



Gestión y Análisis de Políticas Públicas

ISSN: 1134-6035

revistagapp@inap.map.es

Instituto Nacional de Administración Pública
España

Rodríguez Cabrero, Gregorio

El desarrollo de la política social de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación
de dependencia en España (2007-2009)

Gestión y Análisis de Políticas Públicas, núm. 2, 2009, pp. 33-57

Instituto Nacional de Administración Pública
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281521695002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El desarrollo de la política social de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia en España (2007-2009)

Gregorio Rodríguez Cabrero

Resumen: En este trabajo se considera, en primer lugar, el entorno del Modelo Social Europeo (MSE) de protección social a la situación de dependencia con una referencia sintética a los principales sistemas existentes y sus tendencias de desarrollo en la medida en que el nuevo sistema español de dependencia forma parte del mismo. En segundo lugar, se describe el sistema español de dependencia, que inicia su desarrollo en enero de 2007, así como sus pilares fundamentales. En tercer lugar, se hace una valoración tentativa del desarrollo de los pilares del sistema español como son: accesibilidad, sistema de prestaciones sociales, gobierno del sistema, financiación y calidad. Finalmente, se extraen algunas conclusiones sobre los problemas básicos del nuevo sistema de protección social que serán evaluados formalmente en 2010 de acuerdo con las previsiones de la ley de la dependencia.

Palabras clave: Autonomía, dependencia, coordinación, derecho subjetivo, financiación, Modelo Social Europeo, prestaciones sociales, SAAD.

1. INTRODUCCIÓN

A finales de 2006, el Congreso de los Diputados aprobó la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, conocida como ley de la dependencia (también bajo el acrónimo de LAPAD). Dicha ley es fruto de un largo debate político y científico iniciado con el Plan Gerontológico Estatal de 1992 y que concluye con el Libro Blanco de la Dependencia (2005), encontrando en el Diálogo Social su apoyo fundamental (y cuyos jalones más relevantes son el Pacto de Toledo de 1995, el Acuerdo de Mejora de las Pensiones de 2001, renovación del Pacto de Toledo de octubre de 2003, y finalmente, el Acuerdo de diciembre de 2005 entre las organizaciones empresariales, sindicales y el gobierno). En este largo camino, el Defensor del Pueblo (2000) y el Consejo Económico Social, entre otras instituciones, contribuyeron al debate y a la posibilidad de la puesta en marcha de una nueva rama de protección social.

En las previsiones de la ley está la de afrontar una primera evaluación institucional en 2010, a los tres años de su desarrollo. La propia Administración General del Estado (a partir de ahora AGE) está haciendo valoraciones internas cuyo objetivo es corregir los desequilibrios de la aplicación del nuevo sistema de protección social, si bien no tienen un carácter público.

En este texto pretendemos hacer una aproximación valorativa al desarrollo de la ley de la dependencia sobre la base de que es aún prematura su evaluación exhaustiva (se precisa un recorrido medio-largo para valorar su alcance e impactos) y de que únicamente podemos hacer una valoración de la fase formativa de puesta en marcha de la misma. En efecto, el impacto que la ley y sus prestaciones sociales están teniendo en la calidad de vida cotidiana de las personas afectadas por alguna dependencia reconocida y en la de sus cuidadores y familiares requerirá tiempo y técnicas de análisis *ad hoc*. En este sentido, nuestra aproximación es formativa (problemas de desarrollo) e institucional (centrada sobre todo en el despliegue de los órganos, instrumentos y prestaciones de la ley). Por otra parte, la información de base que proporciona el nuevo sistema¹ no permite aún profundizar en indicadores estilizados en base a los cuales hacer una valoración con cierta profundidad.

Con el fin de que la valoración del desarrollo del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia español (a partir de ahora SAAD) tenga un cierto fundamento riguroso parece necesario que abordemos la misma en tres pasos sucesivos: a) En primer lugar, describimos de manera sucinta el panorama institucional de los modelos europeos de dependencia o cuidados de larga duración (CLD) en el que se incardina el modelo español y al mismo tiempo señalamos cuáles son los vectores objeto de análisis y evaluación –acceso al sistema, calidad de las prestaciones y sostenibilidad financiera– que nos servirán de guía para la valoración del caso español. b) En segundo lugar, describimos los rasgos institucionales del modelo español de autonomía y dependencia, la ruptura relativa que supone con un pasado de protección asistencial y el tránsito hacia un modelo de cobertura universal articulado en torno a un sistema de cooperación y coordinación entre la Administración General del Estado (AGE) y las Comunidades Autónomas (CC.AA. a partir de ahora). c) Por último, analizamos el desarrollo del SAAD centrándonos en cinco aspectos: cobertura, prestaciones, financiación, gobierno y calidad e información, es decir, su desarrollo y las consecuencias no previstas o dificultades de su aplicación concreta, en cuanto ámbitos de evaluación exhaustiva en 2010 por parte de la AGE y de las CC.AA.

Este texto trata de confirmar el supuesto de partida o tesis de que los problemas de despliegue de la ley de la dependencia son la consecuencia interrelacionada de varios factores:

1. La construcción de un sistema protector nuevo a partir del previo, y aún existente, sistema de servicios sociales asistencial en el que se incardina, lo que

¹ Ver web del sistema de información del SAAD en Ministerio de Sanidad y Política Social, actualizada mensualmente.

provoca tensiones y ajustes entre culturas de protección social y modos de intervención social y administrativa diferentes.

2. La complejidad del modelo de gobierno del sistema en el que intervienen diferentes Administraciones, una de ellas puerta de entrada en el sistema, es decir, los Ayuntamientos que ocupan un lugar subordinado en el gobierno del sistema y en la financiación del mismo. En muchos sentidos, el nuevo sistema es una respuesta al fallo político de las CC.AA. que, después de veinticinco años de desarrollo de los servicios sociales autonómicos (en los que tienen competencia exclusiva, si bien no excluyente) y de dos generaciones de leyes de servicios sociales, han avanzado en escasa medida en la dirección de universalizar un conjunto de prestaciones sociales basadas en un derecho subjetivo. Por si ello fuera poco, el sistema protector español de autonomía y dependencia aumenta la complejidad del gobierno del SAAD al perseguir como uno de sus objetivos, además de la acción protectora de las situaciones de dependencia, el que las CC.AA. perfeccionen el sistema de servicios sociales existente, con lo que se ha creado una confusión conceptual e institucional entre la protección a la dependencia y el sistema de servicios sociales, de forma que el denominado “cuarto pilar del Estado de Bienestar” es interpretado indistintamente como sistema de protección social de la dependencia y como sistema de servicios sociales, siendo dos dimensiones de la realidad profundamente interrelacionadas pero claramente diferenciadas.
3. Un sistema de prestación de servicios en el que el grueso de la provisión está en manos del sector privado (mercantil y no lucrativo), brazo instrumental del sector público, que se integra en una “red de utilización pública que integra centros y servicios, públicos y privados”. Si tenemos en cuenta que el 85 por ciento de la población ocupada asalariada en servicios sociales trabaja en centros y servicios privados (en su gran mayoría concertados), ello añade problemas de coordinación, acreditación de centros y de control de la calidad asistencial (y dentro de este la calidad del empleo y la formación profesional).
4. En cuarto lugar, la importancia central de un sistema de financiación singular que se nutre de fuentes diferentes, una de ellas el copago (no existente en el sistema sanitario, excepto el ticket moderador del consumo farmacéutico para la población menor de 65 años) y que plantea dos problemas a los que haremos referencia: el coste del sistema y los distintos niveles de financiación en los que el Estado garantiza el coste de un mínimo garantizado quedando el resto del coste a cargo de las CC.AA. (y dentro de este la gestión del copago).
5. Finalmente, y con carácter general, esta última rama de protección social forma parte de un movimiento general en los Estados de Bienestar de la Unión Europea (UE a partir de ahora) en los que el desarrollo de la protección social se pretende que sea compatible con la sostenibilidad financiera

del Estado y, sobre todo, con los procesos de modernización económica y ajuste de la economía europea a la economía global, todo lo cual implica formas de intervención pública con nuevas combinaciones de la responsabilidad pública y de la responsabilidad individual y familiar.

