



**Identificación y análisis de retos
para la reforma del SAAD**



ELABORACIÓN DEL ESTUDIO

Agustín Huete García
Noelia Morales Romo
Alexander Chaverri Carvajal
Universidad de Salamanca

COORDINACIÓN DE LA EDICIÓN

Ana Artacho Larrauri
Fundación Caser

Edita: Fundación Caser.
Avenida de Burgos 109, Madrid.

© Fundación Caser | 2020

Documento de Accesibilidad para facilitar acceso y uso sin discriminación a personas con discapacidad.

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, así como la edición de su contenido por medio de cualquier proceso reprográfico o fónico, electrónico o mecánico, especialmente imprenta, fotocopia, microfilm, offset o mimeógrafo, sin la previa autorización escrita del editor.

ISBN: 9788412214468

CONTENIDO

0.Resumen: Principales hallazgos de este estudio.....	4
1.Introducción	8
1.1 Metodología.....	8
2.Diagnóstico del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia	11
2.1 Reconocimiento y valoración	13
2.2 Cobertura, cartera de servicios.....	16
2.2.1 Los servicios de Prevención de las situaciones de dependencia y los de Promoción de la Autonomía Personal.....	20
2.2.2 Servicio de Teleasistencia	21
2.2.3 Servicio de Ayuda a domicilio	22
2.2.4 Servicio de Centro de Día y de Noche:.....	24
2.2.5 Servicio de Atención Residencial:	25
2.2.6 Prestaciones económicas.	26
2.3 Gestión, espera, modernización, tecnología.....	27
2.4 Coordinación, derivación, competencias, legislación	29
2.4.1 Dispersión territorial, competencias.....	29
2.4.2 Coordinación.....	31
2.4.3 Legislación.....	33
2.5 Financiación, viabilidad, retorno social	34
2.5.1 Financiación.....	36
2.5.2 Retorno Social.....	36
3.Bases para una reforma del SAAD	38
3.1 Población desconectada e indiferente	38
3.2 Saturación de enfoque en servicios, cultura de la prevención.....	45
3.3 Incertidumbre.....	47
3.4 Copago y repago.....	49
3.5 Lealtad institucional, proyecto común	54
3.6 Burocratización	57
3.7 Medio rural.....	59
3.8 Investigación y calidad.....	61
3.9 El entorno familiar.....	62
4.Bibliografía	66

0. RESUMEN: PRINCIPALES HALLAZGOS DE ESTE ESTUDIO

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, entró en vigor el 01 de enero del año 2007 para crear un **nuevo derecho subjetivo**, con el cual suplir a través de una oferta coordinada de servicios, la falta de autonomía que experimentaban las personas dependientes.

Esta Ley supone la puesta en marcha **Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)**, un sistema de enorme calado cuyo proceso de implementación y optimización está sometido a permanentes necesidades de reforma. Más de una década después de la entrada en vigor de la Ley y del inicio del engranaje del SAAD, **aproximadamente el 3% de la población** española tiene algún grado de dependencia reconocido.

La reflexión sobre necesidades de mejora del SAAD se ha producido desde muchos sectores y a lo largo del tiempo. Incluso desde antes de su puesta en marcha, muchas de las dificultades del SAAD habían sido identificadas, y en buena parte persisten. Tal como se ha mostrado en la extensa revisión documental realizada para este trabajo, los estudios centrados en el análisis del SAAD que se han sucedido a lo largo de la última década han coincidido fundamentalmente en el diagnóstico de las dificultades del sistema, centrando su atención en **problemas de definición, coordinación y recursos**, con especial interés en los procesos de tramitación.

Sin embargo, muchas de las dificultades expuestas desde entonces, no se han logrado corregir o persisten actualmente con alguna vigencia, y **no han encontrado soluciones de consenso**. Por su parte, las reformas fundamentales realizadas sobre el Sistema se han limitado, fundamentalmente, a reducir su impacto presupuestario en el contexto de la gran crisis financiera de 2008.

A partir de estas premisas se inserta el presente estudio impulsado por la Fundación CASER, planteado con el objetivo de avanzar en la reforma del SAAD, dando voz a **más de mil personas que han participado en las diferentes actividades de campo** realizadas, y que han servido para alcanzar resultados relevantes, que sin duda contribuirán a proponer acciones de impacto positivo en el futuro del SAAD.

En la información obtenida en este extenso trabajo de campo, se ha podido obtener hallazgos hasta ahora desconocidos. El primero de ellos, es que existe un grupo amplio de personas, al que se ha denominado **población "desconectada"** que forma parte de la demanda potencial del sistema de dependencia, es decir, que reconocen grandes necesidades de apoyo para la autonomía personal, pero no han acudido al SAAD. Entre los motivos de esta desconexión, se han identificado fundamentalmente el **desconocimiento, la falta de apoyos, y la complejidad** del propio Sistema.

Además de esta población potencialmente dependiente pero que es ajena al SAAD, se ha podido cuantificar que más de la mitad de la población española que no necesita cuidados, ni tiene personas en dicha situación en su hogar desconoce en la práctica la existencia del Sistema. Esta población, denominada **población "indiferente"**, junto con la población "desconectada" es, en términos demográficos, un **grupo poblacional potencialmente relacionado con el SAAD, pero fuera de su radio de acción**.

En relación con los procesos de tramitación, este estudio ha permitido constatar que en la gestión del SAAD **se ha instalado una inercia** que se ha denominado **"listón de los 6 meses"**, por el que los procesos se extienden con lógicas de medio y largo plazo, incompatibles en no pocas ocasiones, con las urgencias de salud y necesidades de apoyo sobre las que el Sistema actúa. En cualquier caso, esta investigación ha posibilitado cifrar, con datos reales, que al menos un tercio de la población consigue culminar los trámites en un tiempo corto, inferior a 2 meses.

La encuesta ha permitido cuantificar información detallada sobre los tiempos de espera en cada paso del proceso, más allá del conocido, y en ocasiones discutido, promedio oficial sobre listas de espera. La información obtenida permite afirmar que **más de la mitad de la población atendida debe esperar 6 meses o más para los procesos de reconocimiento y asignación de prestaciones y/o servicios**, y que dichas esperas se acumulan. Más allá de esto, se ha podido evidenciar una tendencia “natural” y “sistémica” hacia plazos acumulados de 6-12-18 meses, que, aunque no aparecen marcados reglamentariamente, parecen generalmente aceptados por los gestores y técnicos del Sistema.

El trabajo de campo realizado ha posibilitado comprender cómo trece años después, el mero hecho de acudir al **proceso de valoración sigue despertando reticencias** entre usuarios/as, familias, empresas y profesionales vinculados al SAAD. Cuando se ha profundizado en las causas de estas reticencias, han emergido un conjunto relevante de ellas: una tendencia no escrita a dilatar la solicitud hasta que la situación de dependencia es muy grave, o mientras la familia pueda hacerse cargo. En numerosos casos se justifica la no solicitud por escasez de recursos o complicación burocrática. Por otra parte, se han detectado casos en los que personas dependientes que necesitan del SAAD, carecen de apoyos para acudir a él.

Desde su puesta en marcha hasta hoy, el SAAD ha consolidado una imagen de Sistema complejo, que desincentiva no solo a las personas usuarias, mediante la **incertidumbre en todos sus procesos**: el acceso, la valoración, la asignación de recursos, la gestión y el copago de éstos. Esta característica, no buscada en su diseño, pero clara según la información obtenida, tiene su principal efecto sobre el usuario, que, aunque busca tranquilidad en el Sistema, encuentra obstáculos y dudas sobre consecuencias en todos los pasos.

En relación con la **severidad** de la población atendida, **la encuesta ha permitido establecer que la población dependiente presenta patrones** de interés por edad y tipo de discapacidad. Así, las personas **jóvenes** y las que tienen **discapacidad intelectual y/o problemas de salud mental**, presentan niveles de severidad mucho más altos. Aunque es una cuestión que se debe investigar con más profundidad, parece un indicio claro de que el nivel de “exigencia” en la baremación es más alto para estos sectores de población.

Aunque son conocidas y en parte descritas las dificultades de gestión del Sistema, esta investigación ha situado a las administraciones locales y en concreto, a los Ayuntamientos y a los Servicios Sociales de Base, en el epicentro de un Sistema que, sin embargo, encuentra su eje administrativo en las administraciones regionales. Son los propios usuarios, incluso aquellos que se han definido como “desconectados” o “indiferentes” quienes reconocen que, de precisar apoyos, **acudirían en primer término a la administración local** para solicitarlos.

Uno de los principales hallazgos de este estudio es que el Sistema es capaz de rendir con eficacia y generar satisfacción. El SAAD es un Sistema complejo, sobre el que frecuentemente se realizan análisis centrados en sus deficiencias, pero en pocas ocasiones en sus resultados exitosos. Los datos de esta investigación muestran ciertamente una lógica “polarizada” tanto en los indicadores de rendimiento, como en los de satisfacción de la población usuaria de servicios de dependencia, en la que existe una considerable población con **evidencias de atención satisfactoria**.

Los resultados ofrecen una **visión crítica, pero más optimista** del SAAD de lo que viene siendo tónica habitual en estudios del sector. Falta, en realidad, más información sobre el Sistema que permita también destallar los aciertos, y utilizarlos como palanca de impulso para futuras reformas.

En estrecha interconexión con la existencia de una parte de la población española que

permanece ajena al SAAD y a situaciones de dependencia, se ha constatado **la escasa cultura preventiva** en cuestiones vinculadas a la dependencia, y en concreto, el bajo impulso de los servicios de Prevención y de Promoción de Autonomía Personal, a pesar de que, según las fuentes consultadas, tienen una enorme capacidad de generación de apoyos eficaces.

Aunque no era el objetivo principal del estudio, a partir de las respuestas a la pregunta sobre cobertura de necesidades por parte del SAAD, se ha podido extraer **un índice sintético de satisfacción sobre la calidad / precio** de los servicios. Este índice se ha aplicado a las principales variables de la población que se ha encuestado, resultando que la insatisfacción por la calidad/precio de los servicios recibidos se concentra en las poblaciones más jóvenes, y con estudios medios o superiores.

En relación con la **cobertura de servicios**, se han encontrado evidencias empíricas de que determinadas variables se relacionan más claramente con la mejor cobertura de las necesidades de apoyo de la población dependiente, siendo relevante, de manera destacada, la escasez de cobertura en los municipios del **medio rural**, así como en la **población joven** y/o con **estudios universitarios**. Las razones que explican estas diferencias, sin embargo, son múltiples: falta de medios, orientación del Sistema a la población envejecida, y mayor nivel de exigencia entre las personas usuarias del SAAD que tienen formación.

Existe un permanente debate abierto sobre el denominado copago y los desequilibrios que este plantea entre usuarios y también entre territorios. Los resultados de la encuesta confirman que **el copago es un reto que requiere atención**, pero no es un problema generalizado. Frente al copago, un tercio de la población encuestada se muestra de acuerdo con que el aporte económico al coste de los servicios del SAAD recibidos es proporcional a la calidad de la atención. Al preguntar a los expertos sobre el copago, sus puntos de vista han permitido confirmar que no hay acuerdo claro sobre esta temática. Entre la necesidad de mantenerlo y la urgencia de eliminarlo, se encuentran posturas intermedias que abogan por modificar las variables que se aplican en su cálculo.

Otro de los desafíos que surgen es la consideración del SAAD como un proyecto común en el que todos los agentes implicados deben colaborar y facilitar las labores de los demás, así como que el acceso a los derechos se realice en las condiciones de igualdad y universalidad que marca la Ley. Las dificultades de coordinación entre administraciones de las que adolece el SAAD, ampliamente constatadas en la bibliografía, son la punta del iceberg de una amplia **falta de vertebración**. Son varias las evidencias que apuntan a que las CCAA no cooperan, no comparten técnicas, ni información, ni resultados. En este contexto, el papel central que debería tener la Administración Local se ve oscurecido.

Los problemas de cooperación institucional tienen un ejemplo claro en el Sistema de información del SAAD (SISAAD). Las informaciones recogidas evidencian un **escaso conocimiento** de éste, ya que varios expertos hablan de implantar un Sistema informático común, cuando en realidad ya existe, aunque su operativa concreta no se perciba así.

