no reciben prestaciones y asumiendo que no hay diferencias en dicho porcentaje por grupos de edad.

GRÁFICO 8. Estimación de las tasas de cobertura real del SAAD (población de 65 o más años) (2019)



Notas: tasa de cobertura real: ratio entre el número de personas mayores de 65 años atendidas por el SAAD y el número de dependientes mayores de 65 años estimados a través de la Encuesta Nacional de Salud; tasa de cobertura administrativa: ratio entre el número de personas mayores de 65 años atendidas por el SAAD y el número de dependientes mayores de 65 años con derecho reconocido a la atención por parte del SAAD.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017, SISAAD (2019 y 2016) y series de población del INE.

tema, teniendo en cuenta a las personas dependientes que no aparecen en las estadísticas del SISAAD, se sitúa en el entorno del 90%, mientras que en el sureste peninsular (Comunidad Valenciana, Murcia y Andalucía) y en Extremadura, entre el 55% y el 60% de los mayores dependientes no reciben asistencia por parte del SAAD. En el caso de Canarias, una comunidad con un grado de envejecimiento relativamente bajo y elevadas tasas de dependencia, la cifra es extre-

madamente baja: el SAAD solo atiende a un 26% de la población dependiente.

Las tasas de cobertura estimadas⁴⁶, pese a las cautelas con las que han de ser tomadas, dados los supuestos que ha sido necesario realizar para proceder a su estimación, evidencian una importante demanda no cubierta de servicios de atención a la dependencia en España, así como notables disparidades territoriales en lo que a la cobertura de esa demanda por parte del SAAD se refiere.

⁴⁶ Esta cifra agregada, aunque de cierta utilidad a efectos comparativos, hay que tomarla con precaución dado que no recoge ni la intensidad ni la adecuación de la ayuda recibida. Entre las personas atendidas por el sistema se incluyen tanto una persona dependiente de Grado I que recibe únicamente un servicio de teleasistencia como un gran dependiente con atención residencial. Habría además que tener en cuenta las diferencias en el mix de prestaciones y los servicios que proporcionan los distintos territorios, como se ha analizado en los epígrafes anteriores.

Conclusiones

1 La ley de dependencia aprobada en 2006 introdujo en España un sistema público y universal de cuidados de larga duración que debería constituir en el futuro una parte importante del llamado cuarto pilar del Estado del bienestar. Trece años después de la entrada en vigor de la ley, los problemas no resueltos de financiación, gestión y diseño continúan lastrando los logros del sistema. Además, y pese al intento de racionalización que supuso la ley, la atención a la dependencia sigue mostrando grandes diferencias entre territorios, que generan situaciones contrarias al principio de igualdad.

2 En el ámbito de la gestión, la complejidad y heterogeneidad de los procedimientos, junto a la falta de cumplimiento de los plazos establecidos por parte de algunas CC. AA., dan lugar a importantes diferencias territoriales en el acceso al derecho. Los datos evidencian la necesidad de una revisión de los procedimientos, habida cuenta de las desigualdades y el importante retraso que en algunas comunidades se produce en el acceso a las prestaciones por dependencia. Los territorios con tiempos más rápidos tienen como denominador común una normativa que simplifica el proceso (procedimiento único para el reconocimiento del derecho y las prestaciones, posibilidad de que el PIA se emita automáticamente en determinados supuestos, etc.) y la no inclusión de salvaguardas legales que dilatan los tiempos. Por tanto, la simplificación y la automatización del proceso deberían ser los paradigmas del modelo de gestión.

3 En cuanto al modelo de cuidados, se pueden apreciar claras diferencias territoriales en la aplicación del catálo-

go de atención a la dependencia que no se explican por el distinto perfil de las personas atendidas. Hay comunidades que presentan un modelo basado fundamentalmente en los cuidados familiares y otras con una cartera de prestaciones orientada a los servicios (ayuda domiciliaria, centros de día/noche y atención residencial). Dentro de estas últimas, una parte realiza la provisión en mayor medida en centros privados a través de la prestación económica vinculada al servicio, mientras que otras cuentan con redes más amplias de centros públicos y/o concertados que atienden directamente a los beneficiarios. Parece deseable que la cartera de servicios de las comunidades potencie, en la medida de lo posible, la oferta de servicios de proximidad, así como nuevos modelos de atención residencial más cercanos a la idea de hogar y más respetuosos con las preferencias y necesidades específicas de las personas dependientes y sus familias. Un desarrollo que debe potenciar la gestión directa de los servicios de atención a la dependencia, limitándose el recurso a las PE-CEF y las PEVS como alternativas de bajo coste a la atención directa.

