



Abril 2024

El sistema de la dependencia en España

Sergi Jiménez-Martín

(Universitat Pompeu Fabra, BSE y Fedea)

Analía Andrea Viola

(Fedea)

Instituto santalucía

Instituto **santalucía**

La aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de 2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes (LAPAD), dio origen al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que universalizó la cobertura de las subvenciones y apoyos a los cuidados, permitiendo el acceso a los cuidados condicionado únicamente a la valoración de las necesidades de los individuos. El SAAD comenzó atendiendo a los dependientes más severos, pero se creó con la intención de extender las prestaciones y servicios hacia los dependientes moderados en 2013. Sin embargo, el SAAD fue sometido a fuertes recortes en 2012, que redujeron la generosidad de beneficios económicos y en especie y retrasó el acceso al sistema de personas con dependencia moderada. En los últimos años, el SAAD ha recuperado una senda de expansión presupuestaria y de servicios.

Índice

①	Introducción	4
②	El funcionamiento del SAAD	5
	Tipo de prestaciones y servicios ofrecidos	6
③	Financiación a la dependencia	9
	El gasto en cuidados de larga duración	10
	El presupuesto en dependencia	12
④	El limbo de la dependencia	14
⑤	El cuidado formal e informal	16
⑥	La atención residencial en España	20
⑦	La situación laboral en el sector de la dependencia	22
	El nivel de empleo según la EPA	22
	Empleo y salarios según la MCVL	25
⑧	Reflexiones finales	27

1

Introducción

La aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de 2006, de **Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes (LAPAD)** alumbró, a partir del 1 de enero de 2007, el **Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)** que universalizó la cobertura de las subvenciones y apoyos a los cuidados, permitiendo el acceso a la atención a la dependencia condicionado únicamente a la valoración de las necesidades de cuidados por parte de las personas sin una mediación previa de prueba de los recursos.

El nuevo sistema ofrecía un conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia, apoyos de atención domiciliaria, centros de día y residencia de mayores contribuyendo a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos. Además de la atención informal por parte de las familias, que tenía, y aún sigue teniendo, un peso considerable en la atención a la dependencia.

Sin embargo, antes de la aparición del SAAD ya existía una red de servicios de asistencia social (centros de día, residencias, teleasistencia, asistencia a domicilio) y por supuesto de atención informal (por parte de familiares) a la dependencia. En los años previos a la ley, el gasto en atención a la dependencia tenía niveles ciertamente modestos. La Ley de Dependencia se planteó como una vía para, por un lado, racionalizar y promover los servicios de atención al dependiente, ofreciendo una prestación monetaria o en especie para facilitar el acceso a servicios (cuidados formales) para aquellos que son clasificados como dependientes, y por el otro, ofrecer un marco financiero estable fundamentado en tres pilares: aportación del Gobierno Central, aportación de las CCAA y, finalmente, copagos de los usuarios (Jiménez y Viola, 2017).

El propósito de este documento es analizar la situación y la evolución de los cuidados de larga duración en España y cómo se organiza el sistema de la dependencia, tras la introducción de la reforma en 2007 y enfatizando la situación actual, tras casi dos décadas de vigencia del SAAD.

El resto del documento se estructura de la siguiente manera. En la sección 2 comenzamos con una reseña del funcionamiento del SAAD y su mecanismo de acceso a las prestaciones. En la sección 3 hacemos referencia al tema de la financiación a la dependencia (gasto público en cuidados de larga duración y el presupuesto en dependencia). En la sección 4 analizamos el limbo de la dependencia, denominación que se utiliza para referirse a las personas que se encuentran en espera para recibir las prestaciones y servicios del SAAD. En la sección 5 hacemos un análisis del cuidado formal e informal. Dedicamos la sección 6 a un breve repaso de la situación actual del sector de atención residencial, el más castigado por la pandemia. En la sección 8 examinamos la situación laboral del sector de la dependencia y por último en la sección 8 presentamos las reflexiones finales.

2

El funcionamiento del SAAD

En España, el sistema de atención a la dependencia conocido como SAAD **entró en funcionamiento en el año 2007** a partir de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006 del 14 de diciembre). A diferencia del período anterior a la reforma, donde la atención estaba condicionada a los recursos, la introducción del SAAD universalizó el acceso a la atención, independientemente de la edad u otras características demográficas (Viola, 2022). De esta manera, la Ley de Dependencia se planteó como una vía para racionalizar y promover los servicios de atención al dependiente y otorgar un marco financiero más estable (Jiménez et al., 2016).

El procedimiento para entrar en el circuito de prestaciones del SAAD tiene una serie de etapas con diversos trámites administrativos. En primer lugar, para acceder a las prestaciones del SAAD, la persona interesada debe realizar una solicitud para que valoren su grado de dependencia. Cuando se presenta la solicitud de dependencia, la Administración debe aplicar el baremo de dependencia para proceder a la valoración de la situación del individuo. Esta valoración se realiza en la vivienda donde reside el individuo dado que el valorador debe examinar el entorno donde desarrolla sus actividades de la vida diaria y las condiciones físicas y mentales del solicitante (Jiménez y Viola, 2017). Asimismo, dicha valoración permite diseñar una propuesta de resolución y finalmente emitir un dictamen del grado de dependencia o ausencia del mismo.

Tras la evaluación de necesidades, **las personas se clasifican como “no seleccionables”, “moderadas”, “graves” o “muy dependientes”**. Específicamente, las personas con derecho a prestación reconocidas por el SAAD pueden clasificarse en **tres grados de dependencia**¹:

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

Aquellos reconocidos como “dependientes” reciben un “plan de atención individual”, que

¹ En base a: <https://imsero.es/autonomia-personal-dependencia/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/preguntas-frecuentes/valoracion-dependencia>

identifica el tipo de apoyo y atención que mejor satisface sus necesidades sociales y de atención generales (e incluye una consulta con la familia). Esta fase es la que se elabora el Proyecto Individual de Atención (PIA) en función de las necesidades y preferencias del interesado. El individuo en esta instancia ya es sujeto de derecho de acceso a las prestaciones del sistema. Pero una vez que se haga efectiva la resolución del PIA es cuando el derecho se materializa con la entrega efectiva de prestaciones y/o servicios (Jiménez y Viola, 2022). Véase la Tabla 1 para un mayor detalle del esquema de acceso a servicios o prestaciones.

Tipo de prestaciones y servicios ofrecidos

Las prestaciones que otorga el SAAD pueden ser **económicas o de servicios**². Las prestaciones económicas incluyen:

- **Prestaciones para cuidadores en el Entorno Familiar** que tiene como finalidad mantener al beneficiario en su domicilio atendido por cuidadores no profesionales (cónyuge, parientes por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco),
- **Prestación económica vinculada al servicio**, es de carácter periódico y se reconoce únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado.
- **Prestación económica para asistencia personal**, su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

El catálogo de servicios incluye promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia, teleasistencia, atención domiciliaria, servicios de centro de día y atención residencial. Cada autoridad regional establece estándares de calidad y las autoridades regionales acreditan los servicios profesionales. El SAAD incluye financiación para centros de atención diurna y nocturna, así como para atención residencial, además de la asistencia a domicilio (Costa-Font, et al., 2023).

Al inicio del SAAD, las prestaciones económicas representaban una parte importante del total de prestaciones. Como puede verse en la Tabla 2, el pico máximo se registró a diciembre 2009, siendo la participación de las prestaciones económicas sobre el total de prestaciones del 58,2%. Posteriormente, dicha participación fue descendiendo paulatinamente hasta registrarse en la actualidad un 41,3%, cerca de 17 pp menos del nivel registrado en 2009. El componente principal que son las prestaciones para los cuidados familiares fue también descendiendo a lo largo de los años, principalmente entre 2009 y 2015, para posteriormente estabilizarse en torno al 30-33% y finalmente en 2022 se sitúa el nivel más bajo de toda la serie, del 29,9%.