2. EL MODELO SOCIAL EUROPEO COMO CONTEXTO DEL SISTEMA ESPAÑOL DE AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA

En este epígrafe abordamos dos aspectos concretos que constituyen el marco de referencia (MSE) para el análisis y comprensión del modelo español de autonomía y dependencia: el panorama institucional de modelos europeos de CLD y algunas de las tendencias de cambio en su desarrollo actual.

a) Panorámica general de los modelos de protección social a la dependencia

El SAAD debe comprenderse en el contexto europeo de los debates y desarrollos en protección social de los llamados cuidados de larga duración o atención a la dependencia. En este sentido es preciso destacar, en primer lugar, la diversidad de modelos de protección social en este ámbito que se corresponde con sendas históricas e institucionales diferentes en el desarrollo del Estado de Bienestar. Pero también los factores de convergencia relativa como consecuencia de cambios sociales, avances en el conocimiento y prácticas institucionales compartidas en materia de protección social que se difunden en el seno de la UE. Es decir, destacaremos tanto la *diversidad* de modelos como las líneas de *convergencia* que la UE promueve bajo el llamado método abierto de coordinación (MAC).

La extensión de la acción protectora en CLD en los países de la UE es consecuencia del desbordamiento de la carga de cuidados de la familia tradicional y, en concreto, de las limitaciones que afronta la mujer trabajadora para ejercer su papel social tradicional de cuidado de las personas mayores en situación de dependencia si bien ello supone al mismo tiempo un cambio en profundidad en la estructura social del sistema de cuidados informales en el seno de los hogares. Si a ello unimos el envejecimiento de la población y, sobre todo, el incremento de la población mayor de 80 años, como consecuencia de una mayor esperanza de vida, la consecuencia es que la presión social que supone el riesgo de dependencia se ve abocada a cambios y reformas sociales por tres vías no excluyentes entre sí, incluso combinadas en la mayoría de los modelos: mediante una reestructuración en profundidad del papel histórico de la familia cuidadora (basado hasta ahora en el trabajo femenino y en una muy lenta incorporación del varón al trabajo informal de los cuidados), mediante la individualización del riesgo y, finalmente, mediante la socialización del riesgo de dependencia a través de fórmulas de seguro público o cobertura pública universal combinadas en mayor o menor medida con responsabilidades de personas afectadas por dependencia y sus cuidadores.

La tendencia general de reforma social en CLD en la UE nos indica la construcción de un modelo tentativo de cobertura pública universal del riesgo con participación de la familia y de la persona afectada. Es decir, en el caso del MSE los diferentes países, y en conjunto, están transitando desde hace algo más de veinte años desde modelos de protección asistencial (para personas sin recursos) a la vez que basados en el trabajo informal de cuidados de las mujeres, a modelos de intervención pública en los que se socializa el riesgo, si bien de manera no exhaustiva y bajo fórmulas mixtas en la medida en que la persona afectada asume una parte del coste (mediante el copago) y la familia o entorno familiar sigue siendo una parte estratégica del sistema de cuidados informales. En realidad, y quizás con la excepción parcial y matizada del modelo nórdico, los sistemas continentales de CLD y el propio sistema español puesto en marcha, caminan en la dirección de un modelo de socialización del riesgo que en la práctica es un modo de protección social que sigue apoyándose de manera muy importante en la familia cuidadora (es el caso de los modelos alemán y español). La familia en estos modelos no desaparece, dadas las preferencias por los cuidados personales en el seno de los núcleos familiares, sino que es apoyada y, excepcionalmente, sustituida por un sistema público que combina los cuidados institucionales con los informales.

Consolidado en el modelo nórdico la extensión protectora del Estado de Bienestar hacia los CLD durante el periodo aproximado de 1970-1990 y ampliado en el modelo continental o de Seguridad Social en los países centroeuropeos, la acción protectora se ha ampliado al Sur de Europa, siendo España el primer país del llamado modelo mediterráneo de régimen de bienestar (Ferrera, 1996; Moreno, 2001) en socializar el riesgo en base a un sistema de cobertura universal, prestaciones mixtas, descentralizado en cuanto a planificación y gestión y con un elevado nivel de provisión privada de servicios.

Las recomendaciones de la Comisión Europea en la materia en 2003 y los *Joint Report* sobre protección social y exclusión que se publican desde 2005 han contribuido a consolidar lo que podría llamarse como MSE de protección social a la dependencia basado en recomendaciones de desarrollo de tres principios: universalización del sistema de pensiones, sanidad y cuidados de larga duración, calidad de los servicios y sostenibilidad financiera.

En el Cuadro 1 reflejamos de manera muy esquemática los rasgos diferenciales de los distintos modelos protectores. Su común denominador, la base social que presiona en favor de una respuesta por parte de las políticas públicas, es la confluencia en el tiempo de nuevos factores de demanda social o riesgos sociales ligados a la tendencia generalizada al envejecimiento extensivo e intensivo de las poblaciones europeas (como consecuencia del éxito en el bienestar relativo) y la aparición de nuevas discapacidades que provocan diferentes grados y niveles de dependencia (demencias cognitivas, como el Alzheimer, la extensión de la enfermedad mental, accidentes laborales y de carretera, por mencionar algunas de las más importantes), junto con una crisis o déficit de la estructura social de cuidados informales. El impacto

más extenso e intenso de las situaciones de dependencia tiene lugar en la población mayor de 65 años que supone tres cuartas partes de la población dependiente; más aún, casi la mitad de la población en riesgo de dependencia se encuentra en la población mayor de 80 años, de la que tres cuartas partes son mujeres. La mayor o menor intensidad de estos cambios en el contexto de distintas tradiciones institucionales de protección social, junto a factores que promueven la protección social como son la movilización de los colectivos afectados y el diálogo social, nos dan como resultado distintos modelos.

En el modelo social europeo podemos diferenciar de manera sucinta cuatro modelos considerando los 15 países previos a la ampliación de la UE en 2004, sin entrar aquí en el análisis pormenorizado de cada modelo². Por una parte, el modelo asistencial anglosajón de tipo asistencial que centra su protección en las personas sin recursos, si bien la oferta de servicios sociales es accesible mediante copago a las personas con recursos. La familia y la responsabilidad individual tienen un papel relativamente importante en el marco de un modelo municipal de servicios sociales al que es relativamente ajena la Administración Central. Por su parte, el modelo nórdico no existe como sistema diferenciado de protección social sino que es una extensión institucional del sistema tradicional de servicios sociales al que puede acceder toda la población que precise de cuidados personales y/o instrumentales; en este sistema la gestión es municipal y la financiación es mixta, con elevado compromiso financiero por parte del Estado. El llamado modelo continental ha generado en el seno de la Seguridad Social una nueva rama de acción protectora, financiada con cotizaciones e impuestos, si bien la gestión de los servicios se enmarca en general en el ámbito del sistema de servicios sociales; se trata de un modelo descentralizado y con una responsabilidad familiar elevada. Por último, el modelo mediterráneo, con una amplia diversidad en su seno, pero caracterizado por una protección asistencial de limitada cobertura y baja intensidad protectora que tiene en la familia su columna vertebral en la atención a personas en situación de dependencia. De los países del modelo mediterráneo únicamente España ha salido de la órbita asistencial tradicional para integrarse plenamente como modelo de cobertura universal en la senda del modelo nórdico (pero con menor peso del Estado), si bien la Seguridad Social tiene una presencia importante en los complementos de ayuda de terceras personas de tipo contributivo y asistencial.

La protección social de la dependencia forma parte de la agenda de la política social en la mayoría de los países miembros de la UE que se han visto obligados a dar respuesta al nuevo riesgo con políticas de desarrollo de nuevos derechos y ampliación del gasto social en un contexto de reestructuración y contención del Estado de Bienestar, todo lo cual ha generado nuevas formas de provisión en las que el reparto del coste del mismo adopta distintas fórmulas mixtas.

² Un análisis en detalle de la estructura de protección social de los 27 países miembros agrupados en regímenes de bienestar se encuentra en Rodríguez Cabrero (2007b).