En su configuración actual, el SISAAD mantiene una **lógica de prestación de servicios**, lo que propicia un uso de los datos del Sistema por lo general muy limitado, impidiendo el acceso de personas y centros de investigación a la consulta y explotación estadística de los datos de manera productiva. Esta cuestión, a la larga, supone un empobrecimiento del propio Sistema porque no puede generar conocimiento a partir de sus propios datos. El uso para fines de investigación de los registros administrativos se enmarca en los planteamientos actuales sobre investigación en Big Data, cuestión en la que el SAAD está llamado a adquirir un papel protagonista.

Se identifica como dificultad que los datos con que cuenta el SISAAD no permiten conocer el **grado de cobertura del Sistema**, debido a que se carece de datos que puedan dar cuenta de la cantidad de personas con dependencia (o potencialmente

dependientes) que no solicitan prestaciones y, además, no profundiza en el limbo de la dependencia.

El desafío institucional se completa, según los hallazgos encontrados, con un **conflicto de centro-periferia que enfrenta una triple dificultad:** menos oferta y mayor coste de los servicios para población de menores ingresos. Esta situación no solo provoca que prácticamente la única salida para la provisión de apoyos a personas dependientes en el medio rural sean las relaciones informales, a saber, vecinos, amigos, familiares, sino que esto implica que no se está generando en el medio rural el porcentaje de puestos de trabajo esperados.

1. INTRODUCCIÓN

Existe un consenso general entre usuarios, gestores y expertos sobre que el Sistema de Atención a las personas en Situación de Dependencia (SAAD) se encuentra en un estado preocupante, que los factores que explican esta situación son complejos en su génesis y sobre que sus posibles opciones de mejora constituyen un **gran reto**. En cualquier caso, desde un punto de vista positivo, el mismo consenso parece extenderse a que la existencia de un Sistema como este supone un recurso imprescindible para muchos de los grupos poblacionales más necesitados de apoyo en un estado de bienestar moderno.

El SAAD es por tanto una herramienta clave para la atención integral de calidad, pero se encuentra en crisis social, administrativa y estratégica. En este contexto, la **Fundación Caser** pretende posicionarse como una institución de referencia en la reforma del SAAD, mediante una iniciativa de revisión en profundidad de los elementos que explican la actual situación, así como la elaboración de un programa de propuestas para su reforma con participación de todos los agentes implicados: administraciones, sociedad civil, usuarios, técnicos, gestores e investigadores.

El objetivo de este estudio es la identificación de las principales dificultades organizativas, económicas y de prestación de servicios del SAAD, y la consiguiente elaboración de una estrategia de propuestas de mejora, liderada por la Fundación CASER.

1.1 Metodología

El objetivo es la revisión sistemática de las principales dificultades organizativas, económicas y de prestación de servicios del SAAD, y la consiguiente elaboración de una estrategia de diseminación e implantación de propuestas de mejora, liderada por la **Fundación CASER**. Para la realización de esta investigación, se ha seguido un planteamiento metodológico complejo que integra, mediante triangulación, técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación social.

Revisión de fuentes documentales y estadísticas

El punto de partida consiste en la revisión y análisis de informes, estudios y bases de datos, a partir de los cuales se ha compilado el conocimiento existente sobre la situación y necesidades del SAAD. Se han revisado de manera extensiva fuentes legislativas, documentales, estadísticas, estudios e investigaciones de referencia sobre el objeto de análisis, poniendo de relieve las conclusiones más recientes en la materia y focos de interés específicos.

Aproximación cuantitativa: encuesta a usuarios del Sistema

La fuente principal para este proyecto ha sido una **encuesta a personas en situación de dependencia o sus familiares cuidadores**, mediante la que se han obtenido las principales necesidades y demandas de la población usuaria del SAAD. La ficha técnica de la encuesta es la siguiente.

Encuesta a personas en situación de dependencia y a profesionales

Universo: población en situación de dependencia.

Ámbito: nacional.

Procedimiento de muestreo: estratificado (por CCAA y tamaño de hábitat) por conglomerados, con selección de las diferentes unidades de muestreo mediante selección aleatoria proporcional en el caso de los municipios y de forma aleatoria simple en el caso de los hogares.

Tamaño muestral: $n = 800$ entrevistas a hogares con al menos un miembro en situación de dependencia.

Procedimiento de entrevista: telefónica (CATI).

Cuestionario: 15-20 minutos.

Período de aplicación: 10 de abril a 20 de mayo de 2019.

Aproximación cualitativa: estudio Delphi

Se ha realizado un **estudio Delphi** a un grupo de expertos/as, entendiendo por expertos a personas que por su posición conocen y tienen experiencia en el SAAD (desde distintas perspectivas). Se trata de una estrategia de investigación especialmente indicada en áreas de conocimiento complejas, sometidas a constante controversia y falta de información cierta.

La técnica Delphi es una de las más utilizadas en la investigación social e incluye desde la identificación de temas clave hasta la elaboración de instrumentos y propuestas de intervención o transformación. Posee una cierta capacidad de predicción de procesos y resultados futuros basado en la utilización sistemática de un juicio intuitivo emitido por un grupo de expertos. Los motivos la elección de esta técnica en este estudio sobre el SAAD son diversos, pero en general relacionados con la complejidad del propio Sistema, y la necesidad de dar cabida a diferentes perfiles de personas expertas.

Se seleccionaron los expertos en función del objetivo planteado y atendiendo a criterios de experiencia, posición, responsabilidad, acceso a la información, sexo, ámbito geográfico y disponibilidad. La selección de perfiles se concreta en tabla siguiente que recoge las principales variables consideradas en la selección de cada uno/a de los expertos y expertas participantes en el Delphi.

TABLA 1. PERFILES PARA EL ESTUDIO DELPHI

Nº	SEXO	PERFIL	TERRITORIO
1	M	Coordinadora técnica de Servicio de Ayuda a Domicilio	Cataluña
2	V	Técnico Teleasistencia	Madrid
3	V	Técnico Asistencia Personal (discapacidad física)	Castilla y León
4	M	Técnica – Experta (enfermedades raras)	Extremadura
5	V	Técnico de Gestión	Galicia
6	M	Familiar cuidadora de apoyo a persona dependiente con discapacidad	Andalucía
7	V	Experto SAAD Gestión	Murcia
8	V	Experta SAAD Servicios	Castilla – La Mancha

Fuente: elaboración propia.

La aplicación del estudio DELPHI se materializa en sucesivas rondas de cuestionarios extensos sobre el objeto de investigación, a los que los expertos contestan de manera individual. En este caso se realizaron dos rondas. Las respuestas del primer cuestionario fueron analizadas y, a partir de estos datos se lanzó un segundo cuestionario donde se trató de profundizar en algunas temáticas que no generaban consenso y en otras que se consideraban claves para el objeto de estudio, bien por los expertos del panel o bien por el equipo investigador.

En base a los objetivos del estudio, se sistematizaron los resultados obtenidos y se plasmaron en el informe final.

2. DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, entró en vigor el 1 de enero del año 2007 para crear un nuevo derecho subjetivo, con el cual suplir a través de una oferta coordinada de servicios, la falta de autonomía que experimentaban las personas dependientes. El objetivo último era “mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y la de sus cuidadores, familiares directos y mujeres en la mayoría de los casos” (Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios, 2009).

Esta Ley supone la puesta en marcha Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y genera el derecho a recibir cuidados por parte de las personas dependientes y sus familias en el marco de una legislación nacional (Casado, 2017).

Más de una década después de la entrada en vigor de la Ley y del inicio del engranaje del SAAD, aproximadamente el 3% de la población española tiene algún grado de dependencia reconocido. EL SAAD es, por tanto, un Sistema de enorme calado cuyo proceso de implementación, optimización y depuración nunca será definitivo y que, desde su puesta en marcha, debe acometer de retos y desafíos sobrevenidos. Por ello, conforme avanza el tiempo, aparecen dificultades y necesidades que deben ser afrontadas para mejorar su eficiencia y eficacia en diversos frentes como financiación, coordinación o diferencias territoriales que marcan una incertidumbre ante el futuro.

La reflexión sobre necesidades de mejora del SAAD se ha producido incluso desde antes de su puesta en marcha. Ya en septiembre del año 2009 se publica el Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal¹, en el cual los expertos evidenciaban algunos aspectos a considerar para mejoras futuras: definición, coordinación, financiación equilibrada, distribución homogénea entre CCAA, coordinación entre Sistema Sanitario y de Servicios Sociales. Sin embargo, muchas de las recomendaciones y previsiones expuestas entonces, aún no se han logrado corregir o persisten actualmente con alguna vigencia. Cervera (2009) resumió estos problemas y dificultades que experimentaba el SAAD tras dos años de iniciar su implementación, en 3 grandes apartados:

I. Aquellos relacionados con la **disparidad en la gestión** de la demanda, especialmente los contrastes existentes entre CCAA respecto de los tiempos de resolución, manejo de la información estadística, financiación, diferencias entre personas con resolución favorable respecto PIA asignados y disfrute efectivo de prestaciones.

II. Las dificultades del **desarrollo desigual de servicios y prestaciones** entre CCAA, así como la falta de inversión.

III. Las dificultades asociadas con la **financiación** y los métodos para calcular la prospección de costes debido a la potencial demanda, los cuales no solo deben considerar las valoraciones realizadas, sino también las preinscripciones. Así mismo, se expone como una necesidad la insuficiente financiación desde la AGE a las CCAA.

¹ El 16 de octubre de 2008, el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó una Moción en la que se instaba al Gobierno a crear un Grupo de Expertos para realizar una evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD).

La Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales en 2013 evidencia sus inquietudes vinculadas a la financiación, inequidades, abuso de prestaciones económicas, esperas excesivas o falta de transparencia informativa.

Existe un amplio consenso en la literatura (Casado, 2009; Rodríguez-Cabrero, 2011; Consejo Económico y Social, 2012; Jiménez-Lara, 2015; Martínez, 2017; Huete, 2019) sobre el punto de inflexión que, con la crisis económica iniciada en 2008 como trasfondo, supuso para el SAAD la aprobación de los sucesivos Reales Decretos: R.D.-Ley 8/2010, R.D.-Ley 20/2011, el RD.-Ley 20/2012 y el RD.-Ley 1051/2013, y sobre los desequilibrios y atrasos en la consolidación del Sistema, desde la perspectiva y planteamiento inicial.

Es posible afirmar que muchas de las dificultades del SAAD no son nuevas y que, por el contrario, persisten y evolucionan los escollos encontrados hace más de una década. Tomando en consideración la evolución futura de la demanda de apoyos debida al envejecimiento poblacional, el cambio en la morbilidad y el envejecimiento poblacional plantean que el **SAAD debe ser transformado** para dar respuesta a lo establecido en la Ley 39/2006, pues con la configuración actual no se está logrando cumplir el cometido inicial.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto y desarrollado a propósito de las dificultades y necesidades del SAAD encontradas tanto en la bibliografía académica como en la bibliografía gris, este estudio pretende aportar un análisis de las dificultades del SAAD a partir de las áreas sobre las que existe un claro consenso. Estas categorías se desarrollarán en los siguientes capítulos:

- Reconocimiento y valoración.
- Cobertura, cartera de servicios.
- Gestión, espera, modernización, tecnología.
- Coordinación, derivación, competencias, legislación.
- Financiación, viabilidad, retorno social.

1. Cada paso o escalón en el acceso al Sistema presenta demoras que se resumen en el **"listón de los 6 meses"**, que es una especie de constante de consenso.

2. La **espera** tiene diversos escalones de este calado: el primero en la **valoración**, el segundo en la **resolución** y el tercero en **prestación** del servicio.

3. Existen **diferencias territoriales importantes** en el desarrollo del proceso de valoración y en los plazos de resolución de éste.

4. Se requiere atención a condiciones de salud que requieren **revisiones de grado** con frecuencia.

5. El Proceso de **valoración recibe un aprobado: 5,4** sobre 10 en la encuesta a usuarios. Casi un tercio de la población encuestada se queja de la **lentitud del procedimiento**.