² En base a: <https://imsero.es/autonomia-personal-dependencia/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/preguntas-frecuentes/prestaciones-atencion-dependencia>

Tabla 1: Pasos para acceder a la prestación del SAAD

Variables claves del SAAD	Definición
Solicitante/solicitud activa	Trámite necesario que realiza una persona que padece algún tipo de dependencia para poder cobrar las prestaciones.
Resolución de grado	Una vez culminada la etapa de solicitud (que incluye la valoración del individuo), el órgano de valoración emite un dictamen propuesta donde se recoge el diagnóstico, el grado de dependencia y los cuidados que la persona pueda requerir.
Pendientes de resolución de grado	Solicitudes activas que no cuentan con resolución de grado. Sólo incluye las solicitudes que no hayan sido valoradas ya con anterioridad. Es decir, si una persona solicita una revisión de su situación de dependencia, como ya tiene una resolución de grado, no está incluida en las personas solicitantes pendientes de resolución de grado.
Persona con grado reconocido/ Personas con derecho a prestación	Resoluciones de grado Grado III, Grado III Nivel 2, Grado III Nivel 1, Grado II, Grado II Nivel 2, Grado II Nivel 1, Grado I, Grado I Nivel 2 o Grado I Nivel 1.
Resoluciones PIA realizadas	Personas con grado reconocido que tienen una resolución PIA activa registrada en SISAAD. Incluye las resoluciones de PIA con fecha de efectos (la persona ya recibe prestación) y sin fecha de efectos (la persona aún no recibe la prestación).
Pendientes resolución PIA	Personas con grado reconocido que no cuentan con una resolución de PIA activa ("Personas con grado reconocido-Resoluciones PIA realizadas").
PIA efectivo (entregado)/Personas con prestación	Resoluciones de PIA realizadas que ya tienen la fecha de efecto recogida en SISAAD. Es decir, la persona ya recibe el servicio o prestación.
Pendientes PIA efectivo	Resoluciones de PIA realizadas que no tienen fecha de efectos (la persona aún no recibe la prestación). Puede ser por diversos motivos, tanto por causas ajenas a la Administración como por causas imputables a la Administración, como por ejemplo que la persona aún no ha ingresado en la residencia y por lo tanto no ha empezado a recibir la prestación económica vinculada a dicho servicio, o que el Ayuntamiento que le corresponde está gestionando el servicio de ayuda a domicilio. Se calcula como "Resoluciones PIA realizadas-PIA efectivo (entregado)".
Prestaciones	El conjunto de servicios/prestaciones que se ofrecen para aquellas personas en situación de dependencia que se pueden clasificar en dos tipos: las prestaciones económicas y por otro lado las prestaciones de servicios.

Fuente: en base a Jiménez y Viola (2022). SISAAD: Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Tabla 2: Evolución de la participación de las prestaciones económicas. 2008-2022. España.

Periodo	Prestaciones económicas				Porcentaje		
	P. Vinculada Servicio	P. Cuidados Familiares (PCF)	P. Asistencia Personal	Total	Total prestaciones	Prestaciones económicas sobre total	PCF sobre total
dic-22	187,214	517,053	9,047	713,314	1,727,429	41.3	29.9
dic-21	170,517	482,545	8,546	661,608	1,569,205	42.2	30.8
dic-20	154,547	450,517	7,984	613,048	1,427,207	43.0	31.6
dic-19	151,340	426,938	7,837	586,115	1,411,021	41.5	30.3
dic-18	132,491	406,849	7,026	546,366	1,320,659	41.4	30.8
dic-17	110,669	385,476	6,654	502,799	1,178,011	42.7	32.7
dic-16	90,847	361,209	5,779	457,835	1,068,967	42.8	33.8
dic-15	83,734	360,505	3,440	447,679	997,984	44.9	36.1
dic-14	73,636	374,348	1,883	449,867	929,983	48.4	40.3
dic-13	72,029	408,401	1,441	481,871	945,051	51.0	43.2
dic-12	64,532	426,810	1,280	492,622	959,903	51.3	44.5
dic-11	59,836	417,782	874	478,492	917,604	52.1	45.5
dic-10	52,402	377,787	735	430,924	780,862	55.2	48.4
dic-09	36,076	266,298	658	303,132	520,736	58.2	51.1
dic-08	13,197	109,287	171	122,655	421,846	29.1	25.9

Fuente: en base a INSERSO, disponible en: <https://imserso.es/-/informes-publicados-2022>

3

Financiación a la dependencia

Los cuidados de larga duración en España se financian mediante una combinación de ingresos fiscales nacionales y regionales, así como mediante copagos individuales. La regulación y la gobernanza del sistema de cuidados a largo plazo están descentralizadas regionalmente, con cierta coordinación entre el gobierno regional y el central. De esta manera, **la financiación del SAAD se compone de la contribución general del gobierno central (15%), contribuciones de las comunidades autónomas (64%) y el aporte de los usuarios (21%)** (Costa-Font, et al., 2023).

Específicamente, el sistema de financiación se basa en la existencia de **tres niveles de protección: nivel mínimo, nivel acordado y nivel adicional** (artículos 32 y 33 de la Ley 39/2006). En primer lugar, la Administración General del Estado asumirá íntegramente la financiación del nivel mínimo de protección, que se encuentra definido en el artículo 7. Para tal fin, los Presupuestos Generales del Estado fijarán anualmente la cantidad de recursos destinados a financiar dicho nivel mínimo. En segundo lugar, las Comunidades Autónomas aportarán al menos una cantidad igual a la prevista por la Administración General del Estado en el nivel de protección mínimo y acordado³. Además, las Comunidades Autónomas tienen capacidad para, en función de sus recursos, poder definir niveles de protección adicionales para sus residentes (artículo 10.4). En tercer lugar, los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en el coste de las mismas, en función de sus recursos económicos, aunque ningún ciudadano quedará desprotegido por no disponer de capacidad económica suficiente (artículo 33.4).

Asimismo, el nivel de protección acordado es financiado conjuntamente por el Estado central y las regiones, y se basa en algunos criterios como la población dependiente, los beneficiarios con prestaciones, las prestaciones reales de los servicios, la inversión regional en el SAAD, el empleo relacionado con el SAAD, la superficie terrestre, dispersión, insularidad, coste de los servicios, capacidad económica, agilidad administrativa, personas pendientes de resolución, o reducción de la lista de espera. Finalmente, cada región tiene cierta discrecionalidad en la gestión de su sistema de dependencia.

Por último, también ha habido diversas dotaciones financieras excepcionales para la financiación del Fondo Especial Estatal para la Dinamización de la Economía y el Empleo donde se repartieron 400 millones de euros entre las comunidades y ciudades autónomas para la mejora de la implementación del SAAD. Asimismo, el Gobierno central viene financiando las cotizaciones a la Seguridad Social asociadas a los convenios especiales que pueden suscribir los cuidadores no profesionales de personas cuidadas (cuidadores informales), de forma que no suponen gasto alguno para estos (Costa-Font, et al., 2023).

³ El nivel acordado (suspendido a partir de 2012) estaba condicionado a las disponibilidades presupuestarias y a la suscripción de un convenio entre la Administración General del Estado y cada una de las Comunidades Autónomas. El reparto de estos fondos entre las Comunidades se calculaba en función de una serie de criterios (población potencialmente dependiente, extensión geográfica, insularidad, número de dictámenes emitidos y planes individuales de atención, renta per cápita). Una vez fijadas estas cuantías, las mismas se transferían a las comunidades autónomas a través de los correspondientes convenios de colaboración.