4 No existen datos precisos sobre el coste global del sistema de atención a la dependencia y su distribución entre gasto público y coste privado, debido sobre todo a la deficiente contabilización del copago que realizan los usuarios. Pero las estimaciones disponibles sugieren que el gasto por beneficiario atendido, además de ser bajo en comparación al promedio de la OCDE, es muy desigual entre territorios. Las diferencias se deben en parte a la distinta composición de la cartera de prestaciones y servicios (p.ej., a la distinta prioridad concedida a los servicios profesionales frente al recurso a las prestaciones económicas que compensan, de

forma muy limitada, el cuidado familiar), pero también a factores relacionados con la intensidad y la calidad de la atención difíciles de evaluar con los indicadores actualmente disponibles.

5 La normativa relativa al copago tiene criterios comunes que todos los territorios han de cumplir. Sin embargo, el desarrollo por parte de las comunidades de aspectos sustanciales como la exención del copago, los elementos incluidos en la determinación de la capacidad económica, la regulación del porcentaje de gastos mínimos en la atención residencial, las fórmulas de cálculo o el copago máximo, han dado lugar a diferencias territoriales que ponen en cuestión el cumplimiento de la igualdad de todos los ciudadanos. Esto, unido a la necesidad de respetar principios generales como la equidad vertical, sugiere la conveniencia de revisar el copago en la dependencia.

6 Un problema importante que plantea la evaluación del actual sistema de atención a la dependencia es la dificultad para conocer su cobertura real, ante la evidencia de que no todos los potenciales beneficiarios solicitan las ayudas. Nuestras estimaciones, pese a la prudencia con que han de ser tomadas, evidencian una importante demanda no cubierta de servicios de atención a la dependencia en España, así como notables disparidades territoriales en lo que a la cobertura de esa demanda por parte del SAAD se refiere. Resulta, por tanto, imprescindible mejorar la cobertura actual del SAAD, que deja a más del 40% de la población mayor dependiente sin atención, cifra que se eleva hasta casi el 75% en algunas regiones. Una mejora en la cobertura del sistema requeriría no solo proporcionar servicios a las personas en lista de espera (unas 190.000), sino también incluir en el sistema a las aproximadamente

432.000 personas mayores dependientes que no tienen derechos reconocidos, ya sea porque las condiciones de acceso se fijan de forma demasiado restrictiva, porque sus solicitudes estén pendientes de resolución o porque por diversas razones no se solicita la valoración.

7 La arquitectura institucional elegida para el sistema de atención a la dependencia, altamente descentralizado y dependiente de los servicios sociales, no ha facilitado la construcción de un sistema articulado a nivel nacional. A ello se une la heterogeneidad en el funcionamiento de los sistemas sanitarios regionales, siempre presente pero mucho más visible a raíz de la crisis de la COVID-19, y las grandes dificultades para obtener información homogénea y lo bastante detallada de la situación en los distintos territorios. De cara al futuro, es urgente aplicar mecanismos de coordinación territorial e institucional mucho más eficaces que los hasta ahora vigentes.

8 En suma, el sistema español de atención a la dependencia adolece de graves carencias que hacen que la situación se aleje del sistema público y universal de cuidados de larga duración que promulgó la ley de dependencia de 2006. A las disparidades territoriales existentes, que violan principios básicos de equidad, se unen graves problemas de acceso y una baja intensidad asistencial que provoca que buena parte de los cuidados sigan recayendo en las familias. Además, el modelo de atención vigente conlleva una elevada precariedad, tanto en la atención recibida como en las condiciones laborales de las trabajadoras, mujeres en su inmensa mayoría, del sistema. Por ello es urgente revisar el sistema, incrementando su financiación y potenciando los servicios de gestión directa por parte de las

Administraciones públicas para garantizar la universalidad real y una cobertura adecuada y suficiente la demanda de cuidados de larga duración en España. El coste de una reforma en esta dirección es obviamente superior al actual, pero resulta asumible si se tienen en cuenta el impacto social de las medidas, los importantes retornos en términos de empleo,

económicos y financieros, y se revisan y racionalizan los incentivos fiscales relacionados con la discapacidad y la dependencia presentes en muchos impuestos. Es en último término la sociedad, a través del sistema político, la que debe decidir qué modelo de protección de la dependencia quiere y cuál es el precio que está dispuesta a pagar.