2.1 Reconocimiento y valoración

Según los datos oficiales a 1 de octubre de 2019, un total de 1.355.478 personas figuran oficialmente en situación reconocida de dependencia con derecho a prestación, es decir, necesitan apoyos para realizar actividades básicas de la vida diaria, a las que se podría añadir como potenciales dependientes las 146.198 personas pendientes de valoración. En total, históricamente, se han presentado ante el SAAD 1.849.252 solicitudes (IMSERSO, 2019).

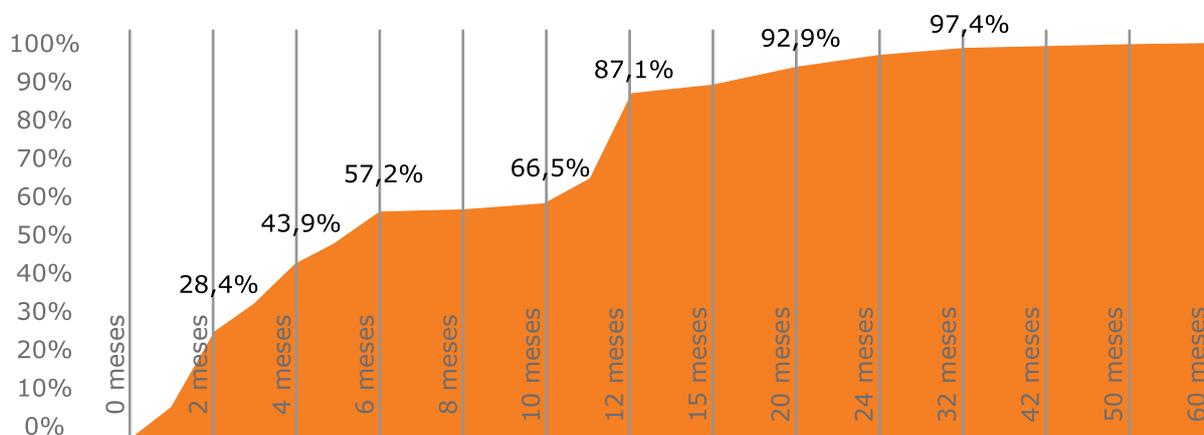
En el año 2013, el fenómeno de las listas de espera ya se cristalizaba como un problema que debía ser reconocido y atendido. Según las fuentes consultadas, las listas de espera, esto es, el **limbo de la dependencia**, impactan de manera más negativa en aquellas personas con gran dependencia y edades avanzadas, a las cuáles **les puede llegar la muerte antes de recibir su prestación**.

El informe Comisión para el análisis de la situación del Sistema de Dependencia (2017) evidencia a las **listas de espera**, que fueron creciendo cada vez más, como una de las consecuencias de los sucesivos cambios que han sufrido las normas que regulan todo el proceso de implementación del SAAD.

En marzo del año 2018, según el informe: "Seguimiento de la implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia" de la Secretaría Confederal de Política Social y Movimientos Sociales de Comisiones Obreras, **estos dos fenómenos persisten y ocurren de manera simultánea y paralela**: las solicitudes pendientes de valoración y las listas de espera (personas con resolución favorable para recibir prestación, pero sin PIA).

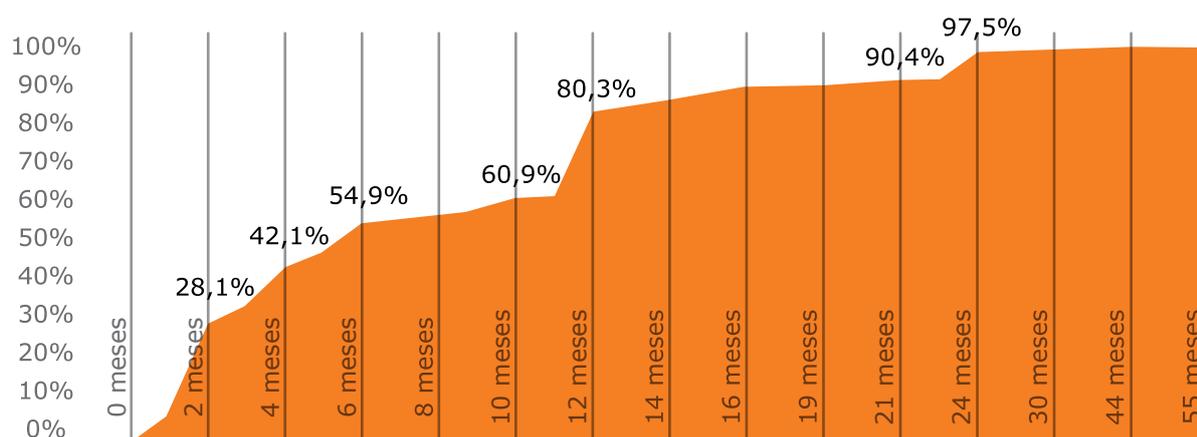
Los datos obtenidos mediante la encuesta a usuarios permiten afirmar que casi la mitad de la población ha esperado 6 meses o más, tanto para la valoración (43%) como para la tramitación de los servicios (45%). Cuando las esperas se acumulan más allá de estos seis meses, se produce un segundo escalón a los doce meses, convirtiendo estos datos en una especie de estándar en los procedimientos.

GRÁFICO 1. PERÍODO DE ESPERA ENTRE SOLICITUD Y VALORACIÓN. PORCENTAJE ACUMULADO.



Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios del SAAD.

GRÁFICO 2. PERÍODO DE ESPERA ENTRE SOLICITUD Y PRESTACIÓN DE SERVICIO. PORCENTAJE ACUMULADO.



Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios del SAAD.

Pero la encuesta también indica que **aproximadamente un tercio de la población consigue valoración y prestación en un plazo breve**, inferior a dos meses. Es decir, el SAAD es un Sistema capaz de rendir con eficacia, y así es reconocido por la población encuestada: la puntuación que recibe el proceso de valoración es 5,4 sobre 10.

Los expertos consultados (se denomina “expertos/as” a personas que tienen experiencia en el SAAD como usuarios/as, familiares o técnicos) en esta investigación coinciden en la necesidad de acortar los plazos, lo que redundaría en una atención más inmediata en situaciones de gran dependencia, evitando que algunas personas queden desprotegidas durante meses. Una de las propuestas para mejorar esta demora temporal es fijar unos plazos máximos de resolución.

Se considera que el Sistema ha desarrollado ciertas rigideces que perjudican el cumplimiento de los objetivos de la Ley. Se demanda consenso y equidad en las valoraciones entre autonomías, entidades y profesionales, y ello en varios sentidos: situaciones, temporalidad del servicio, tiempos de espera en la valoración, copago, etc. También se señala la necesidad de prestar mayor atención a las situaciones en las que se pueda producir cambio del grado de dependencia o en la condición de salud (a veces incluso pueden ser momentáneas y reversibles). Es decir, que durante la espera producida antes de la valoración se pueden producir cambios sustanciales en las necesidades y situación del individuo que no se llegan a contemplar en la asignación del recurso.

Otra de las constantes en las limitaciones del SAAD es la escasez de personal. El incremento de profesionales especializados mejoraría muchos de los problemas de la Atención a la Dependencia según los expertos consultados. En línea con las carencias de recursos humanos, los recursos económicos de los propios usuarios también generan situaciones que, a juicio de algunos expertos, desembocan en situaciones injustas. Uno de los elementos que despierta una actitud crítica según los expertos es la falta de homogeneidad en las valoraciones. El devenir del tiempo, lejos de mejorar la situación inicial, ha endurecido los baremos (incrementando las exigencias para la consideración de persona dependiente y suprimiendo los niveles). Esto ha dejado fuera a personas que anteriormente tenían cobertura.

En consecuencia, surgen varias propuestas sobre el reconocimiento y valoración:

- Incrementar el papel de **entidades locales** en las diversas fases relacionadas con el derecho de los ciudadanos: concesión, prestación efectiva y seguimiento.
- Implicación de **personal sanitario**, así como del/la Trabajador/a Social Sanitario.
- Llegar a un **consenso** sobre los perfiles más adecuados para realizar las valoraciones y que el equipo de valoración cuente con la presencia de al menos dos personas.
- Mejorar la **formación** de los profesionales que realizan las valoraciones o contar con equipos externos de apoyo para casuísticas más complejas.
- Lograr **equidad** en las valoraciones en cuanto a diversos aspectos.
- Considerar el **entorno** de las personas solicitantes como variable. Ello requeriría aumentar la dedicación en las valoraciones y la asignación de más profesionales.
- Aportar los **informes** sanitarios a los Servicios Sociales en casos en los que sea posible la prevención.

6. **Paradoja de las dos mitades:** un tercio de la población (30%) reconoce **cubiertas sus necesidades** con los servicios y/o prestaciones que recibe del Sistema; la misma proporción (30%) reconoce **que el Sistema no cubre ninguna de sus necesidades**.

7. Los servicios del Sistema **reciben** en líneas generales un **aprobado** (6,6 sobre 10); las **prestaciones económicas suspenden** claramente (2,7 sobre 10).

8. Se precisa un **desarrollo de la prestación de asistencia personal**, la cual alcanza a 31 de agosto 2019 únicamente el 0,55% del total de las prestaciones del SAAD.

9. La **prescripción masiva de teleasistencia** fomenta la autonomía personal en el entorno natural, evita la institucionalización, pero esconde una carencia de otro tipo de recursos más costosos.

10. Existe un **sesgo asistencialista**, es decir, poco orientado a la promoción de la autonomía personal.

11. Existe un **sesgo hacia la concesión de prestación económica** para cuidados en el entorno familiar.

12. **La apuesta por los servicios** sobre las prestaciones fortalece la creación de puestos de trabajo.

13. Necesidad de **formación adecuada, consistente y calificada. Especialmente cualificación en primeros auxilios** para profesionales de Ayuda a Domicilio.

2.2 Cobertura, cartera de servicios

La encuesta realizada a usuarios del SAAD ha permitido constatar que, si bien existen las dificultades que la literatura ha destacado a lo largo de la historia del SAAD, y estas dificultades producen una pobre cobertura en la población usuaria, una buena parte también reconoce una cobertura adecuada de sus necesidades de apoyo con los servicios y prestaciones que recibe del SAAD. En general, según los datos obtenidos, la población usuaria se divide así en dos partes iguales en los extremos en su percepción sobre la capacidad del SAAD para cubrir sus necesidades.

TABLA 2 NECESIDADES DE APOYO CUBIERTAS POR EL SAAD.

	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
No cubre nada o casi nada	30,7%	Cobertura insuficiente: 48,9%
Cubierto insuficientemente	18,3%	
Cubierto suficientemente	20,4%	Cobertura adecuada: 51,1%
Cubierto totalmente	30,7%	
El TOTAL	100%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios del SAAD. (n 427)

A partir de las respuestas a la pregunta sobre cobertura de necesidades por parte del SAAD, se ha podido extraer **un índice sintético de cobertura**, que va de 0 (Nada cubierto) a 3 (Totalmente cubierto), aplicándose a las principales variables de la encuesta:

TABLA 3. INDICADOR SINTÉTICO DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE APOYO (0 - 3)

VARIABLE	VALORES	COBERTURA (0 A 3)
Sexo de la persona dependiente	Hombre	1,59
	Mujer	1,48
Tamaño de hábitat	Hasta 2.000	0,96
	De 2.001 a 10.000	1,34
	De 10.001 a 50.000	1,60
	De 50.001 a 200.000	1,52
	Más de 200.000	1,59

VARIABLE	VALORES	COBERTURA (0 A 3)
Grupos de Edad	De 0 a 16	1,33
	De 17 a 33	1,29
	De 34 a 50	1,73
	De 51 a 67	1,78
	De 68 a 84	1,54
	De 85 o más	1,42
Nivel de estudios de la persona dependiente	Sin estudios	1,43
	Primarios	1,62
	Secundarios	1,52
	Universitarios	1,25
Grado de dependencia	Moderada (Grado I)	1,63
	Severa (Grado II)	1,56
	Gran Dependencia (Grado III)	1,35

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios del SAAD.