En definitiva, **muchas fuentes de financiación y a menudos discrecionales, lo que dificulta la gestión y planificación a medio y largo plazo del sistema de atención a la dependencia.**

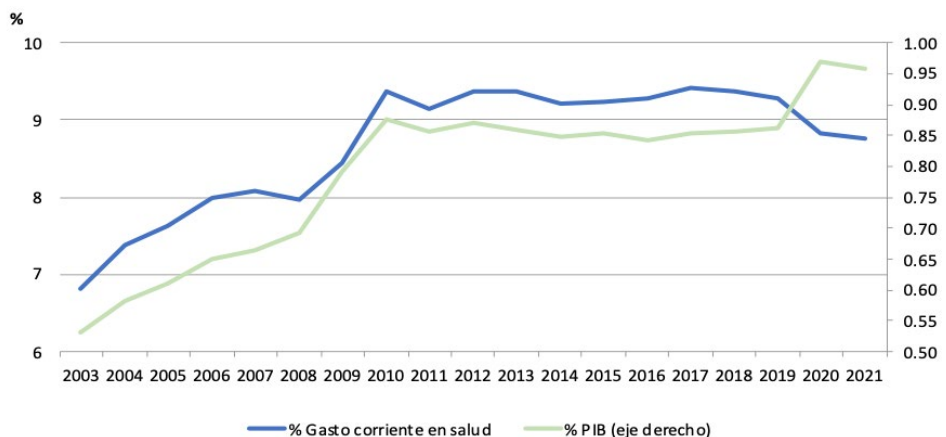
El gasto en cuidados de larga duración

En primer lugar, analizamos la **evolución de dos indicadores claves del gasto público en cuidados de larga duración en España** desde 2003 al 2021 (Gráfico 1). Por un lado, el esfuerzo presupuestario que realiza el estado en materia de dependencia, esto es el **gasto público en cuidados de larga duración respecto del gasto total en sanidad** y, en segundo lugar, el **gasto público en dependencia respecto del PIB.**

Como se puede observar, el gasto público se estancó en los años posteriores al pico máximo registrado en 2010 y se observa una cierta desaceleración en los años de pandemia. De esta manera, el gasto en cuidados de larga duración respecto del gasto total en sanidad, después de una década (2010-2019) de estancamiento, pasa del 9,27% en 2019 a un 8,83% en 2020 y 8,77% en 2021. En contraste, el gasto en cuidados de larga duración respecto del PIB mantiene una leve trayectoria ascendente, aumentando 0,1 pp en 2020 respecto de 2019 y en la actualidad es del 0,96%, similar al del año 2020 (0,97%).

Gráfico 1

Cuidados de larga duración como % del gasto total en salud y PIB. 2003-2021. España

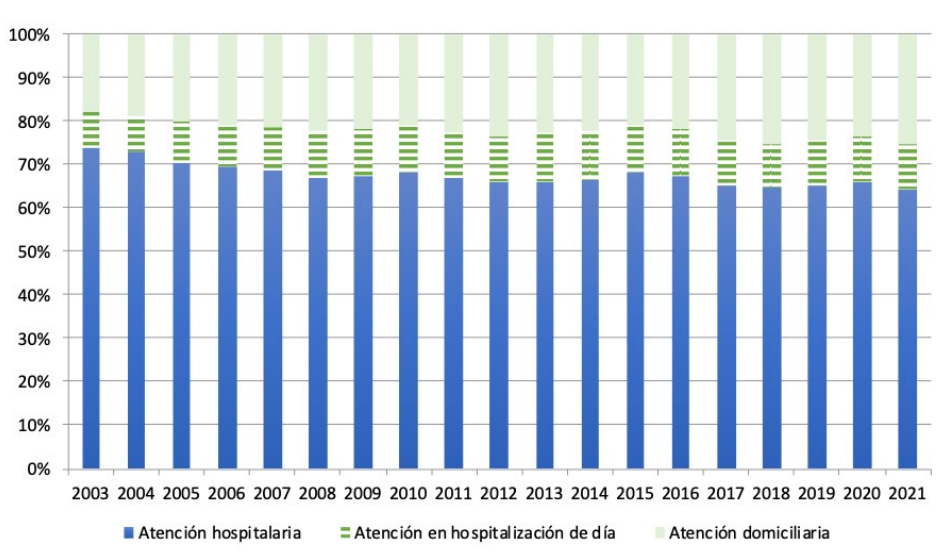


Fuente: en base a Ministerio de Sanidad, disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>

En cuanto a la composición del gasto en cuidados (atención sanitaria) de larga duración se pueden identificar tres partidas principales: atención hospitalaria o institucional, atención en hospitalización de día y atención domiciliaria. Como puede apreciarse en el Gráfico 2, el gasto en atención hospitalaria es el que mayor peso tiene, aunque a lo largo de los años presentados, dicha participación fue descendiendo lentamente: pasa de un 74% en 2003 a un 64% en 2021, una reducción de 10 pp. Por otra parte, el gasto en atención domiciliaria ha ido aumentando progresivamente, representando en la actualidad el 25% (en 2003 era del 18%). En cuanto al gasto en hospitalización de día se ha mantenido más estable en los últimos años del 10%-11%.

Gráfico 2

Gasto en cuidados de larga duración. Composición porcentual. 2003-2021. España

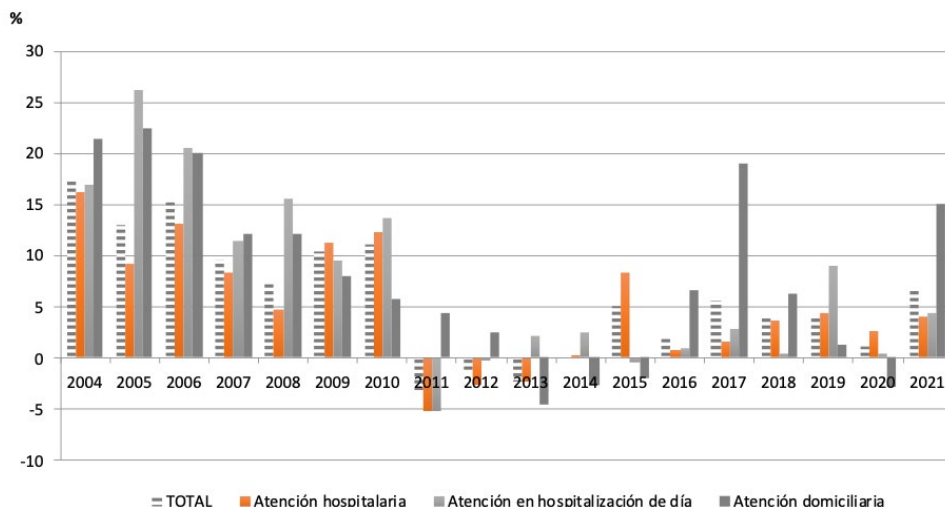


Fuente: en base a Ministerio de Sanidad, disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>

Por último, en el Gráfico 3 analizamos la (inestabilidad de la) variación interanual de cada uno de los componentes del gasto en cuidados de larga duración. Se puede ver a partir del año 2010, coincidente con la época de los recortes presupuestarios, que hay una fase de estancamiento hasta el año 2015 para luego posteriormente recuperarse. En 2021, el gasto en atención domiciliaria aumentó 15,1% respecto del año anterior, claramente afectado por la irrupción de la pandemia; el gasto en atención de día lo hizo en un 4,4%; y, el componente de atención hospitalaria en un 4,1%. En conjunto, el gasto en cuidados (atención sanitaria) de larga duración en total aumentó cerca de un 7% en 2021 respecto de 2020.