Bibliografía

Abellán, A., Aceituno, P., Fernández, I. y Ramiro, D. (2020): “Una estimación de la población que vive en residencias de mayores”, *Envejecimiento en Red*. Recuperado de: <http://envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/>

Abellán, A., Aceituno, M.P. y Ramiro, D. (2019): “Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de julio de 2019”. *Informes Envejecimiento en Red* 24. Madrid: CSIC.

Abellán, A., Esparza, C. y Pérez-Díaz, J. (2011): “Evolución y estructura de la población en situación de dependencia”, *Cuadernos de Relaciones Laborales* 29 (1): 93-123.

ADGSS (2020a): *XX Dictamen del Observatorio de la Dependencia*. Madrid: Asociación estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales.

ADGSS (2020b): *XX Dictamen del Observatorio de la Dependencia. Evolución de los datos básicos de gestión del sistema de atención a la dependencia y costes de financiación por CC. AA*. Madrid: Asociación estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales.

Barbieri, N. y Gallego, R. (2016): “El despliegue de la LD en Andalucía, Cataluña, CAM y País Vasco (2007-2012)”, en R. Gallego (dir.), *Descentralización y desigualdad en el Estado Autonomo*. Madrid: Tirant lo Blanch.

Camacho, J.A., Rodríguez, M. y Hernández, M. (2008): “El sistema de atención a la dependencia en España: Evaluación y comparación con otros países europeos”. *Cuadernos Geográficos* 42(2008-1), 37-52.

Cervera, M., Herce, J.A., López-Casasnovas, G., Rodríguez-Cabrero, G. y Sosvilla, S. (2009): *Informe final 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: Imsero.

<https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/informesaadgexpertos.pdf>

Comisión Europea (2019): *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability*. European Economy - Institutional Paper 105. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Comisión para el Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia (2017): *Informe de la comisión para el análisis de la situación actual del sistema de la dependencia, de su sostenibilidad y de los actuales mecanismos de financiación, para evaluar su adecuación a las necesidades asociadas a la dependencia*. Madrid: Imsero. Recuperado de: https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/inf_comision_analisis_20171006.pdf

De la Fuente, Y. y Sotomayor, E. (2015): “The Spanish Long-Term Care System in the European Context”. *Arbor* 191 (771): a206. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.771n1008>

Del Campo, E., Sánchez, M. y López, E. (2018): “Ley de Dependencia, coaliciones de actores y regímenes de bienestar en dos comunidades autónomas españolas: Andalucía y Aragón (2007-2017)”, *Política y Sociedad* 55(2), 533-558.

FEAPS (2013): *Informe sobre la regulación de la participación económica del beneficiario en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)*. Madrid: Confederación Española a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual.

Gilsanz, J. (2019): “El negocio de las residencias de ancianos”. Blog *Economía a lo claro*, lunes 18 de noviembre de 2019. Recuperado de: <http://economiaaloclaro.blogspot.com/2019/11/residencias-ancianos-privadas-publicas-concertadas-precios-fondos-inversion-inversores-extranjeros-negocio-extranjeros-mayores.html>

Jiménez, S., y Viola, A. (2019): “Observatorio de la Dependencia. Tercer Informe”, *Estudios sobre la Economía Española* 2019/42. Madrid: Fedea.

Jiménez, S., y Viola, A. (2017): “Observatorio de la Dependencia. Segundo Informe”, *Estudios sobre la Economía Española* 2017/22. Madrid: Fedea.

Joshua, L. (2017): *Aging and Long-Term Care Systems: A Review of Finance and Governance Arrangements in Europe, North America and Asia-Pacific*. Washington, DC: Grupo Banco Mundial.

Llano, M. (2014): “El marco procedimental del Sistema de Atención a la Dependencia: balance crítico de los desarrollos normativos y de la práctica administrativa”, *Documentación Laboral* 102.

Marbán, V. (2015): “La gobernanza del sistema y las diferencias interterritoriales en el SAAD”, *Documentación Social. Revista de estudios sociales y de sociología aplicada* 177, 41-60.

