

## La coparticipación en la financiación de la atención a la dependencia. Impacto en la sostenibilidad del SAAD.

---

Co-participation in the financing of dependent adult care.  
Impact on the sustainability of the SAAD.

Julia Montserrat Codorniu

jmontserratc@gmail.com

Doctora en Economía.

Recibido: 13/03/2024

Aceptado: 04/05/2024

Actas de Coordinación Sociosanitaria.

Número 34 - Junio de 2024.

---

### Cómo citar este artículo:

Montserrat Codorniu, J. (2024). La coparticipación en la financiación de la atención a la dependencia. Impacto en la sostenibilidad del SAAD. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (34), pp 48-79.

## RESUMEN

Se estima la participación de cada uno de los tres participantes- Administración General del Estado (AGE), Administraciones Autonómicas (CCAA) y personas usuarias- en la financiación de los costes de la atención a la dependencia. Se pone de relieve el oscurantismo en la información de las aportaciones de las personas usuarias (copagos) subsanando la falta de estadísticas con estimaciones de los datos. Los resultados muestran que el conjunto de los copagos iguala, prácticamente, a la aportación financiera de la AGE en los costes de atención a la dependencia. Se analizan los fallos del modelo de financiación de la AGE y los fallos del modelo de copago y su impacto en los gastos de funcionamiento del Sistema (SAAD) y se realizan propuestas de reforma en ambos casos. Se destaca el impacto del envejecimiento de la población en la sostenibilidad del Sistema.

## PALABRAS CLAVE

Dependencia, gasto, financiación, costes, sostenibilidad, participación, fallos, reformas, envejecimiento.

## ABSTRACT

The participation of each of the three participants - Central Administration (AGE), Autonomous Communities (CCAA) and users - in the financing of the costs of long-term care is estimated. The obscurantism in the information of users' contributions (co-payments) is highlighted, correcting the lack of statistics with data estimates. The results of the economic analysis show that the set of co-payments practically equals the financial contribution of the AGE in the costs of long-term care. The failures of the AGE financing model and the failures of the co-payment model and their impact on the operational costs of the System (SAAD) are analysed and reform proposals are made in both cases. The impact of the ageing of the population on the sustainability of the System is also highlighted.

## KEYWORDS

Dependency, expenditure, financing, costs, sustainability, participation, failures, reforms, ageing.

## 1. LA LAPAD Y LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

En 2006, se aprobó la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (LAPAD), ampliando el ámbito de protección social con la introducción de un derecho de ciudadanía, mediante el cual todas las personas en situación de dependencia “protegible” tienen acceso a unas prestaciones adecuadas a su grado de dependencia y a sus necesidades. Se considera situación protegible cuando la Administración reconoce a la persona beneficiaria uno de los tres grados de dependencia: moderada (grado 1), severa (grado 2) y gran dependencia (grado 3), que facultan el acceso a las prestaciones reconocidas en la Ley.

Antes de la aprobación de la LAPAD, todas las Comunidades Autónomas (CCAA) habían desarrollado programas de atención a las personas en situación de dependencia, si bien su presupuesto era de carácter discrecional y sujeto a restricciones presupuestarias, por lo cual su ámbito de protección era pequeño. El acceso a estos programas estaba limitado a aquellas personas con insuficiencia de recursos económicos para hacer frente al coste de las prestaciones. El hecho diferencial de la LAPAD respecto a la situación anterior es el de ampliar la protección social- accesibilidad a todos los ciudadanos- y nivelar la oferta asistencial entre las CCAA.

A diferencia de otros sistemas europeos, el SAAD carece de vinculación directa con el sistema de Seguridad Social o con el sistema sanitario, puesto que su diseño se incardinó en las estructuras de servicios sociales preexistentes, competencia de las CCAA. La LAPAD sigue el criterio de aquellos países que han definido un modelo de protección universal y financiación mediante impuestos (Francia, Países Nórdicos, entre otros), a diferencia de aquellos otros que crearon un seguro público adscrito a la Seguridad Social, es decir financiado con cotizaciones sociales (Alemania, Austria, Luxemburgo, entre otros). El sistema de asignación de gastos públicos a través de los impuestos es el que alcanza la mayor cota del principio de solidaridad: *“cada cual recibe según su necesidad y contribuye según su capacidad”*.

Las ventajas de un modelo de financiación pública no contributivo versus un sistema de financiación pública contributivo es la mayor flexibilidad de las aportaciones financieras del Estado, y un mayor alcance de la protección, no dejando excluidas del sistema aquellas personas que no hubieran cotizado, o no lo hubieran hecho el tiempo suficiente, para tener derecho a las prestaciones.

La LAPAD configura un sistema básico de prestaciones, algunas en servicios y otras en metálico. El sistema básico de prestaciones se encuentra en el catálogo de servicios (Ley 39/2006 y RD 1051/2013, de 27 de diciembre) <sup>1</sup>. A cada grado de dependencia le corresponden unas deter-

1. Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

minadas prestaciones y, aunque la finalidad de estas coincida entre los grados, varía su intensidad de protección.

La LAPAD en su Título I establece el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que se configura como una red de utilización pública (art. 6.2) formada por los centros públicos de las CCAA, de las Corporaciones Locales (CCLL), los centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de situaciones de dependencia, así como los privados concertados debidamente acreditados (art. 16.1). Es decir, la LAPAD trató de maximizar la eficiencia y minimizar el aumento del gasto público, aprovechando la red de centros y servicios ya existentes en las CCAA, así como la red de servicios de proximidad de las CCLL (servicio de ayuda a domicilio y teleasistencia).

La gestión total del proceso, desde la admisión de las solicitudes hasta el libramiento y mantenimiento de las prestaciones, está a cargo de las CCAA. La única excepción son las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, cuya gestión la realizan las Direcciones Territoriales del IMSERSO.

## 1.1 La participación de la Administración General del Estado (AGE) en la financiación de la atención a la dependencia

De acuerdo con la LAPAD, la AGE ha de contribuir a la financiación del coste de las prestaciones mediante el Nivel Mínimo y el Nivel Conveniado/ Nivel Acordado (art. 7). Por otra parte, cada Comunidad Autónoma debe aportar los recursos suficientes para financiar el coste de las prestaciones, los cuales deben ser, como mínimo, equivalentes anualmente a los recursos aportados por la AGE (art. 32).

El **Nivel Mínimo** de financiación. La Ley garantiza a las CCAA la financiación de una parte del coste de las prestaciones de las personas usuarias mediante el Nivel Mínimo de protección (art 9), cuyo coste es financiado íntegramente por el Estado (art 32.2). Se materializa mediante el establecimiento de unas cuantías fijadas por el Gobierno según el grado de dependencia de la persona usuaria.

La AGE debe transferir mensualmente a las CCAA el importe resultante del Nivel Mínimo según el número de personas usuarias y su grado de dependencia atendidas durante el mes. No obstante, al finalizar el ejercicio se realiza una redistribución final del Nivel Mínimo entre las CCAA añadiendo otra variable: “tipo de prestación concedida”. La redistribución final del Nivel Mínimo tiene como objetivo penalizar a aquellas CCAA con un mayor número de prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar. Dicha modificación se introdujo con el paquete de reformas de la Ley 20/2012.

El **Nivel Acordado** es una financiación complementaria (art. 32.3) al Nivel Mínimo y su objetivo es financiar gastos asociados y complementarios al de las prestaciones. Su presupuesto es discrecional, y así se manifestó cuando el Gobierno dejó de dotarlo presupuestariamente entre 2012 y 2021.

La propuesta de distribución de los importes del Nivel Acordado entre las CCAA es competencia del Consejo Territorial de Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (CTSAAD), que determina el porcentaje asignable al conjunto de variables definidas en la LAPAD y el importe resultante para cada Autonomía. La propuesta de distribución ha de ser aprobada por el Gobierno. Las variables y la ponderación de cada una de ellas para el ejercicio de 2022 es la siguiente: población (90,0%), superficie (5,0%), dispersión (1,5%), grandes urbes (0,7%) e insularidad (0,5%). La cantidad total del Nivel Acordado para el ejercicio de 2022 es de 523,74 millones de euros.

El presupuesto asignado del Nivel Acordado a cada Autonomía se materializa mediante convenios de colaboración entre Estado y Autonomía dentro del marco de cooperación interadministrativa, siendo potestad de la Autonomía aceptarlo o no. En los convenios de colaboración se fijan los recursos que aporta cada una de las partes y los objetivos a alcanzar. Para las CCAA del País Vasco y la de Navarra la determinación del importe asignable se realiza de acuerdo con las normas establecidas en sus regímenes especiales de colaboración entre Estado y Autonomía.