Gráfico 3

Gasto en cuidados de larga duración. Variación interanual. 2004-2021. España



Fuente: en base a Ministerio de Sanidad, disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>

El presupuesto en dependencia

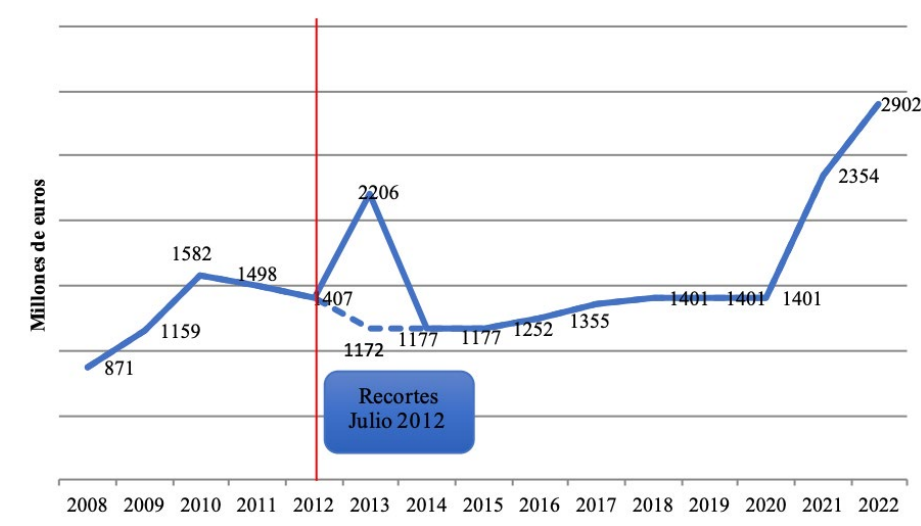
La **evolución de los presupuestos de cuidados de larga duración en España ha estado definida tanto por los recortes** de gasto introducidos en julio de 2012, **como por el fracaso del parlamento** a la hora de aprobar el proyecto de ley de presupuestos generales del Estado durante dos años consecutivos en 2019 y 2020, operando así en base sobre una prórroga presupuestaria del año 2018 (Costa-Font et al., 2018, Costa-Font and Vilaplana-Prieto, 2022a, b, c).

El Gráfico 4 muestra la evolución del presupuesto de cuidados de larga duración en España de 2008 a 2022. El presupuesto para cuidados de larga duración en 2008 ascendió a 871 millones de euros y en los dos años sucesivos aumentó un 33% y un 37% en 2009 y 2010, respectivamente. Sin embargo, en 2012 se aplicaron severos recortes presupuestarios (inducidos por el bailout implícito de la economía española), lo que representó una disminución del presupuesto de aproximadamente el 6%. Cabe destacar que 2013 fue un año atípico porque se incluían las obligaciones pendientes de pago de las cotizaciones a la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales, por importe de 1.034 millones de euros (la línea de puntos del Gráfico muestra esta deducción). Por este motivo, en 2013 aún no se reflejaron los efectos de los recortes presupuestarios introducidos en julio de 2012.

A partir de 2013 el gasto público en dependencia se estancó hasta 2020, primer año de la pandemia, para posteriormente repuntar con fuerza (véase el Gráfico 4). Así, en 2021 y 2022, el presupuesto de cuidados de larga duración aumentó hasta los 2.902 millones de euros, un 23,3% más que en 2021 y el doble que en 2018 (Jiménez-Martín & Viola, 2022).

Gráfico 4

Partida presupuestaria para Dependencia. En millones de euros. Presupuestos Generales del Estado. 2013-2022. España



Fuente: Estadísticas Presupuestos Generales del Estado Consolidados. Notas: 2019: 2018 prorrogado y 2020: 2019 prorrogado.

4

El limbo de la dependencia

El SAAD ha pasado por distintas etapas desde su puesta en funcionamiento. Se comenzó atendiendo a los dependientes más severos para luego gradualmente ir incorporando a los dependientes moderados. La crisis financiera y los recortes presupuestarios de 2012 retrasaron el acceso de este grupo de personas al sistema, que se preveía que ingresarán en el año 2013.

Es así como las restricciones presupuestarias hicieron que dicho colectivo se incorporará al SAAD a partir de Julio 2015 provocando un incremento masivo en la lista de espera de beneficiarios. Esto se ha denominado **“limbo de la dependencia”⁴**, esto es, aquellos individuos que oficialmente se encuentran reconocidos como sujetos de derechos pero que todavía no han recibido ninguna prestación o subsidio (Jiménez y Viola, 2020).

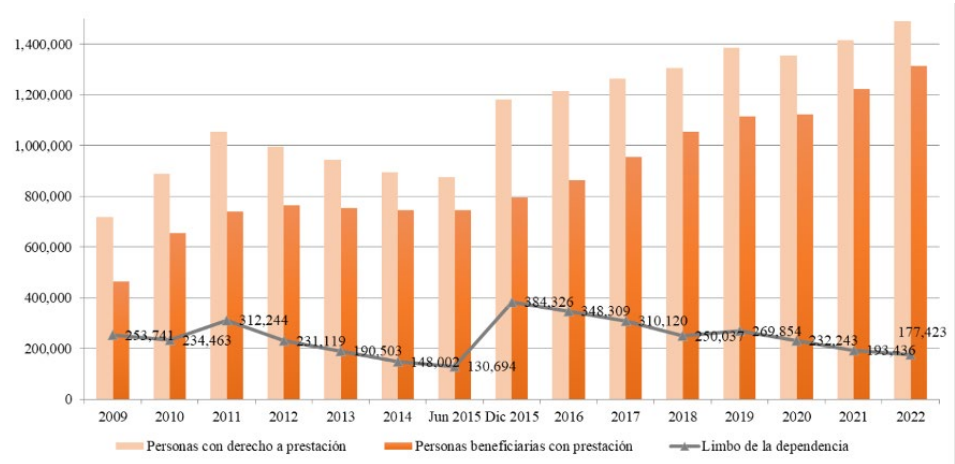
Como puede verse en el Gráfico 5, en el año 2022 **el 12% de las personas con derecho a prestación se encontraban en el limbo de la dependencia** frente al 33% del pico máximo registrado en diciembre de 2015. La reducción de la lista de espera del SAAD ha sido notable en estos años que se ha reducido hasta 177.423 personas a diciembre 2022, un 53% por debajo del pico máximo registrado en diciembre de 2015 (385.000 personas).

En este contexto, con fecha 30 de abril de 2021 se aprobó un Acuerdo para reducir las listas de espera del SAAD por parte del Consejo Territorial de Servicios Sociales y de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (2021) denominado **Plan de Choque SAAD**. El acuerdo estableció una meta general esperada que, al finalizar el año 2021, pretendía reducir la lista de espera de personas pendientes de resolución en 60.000 personas, lo que significaba que en el primer año de aplicación del Plan de Choque la lista de espera no debía superar las 170.000 personas, que, aunque no se alcanzó si que se observó una notable reducción a diciembre 2022 tal y como muestra el Gráfico 5.

⁴ El limbo de la dependencia es un concepto que se utiliza para denominar a aquellas personas que aún continúan a la espera de recibir la prestación, lo que formalmente sería la lista de espera del SAAD. Técnicamente, es la diferencia entre el número de personas con derecho a prestación y el número de personas con prestación. Cabe advertir que a partir de enero 2022 se puede observar algunos cambios en la terminología del SAAD y las personas que se encuentran en lista de espera son denominados como aquellos “pendientes de resolución PIA”, es decir la diferencia entre los beneficiarios con derecho (Jiménez y Viola, 2022).