Martínez-Buján, R. (2014): “Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 145, 99-126.

Martínez-Buján, R. (2010): *Bienestar y cuidados: el oficio del cariño. Mujeres inmigrantes y mayores nativos*. Madrid: CSIC.

Martínez, R., Pazos, M., Roldán, S. y Sastre, M. (2019): “Atención a la dependencia: ¿es posible atender las necesidades y asegurar los derechos de todas las personas implicadas?”, *Servicios sociales y política social* 120, 23-36.

Martínez, R., Roldán, S. y Sastre, M. (2018): *La atención a la dependencia en España. Evaluación del Sistema actual y propuesta de implantación de un Sistema basado en el derecho universal de atención suficiente por parte de los servicios públicos*. Papeles de Trabajo del Instituto de Estudios Fiscales 5/2018. Madrid: IEF.

Montserrat Codorniu J. y Montejo Sarrias, I. (2012): “El Copago en la Ley de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia: análisis de las medidas introducidas en la Resolución de 13/7/2012”, *Actas de la Dependencia* 6, 75-99.

Muir, T. (2017): “Measuring social protection for long-term care”, *OECD Health Working Papers* 93. París: OECD Publishing. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>.

Nagode, M. y Lebar, L. (2019): “Trends and challenges in long-term care in Europe”, *Revija za socijalnu politiku* 26(2), 255-262.

Navarro, V. y Pazos, M. (coord.) (2020): *El cuarto pilar del Estado del bienestar: una propuesta para cubrir necesidades esenciales de cuidado, crear empleo y avanzar hacia la igualdad de género*. Documento de Trabajo de la Universidad Pompeu Fabra. Recuperado de: <https://www.upf.edu/documents/3943251/0/INFORME+-+4%C2%BA+Pilar+del+Estado+del+Bienestar/80828c07-ae14-8419-2225-f18c2744fb93>

Remacha, B. y Oliveres, V. (2020): “Las muertes de personas en espera de ayuda por dependencia durante la pandemia ya superan las de todo 2019”, *elDiario.es*, 15 septiembre 2020. Recuperado de: https://www.eldiario.es/sociedad/muertes-personas-espera-ayuda-dependencia-durante-pandemia-superan_1_6223314.html

Ripa, J. (2019): “¿Cuáles son las cifras reales de la dependencia?”, *El País*, 31 octubre 2019. Recuperado de: https://elpais.com/sociedad/2019/10/31/actualidad/1572509291_234144.html

Rodríguez Cabrero, G. (2011): “Políticas sociales de atención a la dependencia en los regímenes de bienestar de la Unión Europea”. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 29(1), 13-42.

Rodríguez-Cabrero, G. y Marbán, V. (2013): “La atención a la dependencia en una perspectiva europea: de la asistencialización a la cuasi-universalización. En: Del Pino, E., y Rubio Lara, J. (dirs.), *Los Estados de Bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada*. Madrid: Tecnos.

Rodríguez-Cabrero, G. (coord.) (2018): *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-term Care. Spain 2018*. Bruselas: Comisión Europea.

Sancho, M. y Díaz-Veiga, P. (2018): “El valor de ‘sentirse como en casa’ en los centros residenciales: lo pequeño es hermoso”. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 53(5), 307-308.

Sastre, M., Martínez, R. y Roldán, S. (2020): “El cuidado de las personas mayores dependientes en España: una necesidad social postergada”. *Documentación Social* 6 (octubre). Recuperado de: <https://www.documentacion-social.es/6/a-fondo/el-cuidado-de-las-personas-mayores-dependientes-en-espana-una-necesidad-social-postergada>.

Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R. y Vanhercke, B. (2018): *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*. European Social Policy Network (ESPN), Bruselas: Comisión Europea.

Tribunal de Cuentas (2014). *Informe de fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las comunidades autónomas para la adecuada aplicación de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Informe 1035. Madrid: Tribunal de Cuentas.

Zalakain, J. (2020): “La urgencia de cambiar el modelo de residencias para mayores”, *Agenda Pública*, 7 abril 2020. Recuperado de: <http://agendapublica.elpais.com/la-urgencia-de-cambiar-el-modelo-de-residencias-para-mayores/>.

Zalakain, J. (2017): “Atención a la dependencia en la UE: modelos, tendencias y retos”. *Revista de Derecho Social y Empresa* 8, 1-21.