## 1.2 Financiación adicional en la atención a la dependencia

La Ley reconoce que las CCAA pueden mejorar las cuantías de las prestaciones o los beneficios relacionados con éstas, siempre que ellas asuman el coste de la parte extraordinaria. Es el denominado Nivel Adicional de financiación.

Asimismo, la AGE también ha hecho uso de la financiación adicional y ha transferido a las CCAA, en determinadas ocasiones, financiación extraordinaria para ayudar a financiar el coste del funcionamiento del Sistema. Entre estas, el **PLAN E (Plan dinamización empleo)**, donde se recogía como uno de sus objetivos la financiación de actuaciones vinculadas a la atención a la dependencia. El Gobierno aprobó <sup>2</sup> una transferencia de 400 millones de euros destinados a proporcionar a las CCAA recursos extraordinarios para facilitar el desarrollo y modernización de la red de servicios del SAAD y, paralelamente, favorecer la generación de empleo en el sector. Las transferencias de la AGE a las CCAA dotándolas de los fondos del Plan E se realizó en el marco de financiación del Nivel Acordado mediante la suscripción de los correspondientes convenios de colaboración entre ambas Administraciones.

2. Dotación del Plan E para la Autonomías mediante la Orden EHA/3566/2008, de 9 de diciembre.

### 1.3 Financiación adicional de la AGE: Cotizaciones de la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales

La financiación de las cotizaciones de la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales se ha de calificar como financiación adicional, ya que estos fondos no tienen ningún impacto en los costes de las prestaciones. La AGE financia la suscripción del Convenio Especial del Sistema de Seguridad Social de las personas cuidadoras no profesionales que cumplan los requisitos especificados para ello. Esto permite que se considere como cotizado a la Seguridad Social el periodo en que el cuidador no profesional tenga suscrito dicho convenio.

## 2. EVOLUCIÓN DE LA FINANCIACIÓN DE LA AGE EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

La LAPAD nació en diciembre de 2006 en un momento de “bonanza económica”, con superávits fiscales en el Estado, y nada hacía presagiar que llegaría la crisis económica de 2008, que repercutió considerablemente en la actividad económica de nuestro país, reduciendo el volumen de ingresos fiscales y aumentando el gasto social. El no blindaje presupuestario del gasto en atención a la dependencia fue una de las causas que propició que la *Ley 20/2012 de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad*<sup>3</sup>, repercutiera de forma importante en la financiación de la Ley de la dependencia, tal como se expone a continuación.

### 2.1 Impacto de la Ley 20/2012 en las finanzas y atención a la dependencia

*Ley 20/2012* repercutió de diferentes formas en la financiación de la LAPAD, desde retrasar varios años la entrada en el sistema de las personas beneficiarias con grado 1 (desde 2012 hasta 2015), reducir las intensidades de protección de las prestaciones —siendo destacable la del servicio de ayuda domiciliaria, con un recorte de 10 horas al mes como promedio en cada uno de los grados de dependencia—, o reducir las cuantías máximas de las prestaciones económicas (PEV, PEAP y PECEF)<sup>4</sup> —siendo destacable la reducción de la PECEF en un 25% respecto al importe inicial—. A lo que se debe añadir que, a partir de 2013, el Gobierno dejó de financiar la cotización a la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales, implicando una disminución del importe de la prestación del 80%. La reducción de las cuantías de las PEV y de la PEAP no fueron tan drásticas como en la PECEF y solo afectó a las nuevas personas beneficiarias.

Los copagos de las personas usuarias no quedaron exentos del objetivo de la Ley 20/2012. La Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el “Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención

3. Ley 20/2012, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Nació como Real Decreto-ley y fue convalidado como Ley por resolución del Congreso de los Diputados el 19 de julio.

4. PEV (prestación económica vinculada al servicio), PEAP (prestación económica asistencia personal), PECEF (prestación económica de cuidado entorno familiar).

a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia”, de la misma fecha que la Ley, introduce nuevos criterios para determinar las cuantías de los copagos de las diferentes prestaciones, aumentándolas con el fin de reducir la aportación presupuestaria para sufragar el coste de las prestaciones.

La mayoría de los recortes introducidos en la Ley 20/2012 continuaban estando operativos en 2020, momento en que el Gobierno aprueba el Plan de Choque, incrementando el presupuesto destinado a la dependencia a través del Nivel Mínimo y restaurando el Nivel Acordado y, paulatinamente, se restablecen o mejoran las intensidades de protección de las prestaciones previamente recortadas por dicha Ley.

## 2.2 Evolución de los presupuestos de la AGE en la atención a la dependencia

En el Cuadro 1 se muestra la evolución del presupuesto de la AGE en la financiación de la atención a la dependencia y el impacto de los recortes de la Ley 20/2012. Se puede distinguir una primera etapa, que se podría denominar de “puesta en marcha del Sistema”, entre 2007 y 2011. La segunda etapa, desde 2011 hasta 2017, recoge los años más duros de los recortes en la dependencia, mostrando crecimientos presupuestarios interanuales negativos, con excepción del 2015. Una tercera etapa, desde 2017 hasta 2021, con pequeños incrementos presupuestarios, que no son más que el reflejo de pequeños ajustes en la financiación del Nivel Mínimo hasta alcanzar la cuarta etapa, a partir de 2021 en adelante, con una inyección presupuestaria importante a través del Plan de Choque, tal como se desarrolla en el siguiente apartado. Ver Cuadro 1 y Gráfico 1.

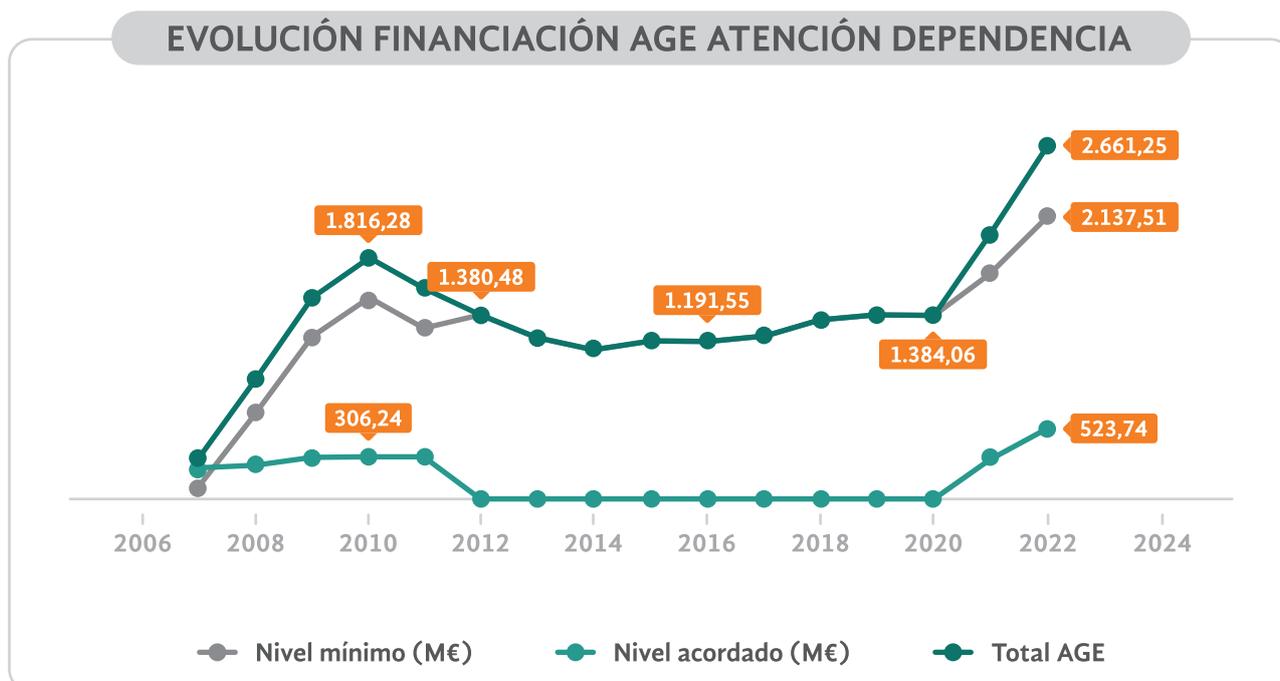
### Cuadro 1. Variaciones interanuales financiación AGE en atención a la dependencia.