Gráfico 5

Número de personas con derecho a prestación y número de personas beneficiarias: limbo de la dependencia. España. 2009-2022.



Fuente: En base a IMSERSO, disponible en <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad>.

5

El cuidado formal e informal

En España, el 13,3% de las personas mayores de 65 años reciben algún tipo de cuidado (el 22,2% de las personas mayores de 85 años). Como era de esperar, el porcentaje de personas que requieren atención aumenta con el número de limitaciones de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). En la población mayor de 65 años, oscila entre el 28,4% para quienes no tienen limitaciones ABVD y solo 1 limitación ABVD, hasta casi el 44% para quienes tienen al menos 3 limitaciones ABVD. Esta progresión también se observa en la cohorte de 85 años o más, aunque no tan pronunciada.

Las ayudas a la dependencia se proveen de modo formal o informal, aunque esta última, que tiene fuertes implicaciones sobre la salud, vida social y laboral de los cuidadores (Bom et al, 2019), juega un papel clave en España. En la población mayor de 65 años, el 49% recibe solo atención informal, el 27% recibe solo atención formal, el 10% recibe ambos tipos de atención y el 14% recibe atención en un hogar de ancianos. En la población de 85+, el porcentaje que recibe cuidados informales es un poco mayor (51%), pero el porcentaje que recibe solo cuidados formales es menor (19%), el porcentaje que recibe ambos tipos de cuidados aumenta hasta el 14% y el 16% de la población. población recibe atención en residencias de ancianos (Costa-Font, et al., 2023).

Las familias o cuidadores no profesionales constituyen en España un pilar central del sistema de apoyo para las personas mayores con necesidades de atención social en el domicilio. Así lo refleja la Tabla 3 que nos informa sobre el número total de personas que brindan ayuda en el hogar relacionada con las ABVD. Las ABVD se definen como comer, bañarse, vestirse, caminar por una habitación, acostarse y levantarse de la cama y usar el baño. Alrededor del 81% de las personas que brindaban ayuda a los mayores de 65 años eran cuidadores informales (1.405.925 personas) y si nos centramos en el grupo de 85+ la fracción es casi la misma (79%)⁵.

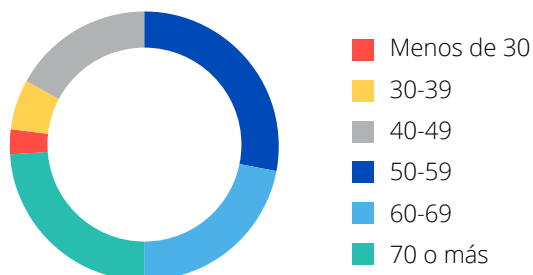
Tabla 3: Población que brindó ayuda domiciliaria en el último mes para las ABVD. España. 2020

Tipo de ayuda brindada	Población de 65 años o más que recibió ayuda	Población de 85 años o más que recibió ayuda
Todos los cuidadores	1.734.288	785
• Relativo a la población mayor	0,187	0,085
• Relativo a la población 18-64	0,058	0,026
Cuidadores formales	328.363	163.796
• Relativo a la población mayor	0,035	0,018
• Relativo a la población 18-64	0,011	0,006
Cuidadores informales	1.405.925	621.406
• Relativo a la población mayor	0,152	0,067
• Relativo a la población 18-64	0,047	0,021
Observaciones	3.882	1.744

Fuente: EDAD 2020. Nota: las ponderaciones de los encuestados se utilizan para todos los cálculos de estimaciones de población. Aquellos que brindan ayuda a los residentes de hogares de ancianos quedan automáticamente excluidos de todos los cálculos. Población 18-64 años: 29.739.540; Población 65+: 9.279.540

En cuanto a las características sociodemográficas, los cuidadores informales son en su mayoría mujeres (en un 60%) y son de mediana edad entre 40 y 59 años (54%) (Gráfico 6). En cuanto a la educación (Gráfico 7), un 36% de trabajadores informales tienen estudios inferiores al nivel secundario y otro 36% tienen secundaria. El restante porcentaje de cuidadores informales posee estudios superiores, de grado (13%) y postgrado (14%).

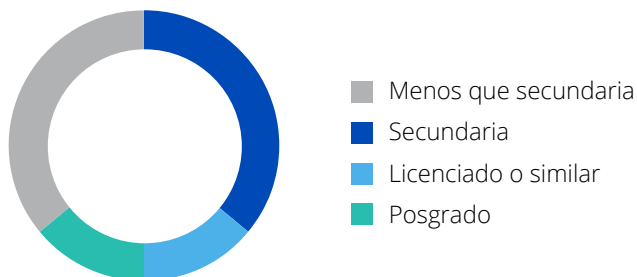
Gráfico 6
Cuidadores informales por edad (%). España. 2020.



Fuente: EDAD 2020.

Gráfico 7

Cuidadores informales por nivel educativo (%). España. 2020.



Fuente: EDAD 2020.

Respecto de las horas trabajadas, la Tabla 4 reporta la distribución de las horas de ayuda recibida según proveedor informal o formal y en conjunto. Las horas de ayuda de cada cuidador se limitan a 16 horas diarias para permitir 8 horas de descanso, por lo que el máximo de horas semanales debería ser de 112 (95% de los casos). Solo el 5% de los cuidadores trabaja menos de 7 horas a la semana para el grupo de personas de 65+ y 12 horas a la semana para el grupo de 85+. Si nos centramos específicamente en las horas proporcionadas por cada cuidador informal, vemos en la Tabla 5 que la mayoría de los cuidadores brindan (percentil 50) menos de 56 horas por semana para el grupo de 65 años o más, pero en el grupo de 85 años o más, la cantidad de horas es superior, casi 70 horas por semana.

Tabla 4: **Distribución de las horas semanales de atención domiciliaria recibidas en el último mes por tipo de proveedor. España, 2020**

Percentiles	Todos los cuidadores		Ayuda informal		Ayuda formal	
	65+	85+	65+	85+	65+	85+
Percentil 5	7	14	7	14	7	7
Percentil 10	14	21	14	14	7	7
Percentil 25	28	35	28	35	7	14
Percentil 50	77	91	70	84	14	14
Percentil 75	112	112	112	112	35	42
Percentil 90	112	112	112	112	84	98
Percentil 95	112	112	112	112	112	112
Observaciones	3882	1744	3739	1683	863	445

Fuente: EDAD 2020. Nota: las ponderaciones de los encuestados se utilizan para todos los cálculos de estimaciones de población. Aquellos que brindan ayuda a los residentes de hogares de ancianos quedan automáticamente excluidos de todos los cálculos.

Tabla 5: **Distribución de horas semanales proporcionadas por cuidadores informales. España, 2020.**

Percentiles	65+	85+
Percentil 5	14	14
Percentil 10	14	14
Percentil 25	28	28
Percentil 50	56	70
Percentil 75	112	112
Percentil 90	112	112
Percentil 95	112	112
Observaciones	3172	1140

Fuente: EDAD 2020. Nota: las ponderaciones de los encuestados se utilizan para todos los cálculos de estimaciones de población. Aquellos que brindan ayuda a los residentes de hogares de ancianos quedan automáticamente excluidos de todos los cálculos.

6

La atención residencial en España

Como ya señalábamos anteriormente, **el gasto en atención institucional, que incluye principalmente la atención residencial, representa el 64% del gasto público total en cuidados de larga duración**. Los servicios de atención residencial ofrecen alojamiento y atención para hacer frente a las necesidades de la vida diaria a las personas mayores de manera permanente o temporal. Comprenden tanto los centros residenciales como las viviendas para mayores. Los centros residenciales de mayores constituyen cerca del 90% del total de servicios de atención residencial en España (Jiménez y Viola, 2020).