CUADRO 1

Rasgos generales de los modelos europeos de cuidados de larga duración

	Modelo anglosajón (Reino Unido, Irlanda)	Modelo continental (Alemania, Francia, Austria, Holanda, Luxemburgo, Bélgica)	Modelo nórdico (Suecia, Finlandia, Dinamarca)	Modelo mediterráneo (España, Italia, Portugal)
Derecho social a la protección social de la dependencia	Derecho mixto: universal en atención sanitaria y protección asistencial en servicios sociales	Derecho subjetivo universal con dos niveles: contributivo y no contributivo	Derecho subjetivo universal	Derecho mixto: universal en atención sanitaria; asistencial en servicios sociales
Financiación	Impuestos y copago en servicios sociales para los que exceden un nivel de renta	Cotizaciones en el nivel contributivo; impuestos en el nivel no contributivo; copago en la prestación de servicios	Impuestos generales y locales; copago	Impuestos generales, cotizaciones y copago para los que exceden un nivel de renta
Prestaciones sociales	Servicios y ayudas monetarias. Ayudas técnicas	Servicios y prestaciones monetarias topadas. Ayudas técnicas	Servicios sociales y ayudas técnicas	Prestaciones monetarias, servicios asociales y ayudas técnicas
Responsabilidad de organización y gestión	Municipal	Seguridad Social, Regiones y Municipios	Municipal	Regional y Municipal
Provisión de servicios según importancia	Empresas, ONG y ayuntamientos	ONG y empresas, papel residual de ayuntamientos en modelo alemán	Ayuntamientos y creciente importancia de empresa privada	Ayuntamientos, ONG y creciente importancia de empresas
Políticas de apoyo al cuidado informal	Apoyo limitado al cuidador y elevada responsabilidad individual	Amplio apoyo al cuidador informal	Apoya y sustituye a la familia cuidadora	Limitado apoyo al cuidador informal
Situación actual de los modelos	Debate político sobre la oportunidad de la universalización de la protección social de la dependencia	Reformas en Alemania en 2007 para lograr nuevos equilibrios institucionales y financieros del modelo. Reformas previstas en Holanda	Incremento de la prestación de servicios por parte de las empresas privadas en Suecia y, en general, en los países nórdicos	Ley de la dependencia en España. Libro Blanco de la dependencia en Italia

Fuente: Elaboración propia.

ESTUDIOS

Dicho de otra manera, el desarrollo de los sistemas de atención a la dependencia opera en un contexto de reestructuración profunda de los Estados de Bienestar en los que la acción protectora pública tiende a profundizar la responsabilidad individual en el riesgo, a la vez que se diseñan sistemas complejos para su gestión entre los diferentes niveles de gobierno de los Estados de Bienestar. De este contexto dan cuenta los informes europeos sobre cuidados de larga duración (Consejo y Comisión Europeos, 2003; Pacolet, 2006; Pavolini y Ranci, 2008), así como análisis de mayor alcance territorial (OCDE, 2005). Dichos informes centran el análisis en torno a tres problemas básicos que también se abordaron en el caso español en la fase previa a la Ley (Libro Blanco de la Dependencia, 2005): la accesibilidad al sistema protector que se define como universal basada en el reconocimiento de la situación de dependencia; la calidad de la atención o modos de combinación de prestaciones económicas y técnicas con especial preferencia a la atención a la persona en su propio entorno, la llamada atención comunitaria; y, finalmente, la sostenibilidad financiera del sistema protector con fórmulas de racionamiento o topes en las prestaciones sociales.

b) Tendencias europeas comunes en la provisión de los cuidados de larga duración

Como señalábamos antes, la extensión de la acción protectora de los Estados de Bienestar de la UE tiene lugar en un contexto de contención del gasto social y de desplazamiento parcial hacia los ciudadanos del coste de los nuevos riesgos así como nuevas formas de responsabilidad compartida en el seno del sector público y de producción privada de servicios. En esta línea, es preciso destacar algunas tendencias de cambio de las que, como luego veremos, también participa el modelo español³.

En primer lugar, se ha abierto paso en el ámbito de la UE la centralidad de la protección social a la dependencia como un derecho social que amplía y refuerza la trama de los derechos sociales tradicionales en educación, sanidad y garantía de rentas. El acceso a este derecho se realiza en base a una valoración técnica o baremo que combina en distinta medida la situación social y sanitaria de la persona en relación con las actividades básicas de la vida diaria. Lo que el baremo valora es la necesidad de apoyos para realizar actos personales de la vida diaria y, en su caso, instrumentales, mediante escalas de medidas que agregan a las personas valoradas en grados y niveles; normalmente en tres grados de dependencia que van de la mayor gravedad a la dependencia moderada pasando por un nivel intermedio o de dependencia severa. La valoración da lugar a un posible reconocimiento del derecho a la protección y, con ello, a un paquete de prestaciones económicas y/o sociales. En este sentido, por ejemplo, la valoración del sistema español se sitúa en la tradición de los modelos centroeuropeos que, como el alemán, clasifican a la población en situación de dependencia en tres grados.

³ Para el caso general de los servicios sociales en la UE, ver Sotelo (2007).

En general, las prestaciones de dependencia son de servicios, particularmente en los grados más elevados de dependencia en los que la persona necesita de apoyos institucionales (residencias, centros de día y de noche) y ayudas técnicas (personales y en el hogar). En este punto se han producido tres cambios relevantes en la materialización de las prestaciones sociales:

a) Por una parte, se ha abierto paso la libertad de elección de la persona afectada o de su tutor legal de forma que esta pueda, junto con los profesionales de la atención, elegir el modo más efectivo de mejorar su bienestar. La óptima combinación de la libertad de elección en relación con los recursos disponibles y la valoración profesional no siempre es un ejercicio sencillo y ello da lugar a negociaciones para plasmar el plan o programa de cuidados personales. En todo caso, la asignación de un paquete de prestaciones sin consulta a la persona afectada es una práctica de intervención social en retroceso; la presencia de personas afectadas de clase media y la cultura de consumo han favorecido esta transición desde un modelo de relativa imposición de las prestaciones a otro compartido en el que la persona afectada elige y, también, financia una parte del coste en relación con sus recursos económicos, teniendo en cuenta obviamente la oferta de servicios existentes.

b) Otro cambio tiene que ver con la consolidación de un modelo de atención preferentemente comunitario, en el domicilio, mientras ello es posible y su coste sea inferior al de la institucionalización. Este modelo, si bien requiere de una oferta amplia de servicios (como el servicio de ayuda a domicilio), también precisa de cuidados no profesionales en el hogar. Ello se traduce en una cierta tendencia en los modelos europeos en dar prioridad a la prestación económica, respecto de los servicios, que la persona utiliza para remunerar una parte del coste del cuidador no profesional, sea o no familiar.

c) Finalmente, en lo que se refiere a la prestación de servicios, se ha impuesto un modelo de provisión privada, mercantil y no lucrativo, en el que el sector privado es un brazo instrumental del sector público que se descarga de estructura y reduce costes de gestión. Este nuevo modelo ha abierto un debate sobre la calidad de los servicios, la acreditación de centros y la profesionalidad y calidad del empleo que, en el caso de España, se caracteriza por tasas de precariedad superiores al del conjunto de la población ocupada. Ello ha supuesto la creación de los llamados mercados sociales (Ranzi y Pavollini, 2006) con un empleo privado que ha sustituido en la práctica al del sector público (85 por cien del total de la población asalariada ocupada en el caso español en marzo de 2009).

La financiación de los CLD se caracteriza en el modelo europeo por tres rasgos: por la garantía pública de un conjunto de prestaciones básicas o mínimo protector, que varía entre países; por el reparto entre las distintas Administraciones Públicas del coste de las prestaciones (que viene a cubrir en torno al ochenta por ciento del coste total); finalmente, por la presencia en todos los modelos del copago de la persona en situación de dependencia cuyo monto depende de la renta y el patrimonio, estando

exentos los que tienen recursos por debajo de un mínimo prefijado. Las fuentes de financiación pública son variables y suelen basarse únicamente en impuestos generales (modelo nórdico), en cotizaciones sociales e impuestos (modelo continental) o en impuestos y cotizaciones (modelo español). En algunos casos se computa un día de trabajo (Alemania) o se aplica algún canon finalista (Luxemburgo). El papel de redistribución del Estado no siempre es una realidad ya que existe una tendencia a la transferencia del coste hacia los niveles del mesogobierno y los ayuntamientos. Ello provoca, como consecuencia, desequilibrios territoriales en la oferta de servicios y prestaciones cuya corrección no siempre está garantizada.