Como se puede comprobar en los datos precedentes, algunas variables se relacionan más claramente con la mejor cobertura de las necesidades de apoyo que supone el SAAD, siendo relevante, de manera destacada, la escasez de cobertura en los municipios del medio rural, así como en la población joven, con más nivel de dependencia, y/o con estudios universitarios.

Existe un consenso entre los expertos consultados a la hora de valorar la Ley 39/2006 como una buena herramienta de partida para la atención a las personas en situación de dependencia. Más concretamente, señalan algunos puntos fuertes de la misma:

- **Carácter novedoso.** En España supuso un importante avance en la atención integral de las necesidades de las personas con dependencia al ser ésta asumida por el Estado.
- **Diversificación de posibilidades de apoyo** y atención ante situaciones de dependencia. La Ley incorporó servicios y recursos inexistentes hasta ese momento. Se destaca la perspectiva de individualización de servicios o prestaciones más adecuados en cada caso.
- **Mejora de la atención** de las personas usuarias potenciales. La Ley supuso un cambio en la perspectiva de afrontamiento de la dependencia contemplando distintos escenarios.
- **Ley fruto del consenso.** Obtuvo un gran consenso parlamentario en su aprobación y, además, en su implementación participan todas las Administraciones Públicas.

Durante los años transcurridos desde la aparición de la Ley 39/2006, la situación social económica y política española ha experimentado profundos cambios que, de forma directa, se han trasladado al cumplimiento de la Ley, resultando como puntos débiles más frecuentemente indicados los siguientes:

- **Déficit presupuestario.** Las limitaciones presupuestarias han propiciado diversos reajustes sobre el planteamiento inicial de la Ley que han aumentado el copago, han endurecido los baremos, aumentado las incompatibilidades o las esperas para acceder a los servicios concedidos, entre otros aspectos.
- Reducción del carácter **universal.** Se considera que la universalidad de la Ley de 2006 se ha ido delimitando y reduciendo progresivamente con el paso del tiempo.
- Tendencia hacia una atención **asistencialista.** Al mismo tiempo, el SAAD ha ido evolucionando hacia una focalización asistencialista. El Sistema actual se centraría más en la atención a la dependencia que en la promoción de la autonomía personal.
- **Prevención residual.** La atención a situaciones de dependencia ha eclipsado el pilar de prevención y promoción de autonomía personal.
- **Desigualdades** territoriales. Todos los expertos han evidenciado las grandes diferencias entre comunidades autónomas en la aplicación de la Ley. Sin embargo, lo que para unos supone un mecanismo de ajuste a la realidad de cada Comunidad Autónoma, para otros implica profundas desigualdades entre las personas usuarias del SAAD.

Las normativas posteriores que han ido regulando diversos aspectos recogidos en la Ley, tanto a nivel nacional como a nivel autonómico, han tendido a reducir los derechos de las personas en situación de dependencia. Más concretamente, algunas de estas modificaciones señaladas por los expertos se recogen en la siguiente tabla:

TABLA 4. TIPOLOGÍA DE REFORMAS EN LA LEY Y SUS CONSECUENCIAS.

MODIFICACIÓN	CONSECUENCIA
Calendario de desarrollo de la Ley	Se han alargado los periodos.
Baremos	Se han endurecido las características para la consideración de persona dependiente y suprimido los niveles.
Cambios en la financiación	Aumento del copago y servicios inasumibles por muchas personas dependientes.
Intensidad de los servicios	Se han acortado las intensidades de todos los servicios ofertados.
Cuantías de las prestaciones	Han bajado una media de un 15%.

MODIFICACIÓN

CONSECUENCIA

Compatibilidad entre prestaciones y servicios

Restricción de las compatibilidades y necesidades no cubiertas.

Cotización a la Seguridad Social de Cuidadores no Profesionales

A cargo de los propios cuidadores y nuevamente asumida por el Estado.

Fuente: elaboración propia a partir de revisión bibliográfica.

A continuación, se detalla la información obtenida para cada uno de los servicios previstos en el catálogo del SAAD, que según se indica en la Ley, se contemplan prestaciones en forma de servicio, o en forma de prestación económica.

Servicios:

- Servicio de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia.
- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Servicio de Centro de Día y Noche.
- Servicio de Atención Residencial.

Prestaciones Económicas:

- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.
- Prestación económica de asistencia personal.
- Prestación económica vinculada a la adquisición de un servicio.

Los usuarios del Sistema en la encuesta valoran, en general, en términos aceptables los servicios del SAAD. Según los resultados obtenidos, los servicios que favorecen la presencia en el hogar del usuario/a, son los que obtienen mejor valoración, en concreto el de Teleasistencia y el de Ayuda a Domicilio, mientras que las prestaciones económicas, como se verá más adelante, obtienen calificaciones muy bajas.

TABLA 5. VALORACIÓN DE SERVICIOS Y PRESTACIONES.

	VALORACIÓN (0 A 10)
Servicio de Teleasistencia	7,01
Servicio de Ayuda a domicilio	6,97
Servicios de vivienda o residencia	6,26
Servicio de Centro de día / Centro de noche	5,43
Prestaciones económicas (todos los usuarios)	2,69

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios del SAAD.

2.2.1 Los servicios de Prevención de las situaciones de dependencia y los de Promoción de la Autonomía Personal.

Dada la escasa extensión de estos servicios en la población, la encuesta no ha obtenido información suficiente como para indicar una valoración de los/as usuarios/as del servicio. Al preguntar a los expertos por los servicios más ineficientes, los de Prevención y Promoción de la Autonomía Personal son los más destacados en este sentido. Si bien, esa ineficiencia no viene dada por el servicio en sí, sino por la escasez de esfuerzos realizados en su desarrollo desde el SAAD. Este tipo de servicios, para ser eficaces, requieren un despliegue de recursos que prácticamente no se ha dado en la historia del Sistema. Otras de sus limitaciones se relacionan a continuación:

- Escasez de **oferta** y de intensidad en las actuaciones. Las intervenciones son pocas y no tienen la duración que sería necesaria para cumplir sus objetivos.
- **Centralización** en zonas **urbanas** de estos servicios con la consiguiente desprotección y desconexión del resto de territorio nacional.
- Escasa **asignación** de estos servicios. Como ya se indicará, hay otros recursos que están sobredimensionados, lo que condiciona un desajuste en la óptica de prioridades del SAAD.
- Implican **copago**. Por ello, muchos usuarios no hacen uso de ellos, siendo una limitación añadida.
- No cumplen su **objetivo** preventivo. Según los expertos, son pequeños parches que no llegan a paliar las necesidades ni a actuar de forma preventiva efectiva.
- Grandes **diferencias interautonómicas**. Esta limitación es recurrente en diversos servicios y aspectos que se irán analizando.
- **Dotación** presupuestaria escasa. Para dar respuesta a los planteamientos de la Ley se necesitaría de una mayor asignación financiera a estos servicios preventivos que, a medio plazo, redundaría en un ahorro al no necesitarse otros posteriores.

Si bien no se trata específicamente de una limitación del Sistema, se señala también como elemento a considerar la escasa cultura de **prevención** que tiene la sociedad española.

Con este panorama descrito, se hace necesaria una amplia intervención. Las propuestas de mejora recogidas por los expertos son numerosas y abarcan distintos ángulos, instituciones y actores sociales:

- Diseñar y aplicar **Planes** específicos de actuación a nivel autonómico y basados en un plan de viabilidad.
- Dotar de mayor protagonismo de la Atención Sanitaria **Primaria** como herramienta clave para articular y poner en marcha las actuaciones preventivas necesarias.
- Incluir cambios en el **PIA** para que contemple también actuaciones recomendadas para prevenir un empeoramiento de la situación de cada usuario.
- Impulsar servicios dirigidos a la Promoción de la Autonomía personal y a las **entidades** que los prestan
- Aumentar los niveles de planificación y **coordinación** entre todas las instituciones implicadas en el SAAD, tanto públicas como privadas.
- Fomentar el protagonismo y la toma de decisiones de los **beneficiarios**, para que asuman un papel activo en su proceso de promoción de autonomía.
- Incrementar los apoyos en el **hogar** a través de diversas adaptaciones, incorporando tecnología, etc.
- Cambio de la perspectiva de gasto a la de **inversión**.
- Diseñar itinerarios individualizados y metodologías personalizadas adecuadas a cada situación concreta.
- Aumentar su **difusión** y su prioridad frente a servicios asistenciales. Al ser menos conocidos tienden a ser relegados a un segundo plano tanto por profesionales como por los propios usuarios/as del SAAD.
- **Vinculación** con Servicios Sanitarios y de la Seguridad Social

En definitiva, el sentir general de los expertos considera que los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal son los grandes desaparecidos en la implementación de la Ley, mientras que hay una firme convicción de su relevancia en la prevención de situaciones de dependencia mayor.

2.2.2 Servicio de Teleasistencia

Se trata del servicio mejor valorado por todos/as los expertos y expertas consultados en el Delphi, así como por las personas usuarias encuestadas, según aparece en la Tabla 5. Entre sus principales beneficios se destacan los siguientes:

- Ofrece **seguridad**. Esta seguridad no solo se hace extensiva a las propias personas usuarias sino también a sus familias.
- Beneficioso en situaciones de **soledad**. Permite a personas que viven solas permanecer en su entorno social y en su propia vivienda con las ventajas que ello conlleva, al tiempo que permite una asistencia médica rápida en caso de urgencias.

- Buena coordinación con equipos **médicos** del 061. La coordinación entre instituciones no siempre es tarea fácil. En el caso de la teleasistencia se constata una buena coordinación con los equipos médicos de emergencias.
- **Bajo coste** económico. Los potenciales beneficios del servicio son más proclives a él por la gratuidad en algunos casos o por el pequeño copago en otros, que facilitan que sea extensible a un gran número de población y su compatibilidad con otros servicios.

A pesar de las buenas valoraciones que cosecha el servicio de Teleasistencia entre los expertos consultados, se apuntan también varios aspectos susceptibles de mejora que es importante considerar:

- **Necesidad de profesionalización.** Los requerimientos para los profesionales de este servicio se consideran insuficientes para atender todo el abanico de posibilidades que los técnicos pueden tener que abordar en su desempeño profesional. Por ello, se considera que se debe aumentar el nivel de formación.
- Necesidad de **supervisión** de empresas privadas o del tercer sector prestatarias de servicios. La transferencia de la gestión de algunos de los servicios del SAAD a estas instituciones debería ir acompañada de una supervisión pormenorizada para garantizar la calidad de los servicios prestados.
- **Ampliar** el dispositivo para ofrecer Teleasistencia a través del móvil. Cuando las personas salen de su domicilio sus dispositivos pierden la cobertura, lo cual aumenta su vulnerabilidad y esto puede limitar su vida cotidiana. Sería un aspecto de modernización a considerar a corto plazo.
- Se debe cuidar el **perfil** de las personas usuarias para asegurar su efectividad. Este servicio por sí mismo no debe sustituir otros recursos que puedan ser necesarios.
- No debería requerir **copago**. Ya se ha indicado que se trata de un servicio económico, pero en ocasiones requiere copago por parte de los usuarios/as. Esto puede condicionar que personas para las que podría ser muy beneficioso no lo utilicen.

Por tanto, se trata de un servicio que, a pesar de ser comparativamente más económico que otros, tiene distintos beneficios. Su compatibilidad con otros servicios potencia aún más sus posibilidades y se llega a apuntar incluso que podría ser considerado un servicio con funciones preventivas.

2.2.3 Servicio de Ayuda a domicilio

Al igual que en el servicio de Teleasistencia, la Ayuda a Domicilio ha recibido una valoración positiva por las personas que han contestado a la encuesta realizada, según aparece en la Tabla 5. Sin duda es uno de los grandes protagonistas del SAAD por su peso cuantitativo y por el desarrollo que ha logrado alcanzar con el paso de los años. Se trata de un servicio que en la mayoría de las CCAA se brindaba antes a la creación del SAAD y se regulaba bajo el marco de los Servicios Sociales. Esto le dio la ventaja de disponer ya de una infraestructura desarrollada, aunque, por contra, se han suscitado **dificultades administrativas** para integrar y adaptar al Sistema de Atención a la Dependencia, la nueva organización con la gestión de las estructuras otrora desarrolladas.