En la Tabla 6 podemos analizar algunos indicadores claves del sector de residencias en España para dos años 2019 y 2021, antes de la pandemia y durante la misma. Como puede verse, en España existen 5.485 centros residenciales, 57 residencias menos que las registradas en 2019. La mayoría de estas residencias son de carácter privado, alrededor del 74%. Por otra parte, el número total de plazas o camas registradas es de 397.417, de las cuales la mayoría son públicas (62,7%).

Tabla 6: **Indicadores claves sector residencias. España. 2019 y 2021**

Indicadores	2019	2021
Centros residenciales	5,542	5,485
Fracción de residencias públicas	25.9%	26.1%
Fracción de residencias privadas	74.1%	73.9%
Plazas/camas	389,031	397,743
Fracción de plazas públicas	62.26%	62.71%
Fracción de plazas privadas	37.74%	37.29%
Personas usuarias de residencias	247,451.0	265,549
Pob 65+	9,217,464	9,475,866
Tasa de ocupación	63.6%	66.8%
Tamaño de las residencias	70.2	72.5
Cobertura	4.22%	4.20%
Plazas por pob 65+	0.042	0.042

Fuente: en base a IMSERSO. Índice de cobertura: (plazas/población \geq 65) *100
 Tamaño medio de los centros (Nº medio de plazas por centro)
 Tasa de ocupación: número de personas usuarias/plazas*100

Un indicador interesante es relacionar el número de plazas puestas a disposición de los ciudadanos y la población mayor de 65 años, susceptible de utilizar estos servicios, para poder medir así el nivel de cobertura. Para el año 2001, el índice de cobertura suponía que un 3,34% de la población de 65 años o más disponía de una plaza residencial (Jiménez y Viola, 2020) mientras que en la actualidad (datos de 2021) dicho índice arroja un valor de 4,20%, aumentando la cobertura en un 26% (Tabla 6).

Otro indicador relevante es el tamaño medio de los centros. Si se mide el número medio de plazas residenciales por centro en cada comunidad autónoma se observa que a nivel nacional es cerca de 73 plazas por centro, siendo Melilla, Madrid y La Rioja con un tamaño medio de los centros superior a la media nacional (cerca de 100 plazas y más por centro) y Cataluña, Extremadura, Ceuta y Canarias, inferior al promedio español (entre 50-60 plazas por centro) (Tabla 7).

Por último, en la Tabla 7 también podemos observar el nivel de ocupación, un indicador que vincula el número de personas usuarias con la disponibilidad de plazas. Sin dudas, un indicador que reviste considerable importancia en un contexto de pandemia al facilitar la transmisión (Jiménez y Viola, 2020). En España, el nivel de ocupación de las plazas ronda el 67%, por lo que en general no es un sector saturado. Sin embargo, **hay comunidades como Castilla La Mancha, Ceuta, Islas Baleares y Madrid donde el nivel de ocupación es superior al 90-100%, superando la capacidad de los centros residenciales.**

Tabla 7: Tasa de ocupación de los centros residenciales por CCAA. España 2021.

CCAA	Índice de Cobertura	Tamaño medio de los centros	Tasa de ocupación
Andalucía	2.9	69.3	43.4%
Aragón	6.5	70.4	35.6%
Asturias	5.6	64.5	32.8%
Islas Baleares	2.9	97.4	91.5%
Islas Canarias	2.7	51.4	100.0%
Cantabria	4.6	95.6	66.0%
Castilla y León	7.8	70.7	79.9%
Castilla-La Mancha	6.8	78.8	100.0%
Cataluña	4.3	57.0	77.6%
Com. Valenciana	2.7	84.5	44.6%
Extremadura	6.7	50.4	67.1%
Galicia	3.0	76.0	76.2%
Madrid	4.4	111.2	96.3%
Murcia	4.2	138.9	60.6%
Navarra	4.6	81.1	68.5%
País Vasco	3.8	67.9	70.6%
La Rioja	4.8	103.8	54.5%
Ceuta	1.7	58.3	100.0%
Melilla	2.7	128.0	77.3%
España	4.20	72.51	66.8%

Fuente: en base a IMSERSO. Notas: Dato de usuarios para Aragón y Extremadura último disponible año 2016.

7

La situación laboral en el sector de la dependencia

Podemos analizar la situación laboral en el sector de la dependencia a través de dos fuentes de información complementarias. Por un lado, la Encuesta de Población Activa (EPA) con la última información disponible hasta el tercer trimestre 2023 y, por otro lado, la Muestra Continua de Vidas Laborales del año 2022.

El nivel de empleo según la EPA

La EPA nos permite analizar dos niveles de actividad dentro del sector de la dependencia:

1. Asistencia en establecimientos residenciales:

- Con cuidados sanitarios.
- Para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia.
- Para personas mayores y con discapacidad física.
- Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales.

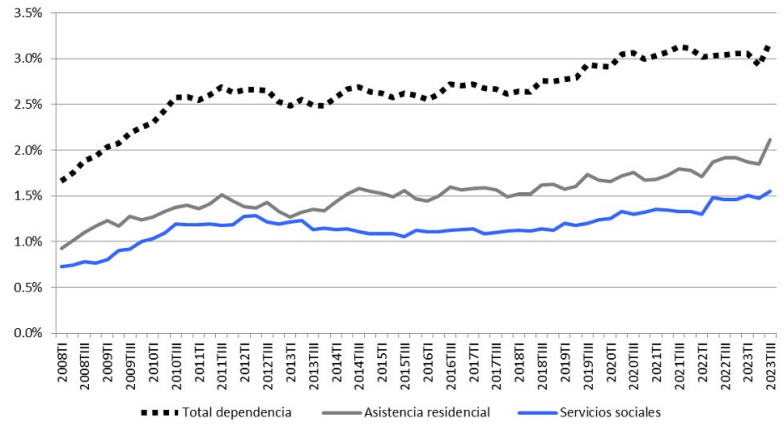
2. Actividades de servicios sociales sin alojamiento:

- Para personas mayores y con discapacidad.
- Otras actividades de servicios sociales sin alojamiento.

En primer lugar, analizamos la participación de los ocupados en el sector de la dependencia respecto del total de ocupados (Gráfico 8). Se puede ver claramente como en los años de pandemia, a partir del segundo y tercer trimestre 2020 dicha participación alcanza el 3,1% y se mantiene prácticamente en este valor hasta la actualidad, siendo en el tercer trimestre 2023, levemente superior del 3,2% (el máximo registrado en toda la serie presentada). El subsector de asistencia residencial tiene una participación mayor sobre el total de 2,1% respecto del subsector de servicios sociales en 1,5%.

Gráfico 8

Participación de los ocupados en el sector de la dependencia sobre el empleo total. España. 2008TI-2023TIII

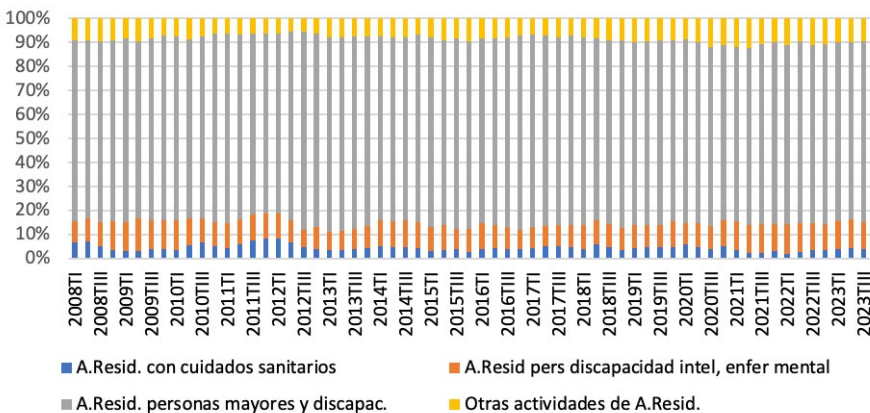


Fuente: microdatos EPA-INE.