Finalmente, indiquear que los modelos europeos de protección social a la dependencia son modelos descentralizados en los que los mesogobiernos ocupan un lugar central en cuanto a planificación y gestión, si bien en el modelo nórdico el peso de la autoridad local es mucho más elevado en comparación con el resto de los modelos. Ello obliga a desarrollar formas de cooperación y de gobierno complejas que generan no pocos conflictos de competencias y de rivalidad institucional. Este problema de coordinación se extiende también al ámbito funcional (relación entre el sector público y el sector privado proveedor) y al ámbito estructural (la coordinación entre servicios sociales y sanitarios), dando lugar a diferentes y complejas formas de coordinación y cooperación.

En suma, los modelos europeos de CLD son universales pero contenidos en el gasto y mixtos en cuanto a la provisión; se basan en el principio del derecho subjetivo, pero el coste de la materialización del riesgo se reparte en el seno del sector público y entre este y la persona afectada; son sistemas muy descentralizados pero tienen que asumir costes elevados de coordinación interna y en relación con otros sistemas sociales como el sanitario. Como veremos a continuación, el sistema español de autonomía y dependencia participa de todos estos rasgos señalados.

3. LOS PILARES DEL SISTEMA ESPAÑOL DE AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA

En el Cuadro 2 hemos definido el SAAD como un sistema de cinco pilares⁴, cuya consideración nos servirá de guía para la aproximación valorativa que hacemos en el epígrafe tercero de este trabajo.

Como decíamos antes, el SAAD es una respuesta a un riesgo social ya existente pero ampliado por los cambios sociales (Casado, 2006), el envejecimiento de la población y nuevas formas de discapacidad (Palacios Ramos y Esparza, 2006). El modelo español se basa en un conjunto de principios explícitos que lo definen como un sistema público, de acceso universal, de atención integral e integrada, transversal, de atención personalizada, accesible para todos en condiciones de igualdad en todo el territorio y basado en la participación de las personas afectadas, sus familias y quienes les representen.

⁴ Un análisis previo del sistema español puede se encuentra en Rodríguez Cabrero (2007a y 2007b).

CUADRO 2
Niveles de protección, Sistema de prestaciones y Apoyo a la Autonomía, Financiación, Órganos Consultivos y Sistema de Calidad, Información y Formación y Dependencia de la Ley 39/2006

Niveles de protección (art. 7)	Sistema de prestaciones (Capítulo II)	Financiación del sistema (Capítulo V)	Órganos de gobierno y consultivos	Calidad, información y formación
1. Protección mínima garantizada por la AGE	1. Servicios sociales según catálogo (art. 15)	1. Impuestos generales de la AGE y CC.AA. (art. 32). También Disposición Adicional Primera (compromiso de la AGE entre el 1/7/2007 y el 31/12/2015)	1. Gobierno del SAAD: Consejo Territorial como instrumento de cooperación entre la AGE y las CC.AA. que fija el baremo, la intensidad protectora, la cuantía de las prestaciones, planes conjuntos y evaluación. Podrán participar los entes locales (arts. 8 y 12)	1. Criterios comunes de acreditación de centros y planes de calidad del SAAD por el Consejo Territorial (art. 34)
2. Protección conveniada entre la AGE y las CC.AA.	2. Prestación económica vinculada a un servicio (art. 17)	2. Copago en función de capacidad económica del beneficiario (art. 33) diferenciando servicios asistenciales y de manutención y hoteleros	1. Órganos Consultivos: a) Comité Consultivo mixto por AGE, CC.AA., Entes Locales y organizaciones sindicales y empresariales b) A otro nivel: Consejo Estatal de Personas Mayores, Consejo Nacional para la Discapacidad y Consejo Estatal de ONG de Acción Social	2. Sistema de información del SAAD (art. 37)
3. Protección adicional libre por parte de las CC.AA.	3. Prestación económica excepcional para cuidadores no profesionales (art. 18)	3. Fiscalidad de instrumentos privados para facilitar la financiación de los servicios (Disposición Adicional Séptima)		3. Formación y cualificación de profesionales y cuidadores (art. 36)
	4. Prestación económica de asistencia personal (art. 19)			

Fuente: Elaboración propia en base a la Ley 39/2006.

ESTUDIOS

Estos principios se desarrollan en un modelo con cinco pilares de los que el primero (acceso y niveles de protección) es el núcleo fundamental y el resto son instrumentales (sistema de prestaciones, financiación, sistema de gobierno y desarrollo de la calidad, formación e información). De manera sintética, y remitiéndonos al mencionado Cuadro 2, caracterizamos a continuación dichos pilares en la medida en que serán objeto de consideración posteriormente.

a) El acceso al SAAD se basa en el derecho social subjetivo a la acción protectora que garantiza una protección mínima materializada en un conjunto de prestaciones sociales, económicas y servicios. El acceso al SAAD tiene lugar mediante un proceso relativamente complejo solicitado por la persona afectada o su tutor y que se descompone en tres fases: valoración de la situación de dependencia, reconocimiento de la misma y definición del programa individual de atención (llamado PIA). Bajo este modelo, la persona en situación de dependencia y con un PIA puede materializar las prestaciones acordadas, cuya garantía mínima está asegurada por la AGE y de manera complementaria y en la misma cantidad al menos por las CC.AA., que pueden de manera adicional completar la acción protectora implicando a la persona afectada mediante el copago. Por tanto, el acceso es universal pero condicionado a la valoración previa de entrada y a la definición de un programa individual de atención. Estos tres niveles de protección: mínimo garantizado por la AGE, nivel conveniado entre esta y cada CC.AA. y el adicional libre por cada CC.AA. son expresión del modelo competencial acordado al que luego haremos referencia.

b) El reconocimiento del derecho a la acción protectora se materializa en un conjunto de prestaciones económicas y en servicios, que se integran y gestionan en el sistema de servicios sociales (Rodríguez Rodríguez, 2006) como una red pública en la que participa la iniciativa privada. Son rasgos de este sistema de prestaciones los siguientes: la centralidad de la prestación en servicios y la excepcionalidad de la prestación económica al cuidador no profesional; la participación activa de la iniciativa privada en la que se tiene en cuenta de “manera especial” al tercer sector social en reconocimiento a su actividad tradicional solidaria con los colectivos en situación de dependencia, si bien concurre con la empresa mercantil en la prestación de servicios; por otra parte, el SAAD contempla tanto los servicios de atención (las acciones de prevención y ayudas técnicas, por ejemplo) como prestaciones sociales del sistema; se define un catálogo de servicios cerrado para personas en situación de dependencia diferenciando las personas con discapacidad; finalmente, el sistema crea una nueva modalidad de prestación que es la prestación económica del asistente personal y da carta de naturaleza a la prestación económica vinculada al servicio, cuando este no existe en la red pública, que no es sino una forma específica del llamado cheque-servicio.

El SAAD no contempla las prestaciones sociosanitarias entendiendo que son competencia del ámbito sanitario de las CC.AA. Si tenemos en cuenta el carácter sociosanitario de una parte importante de las situaciones de dependencia, esta ausencia supone, como señalaremos, un fallo institucional que, además, se ve agravada por

la desaparición de las prestaciones sociosanitarias del catálogo de prestaciones sanitarias de 2006 (RD 1030/2006), cuyo desarrollo estaba previsto en la ley de cohesión y calidad del sistema sanitario de 2003 (Ruipérez Cantera, 2006).

c) El tercer pilar se concreta en el reparto de competencias entre la AGE y las CC.AA. y el gobierno del sistema tanto en su dimensión operativa como consultiva. El SAAD es un sistema de protección social complejo que deviene de un reparto de competencias sui géneris. En efecto, el sistema español pudo haber elegido la vía de la Seguridad Social (art. 41 y art. 149.1.17 de la Constitución Española) como fórmula competencial a través de una ley básica. Dicha fórmula, prevista inicialmente en el Libro Blanco de la Dependencia, en línea con el modelo alemán de CLD, fue descartada por razones no explicitadas pero que tienen que ver con temores a la sobrecarga del sistema de Seguridad Social con una nueva prestación. La incardinación en el régimen de la Seguridad Social del nuevo sistema implicaba que la competencia, financiación y gobierno del SAAD quedaran a reserva de cualquier polémica competencial sin que ello supusiera, por otra parte, merma alguna para la gestión de los servicios sociales por parte de las CC.AA. con competencia exclusiva en la materia, siguiendo la estela del sistema de prestaciones no contributivas (Ley 26/1990). Ese era el reparto competencial inicialmente posible y en, cierto modo, previsto. En el mismo sentido, la financiación se hubiera basado en cotizaciones por parte de la población activa, mediante una fracción de cuota, y en impuestos para el caso de los incapacitados para el trabajo y enfermos. No haber optado por esta vía no significa que la Seguridad Social no tenga competencia en esta materia (el mejor ejemplo son las prestaciones de ayuda de tercera persona), ni que el nuevo sistema cierre su desarrollo en esta rama y, desde luego, que no pueda contribuir financieramente al desarrollo del SAAD.