Año	Nivel Mínimo (M€)	Nivel Acordado (M€)	TOTAL AGE (M€)	Incremento interanual Financiación total AGE (%)
2007	82,56	224,09	306,66	
2008	647,22	260,69	907,91	196,1%
2009	1.214,16	306,29	1.520,44	67,5%
2010	1.510,04	306,24	1.816,28	19,5%
2011	1.284,42	306,20	1.590,63	-12,4%
2012	1.380,48	0	1.380,48	-13,2%
2013	1.216,38	0	1.216,38	-11,9%

Año	Nivel Mínimo (M€)	Nivel Acordado (M€)	TOTAL AGE (M€)	Incremento interanual Financiación total AGE (%)
2014	1.128,26	0	1.128,26	-7,2%
2015	1.193,20	0	1.193,20	5,8%
2016	1.191,55	0	1.191,55	-0,1%
2017	1.228,35	0	1.228,35	3,1%
2018	1.347,60	0	1.347,60	9,7%
2019	1.382,22	0	1.382,22	2,6%
2020	1.384,06	0	1.384,06	0,1%
2021	1.685,48	306,96	1.992,44	44,0%
2022	2.137,51	523,74	2.661,25	33,6%

Fuente: Elaboración propia con datos del SISAAD.  
Nota: No se incluyen datos de Ceuta ni de Melilla.

Gráfico 1. Evolución de la financiación estatal (en millones de euros).



Fuente: Elaboración propia.

El impacto de la Ley 20/2012, además de comprometer la sostenibilidad del SAAD y de inducir un retroceso en la garantía del derecho de ciudadanía que creó la Ley, se hace patente en estas medidas, que han tenido un considerable coste de oportunidad, pues han impedido que se realice plenamente su potencial de generación de empleo. Se apunta la necesidad de hacer algunos cambios sustanciales para dotar al sistema de suficiencia financiera. Siguiendo en esta dirección, en 2016, en el décimo aniversario de la Ley (2006), los representantes de la mayoría de los grupos del arco parlamentario (con la excepción del PP y el PNV) suscribieron un pacto para la reversión de los recortes producidos por la Ley 20/2012. En él se recogía el compromiso explícito de acabar con las listas de espera en un máximo de dos años y la voluntad de establecer un modelo estable de financiación, en el marco de la Ley Orgánica 8/1980 de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas, lo cual comportaría la financiación a las CCAA a través del sistema de financiación autonómica (Jiménez Lara, 2017). La reforma de este sistema de financiación, en 2024, todavía no ha sido aprobada.

### 3. LA CONTRIBUCIÓN FINANCIERA DE LA AGE EN EL GASTO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

La ejecución del gasto de las prestaciones de atención a la dependencia está a cargo de las CCAA, y la AGE financia una parte de ese gasto a través del Nivel Mínimo y del Nivel Acordado. El objetivo de este apartado es estimar qué parte del gasto de la atención a la dependencia financia la AGE. El análisis de la contribución de la AGE en la financiación del gasto del SAAD se realiza comparando las transferencias del IMSERSO a las CCAA con las certificaciones anuales de gasto <sup>5</sup> que, desde 2022, estas están obligadas a presentar anualmente al IMSERSO.

Los resultados muestran que el porcentaje de la AGE en la financiación del gasto de la atención a la dependencia, en el año 2022, es el 26% (25,96%) del cual un 20,85% procede del Nivel Mínimo y un 5,11% del Nivel Acordado. Ello muestra el poco peso de la contribución financiera de la AGE, especialmente la correspondiente al Nivel Mínimo, que es la parte obligatoria que el Estado debe aportar según la LAPAD (Ver anexo 2). Dicho de otra manera, la AGE aporta 2.115 euros año (176,25 euros mes) sobre un coste medio de las prestaciones de 8.150 euros año (679,2 euros mes), lo cual pone en evidencia que dicha aportación no alcanza a financiar ni la mitad de los costes de las prestaciones de la dependencia.

#### 3.1 Los objetivos del Plan de Choque en la atención a la dependencia

El Plan de Choque es una inyección de recursos adicionales de 3.600 millones de euros, entre 2021 y 2023, dirigidos principalmente a la disminución de lista de espera y mejora de la agilidad admi-

5. Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre y Orden SSI/237/2013.

nistrativa, a la mejora de la calidad de los servicios y de las condiciones laborales de las personas que trabajan en el SAAD. Se asignan a las CCAA mediante los convenios firmados entre la AGE y la Comunidad Autónoma en el marco de la colaboración financiera entre ambas partes.

El número de personas y de días en lista de espera es una de las consecuencias de la infrafinanciación a las CCAA en el periodo de los recortes presupuestarios de la Ley 20/2012. Entre los objetivos del Plan de Choque está el de disminuir la lista de espera y el número de días que transcurren desde la solicitud hasta la prestación, ya que, según la Ley (disposición adicional), no deberían transcurrir más de seis meses en dicho proceso. En cambio, en algunas CCAA, en 2022, se superó el año de espera (Canarias, Andalucía, Murcia, Galicia).

El objetivo fijado en el Plan de Choque de reducir la lista de espera no siempre ha alcanzado el objetivo esperado. Por ejemplo, entre 2022 y 2023 la lista de espera a nivel nacional solo se reduce 20 días, pero, en cambio, en algunas CCAA una mirada retrospectiva muestra una importante reducción en los últimos cuatro años, entre un 40% y un 50% aproximadamente, en Aragón, Asturias, Cataluña, C. Valenciana y Extremadura. Ver anexo 1.

#### **4. LOS COPAGOS: CONTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS EN LA FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

Se constata que en todos los países con programas públicos de atención a la dependencia existen copagos, aunque en la mayoría responden a la lógica de restituir el gasto hotelero realizado por las personas usuarias. En cambio, cuando la política de copagos obedece a criterios de maximizar la recuperación del coste, los efectos de estos se vuelven regresivos. Existen varias teorías sobre la conveniencia de aplicar copagos a la prestación de servicios públicos, entre ellas la de la racionalidad de la demanda. Pero, en el caso que nos ocupa, dicha teoría no es aplicable, ya que la demanda es inelástica; el usuario no puede decidir por sí solo solicitar más o menos prestaciones públicas, ya que para ser una persona beneficiaria debe pasar por un proceso de reconocimiento de ser persona “protegible” y de evaluación de sus necesidades de atención, de acuerdo con su grado de dependencia y de su entorno familiar, social y urbano, para tener acceso a la prestación pública a través del Programa Individual de Atención (PIA).

La LAPAD estableció que la financiación de una parte del coste de las prestaciones se realizará a través de la participación de los usuarios (art. 33), es lo que se denomina “copagos”. El copago se aplica tanto en las prestaciones en servicios como en las prestaciones económicas. La colaboración de las personas usuarias en la financiación de la atención a la dependencia mediante el copago es una reminiscencia del sistema de servicios sociales, que en dichos programas asistenciales ya contemplaba el copago. La LAPAD no solo mantiene los copagos, sino que les reserva un peso mayor en la financiación de las prestaciones de la dependencia.

La LAPAD delega al CTSAAD la función de regular la participación de las personas usuarias en la financiación del Sistema. El acuerdo del 10 de julio de 2012 del Consejo Territorial, publicado en la Resolución de 13 de julio de 2012, incluye un conjunto de criterios comunes que deben adoptar las Autonomías en la regulación de su modelo de copago en su respectivo territorio <sup>6</sup>. Ello ha dado lugar a que haya diecisiete modelos de determinación del copago.

Cabe destacar que los criterios comunes que deben aplicar las CCAA se refieren a los siguientes conceptos: 1) la capacidad económica de la persona beneficiaria se determinará en función de la renta y del patrimonio de dicha persona; 2) el patrimonio se imputará en función de la edad de la persona beneficiaria <sup>7</sup>: un 5% a partir de los 65 años, un 3% entre los 35 y los 65 años y un 1% en los menores de los 65 años; 3) se debe establecer una cuantía de renta exenta referenciada con el IPREM o el indicador de renta mínima definido en la respectiva Comunidad Autónoma; 4) se debe garantizar un porcentaje de la renta después del copago en concepto de “gastos personales”; 5) se establecerá un coste de referencia en las prestaciones en servicios; 6) se fija un tope de copago en función del coste de la prestación, y 7) se debe diferenciar el coste de los servicios asistenciales y el de los costes de manutención y hoteleros.