Entre las limitaciones para el Servicio se han destacado varias por parte de los expertos:

- **Insuficiente.** En buena parte de los casos viene a paliar las necesidades más urgentes sin llegar a cubrir las. Hay un cierto consenso al considerar que es un servicio que puede ser adecuado en situaciones de dependencia incipiente para lograr

mantener a la persona más tiempo en su domicilio y en su entorno habitual.

- **Ineficiente** en algunos casos. A pesar de su gran extensión, no siempre es el servicio adecuado ni se presta en las condiciones necesarias. Se menciona que los cambios continuos del profesional de ayuda a domicilio restan eficiencia.
- **Sobredimensionado**. Se refiere un exceso de adjudicación de este servicio en detrimento de otros. Algunas de las razones que esgrimen los expertos es que se informa más de algunos servicios que de otros a las personas usuarias, y eso declina la balanza en favor de determinados recursos, que no siempre son los más adecuados sino los más conocidos.
- A veces **agota** el presupuesto preasignado (fruto de su sobredimensionamiento).
- Las horas de prestación del servicio no son reales. Una limitación señalada y que resulta relevante es que las horas de desplazamiento entre domicilios se computan como tiempo de prestación del servicio. Esto hace que una hora se pueda quedar en 45 minutos reales de intervención.
- **Limitaciones** de tareas. Por una parte, las tareas de relación del usuario con el entorno suelen ser residuales, siendo un elemento importante para su autonomía personal y para su bienestar social. Por otra parte, la formación de las personas que llevan a cabo la ayuda a domicilio no siempre permite la asunción de determinadas tareas que son necesarias para el usuario.
- **Dificultad** de implantación en algunas comunidades autónomas. Las diferencias autonómicas -de las que se hablará de forma pormenorizada- tienen un claro exponente en la prestación de la Ayuda a Domicilio en varios sentidos: el tiempo desde la aprobación de la Ley 39/2006 y su implantación real (se pone el ejemplo de la Comunidad Valenciana como uno de los más retrasados), la cobertura de horas permitida, la asignación presupuestaria global, el copago que deben asumir las personas beneficiarias, etc.
- Necesidad de completarlo con **financiación** privada de las personas usuarias. Las limitaciones señaladas, especialmente la escasez del número de horas, hacen necesario que muchas personas beneficiarias del servicio deban ampliar esas horas de forma privada.

En síntesis, pese a ser el servicio estrella del SAAD cuantitativamente hablando y el más conocido por la población en general y por las personas dependientes y sus familias en particular, el Servicio de Ayuda a Domicilio cuenta con limitaciones que restan eficacia y eficiencia a pesar de la gran inversión que conlleva. Por tanto, parece necesario revisar su sentido, alcance e implementación para convertir estas limitaciones en potencialidades.

Si bien los expertos han dedicado buena parte de sus intervenciones a hablar sobre las limitaciones de la Ayuda a Domicilio, también han planteado una serie de sugerencias de mejora del servicio:

- Mayor **profesionalización** de los trabajadores y las trabajadoras. Esto mejoraría la limitación de tareas apuntada y aumentaría la eficiencia de las horas del servicio.
- Más **controles**. Se apunta la necesidad de hacer un seguimiento por un lado de las empresas privadas que prestan estos servicios y, de manera más específica, de los profesionales que los implementan.
- Existencia de servicios de **guardia**. La escasez de horas en algunos casos se agrava con el vacío de los fines de semana y festivos, cuando las personas usuarias

siguen teniendo las mismas necesidades de apoyo que quedan sin respuesta en un porcentaje muy alto. Una solución sería crear servicios de guardia para las situaciones de mayor necesidad o emergencias (debido, por ejemplo, a una cirugía reciente, etc.).

- Valoración más exhaustiva desde la **Atención Social** Primaria. Una vez concedido el servicio, las situaciones de las personas usuarias pueden cambiar y sus necesidades también. Por ello, se solicita que la Atención Social Primaria aumente su protagonismo en la valoración inicial y en el seguimiento posterior.
- No computar el tiempo de **desplazamientos** entre domicilios. Se propone que se contabilice el tiempo real que el profesional está en el domicilio, ajustando las rutas y buscando domicilios con mayor proximidad.
- Reducir las **rotaciones** de personal. El vínculo entre el profesional y la persona que recibe la Ayuda a Domicilio es importante. Las rotaciones de personal crean inseguridad y en ocasiones desconfianza.
- Ampliar las **compatibilidades**. La insuficiencia mencionada en algunos casos podría minimizarse haciendo compatible el servicio con otros con los que en la actualidad no es posible la compatibilidad.
- **Entrevista previa** entre auxiliar, beneficiario/a y coordinador/a del servicio. Sería una buena herramienta para ajustar la intervención a las necesidades reales y facilitar la comunicación y coordinación entre todos los agentes implicados.

2.2.4 Servicio de Centro de Día y de Noche:

Los Centros de Día y Centros de Noche son servicios complementarios para facilitar la permanencia en el hogar de las personas atendidas del Sistema, el máximo tiempo posible, aunque en realidad, no son puramente domiciliarios. Según los resultados de la encuesta llevada a cabo, son los que reciben una valoración inferior, aunque se llega al aprobado. Aunque en teoría se trata de dos servicios diferentes, en la práctica muchas veces se engloban sin diferenciarlos.

Las limitaciones que los expertos han señalado sobre estos servicios son las siguientes:

- Necesitan de un incremento del número de **plazas**, siendo considerada ésta la limitación más relevante y, a su vez, consensuada por todos los expertos.
- Necesidad de mayor **agilidad** en las concesiones. Nuevamente las listas de espera son otra de las barreras que las personas con dependencia encuentran en su camino.
- No siempre cubren el número de **horas** necesarias para las personas usuarias.
- Ubicados solo en grandes **ciudades**. Esta centralización territorial limita el acceso efectivo a estos recursos de todas las personas que no residen en hábitats urbanos.
- El **proceso** de adjudicación es lento, elemento común a otros servicios y prestaciones.
- Requieren de **apoyos adicionales** que no se prestan. Algunos de los mencionados son el desplazamiento hasta ellos o el aseo personal en el domicilio.
- Problemas de **compatibilidad**.

Al preguntar a los expertos cómo solventar algunas de estas limitaciones se han recogido las siguientes propuestas:

- Aumentar la **colaboración** y coordinación interinstitucional. Esta cooperación debería ser tanto entre instituciones públicas como entre las privadas. Puesto que se considera que las demandas de estos servicios seguirán creciendo, será necesario aumentar su eficacia.
- Aumentar el número de **plazas**. Para ello se requerirá incrementar la partida presupuestaria dedicada a estos recursos.
- Incrementar su papel como recurso **preventivo**. Este aspecto guarda conexión con las deficiencias en la aplicación efectiva del carácter preventivo de la Ley.

2.2.5 Servicio de Atención Residencial:

Los Servicios de Atención Residencial implican la salida del hogar de las personas atendidas, es decir, pierden el carácter domiciliario. Según los resultados de la encuesta, las personas que reciben este tipo de servicio le otorgan una valoración adecuada, según aparece en la Tabla 5. En la línea de lo expuesto con los Centros de Día y de Noche, los expertos han encontrado bastantes coincidencias en cuanto a las limitaciones y a las propuestas de mejora. En relación a las limitaciones, se han señalado las siguientes.

- Escaso **desarrollo** del servicio. Los datos porcentuales aportados por uno de los expertos hablan de una reducción del 3% en su concesión en 9 años.
- **Centralización** en grandes ciudades. Nuevamente, al igual que ocurre con los Centros de Día y de Noche, se destaca su concentración en grandes urbes con la desigualdad que esto supone para quienes no residen en estos núcleos urbanos.
- Extensas listas de **espera**. Es considerada una de las grandes limitaciones el tiempo que transcurre hasta que el beneficiario puede ocupar su plaza residencial. En consecuencia, otros servicios como los Centros de Día o la Ayuda a Domicilio vienen a paliar, aunque deficitariamente, las necesidades de quienes requieren, por su situación de dependencia, una plaza residencial.
- Falta de **plazas** especializadas. Los distintos grados y tipos de dependencia, las diferentes patologías y, en consecuencia, la diversidad de necesidades, no cuentan con una respuesta con el nivel de especialización que sería deseable.
- Falta de **supervisión**. Se considera que un mayor control de estos centros mejoraría por un lado los servicios que prestan y, por otro, disminuirá la desconfianza social que noticias aparecidas en los medios de comunicación han propiciado al desvelar situaciones de mala praxis.

A este respecto, también se considera que la familia debe tener un papel relevante para detectar posibles situaciones de negligencias profesionales.

- **Deslocalización** del entorno. Se considera importante que los centros residenciales estén lo más cercanos posible al domicilio de quienes residen en ellos. Esto disminuye el desarraigo y facilita el tránsito del hogar del beneficiario al centro residencial. También los expertos han referido situaciones en las que la plaza asignada estaba en otra provincia distinta a la de origen.
- Falta de **financiación**. Si bien se trata de una limitación que podría ser extensiva a todos los servicios, en este caso una mayor financiación supondría aumentar el número de plazas y reducir listas de espera, diversificar los centros, reduciendo así

la mayoría de las limitaciones señaladas.

- Problemas del **personal**. Por una parte, se refiere que con frecuencia los centros cuentan con escasez de personal y, además, se apunta la necesidad de mayor cualificación.

En la línea argumental de las principales dificultades del Servicio Residencial, emergen una serie de propuestas de mejora que se relacionan a continuación.

- Aumentar su **protagonismo** con fines **preventivos**.
- Contemplar **alternativas residenciales** temporales en todos aquellos casos en los que el usuario pueda volver a su domicilio con la autonomía suficiente.
- Crear **nuevas alternativas** a los centros residenciales. Para ello, se mira a iniciativas que ya han puesto en marcha otros países europeos.
- Priorizar la **cercanía** entre lugar de residencia de procedencia y centro residencial asignado. Ya se han explicado previamente los beneficios que ello implica.
- Construir **nuevos** centros residenciales. Mientras hay quien aboga por incrementar los centros residenciales, también hay quien considera que deberían constituir el último recurso y se debería apostar por potenciar otros servicios. En este aspecto, no se ha hallado consenso entre los expertos.
- **Coordinación** con Centros de Salud y Servicios Sociales Sanitarios. Nuevamente emerge la idea del espíritu preventivo que debe preceder, y no lo hace, muchas de las actuaciones del SAAD.

2.2.6 Prestaciones económicas.

Tal y como se ha indicado, los resultados de la encuesta a usuarios que se indican en la Tabla 5, muestran alta insatisfacción con las prestaciones económicas del SAAD. Cuando se detallan las causas de dicha insatisfacción en la encuesta, una gran mayoría coincide en que es insuficiente para cubrir las necesidades mediante términos como: ...escasa, mínima, pequeña, se la han rebajado... Esta prestación, aún y cuando se planteó en la Ley como una **prestación excepcional, se convirtió en la norma**, aglutinando gran cantidad de financiación total del SAAD (Martínez, 2017), está generando que, en la gestión del derecho a la concesión mayoritaria de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, se consuma un trascendente porcentaje del presupuesto destinado al SAAD.

Es oportuno mencionar que **las prestaciones económicas han prevalecido sobre las prestaciones de servicios**, además, y contrariando el espíritu de la Ley, dentro de las prestaciones económicas, la que se brinda por concepto de cuidados en el entorno familiar mientras que la prestación menos desarrollada y con alto potencial de crecimiento por su enfoque para atender el mercado de la gran dependencia, es la del asistente personal.

Esta tendencia ha debilitado de forma indirecta la generación de **los empleos que se preveían**, en parte porque no se aprovecha la posibilidad un retorno social a partir del empleo generado. Si bien no se han creado los empleos previstos, los que sí se han creado presentan algunas dificultades que deben ser afrontadas como **retos para que la formación del personal sea adecuada, consistente y calificada**. Además, en muchas ocasiones, **las personas trabajadoras de este sector no gozan plenamente de sus derechos y se encuentran en condiciones de precariedad salarial** (Monserrat, 2015).