Dentro del subsector de asistencia residencial, el mayor peso lo tiene el componente de asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física en un 75%. Por otra parte, para el caso del subsector de servicios sociales, se observa que el componente de servicios sociales dirigido a personas mayores y con discapacidad representaba un 30% en el año 2008 pero en la actualidad y principalmente en los años de pandemia, este componente superó el 50% y recientemente se observa que se estabiliza en torno al 50% (Gráficos 9 y 10).

Gráfico 9

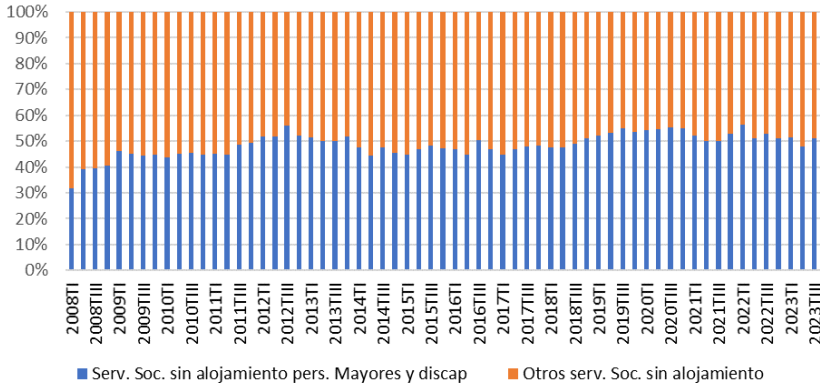
Distribución porcentual asistencia residencial según tipo de actividad. España. 2008TI-2023TIII



Fuente: microdatos EPA-INE.

Gráfico 10

Distribución porcentual servicios sociales según tipo de actividad. España. 2008T1-2023TIII

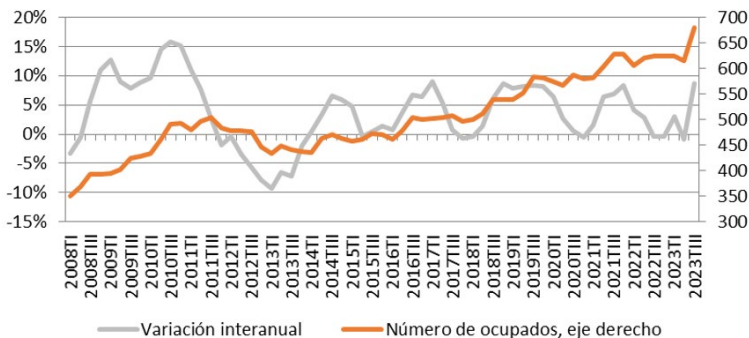


Fuente: microdatos EPA-INE.

Finalmente, en el Gráfico 11 se observa que el nivel de empleo en el sector de la dependencia alcanza en el tercer trimestre de 2023 los 678 mil ocupados, un 10% más que el trimestre anterior y un 8,7% más que en el mismo periodo del año anterior. El crecimiento del empleo del sector se viene observando desde el segundo trimestre de 2018 pero con una desaceleración, alimentada por la pandemia, entre finales de 2020 y principios de 2021. A partir del año 2021 se percibe una senda de recuperación del nivel de empleo en el sector, principalmente en el cuarto trimestre de 2021 con una subida del 8% respecto del mismo periodo del año anterior. Posteriormente entre finales de 2021 y hasta principios de 2023 se detecta un cierto estancamiento que solo repunta en el tercer trimestre de 2023, último dato observado.

Gráfico 11

Variación interanual y número de ocupados en el sector de la dependencia (miles). España. 2008T1-2023TIII



Fuente: microdatos EPA-INE.

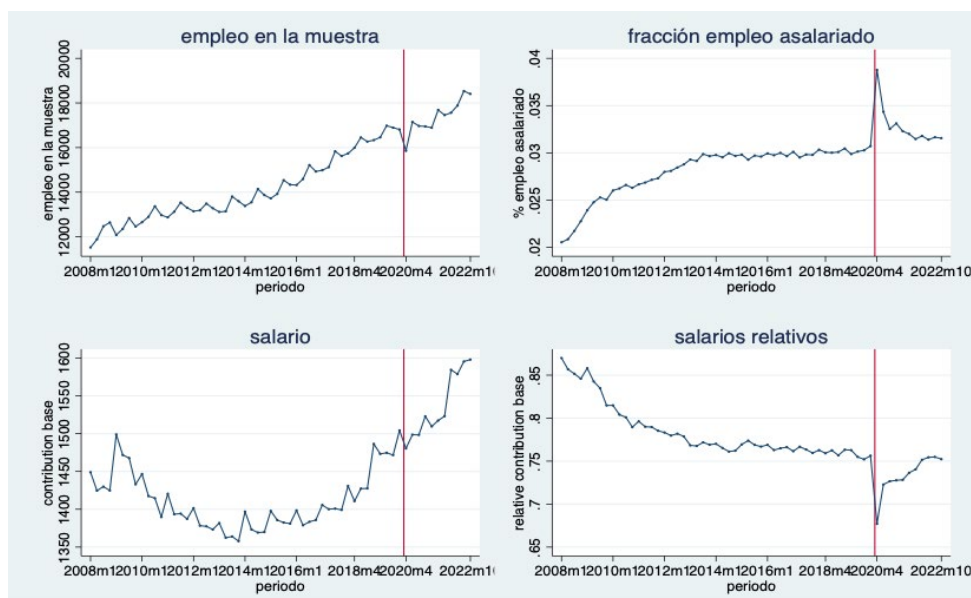
Empleo y salarios según la MCVL

En el Gráfico 12 presentamos la evolución del empleo y los salarios mensuales (aproximados por las bases de cotización mensuales corregidas por censura) en el sector de la dependencia con los últimos datos de la MCVL del año 2022. Como puede verse, en el momento inicial de la pandemia (línea vertical roja) hay una caída en el nivel de empleo que luego se va recuperando progresivamente hasta mediados de 2022. Por otra parte, la fracción de empleo asalariado aumenta en gran medida en 1 pp en pandemia respecto a los años previos para posteriormente estabilizarse en torno a los valores pre-pandemia.

En cuanto a los salarios nominales, la ratio de salarios entre el sector de la dependencia y los salarios en general cayó de manera contundente (el peor nivel de todo el periodo analizado) en los inicios de la pandemia, pasando del 76% a menos del 70% en detrimento del sector. Afortunadamente, los salarios nominales comienzan a experimentar un alza posteriormente a la pandemia al igual que los salarios relativos que comienzan una senda creciente, recuperando los niveles pre-pandemia.