A pesar de haber establecido los criterios comunes en el seno del CTSAAD, el resultado final ha sido la aparición de 17 modelos de copagos por el uso que las CCAA han hecho de sus facultades para establecer el contenido final de los copagos. Así, las diferencias surgen de aplicar reducciones en la capacidad económica en función de circunstancias familiares o de renta de las personas beneficiarias, establecer bonificaciones o exenciones en el copago para determinados colectivos, establecer tramos diferentes en el “descuento” en las prestaciones económicas, especialmente en las PEV, entre otras. La escasa capacidad del Consejo Territorial para coordinar y corregir disparidades entre las Comunidades Autónomas y dotarlas de herramientas y medios para cumplimentar sus objetivos, se traduce en desarrollos normativos dispares para personas con necesidades de cuidados similares (Huete-García, Chavarri-Carvajal, y Morales-Romo, N, 2021).

## 4.1 El oscurantismo de los copagos: Estimaciones de los ingresos

La LAPAD estableció que las personas usuarias colaboren en la financiación del coste de las prestaciones (copagos). Los copagos se aplican tanto en la prestación de servicios como en las prestaciones económicas. Existe total “oscurantismo” sobre el importe recaudado por las CCAA de los copagos. Ni las estadísticas del IMSERSO ni las memorias de las CCAA incluyen información al respecto. En cambio, disponer de los datos de ingresos de los copagos es importante para observar la presión

6. RD 1051/2013, de 27 de diciembre por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

7. Porcentajes del valor del patrimonio según la edad de la persona beneficiaria.

de los copagos en las personas usuarias y analizar el impacto de los diferentes modelos de copagos en la contribución financiera de las CCAA.

### 4.1.1 Estimación de los copagos en las prestaciones de servicios

Para subsanar el agujero informativo, se realiza una estimación de los copagos utilizando datos del IMSERSO para el informe de evaluación del SAAD 2022.

En primer lugar, se estima el ingreso medio de los copagos de las prestaciones en servicios por las CCAA, resultando un **ingreso medio por prestación de 161,2 euros al mes**. Sin embargo, se observa que hay una gran dispersión territorial en los ingresos de los copagos, oscilando desde prácticamente cero en Baleares y Canarias hasta los 390,2 euros al mes en Cantabria.

Hay cuatro CCAA cuyo ingreso medio mensual está por encima de los 300 euros, tres CCAA que están entre 200 y 300 euros, cinco CCAA entre 100 y 200 euros, tres CCAA cuyo copago varía entre 60 y 100 euros y, finalmente, hay dos CCAA —Baleares y Canarias— con un ingreso muy pequeño, por debajo de cinco euros al mes.

Sin profundizar en las características de los copagos de cada una de las CCAA, se intuye que las diferencias en los ingresos de los copagos se debe a los diferentes modelos de copagos aplicados en cada una de ellas y a los diferentes costes de las prestaciones. Por ello, es importante dar visibilidad a la información de los copagos, para analizar las diferencias entre los territorios y, al mismo tiempo, poner en valor la contribución de la financiación de las personas usuarias en los costes de la dependencia. Ver Cuadro 2.

### Cuadro 2. Estimación de los ingresos medios mensuales de los copagos de las prestaciones de servicios y por Comunidades Autónomas.

CCAA	Media copago/usuario (euros mes)
CANTABRIA	390,2
NAVARRA	371,6
PAÍS VASCO	341,0
VALENCIA	339,7

CCAA	Media copago/usuario (euros mes)
ASTURIAS	244,2
CATALUNYA	241,6
CASTILLA-LA MANCHA	219,8
GALICIA	179,1
RIOJA	163,1
<b>Media copago (€ mes)</b>	<b>161,2</b>
MADRID	149,7
CASTILLA Y LEÓN	147,4
MURCIA	130,6
ANDALUCIA	98,7
EXTREMADURA	63,0
ARAGÓN	61,9
BALEARES	4,3
CANARIAS	2,9

Fuente:Elaboración propia con datos del Informe Evaluación SAAD 2022.

#### 4.1.2 Estimación de los copagos en las prestaciones económicas

En las Administraciones Públicas, la forma de contabilizar los copagos de las prestaciones económicas es diferente al de las prestaciones en servicios, ya que el copago de éstas se “descuenta” del importe a percibir, lo cual desfigura la información sobre el gasto total de la prestación y, al mismo tiempo, se pierde el rastro del importe del copago soportado por la persona usuaria. Así, en el caso de las prestaciones económicas, el oscurantismo es total.

Para subsanar la falta de información sobre los copagos de las prestaciones económicas, se realizan estimaciones teniendo en cuenta el importe medio mensual pagado en cada tipo de prestación económica y el importe máximo que la persona percibiría si no le hubiesen aplicado el descuento. Los resultados de las estimaciones de los copagos en 2022 no son tan dispares de otras estimaciones realizadas en ejercicios anteriores por la autora y por otros autores (Montserrat, 2008, 2012, 2014; Prada, 2014).

### 4.1.3 Ingresos de los copagos por tipo de prestación

El cuadro siguiente muestra los resultados de los importes recaudados de los copagos en los diferentes tipos de prestaciones.

**Cuadro 3. Porcentajes de los copagos por tipo de prestación.**

COPAGOS 2022			
Copagos de las prestaciones de servicios		Copagos de las PEV y PECEF	
Suma importes copagos (M€ año)	1.846,65	Suma importes copagos (M€ año)	410,92
	Distribución		Distribución
Servicios en centros residenciales	76,80%	PEV_PAPD (prevención y promoción)	10,3%
Servicios en centros día	8,75%	PEV_TA (teleasistencia)	0,4%
Servicio de ayuda domicilio	12,73%	PEV_SAD (ayuda domicilio)	16,0%
Servicio de prevención y promoción	1,25%	PEV_CDia (centro día)	8,6%
Servicio de teleasistencia	0,47%	PEV_SAR (servicio residencial)	20,3%
		PECEF (cuidados entorno familiar)	44,4%

Fuente: Elaboración propia con datos Imsero 2022.

De los copagos en servicios, cabe destacar que algo más de tres cuartas partes de los copagos (76,8%) proceden de los servicios residenciales y casi el 13% de los servicios de ayuda a domicilio, seguido de los del servicio de centros de día con el 8,7%, siendo irrelevantes los copagos recaudados en el resto de las prestaciones. En relación con los copagos de las prestaciones económicas, cabe destacar que cerca de la mitad del total de los copagos (descuentos) proceden de las PECEF (44,4%), seguido de las prestaciones vinculadas al servicio residencial con el 20,3% y del copago de las prestaciones económicas vinculadas al servicio de ayuda a domicilio con el 16% del total.

### 4.1.4 Contribución de los copagos en el gasto de las prestaciones de la dependencia

La visión global de la importancia de los copagos en la financiación del gasto de la atención a la dependencia se muestra en el siguiente cuadro. La contribución estimada del total de los copagos de las CCAA en la financiación del gasto de las prestaciones de dependencia es del 22%.

Los copagos de las prestaciones en servicios contribuyen con un 18% y los copagos de las prestaciones económicas en un 4%. Ver Cuadro 4.

#### Cuadro 4. Estimación de la participación de los copagos en la financiación del coste de las prestaciones (2022).

		% Copago / TOTAL GASTO
COPAGOS SERVICIOS (M€ año)	1.846,65	18,01%
COPAGOS PEV+PECEF (M€ año)	410,97	4,01%
TOTAL COPAGOS 2022 (M€ año)	2.257,62	22,02%
<b>TOTAL GASTO CCAA 2022 (M€ año)</b>	<b>10.253,83</b>	

Fuente: Elaboración propia con datos Imsero 2022

## 5. RESUMEN DE LAS CONTRIBUCIONES FINANCIERAS DE LOS PARTICIPANTES EN LA FINANCIACIÓN DEL GASTO DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

La participación de cada uno de los partícipes en la financiación del gasto en atención a la dependencia queda reflejada en el siguiente gráfico. Se observa que el porcentaje de financiación del gasto de la atención a la dependencia a través de los copagos es casi tan importante como la realizada por la AGE y las Comunidades Autónomas financian la mitad del gasto en la atención a la dependencia.

#### Gráfico 2. Participación de las administraciones públicas y personas usuarias en la financiación del gasto en atención a la dependencia (2022). Gasto certificado CCAA (M€).



Fuente: Elaboración propia con datos IMSERSO 2022.