La otra alternativa era dejar el SAAD en manos de las CC.AA., que lo desarrollaría a partir de sus leyes de servicios sociales con lo que se generarían tantos modelos de SAAD como sistemas de servicios sociales existentes (vía del art. 148.1.20 de la CE). De hecho todas las CC.AA., antes de la ley 39/2006, tenían desarrollados en mayor o menor medida prestaciones y programas de atención a la dependencia en el campo de los servicios sociales que se han integrado con las nuevas prestaciones de dependencia en un proceso aún no concluido.

Con el fin de hacer compatibles las competencias exclusivas de las CC.AA. en materia de servicios sociales y la garantía de igualdad en todo el territorio del Estado se ha adoptado un sistema de competencias basado en el principio de “cooperación entre Administraciones” en el ejercicio de sus respectivas competencias. De este modo, la LAPAD no es una ley básica, pues el Estado no reclama competencia alguna exclusiva en la materia, que tiene que compartir con las CC.AA., pero tampoco queda subordinado a estas en la medida en que apela a su competencia de regular las condiciones básicas que garantizan la igualdad en el ejercicio de los derechos que limiten la diversidad existente en el conjunto del Estado. Esto abre una fórmula de gobierno necesariamente cooperativo basado en competencias compartidas y en el

principio de la lealtad institucional. Se trata de un equilibrio que puede generar cierta inestabilidad institucional en la fase de despegue, como así ha sucedido parcialmente, o una forma federalismo social *sui géneris* que obliga a pactar el desarrollo concreto de cada una de las piezas centrales del nuevo sistema. De este modo, este sistema de cooperación tiene como efecto la construcción de un sistema de coordinación de competencias y políticas que siempre es negociado. Esto no es nuevo, ya que en la práctica el propio sistema sanitario transferido a las CC.AA., incluso con una ley general, es objeto de negociación permanente y de formas de coordinación no imperativa.

Este nuevo sistema tiene como fórmula de gobierno del SAAD el Consejo Territorial, en el que la AGE y las CC.AA. cogobiernan el sistema protector. En él pueden participar los entes locales, si bien su capacidad decisoria en el mismo es en la práctica inexistente ya que están subordinados a las CC.AA., que son las que tienen competencias en la materia.

Este sistema contempla la participación no decisoria sino consultiva de órganos de tipo mixto –Comité Consultivo Mixto (AGE, CC.AA., Entes Locales; sindicatos; y organizaciones empresariales, órgano tripartito y paritario de 36 miembros)–, o del ámbito de las entidades de acción social (consejos estatales de personas mayores, de personas con discapacidad y de ONG de acción social), que contribuyen a la creación de un sistema de gobernanza que apoye el desarrollo del nuevo derecho social.

En definitiva, el SAAD no es simplemente la gestión de un conjunto de prestaciones sociales que materializan el nuevo derecho social, sino una nueva fórmula de hacer política social apoyada en la cooperación de distintos niveles de gobierno y en la participación ampliada de organizaciones públicas y privadas en la gobernanza del SAAD. Sus funciones son variadas y tienen como fin general el perfeccionamiento del SAAD mediante iniciativas, moderación no formal de conflictos, apoyo a las políticas de redistribución y equilibrio territorial, papel de moderación y articulación, entre otras. Es una de las primeras leyes en las que al mismo tiempo intervienen el diálogo social y las entidades sociales en el ámbito consultivo.

d) El cuarto pilar del sistema es la financiación, pilar fundamental no solo en al puesta en marcha sino a largo plazo ya que se trata de garantizar la sostenibilidad del mismo sin merma de la universalización y de una intensidad protectora basada en la calidad asistencial. Los trabajos sobre este pilar no abundan, siendo excepción por su rigor los de Julia Montserrat (2005, 2008). La propia ley, en su preámbulo, afirma que la financiación será “estable, suficiente, sostenida en el tiempo y garantizada mediante corresponsabilidad de las Administraciones Públicas” y, en todo caso, “la AGE garantizará la financiación a las CC.AA. para el desarrollo del nivel mínimo de protección”. La garantía del derecho está en el nivel mínimo en el que concurren la AGE y las CC.AA. con una aportación similar, siendo el resto del coste asumido por las CC.AA. y el Estado mediante convenio anual, por las propias CC.AA. en la parte adicional o complementaria y por los usuarios mediante el copago.

En un contexto de crisis económica como el actual, las tensiones financieras del desarrollo de la ley, que se inicia de manera práctica en el verano de 2007, han saltado a la luz siendo objeto de debate tanto el coste real del sistema como la aportación financiera de cada nivel de gobierno, incluido el ámbito local, y los usuarios. La infraestimación de la población dependiente del grado III, el de mayor gravedad, y sus implicaciones financieras han agudizado dicho debate de forma que en la actualidad las preguntas a responder son: ¿cuál es el coste del SAAD? ¿cómo se reparte la financiación de dicho coste? ¿cuáles son los criterios del copago y cómo se aplican en las CC.AA.? La complejidad que entraña la respuesta a tales preguntas desborda los objetivos de este trabajo de aproximación, si bien trataremos de dar una respuesta global a las mismas.

e) El último pilar es el relacionado con la calidad, la formación y la información. De la importancia de este pilar da cuenta el complejo desarrollo del sistema de información y estadística del SAAD que, si bien es gestionado por la AGE, depende de los sistemas de información y aplicaciones informáticas de las CC.AA. La dimensión de la información, extensión y calidad de la misma, se ha revelado en el desarrollo del SAAD como un aspecto fundamental y objeto de polémica al ser un sistema con distintas fuentes de información y aplicaciones informáticas que alimentan el sistema central y con una gestión de la información sometida a ritmos de tiempo distintos y diferentes controles de calidad. El déficit en este campo o fallo público es de elevada importancia ya que de su buen funcionamiento depende no solo la información al ciudadano sino también la planificación, la gestión y la investigación.

En el mismo sentido, la calidad se constituye en elemento central del SAAD y se concreta en la acreditación de centros y servicios y en la formación de profesionales en un sector muy intensivo en mano de obra y donde la calidad asistencial depende en no escasa medida de la calidad del empleo.

4. APROXIMACIÓN A UNA VALORACIÓN DEL DESARROLLO DEL SAAD

La ley de la dependencia contempla la evaluación del SAAD a dos niveles: el primero se refiere a que las CC.AA. tienen entre sus funciones la de evaluar periódicamente el funcionamiento del Sistema en su territorio (art. 11); el segundo, de carácter general, viene contemplado en la disposición adicional 1.^a.3 al señalar que una vez transcurridos los tres primeros años de la aplicación progresiva de la ley (es decir, después de haber desplegado la cobertura de los grados III, dependencia grave, y II, dependencia severa, el Consejo Territorial realizará una evaluación de los resultados de las mismas con propuestas, en su caso, de modificación del Sistema implantado. Esto supone que la evaluación será realizada en 2010 en base a la experiencia de tres años de aplicación del SAAD (periodo 2007-2009).