Gráfico 12

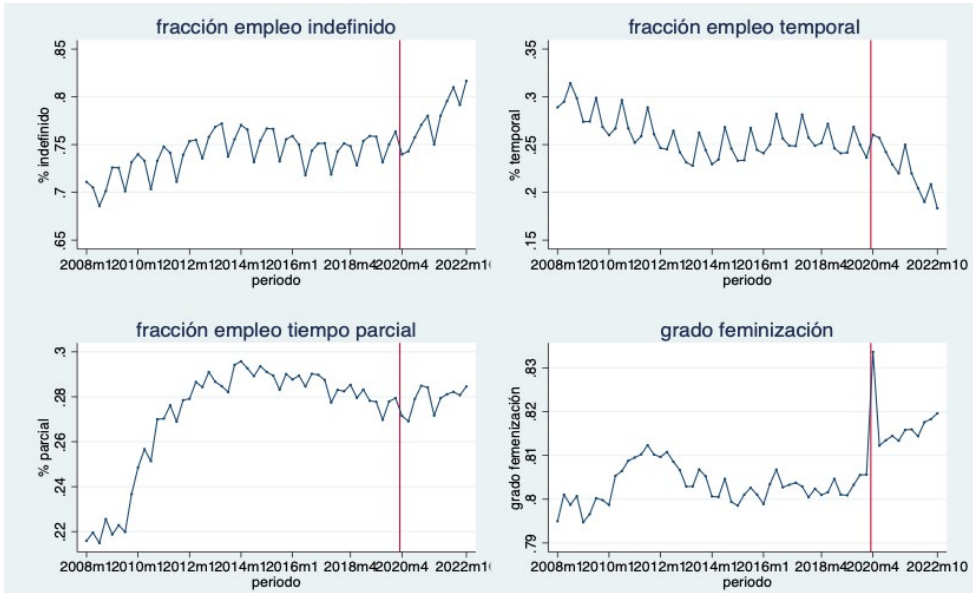
Empleo y salarios en el sector de dependencia según la MCVL 2022



Fuente: en base a MCVL.

Gráfico 13

Estructura de la contratación en el sector de la dependencia según la MCVL 2022



Fuente: en base a MCVL.

Finalmente, en el Gráfico 13 observamos varios hechos que se destacan en pandemia y posteriormente en relación con la estructura del empleo en el sector. En primer lugar, la fracción de empleo indefinido que había caído por debajo del 72% en plena pandemia se recupera ampliamente hasta alcanzar un poco más del 80%. En segundo lugar, la fracción con contrato temporal por consiguiente cae de manera importante hacia finales de 2022 (cerca del 20%). Asimismo, la fracción que trabaja a tiempo parcial baja muy levemente en pandemia para luego estabilizarse hacia valores pre-pandemia. Y el último hecho destacado es el grado de feminización del sector que en plena pandemia alcanzó el 84% pero luego cae y se estabiliza cerca del 82%.

8

Reflexiones finales

En los últimos años, el SAAD ha mejorado considerablemente, sobre todo por la reducción de las listas de espera y el sostenido aumento del presupuesto de dependencia tras varios años de estancamiento. A pesar de la reciente mejora, en los observatorios de Dependencia de Fedea y otros estudios de carácter más científico se mencionan algunas **recomendaciones sobre la dirección que debería tomar el sistema en su conjunto.**

- **La reducción del volumen de prestaciones económicas** (y el consiguiente aumento de oferta de servicios) **que libere a los cuidadores no profesionales** (mayoritariamente las hijas y parejas de los dependientes), permitiéndoles incorporarse al mercado de trabajo.
- **Agilizar los trámites y procedimientos para acceder a prestaciones.**
- **Avanzar en una posible evaluación y valoración del SAAD** por parte de los ciudadanos para saber su opinión sobre los servicios ofrecidos, su calidad y cantidad. En definitiva, algo similar a lo publicado con el Barómetro Sanitario respecto al sistema sanitario que permita medir la satisfacción de los usuarios con el sistema de dependencia.
- **Eliminar o, al menos, disminuir, la incertidumbre financiera que sufren las regiones, a través de la diversificación de las fuentes de financiación,** planteando una combinación entre financiación pública estable, vía impuestos y contribuciones (idealmente mediante un sistema de aseguramiento público), complementada con financiación privada derivada de la promoción del aseguramiento privado de los individuos.
- **Avanzar hacia un modelo de atención residencial más personalizado,** evitando los errores detectado en el pasado más reciente y facilitando la convivencia de mayores activos en el seno de pequeñas comunidades.
- **Profesionalizar la fuerza de trabajo y mejorar sus condiciones laborales** (estabilidad contractual, formación y salarios), tanto en la atención domiciliaria como en la residencial.
- **Progresar en la coordinación efectiva entre atención sanitaria y atención a la dependencia,** evitando el uso de la una para atender problemas propios de la otra.
- Dada la disímil provisión regional, poder **garantizar un mínimo de atención para todos los ciudadanos,** que, teniendo en cuenta las características idiosincráticas de cada región, evite o reduzca significativamente las diferencias de cobertura a nivel regional.

Referencias

Bom Judit, Pieter Bakx, Frederik Schut, Eddy van Doorslaer, The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review, *The Gerontologist*, Volume 59, Issue 5, October 2019, Pages e629–e642

Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (2021), “Plan de reducción de la lista de espera en el SAAD”, abril.

Costa-Font, J. y Vilaplana-Prieto, C (2022a), “Caregiving subsidies and spousal early retirement intentions”, *Journal of Pension Economics & Finance*, 1-40.

Costa-Font, J. y Vilaplana-Prieto, C. (2022c), “‘Investing’ in care for old age? An examination of long-term care expenditure dynamics and its spillovers”, *Empirical Economics* 64, 1–30.

Costa-Font, J., Jiménez Martín, S., & Viola, A. (2021), “Fatal Underfunding? Explaining COVID-19 Mortality in Spanish Nursing Homes”, *Journal of Aging and Health*, 33(7–8), 607–617.

Costa-Font, J., Jiménez Martín, S., Vilaplana Prieto, C. y Viola, A. (2023), “Universalizing the Access to Long-term Care: Evidence from Spain”, Chapter 9 en el Libro *Long-Term Care around the world* (editores Gruber, J. y McGarry, K.), Series Long-Term Care, NBER, University of Chicago Press.

Costa-Font, J., Jimenez-Martin, S. & Vilaplana-Prieto, C. (2018), “Does long-term care subsidization reduce hospital admissions and utilization?”, *Journal of Health Economics*, Volume 58, 43-66.

Costa-Font, J., y Vilaplana-Prieto, C. (2022b), “Mental health effects of caregivers respite: Subsidies or Supports?” *The Journal of the Economics of Ageing*, Elsevier, vol. 23(C).

Jiménez, S. y Viola, A. (2017). “Observatorio de la dependencia. Segundo informe”. FEDEA, Estudios sobre Economía Española no. 2017-22, Madrid. <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2017-22.pdf>

Jiménez, S. y Viola, A. (2019). “Observatorio de la dependencia. Tercer informe”. FEDEA, Estudios sobre Economía Española no. 2019-42, Madrid. <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2019-42.pdf>

Jiménez, S. y Viola, A. (2020). “La asistencia residencial en España y COVID-19”. FEDEA, Estudios sobre Economía Española no. 2020-20, Madrid. <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2020-20.pdf>

Jiménez, S. y Viola, A. (2022). "Observatorio de la dependencia: Cuarto informe". FEDEA, Estudios sobre la Economía Española no. 2022-16. Madrid. <https://documentos.fedea.net/pubs/eee/2022/eee2022-16.pdf>

Jiménez, S., Vilaplana, C. y Viola, A. (2016). "Observatorio de la dependencia. Primer informe". FEDEA, Estudios sobre Economía Española no. 2016-05, Madrid. <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2016-05.pdf>

Viola, A. (2022), "Los modelos de atención sociosanitaria en perspectiva comparada", Actas de Coordinación Sociosanitaria, (30), Pages 62-81, junio.

Instituto **santalucía**

www.institutosantalucia.es