La infrafinanciación de la AGE en los costes de atención a la dependencia produce un efecto de desplazamiento de la carga financiera hacia las CCAA. Así lo refleja el informe nº 1.484 del Tribunal de Cuentas en la cita siguiente:

*“A pesar de que el art 32.2 de la Ley se refiere específicamente a que la AGE asumirá íntegramente el coste derivado del Nivel Mínimo de protección, realmente esta financiación no tiene relación con el coste de las prestaciones, especialmente en el caso de los servicios del catálogo, cuyo coste está muy por encima del Nivel Mínimo establecido. Esto, unido a la suspensión de la financiación del Nivel Acordado a través de la sucesivas Leyes de Presupuestos Generales del Estado y a las cuantías establecidas para la financiación del primer nivel (Nivel Mínimo), que han permanecido invariables durante muchos ejercicios, ha provocado un desplazamiento de la carga financiera en el sostenimiento del sistema hacia las CCAA”.*

## 6. LA SOSTENIBILIDAD DEL SAAD ANTE EL RETO DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO

Las proyecciones demográficas muestran que en los próximos años habrá un incremento importante de la población mayor de 65 años, debido, principalmente, a la baja tasa de fertilidad de las mujeres y el progresivo aumento de la esperanza de vida. A título ilustrativo, se presentan las variaciones entre 2022 y 2050 del aumento de la esperanza de vida a los 65 años: en los hombres habrá una variación de 2,9 años (de 19,5 en 2022 a 22,4 años en 2050), y en las mujeres 2,6 años (de 23,6 a 26,2).

El incremento de la población de más de 65 años sobre el total de la población es una de las consecuencias de los factores expuestos en el párrafo anterior.

El cuadro siguiente muestra el porcentaje de población de 65 años y más, que entre 2024 y 2050 se incrementará en 11,9 puntos porcentuales (pp) y representará casi una tercera parte de la población total. Al mismo tiempo, la ratio de sobreenviejecimiento, entre 2024 y 2050, aumentará 7,6 pp y representará casi el 40% de la población total. Ver Cuadro 5.

## Cuadro 5. Proyecciones demográficas: población total y mayores de 65 años, entre 2024 y 2050.

Proyecciones demográficas España. EUROPOP 2023 (Eurostat)					
	2024	2030	2040	2050	Var. 2024-2050
Población (millones)	48,5	49,3	50,3	50,4	1,9
Población 65+ años/ población (%)	20,80%	23,70%	29,10%	32,70%	11,9pp
Población 80+ años/ población (%)	6,20%	7,10%	9,10%	12,20%	6pp
Ratio población 80+/población 65+	29,80%	29,90%	31,30%	37,40%	7,6pp

Fuente: Ageing report. Underlying hipotesis.

El incremento de la población mayor de 65 años y, especialmente, el de los mayores de 80 años, tendrá una incidencia importante en el incremento del gasto de atención a la dependencia por ser el segmento de la población con mayor probabilidad de necesitar este tipo de ayudas. A finales de 2023, casi el 75% de las personas beneficiarias de las prestaciones de la dependencia de la LAPAD tenían más de 65 años, de los cuales más del 50% eran personas de más de 80 años.

El envejecimiento demográfico comportará un incremento en el gasto de cuidados de larga duración. Según las proyecciones de la Ageing Working Group (2021), en España entre 2022 y 2050, dicho gasto incrementará en 0,5 pp del PIB (de 0,8% a 1,3% del PIB). El gasto en cuidados de larga duración abarca un ámbito mayor que el de las prestaciones de la LAPAD, ya que incluye otras prestaciones otorgadas por la Seguridad Social y Mutualidades para las personas en situación de dependencia y, también, el gasto social de las personas en situación de dependencia en centros sociosanitarios o sanitarios (Montserrat Codorniu, 2019). Por ello, se realiza aquí una estimación para el caso concreto de personas en las distintas situaciones de dependencia según la LAPAD.

Con el fin de estimar la variación presupuestaria que puede suponer el incremento de personas en situación de dependencia por el envejecimiento demográfico, se realizan simulaciones previendo dos situaciones: a) la tasa de incidencia<sup>8</sup> estimada en 2050 será la misma que en 2022 (2,64% de la población total), y b) la tasa de incidencia en 2050 será del 3% de la población total. Suponiendo el mismo coste por persona usuaria de 2022 se obtiene que, en el primer caso, el número de personas usuarias alcanzaría 1,33 millones y el gasto se incrementaría en 590 millones de euros; en el segundo escenario, el número de personas usuarias alcanzaría 1,51 millones y el gasto incrementaría en 2.069 millones de euros. Cabe señalar que el Libro Blanco de la dependencia preveía

8. Tasa de incidencia es la relación entre el número de personas usuarias de las prestaciones de la LAPAD/ número de la población total.

que el número de personas usuarias de las prestaciones de la dependencia alcanzaría, aproximadamente, 1,5 millones cuando el sistema estuviera totalmente implantado. Ver Cuadro 6.

### Cuadro 6. Escenarios de incremento de usuarios y gasto en 2050.

Años	Tasa de incidencia (A)	Nº usuarios	Gasto (B) (M€)
2022	2,64%	1.258.180	10.254
2050 (1)	2,64%	1.330.560	10.844
2050 (2)	3%	1.512.000	12.323

Fuente: Elaboración propia con datos ESTSISAAD 2022.

(A) Número personas con prestaciones /Pob. total.

(B) Gasto a precios constantes de 2022.

No obstante, dichas proyecciones de gasto pueden variar sustancialmente debido a múltiples circunstancias: la mayor o menor tasa de incidencia de personas en situación de dependencia, el balance entre cuidados formales/no formales, la proporción de cuidados entre domicilio/institucionalizado, el coste de los cuidados, entre otros. En caso de restricciones presupuestarias en futuros ejercicios y ante los incrementos de gasto estimados, los Gobiernos pueden estar tentados en recurrir a aumentar los copagos para hacer frente al gasto de la dependencia, lo cual podría suponer una pérdida de bienestar en la sociedad.

## 7. DISFUNCIONES EN EL MODELO DE FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

A continuación, se realiza un repaso de las principales disfunciones detectadas en el modelo de financiación de la LAPAD, con el fin de realizar propuestas para la mejora en la atención a la dependencia.

### 7.1 Disfunciones del Nivel Mínimo de financiación

Relacionado con el Nivel Mínimo de financiación, se detectan varias “disfunciones”. Las más importantes son, en primer lugar, la distancia entre la cuantía del Nivel Mínimo y el coste medio de las prestaciones (brecha de financiación) según el grado de dependencia y, en segundo lugar,

la utilización de penalizaciones para aquellas CCAA con una mayor proporción de prestaciones de cuidados en el entorno familiar (PECEF).

El siguiente cuadro muestra la evolución de las cuantías anuales del Nivel Mínimo de los últimos cuatro años. Se observa que las variaciones interanuales no se incrementan en el mismo porcentaje en todos los grados y tampoco se aprecia que su evolución obedezca a parámetros relacionados con los costes. Ver Cuadro 7.

**Cuadro 7. Evolución de las cuantías del Nivel Mínimo (2020-2023).**

Importes Nivel Mínimo (euros mes)				Variaciones interanuales			
Año	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Año	Grado 1	Grado 2	Grado 3
2020	47,38	84,49	190,13				
2021	60	94	235	2021/2020	26,6%	11,3%	23,6%
2022	67	125	250	2022/2021	11,7%	33,0%	6,4%
2023	76	130	290	2023/2022	13,4%	4,0%	16,0%

Fuente: Elaboración propia con datos del IMSERSO.

## 7.2. Brecha de financiación del Nivel Mínimo

El siguiente cuadro muestra la brecha de financiación relacionando los costes medios de las prestaciones y las cuantías del Nivel Mínimo por tipo de prestación en cada uno de los grados de dependencia correspondientes al ejercicio 2022. A continuación, se muestra el porcentaje de recuperación del coste de la prestación con la cuantía del Nivel Mínimo recibida. Los resultados ponen en evidencia que las prestaciones económicas son las que muestran un mayor porcentaje de recuperación del coste. Así, mientras que en la PECEF se recupera casi el 75% del coste y en las PEV el 48%, en las prestaciones en servicios se recupera solo el 26%. Ver Cuadro 8.

## Cuadro 8. Brecha de financiación del Nivel Mínimo.

<b>BRECHA FINANCIACIÓN NIVEL MÍNIMO (2022)</b>			
<b>Prestaciones servicios (euros mes).</b>			
	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3</b>
Coste medio prestación servicios	235	666	951
Nivel Mínimo	67	125	250
Brecha Nivel Mínimo (€ mes)	-168	-541	-701
% N. Mínimo AGE/ Coste prest.	28,5%	18,8%	26,3%
<b>Prestaciones vinculadas (PEV)</b>			
	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3</b>
Coste medio PEV	239	381	520
Nivel Mínimo	67	125	250
Brecha Nivel Mínimo (€ mes)	-172	-256	-270
% N. Mínimo AGE/ Coste prest.	28,0%	32,8%	48,1%
<b>Prestación económica cuidados familiares (PECEF)</b>			
	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3</b>
Coste medio PECEF	138	240	334
Nivel Mínimo	67	125	250
Brecha Nivel Mínimo (€ mes)	-71	-115	-84
% N. Mínimo AGE/ Coste prest.	48,6%	52,1%	74,9%

Fuente: Elaboración propia con datos del IMSERSO.