En nuestro caso, pretendemos hacer una valoración tentativa y aproximada, basada en fuentes secundarias, del desarrollo de los pilares del SAAD destacando qué

desarrollos han tenido lugar hasta la actualidad, qué problemas se han generado en dicho desarrollo y, por último, qué ámbitos de evaluación son necesarios abordar. Se trata por tanto más de un mapa inicial de valoración del SAAD que de un exhaustivo análisis que en la actualidad aún no es posible tanto por la escasez de fuentes de información (Directores de Servicios), como por el hecho de que el SAAD se encuentra en su primera fase de desarrollo y sometida a un intensa presencia de los actores institucionales que juegan un papel central en la aplicación de la ley (Marbán, 2009). Dicho mapa de valoración lo hemos reflejado de manera sintética en el Cuadro 3, con el fin de que el lector disponga de una panorámica general del desarrollo y principales problemas del SAAD.

a) La entrada en el sistema y la materialización del derecho subjetivo

El acceso o entrada al SAAD supone, una vez ha tenido lugar la solicitud de la persona afectada o de su representante, la aplicación de un baremo de valoración con validez en todo el territorio del Estado; dicho baremo es aplicado por equipos profesionales ya formados o creados al efecto en el seno de un sistema de servicios sociales ya existente. Es preciso recordar que la valoración la hacen las CC.AA. con sus equipos de valoración y estilos propios profesionales, cuya composición no es igual en todas las CC.AA. Ello induce a pensar que si bien los equipos de valoración utilizan un único instrumento de medida, las tradiciones de cada CC.AA. pueden modular la formación de los equipos y los *modus operandi*, con lo que se pueden generar ciertas distorsiones en los resultados finales como, por ejemplo, la tendencia relativa a la concentración de las personas valoradas en el grado III dentro del nivel II, el de máxima gravedad, produciendo una suerte de pirámide invertida no prevista, tal como refleja la estadística mensual del SISAAD; diferencias en el ritmo y volumen de población en situación de dependencia reconocida que entra el sistema según CC.AA., o una cierta diversidad en los plazos de valoración.

Un segundo factor de valoración es la definición del programa de atención individual o PIA, que materializa el derecho subjetivo mediante un paquete de prestaciones sociales. La valoración de este segundo paso de acceso al sistema plantea no escasos problemas que tienen que ver con la oferta disponible de servicios (si la oferta no es suficiente no queda otra alternativa que la prestación económica), con el peso real de la libertad de elección de la persona afectada, con la existencia de equipos de diseño idénticos o diferentes a los que hacen la valoración y con los sesgos que introduce la propia estructura profesional existente.

En este sentido, los elementos a evaluar en 2010 vienen condicionados por los desarrollos señalados, tanto en lo que se refiere a los resultados de la población valorada con dictamen (que conlleva una reestimación de la población reconocida mediante dictamen del grado III que se ha duplicado en relación a la población prevista: de una previsión de población para el grado III en 2007 de 205.915 personas se ha pasado a un volumen de población del mismo grado con dictamen de dependencia

de 389.722 personas en junio de 2009), como en lo que se refiere al sistema de valoración: composición de los equipos de valoración, adecuación del baremo a las situaciones reales de dependencia y modos en que se define el PIA (la composición de los equipos profesionales, papel de la persona afectada y adecuación y suficiencia de la red de servicios existente a los programas de atención previstos).

b) El sistema de prestaciones: la excepcionalidad de las prestaciones económicas

El SAAD contempla las prestaciones económicas como “excepción” y los servicios como norma. Esta cautela de la ley de la dependencia tiene como fundamento el objetivo de impulsar el desarrollo de la oferta de servicios, es decir, potenciar la red pública de servicios sociales, a la vez que dar satisfacción a la demanda sindical de aprovechar la oportunidad del SAAD como yacimiento de empleo. No en vano una de las justificaciones de la memoria económica de la LAPAD es su potencial capacidad de crear empleo intensivo en mano de obra (en torno a 250.000 empleos). La realidad es que de las prestaciones con PIA identificado, el 61,7 por cien a fecha 1 de junio de 2009 (es decir, 366.147 prestaciones sobre un total de prestaciones reconocidas de 593.355), el 50,8 por ciento son prestaciones económicas por cuidados familiares, es decir, 186.267 prestaciones, en contraste con el peso de prestaciones en servicios como la ayuda a domicilio (37.392 prestaciones) o los centros de día/noche (19.766 prestaciones).

Este hecho, que apenas se ha modificado desde finales de 2007, plantea preguntas cruciales de por qué las prestaciones a cuidadores familiares son el grueso central de todas las prestaciones: ¿por su facilidad de gestión y menor coste frente a las prestaciones en servicios? ¿por un voto amplio de las personas afectadas en favor de los cuidados en el seno de la familia? ¿por una oferta insuficiente de servicios? ¿por una posible inadecuación de la cartera de prestaciones? ¿o por una combinación de todos estos factores y otros posibles cuyo peso y naturaleza habrá que analizar en profundidad? Hay que observar que el 38 por ciento de todas las prestaciones están pendientes de identificar (es decir, de concretar su PIA), con lo cual la información precedente es provisional. En todo caso, y con esta provisionalidad, se confirma que la excepción (prestaciones económicas) se ha convertido en la regla, una consecuencia no prevista que por su importancia en el desarrollo del SAAD tiene que ser objeto de una evaluación en profundidad.

Por otra parte, la información disponible destaca el escaso peso de prestaciones que se consideraron en su momento emblemáticas, como son las prestaciones de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía así como la prestación al asistente personal de personas con dependencia del grado III. Si el desarrollo de la primera prestación requiere tiempo y un nuevo enfoque en las políticas de dependencia, la segunda podía haber tenido un mayor peso relativo. Finalmente, el desarrollo del ámbito sociosanitario como medio de eficacia en la intervención socio-profesional es un déficit del nuevo sistema tanto por el hecho del incumplimiento de la

puesta en marcha de las prestaciones sociosanitarias previstas por la ley de cohesión y calidad del sistema sanitario, como por el hecho de que de su desarrollo depende una protección integral de las discapacidades más invalidantes. El hecho de que el sistema sanitario sea un sistema consolidado y los servicios sociales una rama aún en construcción, con culturas profesionales diferentes y sistemas de organización distintos, entre otros factores diferenciales, conlleva una gran dificultad de coordinación que la evaluación tendrá que analizar en profundidad para crear los mecanismos de cooperación y coordinación en la asistencia y atención a las personas en situación de dependencia.

En consecuencia, la evaluación del SAAD requerirá que en 2010 se analice la eficacia de las prestaciones económicas por cuidados familiares, el bajo impacto de la prestación del asistente personal, la extensión de la compatibilidad entre prestaciones como modo de intervención eficaz, compatible con el coste, el bajo desarrollo de las prestaciones de prevención y autonomía personal y las limitaciones existentes en el desarrollo de la atención sociosanitaria.

c) La gobernanza del sistema estatal de dependencia

Hemos señalado en el epígrafe precedente que el sistema competencial en el que se basa el SAAD implica un gobierno cooperativo, un elevado nivel de coordinación y una integración de la voz de los agentes sociales y económicos en el gobierno del sistema. ¿En qué medida este proyecto se está desarrollando con eficacia?

Lo primero que hay que observar es que este modelo constituye un ensayo singular de gobernanza a la vez que de resultados, en conjunto, positivos si lo juzgamos por la capacidad para desplegar el nuevo sistema protector en dos años escasos alcanzando a un volumen de población beneficiaria de casi 600.000 personas, prácticamente la mitad de la población total estimada en situación de dependencia en 2007. Por otra parte, el desarrollo del SAAD ha tenido lugar hasta ahora en base a un amplio consenso en el seno del Consejo Territorial (CT).

No cabe duda de que los diferentes modelos de servicios sociales de las CC.AA., las tensiones organizativas de la puesta en marcha del SAAD, las presiones de la demanda, el esfuerzo presupuestario consiguiente y, en no menor medida, el factor político, han generado inicialmente relativas tendencias centrífugas en el modo de desarrollo del SAAD que, en la actualidad, parecen haberse moderado una vez que el sistema ha entrado en una fase de cierta rutinización. Ahora bien, en la medida en que aún queda un largo recorrido en la aplicación de la ley (hasta 2015), con sus consiguientes tensiones financieras en el reparto del coste del sistema, el reforzamiento del CT es clave tanto en su dimensión de cooperación político-administrativa como, sobre todo, en su dimensión de legitimación de la nueva rama de protección social. Es la autoridad del CT, como órgano de cooperación, el que puede contribuir a crear un sistema coherente y coordinado compatible con la diversidad de competencias y tra-

diciones en el ámbito de los servicios sociales y, por tanto, bloquear las tendencias centrífugas en favor de un multisistema de protección social que cuestione en la práctica los principios de igualdad y solidaridad en el territorio del Estado.