2.3 Gestión, espera, modernización, tecnología

14. Existen pocas evidencias que sustenten la intención de **modernizar** el devenir actual del SAAD.
15. Se encuentran dificultades para la **complementariedad** del Sistema entre prestaciones económicas y servicios.
16. **Potenciar** el uso de tecnología y la atención online complementaria. Se plantea como una vía que podría limitar desplazamientos de usuarios y profesionales y facilitar los seguimientos.
17. La resolución general de trámites, e incidencias **recibe un aprobado: 5,7** sobre 10.

Tal como se ha mostrado en la revisión documental realizada para este trabajo, los estudios centrados en el análisis SAAD que se han sucedido a lo largo de la última década, han coincidido fundamentalmente en el diagnóstico de las dificultades del Sistema, centrandose su atención en problemas de **definición, coordinación y recursos, con especial atención a los procesos de tramitación**. Sin embargo, muchas de las recomendaciones y previsiones expuestas entonces, aún no se han logrado corregir o persisten actualmente con alguna vigencia. Por su parte, las reformas fundamentales realizadas sobre el Sistema se han limitado, fundamentalmente, a reducir su peso presupuestario en el contexto de la gran crisis financiera de 2008.

A pesar de que muchas de estas dificultades persisten los datos obtenidos en la encuesta, la resolución general de trámites e incidencias recibe, en general, una calificación adecuada en un indicador de 0 a 10. Las razones que los encuestados aportan para estas calificaciones, por un lado, se deben fundamentalmente a la **lentitud, el tiempo de espera, y la excesiva complicación y burocracia de los trámites**, para cuya resolución se dispone de poca información. En ocasiones, por el contrario, se encuentran casos en que los encuestados hablan de un acceso fácil y rápido.

TABLA 6. VALORACIÓN DE GESTIONES Y PROCEDIMIENTOS.

	VALORACIÓN (0 A 10)
Proceso de tramitación y valoración	5,4
Servicios que ofrece (no prestaciones económicas)	6,6
Resolución de trámites, gestiones e incidencias	5,7

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios del SAAD.

Se propone aquí reflexionar sobre distintos factores vinculados a la gestión del SAAD que implican o derivan en listas de espera, lentitud de adjudicaciones y evaluaciones, entre otras situaciones. Una de las herramientas que podría minimizar algunas de estas problemáticas sería la mejora del uso tecnológico que se hace de los procesos e informaciones vinculados a la Ayuda a la Dependencia. Algunas de las principales carencias citadas por los expertos en relación con la gestión son:

- Períodos de espera en gestión. Provocan situaciones de indefensión, desconfianza, desatención y, en ocasiones, algunos beneficiarios no llegan a disfrutar de los servicios concedidos por fallecer antes.
- Aspectos políticos y culturales. Frente a los vaivenes políticos y sus consecuencias en el SAAD, se propone un Pacto de Estado en cuestiones de Dependencia para asegurar la estabilidad del Sistema.
- Diferencias en la gestión entre CCAA en cuanto a compatibilidades, tiempos de espera, porcentaje de resoluciones, acceso, etc.
- Poca eficiencia y situaciones de confusión al desconocer antes de recibir la resolución la cuantía asignada para cubrir el servicio.

Del mismo modo que se identifican carencias, se apuntan como puntos fuertes en la gestión del SAAD los siguientes factores:

- Implicación de los profesionales (aunque no existe consenso total en este sentido). Mientras para algunos expertos se trataría de un punto fuerte, otros consideran que es justo lo contrario, una limitación en la gestión del SAAD.
- Aumento de la oferta de servicios del SAAD con el desarrollo de los años y la experiencia acumulada.
- Reducción progresiva de los plazos límite para recibir la resolución de dependencia. Aunque sigue habiendo situaciones de indefensión en el acceso, algunos expertos constatan una evolución positiva en la reducción de los plazos de espera.

Las soluciones para mejorar la gestión se concentran en torno a dos grandes focos de atención: la financiación, de la que se hablará de forma más pormenorizada, aunque se introducirán a continuación algunas de sus implicaciones en la gestión y la modernización a través de los avances tecnológicos, y canalizar la información entre instituciones aumentando el protagonismo de las tecnologías.

- Se considera que los aspectos financieros, tras unos años duros derivados de la crisis económica, han mejorado manteniéndose en los últimos años, pero sin volver a los niveles anteriores a la recesión.
- También se constata un dato importante: en los años donde la crisis económica fue más acuciante el sector sociosanitario experimentó un crecimiento de empleos.
- Se propone revertir los recortes producidos y lograr un modelo de financiación estable que no sea tan dependiente de las coyunturas económicas y políticas
- Otra propuesta se basa en aumentar el modelo de financiación para eliminar el Limbo de la Dependencia

Además de mejorar la financiación, la segunda gran propuesta para mejorar la gestión es optimizar la canalización de la información a través de las tecnologías.

- En primer lugar, se propone mejorar el Sistema existente, el SISAAD, para que, por un lado, recoja información en todas las comunidades autónomas y, por otro,

dicha información sea accesible para hacer planificaciones a corto y medio plazo.

- A pesar de la existencia del SISAAD, las informaciones recogidas orientan hacia un escaso conocimiento de este, ya que varios expertos hablan de implantar un Sistema informático común, cuando en realidad ya existe, aunque su operativa concreta no se perciba así.
- Otro aspecto relevante sería que las historias sanitarias y las historias sociales estuviesen compartidas entre los profesionales de Servicios Sociales y Sanitarios o bien crear una historia única. Ello permitiría anticiparse a determinadas situaciones, agilizar los trámites, reducir procesos y realizar una atención e intervención más integrales.

2.4 Coordinación, derivación, competencias, legislación

18. El Sistema **atiende situaciones de necesidad similares de manera diferente**, según sea el territorio, el momento o la persona que atiende la situación.

19. La falta de **coordinación entre Sistemas** afecta de manera muy directa a la dependencia interprofesional e interinstitucional, protocolos y sistemas de recogida de datos comunes.

20. No se toma en consideración la **itinerancia / derivación** cuando la valoración, tramitación y asignación de recursos no coinciden en un mismo territorio.

21. Se han dado con frecuencia **cambios relevantes** en las "reglas del juego".

22. Se requiere **desarrollar la plasticidad del Sistema** en servicios reversibles, servicios de emergencia, combinación entre proximidad y mayores distancias.

El análisis de la LAPAD implica una gran complejidad por los múltiples actores sociales e instituciones y empresas implicados en su diseño, coordinación, gestión y evaluación. Se procede ahora a indagar en cuestiones como aspectos legislativos, la distribución de competencias o la coordinación.

Sobre las dificultades en cuanto a la gobernabilidad del SAAD es preciso progresar en mejorar la coordinación y la colaboración de los servicios sociosanitarios y los Servicios Sociales, así como mejorar la financiación y el gasto del Sistema y avanzar **hacia una verdadera coordinación interadministrativa que cohesione el SAAD**.

2.4.1 Dispersión territorial, competencias

Ya en 2009, en el Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia, esgrimió una dificultad

que debía ser atendida con prontitud. Sin embargo, una de las dificultades que destaca es la desigualdad con que el SAAD se ha instalado en el territorio y no precisamente debido a diferencias regionales en cuanto a morbilidad y demanda de prestaciones, sino a las diferencias con que son aplicadas las políticas sociales por cada CCAA (Martínez-Buján, 2014).

No es posible hablar de un SAAD en España cuando quienes lo implementan son las CCAA con plena autonomía para determinar cómo abordan las problemáticas asociadas con la dependencia. El SAAD **es una expresión heterogénea que atiende situaciones de morbilidad similares**, de manera diferente, según sea el territorio donde sea solicitada la valoración. Cada una de las CCAA ha desarrollado un modelo de atención y de organización de las prestaciones en el que se ponderan algunas sobre otras. **Esta realidad es contraria al espíritu de la Ley** y al cumplimiento efectivo de los derechos subjetivos de las personas dependientes y sus familiares, quienes precisan del acceso a servicios del Sistema, no obstante, el SAAD ha tenido un desarrollo discontinuo y no lineal.

Esta situación de **heterogeneidad, contrastes, dispersión y disparidades** (; Montero, 2014; Jiménez-Lara, 2015) en el disfrute de los derechos conlleva que las personas dependientes y sus familias, tengan acceso a sus derechos de manera diferente según la CCAA donde soliciten la valoración y subsecuentemente deban recibir su prestación. Además, existe **otra dificultad en cuanto a la itinerancia geográfica**, cuando personas dependientes en las que, por motivos varios, la valoración tramitación y asignación del PIA no coinciden en un mismo sitio y precisan una mayor **flexibilidad** del Sistema para hacer efectivo su derecho a ser incluidos en el SAAD.

Por otra parte, es adecuado subrayar la persistente **desconexión entre la integración del SAAD con otros Servicios Sociales** preexistentes en las CCAA como uno de los inconvenientes que deben de subsanarse para el óptimo funcionamiento del Sistema. En concordancia, una dificultad evidente es la superación partido-ideológica de la "paternidad del SAAD" y pasara a priorizar sobre el fin último de la Ley: las personas dependientes y sus familiares, sobre las "lealtades" partidarias, para consolidar efectivamente "lealtades y legitimidad interinstitucional". Así también, resulta relevante en este contexto que "los **continuos cambios normativos** y los planes de ajustes presupuestarios iniciados a raíz de la crisis económica, especialmente los llevados a cabo en 2012, han cambiado el diseño inicial de la Ley antes de su completa implementación" (Morales, 2017: 162) razón por la cual, el SAAD, en su trayectoria no resultó ser acorde con lo planificado desde su génesis (Jiménez-Lara, 2015; Huete, 2019).

En base a los diferentes esquemas de prestaciones, la financiación, y el desarrollo previo de las CCAA en Servicios Sociales, era pronosticable considerar que el Consejo Territorial tendría que cumplir un rol rector cada vez más fuerte en la coordinación y en la configuración del SAAD para garantizar la igualdad en el goce de servicios y prestaciones (Cervera et al., 2009) pues, en caso contrario, se podrían **generar disparidades en el acceso a los derechos** -para personas con necesidades similares- por el único hecho de habitar en distintas CCAA.

La articulación de la LAPAD que nació como una Ley estatal pero que posteriormente fue cediendo competencias a las comunidades autónomas genera cierta controversia. La descentralización es positiva por las diferencias demográficas, económicas y sociales entre CCAA, pero, por otra parte, hay grandes desigualdades territoriales con respecto al nivel de cobertura y al copago del beneficiario. Esto condiciona el nivel de derecho.

Los expertos no se ponen de acuerdo con la hora de valorar esta descentralización de competencias. Mientras unos consideran que la diversidad de cada territorio en términos de riqueza, perfil poblacional, etc. son aspectos que considerar y que deben marcar diferencias, otros consideran que estas situaciones generan agravios comparativos entre ciudadanos de distintos territorios.

La administración local

El papel de la Administración Local en la Atención a la Dependencia también ha focalizado la atención en el trabajo de campo de este estudio. El artículo 12 de la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia habla de la participación de las entidades locales en la gestión de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia, no obstante, esto viene regulado por la normativa de las comunidades autónomas, encontrándose algunas de estas entidades locales privadas de esta acción debido a que La Comunidad Autónoma asume un rol principal en materia de Atención a la Dependencia.

En términos generales, los expertos creen que un incremento del su protagonismo de las Administraciones Locales en la gestión del SAAD es muy importante y debería recibir impulso. Al preguntar por su eficiencia las opiniones también son diversas. Sin duda, el principal potencial de las Entidades Locales es su cercanía y conocimiento de las situaciones de sus ciudadanos.