La escasa cobertura financiera de los costes de las prestaciones en servicios por las reducidas cuantías del Nivel Mínimo puede inducir a las CCAA a una política de prestaciones “low cost”, en la que prioricen la parte económica —prestación con mayor porcentaje de recuperación del coste—, en lugar de proveer la prestación más adecuada a las necesidades de la persona beneficiaria.

### 7.3 Penalizaciones en la distribución del Nivel Mínimo

La principal penalización a las CCAA es la disminución de la financiación estatal que deberían recibir aquellas en función del tipo de prestaciones que prescribe, más concretamente, la PECEF. Una de las medidas de la Ley 20/2022 fue introducir una penalización a aquellas CCAA con un mayor porcentaje de prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar (RD 1050/2013, de 27 de diciembre). Con este fin, la distribución del Nivel Mínimo que, en principio, se realizaba de acuerdo con variables como el número de prestaciones y grados de dependencia, se le añade otra variable, la del tipo de prestación efectiva. La penalización consiste en rebajar la cuantía que en principio le correspondería a las CCAA en un determinado porcentaje según la proporción de PECEF en relación con la media del conjunto de las CCAA.

Además, a la medida de penalización expuesta en el párrafo anterior, se añade otra que, en principio, podría parecer un premio, ya que consiste en considerar la PECEF como una prestación en servicio, pero siempre que la persona beneficiaria de la prestación celebre un contrato de trabajo con una asistenta para que colabore con la cuidadora familiar en las tareas domésticas del hogar (disposición establecida en el RD 675/2023, de 18 de Julio que modifica el RD 1050/2013 de 27 de diciembre). El resultado de la aplicación de dicha medida es incierto y es posible que el resultado final sea negativo ya que, a priori, no se conoce si el posible ahorro por el importe de la ayuda va a compensar el coste de la contratación de una asistenta.

Las penalizaciones en la financiación del Nivel garantizado por la LAPAD vulneran el principio de la Ley en cuanto que ésta establece que dicha financiación es una contribución “garantizada” para cada prestación. Por ello, el importe del Nivel Mínimo que le corresponda a una CCAA no podría ser rebajado bajo ningún concepto, ni estar supeditado a otras valoraciones que lo dejen prácticamente en un valor insignificante.

### 7.4 Disfunciones en el modelo de copagos en prestaciones de atención a la dependencia

El modelo de copago definido por el Acuerdo del Consejo Territorial de 10/7/2012 trae consigo una serie de efectos perversos que lo hacen poco equitativo, ejerciendo una elevada presión recaudatoria sobre las personas usuarias con pocos recursos económicos. Entre los factores que afectan a la equidad del modelo se pueden citar: tope en la cuota, imputación del patrimonio en la valoración de la capacidad económica, sistema de tarifas no progresivas, rentas mínimas garantizadas insuficientes y enorme carga burocrática.

Los “topes en la cuota” no hacen más que agravar la regresividad del modelo. La cuota “topada” por arriba blindada a las rentas media-altas de no pagar más del 90% del precio, beneficiando a dichos

segmentos de población. En cambio, las personas con rentas medias y bajas no se benefician del tope de cuota y habrán de pagar el importe total del copago (la cuota resultante de sus ingresos no alcanza el tope).

La inequidad en el copago se acentúa aún más con la inclusión del patrimonio. El hecho de no disponer de las declaraciones del Impuesto sobre el Patrimonio<sup>9</sup> incide en que no se tenga la certeza de que el usuario haya declarado la totalidad de sus bienes patrimoniales o su valoración sea la correcta.

La imputación del patrimonio no tiene efectos en la capacidad económica de las personas con rentas medias-altas. Ello es debido a que, a partir de un cierto nivel de ingresos, la persona ya llega al “tope” de lo que debe pagar y, por lo tanto, por más que se le impute un valor de éste, su copago no aumenta. Ello provoca que la imputación del patrimonio no tenga incidencia en las personas con rentas medias-altas, consiguiendo un efecto contrario al objetivo deseado (Montserrat, 2009 y 2011).

La perversión del modelo aumenta cuando al imputar un valor que no es líquido en ese momento, por ejemplo, el valor del patrimonio, el copago resultante hace contraer “deuda con la Administración”<sup>10</sup>. Este es el caso de una persona que tenga patrimonio, pero sus ingresos líquidos mensuales sean inferiores al importe del copago calculado; por ejemplo, una pensión pequeña y ser propietario de un piso. En este caso, la persona se beneficiaría de la prestación, pero la parte de cuota no satisfecha se convertiría en deuda con la Administración, que podría ser reclamada si la persona liquidase el bien o cuando los herederos lo reciban en herencia. Las consecuencias que podría traer el copago pueden incidir en que la persona beneficiaria desista de la prestación, lo cual produce una pérdida de su bienestar.

Otra disfunción del copago es la burocracia que genera su cálculo, comprobaciones y ajustes, lo cual absorbe mucho tiempo de dedicación de los profesionales encargados de esta tarea.

Otro desajuste del modelo de copago es el importe de renta mínima garantizada, donde el porcentaje del IPREM (IRSC, en Cataluña) establecido es insuficiente para afrontar aquellos gastos personales (audífonos, gafas, dentista, podólogo, etc.) que no son cubiertos por la institución. Esta norma afecta precisamente a las personas con bajos recursos económicos.

El hecho de que no haya un único modelo de copago, sino 17 modelos de copago, hace que una persona, según donde resida, pagará un importe diferente para la misma prestación. La gestión del SAAD, en general, crea una enorme burocracia al estar basado en un sistema de transferencias condicionadas y garantista. El Nivel Acordado y la determinación del copago son buenos ejemplos de las tareas burocráticas que acarrear.

9. No es obligatorio en todas las CCAA y en aquellas que lo aplican solo va dirigido a rentas muy elevadas.

10. Las deudas contraídas figuran como cargas en el Registro de la Propiedad.

## 8. PROPUESTA DE REFORMA DEL MODELO DE FINANCIACIÓN DE LA LAPAD

Se debería emprender una reforma del modelo de financiación de la LAPAD que corrija las disfunciones del modelo actual, garantizando a las CCAA una financiación suficiente y garantizada por Ley. Así, las cuantías del Nivel Mínimo deberían ajustarse al coste medio de las prestaciones, diferenciándolas según el grado de dependencia y tipo de prestación. Se debería incluir algún tipo de corrector para nivelar los diferentes costes de vida de las CCAA.

Se propone traspasar el presupuesto del Nivel Conveniado al Nivel Mínimo dejando a éste como una única vía de financiación a las Autonomías. Los objetivos establecidos en el nivel Conveniado se pueden continuar exigiendo con el Nivel Mínimo. Además, se beneficiaría de ser una financiación garantizada.

Se deberían suprimir las penalizaciones sobre el tipo de prestaciones (más o menos PECEF) ya que se desvirtúa el objetivo por el que se estableció el Nivel Mínimo. Se debería dar visibilidad a los copagos, tanto por lo que aportan en la financiación como por poner en valor la contribución de las personas usuarias en la financiación de los costes de la dependencia.

### 8.1 Propuesta de reforma del modelo de financiación de la LAPAD a medio plazo

Existe una propuesta pendiente de desarrollo y aplicación sujeta a la modificación de la LOFCA (Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas) que supondría un cambio sustancial en el modelo de financiación de la LAPAD. Se pasaría del modelo de financiación actual —finalista y garantista— a integrarse en el Sistema de Financiación Autonómico (SFA). Ello supondría una menor carga administrativa en tanto en cuanto el sistema de justificación de financiación se haría por resultados y no por conceptos de gasto, como se realiza actualmente.

Este cambio del modelo de financiación se basa en la consideración de que las prestaciones de la dependencia son servicios esenciales, tal como son catalogadas en la Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

La financiación a través del SFA conllevaría la correspondiente financiación específica, tal como ocurre con los servicios de Educación y Sanidad, y las transferencias públicas no tendrían el carácter finalista y garantista actual.