Desde esta visión panorámica la evaluación de la gobernanza global del SAAD afecta a tres niveles. Por una parte, al nivel estrictamente político del CT, lo que implica la valoración tanto de la capacidad técnica de dicho Consejo en cuanto instrumento de apoyo a la cooperación como, sobre todo, la capacidad para generar consensos en torno a las cuestiones claves del sistema: acceso y materialización del derecho subjetivo, calidad de las prestaciones y sostenibilidad financiera. Uno de los aspectos a valorar es el coste que supone la negociación y firma anual de convenios entre las CC.AA. y la AGE frente a otras alternativas como son convenios plurianuales; otro aspecto central es la medida en que el CT contribuye a crear un sistema basado en criterios de equidad y eficiencia y a moderar los desequilibrios en el sistema. En este mismo sentido, la evaluación del SAAD tiene que abordar el papel institucional y técnico de los Ayuntamientos, puerta de entrada en el sistema, que en la actualidad están subordinados a las CC.AA. y, sobre todo, con un peso institucional inferior al que realmente les corresponde en la práctica. El segundo aspecto de la gobernanza es el referente a la operatividad de la voz de los actores sociales a través de los consejos consultivos y, en concreto, su visibilidad y eficacia institucional en el papel de moderación, información de necesidades y valoración del impacto del sistema. Finalmente, y antes nos hemos referido a ello, la coordinación sociosanitaria es una de las dimensiones operativas de la prevención y atención a la dependencia en las que el CT puede adoptar iniciativas para su desarrollo en conexión con el sistema de sanidad.

En suma, en qué medida se está reforzando el modelo de cooperación entre la AGE y las CC.AA. previsto en la ley de la dependencia y cómo contribuye a una coordinación eficaz del SAAD, son los dos aspectos de valoración centrales.

d) La financiación del sistema y el copago

Los principios que inspiran el modelo español de dependencia en este ámbito son los de suficiencia y sostenibilidad a largo plazo. Previamente al desarrollo del SAAD el gasto en dependencia en España se estimaba en 0,3 por cien del PIB y las previsiones son que dicho gasto se incremente hasta niveles situados entre el 1 y el 1,5 por cien del PIB, siguiendo la tendencia de los países del MSE con sistemas de cobertura universal.

La LAPAD contempla tres niveles de financiación pública: el nivel mínimo garantizado por la AGE, el nivel acordado mediante convenio entre esta y las CC.AA. y el nivel adicional de financiación que cada Comunidad Autónoma puede aportar para completar la financiación o desarrollar programas específicos. La financiación del primer nivel está relacionada con el nivel de dependencia, no con la capacidad económica de la persona afectada, y se concreta en una cantidad fija anual per capita actuali-

zada cada año. Por su parte, el nivel acordado entre la AGE y las CC.AA. tiene como objetivo la creación de plazas nuevas, no el sostenimiento de las ya existentes, y se distribuye en diversos fondos en los que se combinan criterios de población, insularidad, dispersión geográfica, emigrantes retornados y superficie. La aportación que la AGE realiza por ambos niveles tiene que ser aportada igualmente por las CC.AA. A ello hay que sumar el copago del beneficiario en la medida en que el SAAD es un sistema universal pero, al igual que todos los modelos europeos de dependencia, se basa en una financiación mixta. Hasta aquí, de manera sucinta, los distintos niveles de financiación del sistema.

En relación con los problemas que se plantean en relación con este modelo de financiación cabe señalar los siguientes:

- a) En primer lugar, las previsiones de la memoria económica de la LAPAD de distribuir la financiación en tres partes iguales entre la AGE, las CC.AA. y el copago, no parece que haya pasado de un *desideratum*. Estimaciones recientes (Montserrat Codorniu, 2009) demuestran que las CC.AA. asumen la mayor parte del coste total una vez considerado el coste real del sistema. La estimación del gasto público a partir de la ley de la dependencia supone que efectivamente la aportación de la AGE sea igual e incluso ligeramente superior a la de las CC.AA. pero ello supone no considerar el coste que ya asumían estas antes de la puesta en marcha del SAAD (aunque una parte de este coste estaba en su día asumido por la AGE antes de transferirlo a las CC.AA. como servicios o a través de diversos planes estatales, como el Plan Concertado de Prestaciones Básicas). En todo caso, y siendo una política de Estado, la cuestión no consiste solo en cifrar el reparto de la financiación del SAAD entre los diferentes niveles de gobierno sino en desarrollar sistemas de transparencia que informen con claridad el esfuerzo presupuestario común.
- b) En todo caso, el conocimiento del coste del sistema es condición previa para el desarrollo de políticas de sostenibilidad financiera. Sabemos en la actualidad que las previsiones iniciales de coste no se cumplirán a tenor de la evolución del sistema y que la desviación entre las primeras (9.355 millones de euros de coste previsto en 2015) y la realidad a medio plazo (en dicho año de 2015) será superior al 50 por ciento (14.414 millones de euros) (Montserrat Codorniu, 2007). En un contexto de restricciones presupuestarias como el actual, y que se prolongará a medio plazo, esta desviación debe ser objeto de análisis en profundidad.
- c) Finalmente, el copago es otro de los aspectos a valorar en la aplicación de la ley. Estamos ante una realidad controvertida tanto por la dificultad de su determinación como por el impacto que tiene y efectos no previstos. En cuanto a la dificultad de su determinación baste recordar que el Acuerdo del CT sobre el copago no ha tenido lugar hasta finales de 2008 y previa-

mente cada CC.AA. ha aplicado sus propios criterios. Además, en su determinación y cálculo se tiene en cuenta la renta y el patrimonio (desde el 1 de enero de 2008 ha desaparecido el impuesto de patrimonio), lo que supone dificultades para su cálculo así como costes importantes para elaborar la información. Desde el punto de vista de su impacto, cualquier evaluación debe abordar el impacto sobre la equidad horizontal (los costes de referencia de los servicios varían entre las CC.AA.) y sobre la equidad vertical teniendo en cuenta que las rentas medias soportan un mayor impacto de los copagos en la utilización de los servicios (Montserrat Codorniu, 2008 y 2009). De este modo el copago, que tiene funciones teóricas de racionalización del coste y corresponsabilidad, puede al mismo tiempo generar efectos perversos de discriminación personal y desigualdad territorial que no pueden ser obviadas en la evaluación del sistema. La diferenciación estricta entre el núcleo protector de las prestaciones por dependencia y los gastos no directamente relacionados con aquellas podría contribuir a delimitar el copago, debiendo las primeras estar al margen del copago o bajo un mínimo impacto.

e) Información y calidad de las prestaciones

El quinto pilar del SAAD es el de la información y la calidad, al que nos referimos a continuación de manera harto esquemática sin que esto signifique minusvalorar su importancia. El SAAD ha establecido un sistema de información, el SISAAD, cuyos resultados aparecen en la web del Ministerio de Sanidad y Política Social. Este sistema se articula en torno a un sistema o aplicación de la AGE, adoptado por varias CC.AA., y otros sistemas específicos creados *ad hoc* por otras CC.AA. En este sentido se plantean tres problemas objeto de evaluación: la coordinación entre los diferentes sistemas de información existentes, transparencia de la información y la productividad de la misma de cara a la planificación y el análisis. Los tres problemas son importantes, pero en la actualidad consideramos que el segundo es prioritario ya que los avances en transparencia tendrán efectos en los otros dos aspectos (la necesidad de sistemas con criterios comunes y la productividad). La evaluación realizada por la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL), no hecha pública, es una aportación que puede aportar luz para la mejora del sistema de información.

En lo referente a la calidad del sistema intervienen dos aspectos que forman parte de la misma realidad: la acreditación de centros y servicios y la inspección. Del primero contamos con un Acuerdo del CT de finales de 2008. Toda acreditación y su desarrollo implica un coste y, como consecuencia, son inevitables las resistencias a su desarrollo. Como parte de esa dimensión destaca la importancia de la calidad en el empleo en los servicios sociales que la evaluación del 2010 debe abordar en profundidad en relación con los estándares de calidad de los servicios y los diferentes criterios de empleo de los servicios (CC.OO., 2008).