La Administración local aglutina los servicios de proximidad y ello le permite un mayor conocimiento de muchas situaciones de dependencia. La falta de comunicación se considera uno de los principales escollos en la coordinación entre administraciones locales y autonómicas. Las propuestas del rol que deben desempeñar las Administraciones Locales son las siguientes:

- **Aumentar** su eficiencia optimizando recursos humanos y financieros
- **Facilitar** los distintos procesos y ofrecer información
- **Realizar** valoraciones conjuntas y servir de punto de unión
- Dar **respuesta** integral a las personas en situación de dependencia
- **Incrementar** su participación y protagonismo en base a su potencial de cercanía y conocimiento de sus ciudadanos
- **Homogeneizar** la atención y acordar un modelo de financiación
- Crear **Consejos Interterritoriales** con implicación de diversos profesionales
- Implantar Comisiones de Coordinación

2.4.2 Coordinación

La coordinación será una de las constantes a corregir en muchos de los aspectos por los que se ha preguntado en el Delphi. En el caso de las valoraciones se requiere una mejora entre los Servicios Sociales y los Servicios Sanitarios fundamentalmente, pero también el aumento del protagonismo de los Ayuntamientos como entidades más cercanas y conocedoras de sus ciudadanos. La coordinación es pues un elemento omnipresente dentro de los aspectos susceptibles de mejora en el SAAD, entre distintas instituciones y esferas territoriales.

1. Servicios Sociales-Servicios Sanitarios.

Hay un consenso al afirmar la necesidad de mejoras en la coordinación entre los Servicios Sociales y los Servicios Sanitarios, siendo la coordinación que más atención ha acaparado por parte de los expertos por considerarla esencial. Se estima factible una mejora en esta coordinación. Para ello se sugieren varias propuestas:

- La **interconexión entre muchas de las personas usuarias** de los Servicios Sociales y Sanitarios ha sido también objeto de atención. Se considera que la continuidad entre ambos debería fomentarse más.
- La **Comunicación** es otro de los aspectos que se debería mejorar en opinión de los expertos y expertas.
- Para ello, se sugiere **crear estructuras y órganos específicos de coordinación** que canalicen información y protocolos comunes, lo que requeriría apoyarlos financieramente.
- Las **reuniones periódicas entre ambos sistemas** y un mejor asesoramiento e información también se consideran cambios pendientes de implementar.
- En esta misma línea argumental, se sugiere que haya **profesionales de enlace** entre ambos servicios e incluso, en el caso de los menores con dependencia, con la inclusión de los servicios educativos.
- De forma más específica, para favorecer la comunicación entre Servicios Sociales y Sanitarios, se propone que los informes de cada servicio sean **accesibles** por el otro.
- Además de mejorar la atención prestada a las personas con dependencia, se considera que una eficacia en la Coordinación y Comunicación de los Servicios Sociales y Sanitarios redundaría en **aspectos preventivos**.
- Por último, la coordinación entre Servicios Sociales y Sanitarios abarcaría no solo aspectos de comunicación, canales de coordinación, compartir información o estructuras comunes, sino **formar a profesionales** de ambos sistemas en aras a incorporar estos cambios, así como evaluar las actuaciones de ambos servicios.

2. Entre comunidades autónomas

Los profesionales expertos consultados proceden de distintas comunidades autónomas y, por ello, difieren a la hora de valorar algunos servicios o aspectos del SAAD dadas las diferencias autonómicas que derivan en determinados desequilibrios. Estos desequilibrios entre regiones se manifiestan gravemente desde su inicio en algunas de las claves de desarrollo de la LAPAD:

- Acceso muy desigual al SAAD por Comunidad Autónoma
- Listas de espera
- Esfuerzo financiero público muy heterogéneo

Frente a estas diferencias hay dos líneas argumentales, las de quienes consideran que pueden existir diferencias entre CCAA puesto que cada una puede decidir dar un apoyo extra a la Ayuda a la Dependencia o no, y quienes se decantan por un Sistema igualitario para los beneficiarios del SAAD con independencia de su lugar de residencia.

Para los que desean un Sistema único con el mismo funcionamiento entre CCAA, las apuestas pasan por tres grandes líneas de actuación:

- Crear un **Catálogo** único de procedimientos
- Diseñar un **Mapa** estatal de recursos
- Independientemente de que haya uniformidad o no, se considera adecuado

mejorar la **comunicación** para poner en común buenas prácticas e informaciones que puedan ser replicables en otras CCAA.

Además de aspectos macro, algún aspecto de carácter micro ha centrado la atención de los expertos como las dificultades de personas que cambian de domicilio al rotar por unidades familiares y los problemas para la provisión de servicios en estos casos.

3. Entre comunidades autónomas y la Administración General del Estado

Las diferencias de percepción entre la articulación de financiación y gestión de las comunidades autónomas y la Administración General del Estado son notorias. Se estima que el Estado debe velar por el cumplimiento de las competencias por parte de las CCAA y para ello se sugiere crear un Organismo de Control a estos efectos y a los de realizar un reparto justo de recursos. Este organismo debería centralizar los informes de resultados que permitirían planificaciones futuras.

Hay disenso en cuanto a la financiación con quejas del techo de gasto que puede llegar a ser inasumible por algunos gobiernos autonómicos. Esto, en la práctica, redunda en coberturas que no se llegan a implementar por falta de financiación autonómica en algunas comunidades. Finalmente, se habla de propuestas concretas con implicación del Gobierno Central y los diferentes Gobiernos Autonómicos:

- **Conferencias Sectoriales**
- **Registro Central** de personas dependientes

4. Entidades prestatarias de servicios e instituciones de gestión

Con la Ley de Protección de Datos las entidades del Tercer Sector que prestan servicios de dependencia tienen difícil acceder a información sociosanitaria relevante para realizar las gestiones adecuadas: a veces no conocen la prestación concedida previamente, el porcentaje asignado, etc.

Mientras que algunos expertos/as hablan de buena comunicación, otros ven en ella un inconveniente en la relación entre entidades. Estas diferencias posiblemente vengan derivadas de las diferencias interterritoriales.

Se propone mejorar la coordinación existente con diversas fórmulas:

- Mejorar la **formación**
- Realizar **seguimientos** vinculados
- Desarrollar **programas informáticos** conjuntos
- Incorporar **profesionales** que sirvan de nexo
- Crear de Comisiones de **Coordinación** y Control
- Facilitar el acceso de las **entidades prestatarias** a información de Servicios Sociales relevante para sus actuaciones

2.4.3 Legislación

El SAAD ha sufrido numerosas modificaciones desde su puesta en marcha en prácticamente todas las áreas contempladas en la Ley 39/2006, ya que se han visto afectadas por normativas posteriores a la referida Ley diversos aspectos: el calendario

de desarrollo de la Ley (alargando periodos), los baremos de valoración la financiación (mediante recortes), la intensidad de los servicios (acortando intensidades de todos los servicios ofertados), las cuantías de las prestaciones (bajando de media un 15%), la compatibilidad entre prestaciones y servicios (restringiéndolas) y la cotización a la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales (haciéndola electa y a cargo de los propios cuidadores – después nuevamente asumida por el Gobierno).

La Ley resultó innovadora en 2006 y ofreció coberturas que hasta ese momento eran inexistentes. Además, nació con un importante apoyo parlamentario, cosechando grandes expectativas y esperanzas. Su **carácter nacional** y su cobertura estatal han sido destacados por varios expertos. Desde 2012 la financiación estatal se redujo, aumentando el protagonismo de las comunidades autónomas en materia de financiación y, en consecuencia, aumentando las diferencias entre ellas. A este respecto, se habla de falta de lealtad institucional en algunos casos, aspecto que se desarrollará de forma pormenorizada más adelante.

De cara al futuro se considera que habrá que seguir incluyendo cambios en la Ley para asegurar su ajuste al **desarrollo demográfico español**. La complejidad de la que se ha hablado hace necesaria la coordinación de todos los agentes y actores sociales implicados en la LAPAD para optimizar su funcionamiento.

2.5 Financiación, viabilidad, retorno social

23. La inversión española en cuidados de larga duración se encuentra **por debajo del entorno europeo**.

24. Existe una permanente **incertidumbre presupuestaria** que no siempre tiene que ver con la falta de recursos.

25. Está pendiente la **configuración del Sistema a largo plazo**, de acuerdo con las proyecciones demográficas y el incremento de la población dependiente.

26. **Tendencia acumulada de recorte** con la supresión del nivel acordado, la reducción del nivel mínimo y la supresión de las cotizaciones de cuidadoras familiares.

27. Falta de aprovechamiento del Sistema como herramienta de **generación de empleo y riqueza**. La industria de los cuidados permanece inexplorada.

28. El **abuso de las prestaciones económicas** frente a los servicios inhibe la creación de puestos de trabajo.

29. Con frecuencia aparecen **dudas sobre el cumplimiento de derechos laborales** y condiciones de precariedad salarial.

El *Segundo informe del Observatorio de la Dependencia* (FEDEA, 2017), constata una cierta recuperación tras los recortes introducidos en 2012 y 2013, pero ubica a España en la zona media-baja de la distribución por el nivel de ayudas a la dependencia en comparación con países de Europa del Norte como Suiza, Holanda, Suecia y Noruega.

Por su parte, y en la dimensión del sostenimiento financiero del Sistema (Monserrat, 2015) se plantea la necesidad de calibrar el foco de los servicios actuales, los cuales están esencialmente vinculados con el **carácter finalista del Sistema**. Es decir, el SAAD es un Sistema reactivo **configurado para “esperar”** a que lleguen a sus puertas las personas con dependencia o sus familiares, cuando en realidad, tendría mayor sentido, darle la vuelta a un enfoque más preventivo, y así, disminuir en la medida de lo posible el caudal de potenciales dependientes (Comisión para el análisis de la situación del Sistema de Dependencia, 2017; Huete, 2019).

Sin embargo, lo anteriormente expuesto tiene su correlato en el incumplimiento de la AGE en **asignar de manera paritaria el 50% de los recursos** destinados al funcionamiento del SAAD. Para el año 2018 las CCAA se ocuparon de aportar el 80% de los recursos que permitieron la existencia del Sistema, mientras que la AGE aportó el 20%. Esto se traduce en dificultades y necesidades asociadas con desigualdades territoriales en cuanto a cobertura y modelos de gestión.

Sobre las **reducciones y el recorte presupuestario**, autores como Martínez (2017) afirman que la acumulación de recortes y las reformas recientes que ha sufrido el SAAD provocan que no sea posible cumplir con el espíritu de la Ley, es decir, aunque el Sistema “quiera”, sus restricciones presupuestarias, lo impiden.

Con el advenimiento de la **crisis del 2008** el SAAD sufrió diferentes problemas objeto de su incipiente proceso de implementación y falta de contundencia para su afianzamiento en el territorio. Lo que se inició como una gran expectativa para una importante cantidad de personas se empezó a frustrar pocos años después del principio.

El **recorte presupuestario** conlleva la imposibilidad de brindar las prestaciones para atender las necesidades de las personas en situación de dependencia, y trae consigo otros efectos sobre sus personas cuidadoras: “Los recortes que se están produciendo en el Sistema están afectando tanto a los beneficiarios como a sus cuidadores, devaluando los derechos adquiridos anteriormente” (Martínez-López, 2014: 21) generando realidades lamentables para quienes precisan del SAAD para vivir mejor.

Es así cómo se combinan una serie de factores que van desde la **fragilidad de los vaivenes económicos**, hasta los cambios en el partido de Gobierno que evidencian la vulnerabilidad del SAAD, la cual repercute en la fluctuación en el periodo 2012-2015.

Es así como la ineficiencia no se debe a variaciones demográficas ni epidemiológicas, sino a cuestiones presupuestarias. Estos cambios se traducen en que el cronograma de implementación, el baremo de la dependencia y la financiación (Monserrat, 2015), así como la variación de la fórmula del copago¹ fueron modificadas según se preveía desde la aprobación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

Sin embargo, la principal dificultad financiera añadida sobre del SAAD se asestaría en 2012 después de la aprobación de la Ley de presupuesto, debido a que la estructura queda modificada, suspendiéndose en consecuencia también el compromiso de dotación anual para el nivel acordado y, el impacto de esta previsión desde el punto de vista económico (Consejo Económico y Social, 2012: 19).