Un cambio del sistema de financiación de la LAPAD requiere un pacto entre todas las instituciones implicadas en la gestión y financiación del SAAD. El nuevo planteamiento de financiación debe articularse en la nueva revisión del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas.

## 8.2 Propuesta de reforma del modelo de copago

Se debería emprender una reforma en profundidad del modelo de copago y que fuera aplicable en todas las CCAA, estableciendo criterios de copago equitativos para determinar la capacidad económica y su cuantía, que eviten la autoexpulsión del sistema de las personas beneficiarias con rentas bajas y la regresividad del modelo. Entre los aspectos que se deberían abordar se contemplan: eliminar los topes en los copagos y la imputación del patrimonio en la capacidad económica, así como garantizar un mínimo exento de renta y de renta post-copago por encima del umbral de pobreza (60% de la renta mediana) y aplicar tarifas progresivas que garanticen un progresivo incremento en la cuota en paralelo al incremento de los ingresos.

Con la finalidad de reducir la burocracia en la gestión del copago y lograr la misma cuantía de copago con independencia del lugar de residencia de la persona beneficiaria, se debería establecer un modelo común para todas las Autonomías con una única base de información soportada en el IRPF (Impuesto Renta Personas Físicas), facilitada por la Agencia Tributaria. El cálculo de la cuantía del copago debería estar soportada por un programa informático, común en todas las Autonomías, que dependiendo de la capacidad económica de la persona beneficiaria, del tipo de prestación y de los criterios (comunes) establecidos para determinar la cuota, el programa calculará automáticamente el copago correspondiente de la persona beneficiaria. El sistema de cálculo del copago de los productos farmacéuticos podría ser un buen ejemplo a seguir

## 9. CONCLUSIONES

Las CCAA son los entes gestores del funcionamiento del SAAD. El gasto de las prestaciones que se generan en cada CCAA es recuperado en parte por la financiación de la AGE y por la contribución de las personas usuarias (copagos). Se detecta “oscurantismo” en la información sobre el volumen de ingresos de los copagos. Las estimaciones realizadas al respecto muestran que los copagos financian algo más de una quinta parte del gasto (22%) y su aportación no es muy diferente de la realizada por la AGE con el 26%. Ello da lugar a una contribución financiera de las Autonomías del 52%, aproximadamente. Se estima que la contribución de los copagos de las prestaciones en servicios es un 18% del gasto total y la de los copagos de las prestaciones económicas es un 4%. Estos datos ponen de relieve la importancia de los copagos en la financiación del gasto del SAAD.

La consecuencia de los fallos del sistema de financiación de la AGE a las CCAA impulsa un aumento de aquellas prestaciones con un mayor retorno económico para estas, como son las prestaciones económicas de la PEV y de la PECEF, poniendo en peligro la adecuación de las prestaciones según las necesidades de las personas.

La infrafinanciación de la AGE a las CCAA mediante el Nivel Mínimo se agranda a medida que crecen los costes de las prestaciones. La financiación del Nivel Acordado no siempre consigue cumplir con los objetivos previstos en algunas CCAA. Se debería abordar en profundidad la reforma del modelo de financiación de la AGE a las CCAA.

El modelo de copago no garantiza la equidad de los copagos entre las personas usuarias. Los factores más distorsionantes son los topes en las cuotas, la imputación del valor del patrimonio en la capacidad económica y la garantía de rentas. Todo ello, junto con la existencia de 17 modelos de copago, incide en que para una misma prestación se pague una cuota diferente o se reciba un importe diferente, en el caso de una prestación económica, según la ubicación del domicilio de la persona usuaria.

El reto demográfico del envejecimiento implica un desafío para la sostenibilidad del SAAD. El porcentaje de personas susceptibles de recibir prestaciones de dependencia (mayores de 65 años) representará, en 2050, un tercio de la población total, y la tasa de sobre envejecimiento será de casi el 40%. El impacto sobre el gasto público dependerá de la tasa de incidencia de la población en situaciones de dependencia, de los costes de atención y de la proporción entre personas en el domicilio y personas en instituciones. Las estimaciones realizadas muestran que el gasto puede aumentar, respecto del año 2022, entre 590 y 2.069 millones de euros a precios constantes de 2022. En el caso de restricciones presupuestarias, es posible que se recurra al incremento de los copagos como una de las alternativas para la sostenibilidad del SAAD, poniendo en riesgo la inclusión y permanencia en él de todas las personas en situación de dependencia.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beitia, R. (2015). La sostenibilidad del Sistema para la Autonomía y atención a la dependencia durante el trienio 2012-2014. *Revista Zerbitzuan*, 60.
- Del Pozo, R.; Pardo, I. y F. Escribano. (2017). El copago de dependencia en España a partir de la reforma estructural de 2012. *Gaceta Sanitaria*, 31(1), 23-29.
- European Commission. (2014). Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society. Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission. Brussels.
- (2015). “Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)”. Ageing report, European Commission, Brussels.
- (2018). “The 2018 Ageing report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Members States (2016-2070)”, European Commission, Brussels.
- (2023). “Ageing Report. Underlying Assumptions, A projection methodologies”.
- Fink, M. & Valkova, K. (2018). *ESPN Thematic report on challenges in long term care in Austria*, European Social Policy Network, European Commission, Brussels.
- Gerlinger, T. (2018). *ESPN Thematic report on challenges in long term care in Germany*. European Social Policy Network, European Commission. Brussels.
- Guillén, A.M. y Rodríguez Cabrero, G. (2015). Evolución del Estado de Bienestar en España, en Torres Albero, C. (ed.), *España 2015. Situación social*. Madrid, CIS: 1019-1030.
- Huete-García, A., Chaverri-Carvajal, A. y Morales-Romo, N. (2021). El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en España (SAAD): Memoria de debilidades desde su implantación. *Revista Prisma Social*, (32), 25–44.
- IMSERSO (2004). Libro Blanco de Atención a las Personas Dependientes en situación de dependencia en España. Imsero, Madrid.
- (2017a). Las personas mayores en España. 2016, Imsero, Madrid.
- (2017b). Informe de la comisión de análisis de la situación de dependencia.

- (2022). Informe de evaluación del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD).
- Izaola, A. y Zubero, I. (2016). Estudio de situación y alternativas de gestión del SAD en Ermua y Bizkaia. Universidad del País Vasco.
- Jiménez Lara, A. (2014). Evolución de la población en situación de dependencia: retos y tendencias. *Actas de la Dependencia*, 11, 2014: 5-27.
- (2015). Valoración de la situación del SAAD y propuestas de futuro. *Documentación Social*, 177, 209-226.
- (2017). “La atención a la dependencia: situación actual y perspectivas. *Panorama social*, nº 26. Segundo semestre, 2017.
- Jiménez-Martín, S. y Viola, A. (2017). Observatorio de dependencia, segundo informe. *Estudios sobre la Economía Española*, 2017/22, FEDEA.
- Le Bihan, B. (2018). *ESPN Thematic report on challenges in long term care in France*, European Social Policy Network, European Commission. Brussels.
- Marbán Gallego, V. (2019). El sistema español de atención a la dependencia. Entre la regresión y las reformas. *Documento de trabajo*, 4.9. FOESSA.
- Marbán Gallego, V. y Rodríguez Cabrero, G. (2017). Servicios sociales y atención a la dependencia. *Gaceta Sindical*, 28: 337-354.
- Martín-Serrano, E. (2014). ¿Es todavía posible un sistema de dependencia como motor económico y de empleo?. *Actas de la Dependencia*, 11, 2014, 29-56.
- Martínez Buján, R. y Martínez Virto, L. (coords.) (2015). La organización social de los cuidados de larga duración en un contexto de austeridad y precariedad. *Zerbitzuan*, 60. C
- Montserrat Codorniu, J. (2007). El impacto de la Ley de la dependencia y del efecto demográfico en los gastos de los cuidados de larga duración. *Estudios de economía aplicada*, vol.25: 379-406.
- (2009). La tercera vía de financiación: La contribución económica del usuario. *Presupuesto y gasto público*, nº 56: 127-143.