CUADRO 3
Desarrollo del SAAD, problemas de aplicación y ámbitos de evaluación futura

Pilares del SAAD	Desarrollo del SAAD	Problemas de aplicación	Ámbitos de evaluación
Acceso universal en base a derecho subjetivo	Aplicación de un baremo de valoración Programa Individual de Atención (PIA)	Composición de equipos de valoración Sobrepeso población del Grado III Limitaciones de la oferta Libertad de elección	Reestimación población en situación de dependencia grado III Ajuste de la entrada en el grado III Extensión de la red de servicios Libertad de elección y rigor del PIA
Prestaciones en servicios, como excepción las prestaciones económicas	Catálogo de servicios Prestaciones económicas al cuidador no profesional	Rigidez de la cartera y déficits de oferta en territorios Control de la eficacia de las prestaciones económicas	Flexibilidad de la combinación de servicios Desarrollo de la prevención y apoyo a la autonomía Valoración del impacto de las prestaciones familiares
Financiación multinivel con garantía de mínimos	Garantía del nivel mínimo por AGE Nivel acordado Nivel adicional Acuerdo sobre copago	Nivel de financiación no diferenciado Coste político-administrativo de los convenios anuales Criterios de aplicación Diversidad de sistemas según CC.AA.	Suficiencia del nivel mínimo como garantía efectiva del derecho La efectividad de los convenios Transparencia de la financiación por las CC.AA. Perfeccionamiento del sistema de copago
Gobierno cooperativo y coordinado	Consejo Territorial Órganos Consultivos Coordinación sociosanitaria Participación entes locales	Déficit parcial de legitimación y coordinación Baja visibilidad y eficacia Bajo desarrollo e incumplimiento de la ley de cohesión y calidad del sistema sanitario de 2003 Subordinación institucional CC.LL.	Refuerzo político y técnico del Consejo Territorial Valoración papel actores sociales Desarrollo prestaciones sociosanitarias Reforzamiento del papel de las corporaciones locales
Calidad del sistema y sistema de información	Acreditación de centros y servicios y Calidad en el empleo Desarrollo del SISAAD	Acuerdo general del CT: dificultad y coste en la definición de indicadores de calidad Sistemas de información AGE y diferentes CC.AA.	Normativa de acreditación autonómica y sistemas de indicadores Sistemas comunes, transparencia y eficacia del sistema

Fuente: Elaboración propia.

5. CONCLUSIONES

El modelo español de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia es la última rama protectora del Estado de Bienestar en España, la última ley del MSE en la materia y la primera desarrollada dentro del grupo de países que forman parte del régimen mediterráneo de bienestar social. Su importancia para la calidad de vida de las personas afectadas que necesitan apoyos a su autonomía o cuidados en la vida diaria, así como para sus cuidadores, supone un avance social indiscutible.

El sistema español de dependencia o SAAD, aprobado a finales de 2006, lleva en realidad dos años de desarrollo. Como todas las leyes sociales tiene por delante un largo proceso de perfeccionamiento para consolidar el nuevo derecho subjetivo.

El desarrollo del SAAD en estos dos años no ha estado exento de problemas que toda evaluación institucional debe abordar y que efectivamente hará al cumplirse el primer trienio de su existencia. En este trabajo se han señalado cinco ámbitos de evaluación que son el desarrollo de los pilares del nuevo sistema de protección social:

a) La revisión de la composición y actuación de los equipos de valoración de la dependencia al mismo tiempo que la adecuación del baremo a la realidad; en este mismo sentido, la relación y diferenciación entre el proceso de valoración y el programa individual de atención. Será necesario analizar la sobredimensión de la población del grado III en relación con las previsiones iniciales.

b) En cuanto a las prestaciones la evaluación del SAAD exige analizar el predominio de las prestaciones económicas consideradas como excepción en la ley, los problemas de ajuste entre los PIA y la oferta de servicios, la adecuación de la cartera de servicios a la realidad, la eficacia de las prestaciones económicas y el desarrollo de las prestaciones de autonomía y prevención.

c) En cuanto a financiación, la evaluación del sistema demanda un análisis del coste del sistema a medio-largo plazo, la suficiencia del nivel mínimo garantizado, la transparencia en el esfuerzo presupuestario de todas la Administraciones públicas implicadas (AGE, CC.AA. y CC.LL.) y los efectos sociales del copago, así como de su coste y volumen.

d) El gobierno del SAAD, en su doble dimensión de gobierno (CT) y participación, es determinante para la creación de un sistema estatal coordinado y eficaz, sin menoscabo de su diversidad interna. El reforzamiento del CT, su legitimidad, es clave de bóveda para la coherencia del sistema.

e) Finalmente, el SAAD ha apostado por la calidad de las prestaciones y de la atención; aquí nos situamos tanto en la evaluación de los medios (acreditación y calidad de empleo) como en los resultados e impactos en el bienestar. A medida que

pase el tiempo, estos dos últimos aspectos irán ganando importancia institucional y serán los objetivos preferentes de la evaluación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y DOCUMENTALES

- Abellán, A. y Esparza, C. (2006), “Las personas mayores con dependencia”, en R. Puyol y A. Abellán, eds., *Envejecimiento y Dependencia*. Madrid: Mundial Assistance.
- Casado, D. (2006), “Cómo abordar la dependencia funcional”, en R. Puyol y A. Abellán, eds., *Envejecimiento y Dependencia*. Madrid: Mundial Assistance.
- Comisiones Obreras (2008), *El empleo en la atención a la dependencia. Hacia un sector productivo de calidad*. Madrid: Confederación Sindical de CC.OO.
- Consejo y Comisión Europeos (2003), *Apoyar las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y los cuidados a las personas mayores*. Bruselas: Comisión Europea.
- Defensor del Pueblo (2000), *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid: Defensor del Pueblo.
- Fantova, F. (2008), *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Bilbao: Instituto de Derechos Humanos (Universidad de Deusto).
- Ferrera, M. (1996), “The Southern Model of Welfare in Social Europe”, *Journal of European Social Policy* 6 (1).
- IMSERSO (2005), *Libro Blanco: Atención a las Personas en situación de dependencia en España*. Madrid: IMSERSO.
- INE (2001), *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (EDDES)*. Madrid: INE.
- Marbán Gallego, V. (2009), “Atención a la dependencia”, en L. Moreno, ed., *Reformas de las políticas de bienestar en España*. Madrid: Siglo XXI.
- Montserrat, J. (2007), “El impacto de la ley de la dependencia y del efecto demográfico en los gastos de los cuidados de larga duración”, *Revista Estudios de Economía Aplicada*, 25 (2).
- Montserrat, J. (2008), “El impacto de la ley de la dependencia en la renta de los usuarios mayores de 65 años: incidencia en el copago”, *Documentos de Trabajo* 20, Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.
- Montserrat, J. (2009), “Evolución y perspectivas de la financiación del sistema para la autonomía y atención a la dependencia”, *Documentación Administrativa*, 276/277.
- Moreno, L. (2001), “La ‘vía media’ española del modelo de bienestar mediterráneo”, *Papers*, 63/64.
- OECD (2005), “Ensuring quality long-term care for older people”, *Policy Brief*, marzo. París: OECD.
- Pacolet, J. (2006), “Protección social de personas mayores dependientes: sostenibilidad del Estado de Bienestar y ámbito del seguro de cuidados de larga duración”, *Revista Española del Tercer Sector*, 3.
- Palacios Ramos, E. y Abellán García, A. (2006), “Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España”, en R. Puyol y A. Abellán, eds., *Envejecimiento y Dependencia*. Madrid: Mundial Assistance.

- Pavolini, E. y Ranci, C. (2008), “Restructuring the Welfare State: reforms in long-term care in Western European countries”, *Journal of European Social Policy* (18), 3.
- Rodríguez Cabrero, G. (2004), “Protección social de la dependencia en España”, *Documento de Trabajo* 44, Madrid: Fundación Alternativas.
- Rodríguez Cabrero, G. (2007a), “La protección social de la dependencia en España. Un modelo sui generis de desarrollo de los derechos sociales”, *Política y Sociedad* (44) 4.
- Rodríguez Cabrero, G. (2007b), “El marco institucional de la protección social de la dependencia en España”, *Estudios de Economía Aplicada* (25) 2.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2006), “El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia”, *Documento de Trabajo* 87. Madrid: Fundación Alternativas.
- Ruipérez Cantera, I. (2006), “La atención sanitaria a las situaciones de dependencia”, *Documentación Social*, 141.
- Sotelo, H. (2007), “Tendencias recientes en los servicios sociales europeos: algunos ejemplos paradigmáticos” en D. Casado y F. Fantova, coords., *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España*. Madrid: FOESSA.