- (2010). La política redistributiva de las prestaciones de la dependencia: análisis del impacto del copago en las rentas de los usuarios. *Documentos del Instituto de Estudios Fiscales*, nº 10.
- (2011). Copago en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Costes e impactos en las rentas de los usuarios. *Papeles de Economía Española*, nº 129: 195-207.
- (2014). El impacto de la crisis en el Sistema de atención a la dependencia: ¿Hacia un cambio de modelo?. *VII Informe FOESSA*. Madrid. Cap. 5: 343-345.
- (2015a). Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el sistema de autonomía y atención a la Dependencia: retos del futuro. *Revista Zerbitzuan*, 60: 9-36.
- (2015b). El desarrollo de la LAPAD: propuestas para el futuro. *Documentación Social*, 177: 181-208.
- (2019). Sostenibilidad del sistema de atención a la dependencia. *Papeles de Economía española*, nº161.
- (2020) “La calidad del empleo en las residencias para mayores: incidencia en la gestión de la covid-19”. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria. Revista de servicios sociales.
- (2021). El impacto de la pandemia en las residencias para personas mayores y las nuevas necesidades de personal en la etapa post-COVID. *Panorama social*, Nº. 33, 2021
- Montserrat CODORNIU, J. y Montejo, I. (2013). El copago en la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Fundación Caser (<http://goo.gl/f8QjgY>).
- OCDE (2013). A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care. *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing.
- (2017a). Long-term care expenditure. *Health at a glance: OECD indicators*.
- (2017b). Measuring social protection for long-term care.
- Prada, M.D. y Borge, L.M. (2014). Una aproximación al coste de la dependencia en España y su financiación. Fundación Caser. Madrid.

- Rodrigues, R. (2015), Long-term care – the problem of sustainable financing, Synthesis Report. Peer Review in Social Protection and Social Inclusion, Slovenia 18-19 November 2014. <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=13212&langId=en>
- Rodríguez Cabrero, G. (coord.). (1999). La protección social de la dependencia. Madrid: MTAS.
- (2015), Tendencias recientes en la protección social de la dependencia en la UE. *Documentación social*, vol 177: 19-41.
- (2020). El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, Consejo económico y social. Informe nº 03/2020.
- (2024). Los cuidados de larga duración en Europa. Modelos, políticas y retos, Capítulo XIV, en E. del Pino y J. Rubio (editores): Los estados de Bienestar en la encrucijada. Madrid:Tecnos, 2024.
- Rodríguez Cabrero, G. y Marbán Gallego, V. (2013). Long-term care in Spain: Between family care tradition and the public recognition of social risks, en Ranci, C & Pavone, E (eds.) *Reforms in long-term care policies in Europe: Investigating institutional change and social impacts*, New York.
- Rodriguez Cabrero, Marbán Gallego, V., Arriba, A., Montserrat Codorniu, J., Moreno Fuentes, G.J. (2018). *Thematic Report on challenges in long term care in Spain*. European Social Policy Network, European Commission. Brussels.
- Schön, P & Heap, J (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care*. European Social Policy Network, European Commission. Brussels.
- Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R. & Vanhercke.B. (2018). *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*, European Social Policy Network, European Commission. Brussels.
- Tribunal De Cuentas. (2014), *Informe de Fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las Comunidades Autónomas para la adecuada aplicación de la Ley 39/2006*, de 14 de diciembre. <http://goo.gl/JNQCCT>
- (2023). Informe nº1484 de seguimiento de las recomendaciones realizadas por el Tribunal de cuentas en el informe “fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas en las Comunidades Autónomas para la adecuada aplicación d la Ley 39/2006, de 14 de

diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en Situación de dependencia.

Zalakain, J. (2018). “Costes, copagos y herencias: pistas para reformar la financiación de la dependencia”. *Agenda Pública*, 3 de octubre 2018, <https://goo.gl/uTvaY6>

## Anexo 1. Evolución lista de espera y número de días de espera para la prestación.

	Días espera hasta resolución de prestación (1)				Total personas en lista de espera (2)			
	31/12/2022	31/12/2023	var. interan.	var. 4 años (3)	31/12/2022	31/12/2023	var. interan.	var. 4 años (3)
Andalucía	544	557	2,5%	-12,7%	67.078	61.539	-8,3%	-32,8%
Aragón	241	190	-21,2%	-53,4%	1.652	2.049	24,0%	-63,1%
Asturias	245	304	24,1%	-43,2%	3.376	3.986	18,1%	-21,9%
Baleares	226	219	-3,1%	-21,3%	2.953	3.997	35,4%	115,5%
Canarias	977	647	-33,8%	-21,9%	19.345	18.601	-3,8%	-24,9%
Cantabria	197	173	-11,7%	-36,2%	899	2.043	127,3%	13,1%
Castilla y León	125	127	2,0%	-34,2%	3.172	643	-79,7%	-92,8%
Castilla - La Mancha	190	191	0,3%	-26,6%	3.569	3.142	-12,0%	-49,4%
Cataluña	295	281	-4,7%	-44,3%	69.019	48.782	-29,3%	-38,0%
C. Valenciana	300	279	-7,0%	-47,4%	13.997	21.087	50,7%	-20,4%
Extremadura	381	309	-18,8%	-49,5%	5.210	4.848	-6,9%	-42,7%
Galicia	364	362	-0,5%	7,0%	6.154	3.962	-35,6%	-45,4%
Madrid	268	288	7,8%	1,6%	7.938	7.496	-5,6%	-68,6%
Murcia	486	509	4,7%	7,4%	9.272	11.311	22,0%	29,5%
Navarra	182	178	-1,9%	-2,7%	583	542	-7,0%	-14,9%
País Vasco	136	140	2,4%	-4,5%	9.554	10.108	5,8%	11,0%
Rioja	263	203	-23,0%	-18,5%	602	275	-54,3%	-86,9%
Ceuta + Melilla	149	179	20,1%	40,7%	320	344	7,5%	-15,9%
<b>Media total o Total</b>	<b>344</b>	<b>324</b>	<b>-5,7%</b>	<b>-19,5%</b>	<b>224.693</b>	<b>204.755</b>	<b>-8,9%</b>	<b>-34,3%</b>

(1) Tiempo medio desde la Solicitud de dependencia hasta la Resolución de Prestación.

(2) Con más de seis meses de espera para: resolución de grado, resolución de prestación o prestación efectiva (últimos 12 meses).

(3) Variación entre enero 2020 y diciembre 2023.

Fuente: Datos SISAAD IMSERSO.

## Anexo 2. Indicadores de financiación de la AGE de los costes de atención de la dependencia.

Año	Nivel Mínimo (M€)	Nivel Acordado (M€)	Total AGE Financ. prest. (M€)	Total AGE convenio cuidadores Seg. Soc. (M€) [1]	Gasto total certificado por CCAA (M€)	Nº Personas usuarias [2]	Indicadores				
							Fin. AGE/ persona usuaria (€ año)	N.Mínimo/ gasto CCAA (%)	N.Acord./ gasto CCAA (%)	Tot. financ. AGE/gasto CCAA (%)	Coste/ persona usuaria (€ año)
2007	82,56	224,09	306,66	19,29							
2008	647,22	260,69	907,91	53,48							
2009	1.214,16	306,29	1.520,44	284,91							
2010	1.510,04	306,24	1.816,28	331,93							
2011	1.284,42	306,20	1.590,63	357,21							
2012	1.380,48	-	1.380,48	239,00	6.867,12	763.349	1.808	20,10%		20,10%	8.996
2013	1.216,38	-	1.216,38	-	6.808,41	746.696	1.629	17,87%		17,87%	9.118
2014	1.128,26	-	1.128,26	-	6.636,74	732.781	1.540	17,00%		17,00%	9.057
2015	1.193,20	-	1.193,20	No dotado	7.153,22	756.316	1.578	16,68%		16,68%	9.458
2016	1.191,55	No dotado	1.191,55	-	7.304,33	827.767	1.439	16,31%	No dotado	16,31%	8.824
2017	1.228,35	-	1.228,35	-	7.570,32	904.283	1.358	16,23%		16,23%	8.372
2018	1.347,60	-	1.347,60	-	8.073,55	992.766	1.357	16,69%		16,69%	8.132
2019	1.382,22	-	1.382,22	68,48	8.606,72	1.082.856	1.276	16,06%		16,06%	7.948
2020	1.384,06	-	1.384,06	138,05	8.907,45	1.111.883	1.245	15,54%		15,54%	8.011
2021	1.685,48	306,96	1.992,44	147,54	9.704,65	1.163.355	1.713	17,37%	3,16%	20,53%	8.342
2022	2.137,51	523,74	2.661,25	173,85	10.253,83	1.258.180	2.115	20,85%	5,11%	25,95%	8.150

Nota: No se incluyen datos de Ceuta ni de Melilla.

[1] Estos importes son un gasto directo del Estado que queda al margen de los costes y financiación de las prestaciones

[2] Estos valores son una media anual resultante de promediar las cifras de cierre de los doce meses.

No son las de 31 de diciembre.

Fuente: Elaboración propia con datos del SISAAD.