¹ En aquellos esquemas en los que la lógica de elegibilidad no está basada en el aseguramiento, pero sí sometida a la aplicación de fórmulas de copago, aparecen una serie de consideraciones acerca de las potenciales desigualdades derivadas de la aplicación de determinados umbrales de renta, la consideración de los patrimonios personales más allá de las rentas disponibles, el grado de responsabilidad familiar en la financiación de los cuidados, las dificultades derivadas de la aplicación de mecanismos de control de rentas y, en términos generales, la potencial aparición de desigualdades sociales en el acceso y uso de este tipo de servicios (Arriba y Moreno, 2009).

Además, el enfoque finalista de la dependencia tiene impacto sobre su sostenibilidad financiera al corto plazo, y más aún cuando la AGE desde el año 2012 no suscribe convenios con las CCAA, en consecuencia, con la demanda existente para el establecimiento del nivel acordado de aporte económico para el funcionamiento del SAAD.

Y es que para la AGE no suscribir convenios con las CCAA es posible debido a que el modelo de competencias de la AGE se reserva un: "...núcleo básico de acción así como la garantía de la financiación de un mínimo que garantice la igualdad, mínimo no prefijado en la Ley y, por lo tanto, abierto a un debate muy intenso" (Cervera et al., 2009: 4).

2.5.1 Financiación

Buena parte de las problemáticas detectadas del funcionamiento del SAAD tienen como respuesta ideal el aumento de recursos económicos o, en la misma línea, de recursos humanos. Esta sería la panacea para la principal problemática que ha rodeado la atención a la dependencia desde la aparición de la LAPAD en 2006. La evolución demográfica de la población española - con un creciente aumento de esperanza de vida unida a la complejidad de mantener la protección social a las personas pensionistas con las cotizaciones de la población trabajadora como señas de identidad - hace prever la necesidad inminente de aumentar el esfuerzo financiero no solo para mejorar la atención a la dependencia actual, sino para mantenerla en los términos presentes.

La viabilidad económica del SAAD es una preocupación, pero al mismo tiempo puede ser una gran oportunidad para desarrollar un impulso social y laboral tal y como se expondrá al hablar del retorno social que produce el Sistema de Dependencia. Es necesario señalar que hay condicionantes que pueden hacer variar el acceso a un determinado servicio por casuísticas externas, como que a finales del año en curso ya esté comprometida toda la partida presupuestaria asignada a un determinado recurso.

Las fórmulas para mejorar la financiación que han emergido del panel de expertos han sido bastante variadas:

- **Copago**
- **Apoyo** de grandes empresas y Fundaciones Sociales
- Crear un **pacto político** que exceda los ciclos de gobierno
- Incorporar un índice de **sostenibilidad** de acuerdo a indicadores demográficos
- Implantar un límite de **costes** por persona a lo largo de su vida
- Tener un mayor conocimiento de las **necesidades** y ser realistas en las **previsiones**
- Repartir los fondos a las CCAA por el **gasto** de la población, no por el número de habitantes
- Mayor **apoyo** de las familias. Este aspecto genera grandes diferencias en cuanto al rol que la familia debe desempeñar en la atención de la persona dependiente
- Una alternativa propuesta es reducir el número de prestaciones de cuidados en el entorno familiar y aumentar la cuantía de dichas prestaciones

2.5.2 Retorno Social

Dentro del binomio Coste / Beneficio, además de abordar la financiación es preciso tomar en consideración el retorno social que implica la Ayuda a la Dependencia. De forma

incuestionable, se considera el SAAD como un nicho de empleo que habría que potenciar ya que en los próximos años se precisará seguir incrementando la plantilla de profesionales que trabajan vinculados al SAAD. Algunos expertos ofrecen datos cuantitativos específicos cifrando en 247.000 los empleos directos asociados a la LAPAD, a los que habría que añadir los empleos indirectos generados. Esto da una aproximación al volumen de retorno que implica la Dependencia.

Otros factores a tener en cuenta son las tasas de recuperación, que en atención a la dependencia se cifran en un 40% según Hermin España o el coste de oportunidad. Si bien los aspectos cuantitativos son relevantes, desde el punto de vista cualitativo se requiere **mayor profesionalización** de las personas que trabajan en Atención a la Dependencia.

Se considera que el retorno económico y social de apostar por un aumento de los recursos humanos dedicados a la gestión de la LAPAD sería importante y, en consecuencia, un motivo más para trabajar en esta dirección. En este sentido, un experto se refiere a la Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales quienes proponen valorar el SAAD como inversión social.

El **retorno económico** se produce a través de varias vías que fundamentalmente convergen en tres: **el IRPF, las cotizaciones sociales y la reducción de prestaciones por desempleo**. Mención especial merece la Asistencia Personal en cuanto a la generación de retornos, pues se considera que es el servicio con mayor potencial. También la ayuda a Domicilio se estima que genera importantes retornos económicos fomentando el empleo. Para favorecer la empleabilidad del SAAD se realizan algunas propuestas:

- **Evaluar** en profundidad los servicios para determinar los más eficientes
- **Gestionar** adecuadamente para beneficiar a otros sistemas como el de pensiones
- **Enfocar** la inserción laboral de sectores más desfavorecidos
- **Reducir** la ratio de los profesionales
- **Incrementar** la formación de los profesionales y también de los familiares que se ocupen del cuidado de las personas dependientes
- **Incentivar** el empleo femenino
- **Reorientar** el modelo de atención institucional hacia centros más pequeños que potencien la independencia
- **Incentivar** la coordinación entre sistemas creando nuevas estructuras
- **Incorporar** profesionales para realizar seguimientos
- **Establecer** una proporcionalidad entre el incremento de demandas y la incorporación de profesionales
- **Priorizar** servicios ante las prestaciones
- **Incrementar** el realismo de las previsiones de valoración
- **Equiparar** el sistema de Servicios Sociales al Servicio Sanitario
- **Aprobar** un modelo de financiación estable con el Consejo de Política Social y Financiera (propuesta de la Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales).

A pesar de todas estas alternativas propuestas y del consenso producido por el retorno económico y social que produce el desarrollo de la LAPAD, la relación entre demandas y profesionales sigue sin parecer adecuada y no se percibe que los gestores del SAAD consideren los argumentos planteados.

Como ya se indicó, un aspecto que tiene gran implicación es la supresión o no de las cotizaciones a la Seguridad Social en la Prestación económica para cuidados en el entorno familiar. Se valora positivamente esta recuperación de la cotización de las cuidadoras no profesionales, la mayoría mujeres. Este impacto de las cotizaciones se plasma en las condiciones y calidad de vida de estas cuidadoras pues el coste de oportunidad del cuidado es muy alto. Las cotizaciones minimizan las pérdidas en cuanto a derechos laborales, aunque siguen sin ser suficientes. La imposibilidad de estas cuidadoras y cuidadores no profesionales de desempeñar otro trabajo o de abandonar el que tenían incide de forma muy directa en su calidad de vida y desarrollo profesional.

3 Bases para una reforma del SAAD.

El objetivo de esta publicación es la revisión sistemática de las principales dificultades organizativas, económicas y de prestación de servicios del SAAD, cuestión abordada en el capítulo anterior, y la consiguiente elaboración de una estrategia de diseminación e implantación de propuestas de mejora, liderada por la Fundación CASER.

3.1 Población desconectada e indiferente

30. Allí **donde hay más personas dependientes el SAAD es más débil** y los recursos más escasos.
31. La población **joven, con discapacidad intelectual y/o enfermedad mental** presenta mayor severidad.
32. Existe un **amplio conocimiento del sistema**, aunque también persiste una alta tasa de personas indiferentes o desconectadas.
33. Una **considerable población permanece ajena** al fenómeno de la dependencia, incluso cuando existe la necesidad en el hogar.
34. El Sistema no considera las perspectivas y **necesidades de las familias**.
35. Las **personas que viven solas y carecen de apoyos familiares** tienen graves dificultades para acceder al sistema, obtener la información que necesitan y cumplimentar documentos, entre otros aspectos.
36. **Acrecentar** los seguros personales para la asistencia personal y considerar la posibilidad de implementar el sistema de hipoteca inversa (Reino Unido)

Aunque la encuesta aplicada se ha centrado en conocer la situación y necesidades de la población en situación de dependencia, la información obtenida permite estimar la situación de toda la población española ante el SAAD. Con esto, se consigue ofrecer una estimación sobre la posición de la población no solo que ha acudido al SAAD, sino aquella potencialmente dependiente e incluso aquella que se encuentra totalmente ajena al SAAD. De esta forma, distinguimos la siguiente tipología:

- **Indiferentes:** no conocen el SAAD, ni tienen situaciones de dependencia cercanas.
- **Sensibles:** conocen el SAAD, aunque no tienen situaciones de dependencia cercanas.
- **Atendidos:** personas que han acudido al SAAD.
- **Reconocidos:** personas que han obtenido valoración del SAAD y grado de dependencia.
- **Sin derecho:** Personas que han solicitado valoración, y han sido reconocidas sin grado.
- **Con prestación:** personas que tienen prestación o servicio del SAAD.
- **Sin prestación:** personas con grado reconocido, sin prestación.
- **Desconectados:** personas con dependencia, que no han acudido al SAAD.

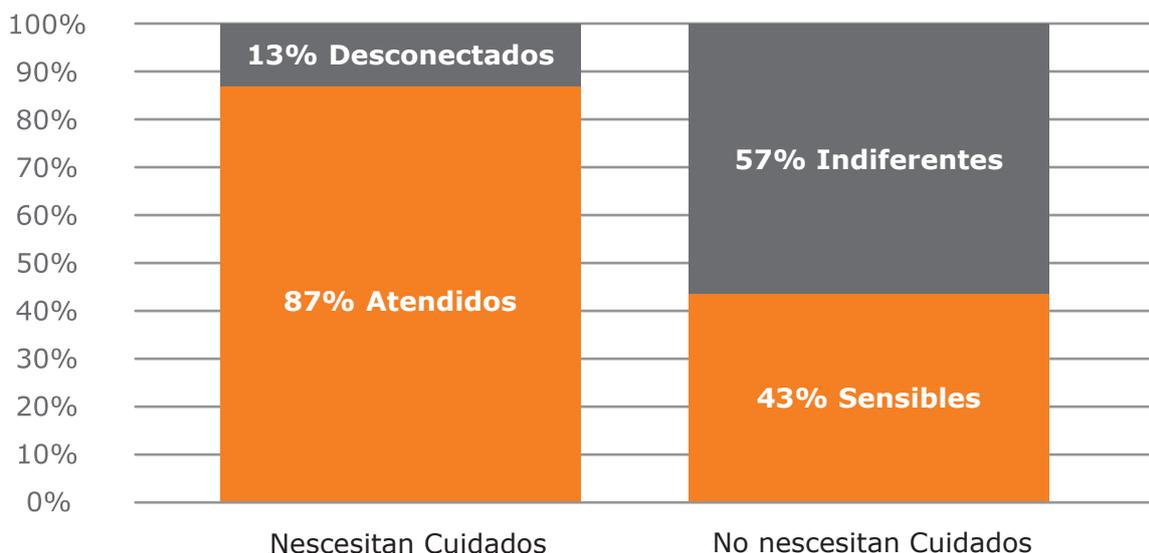
En las siguientes tablas y gráficos se ilustra la posición de la población española respecto al SAAD conforme a los criterios indicados. La población se ha estimado a partir de las cifras oficiales de población, registros estadísticos del SAAD y la encuesta aplicada.

TABLA 7. ESTIMACIÓN DE POBLACIÓN ESPAÑOLA SEGÚN SU POSICIÓN ANTE EL SAAD.

Indiferentes	25.547.920
Sensibles	19.272.993
Atendidos	1.849.252
Reconocidos	1.355.478
Con prestación	1.097.991
Sin derecho	493.774
Sin prestación	257.487
Desconectados	264.467

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios del SAAD, SISAAD, y Padrón de población.

GRÁFICO 3. ESTIMACIÓN DE POBLACIÓN ESPAÑOLA SEGÚN SU POSICIÓN ANTE EL SAAD



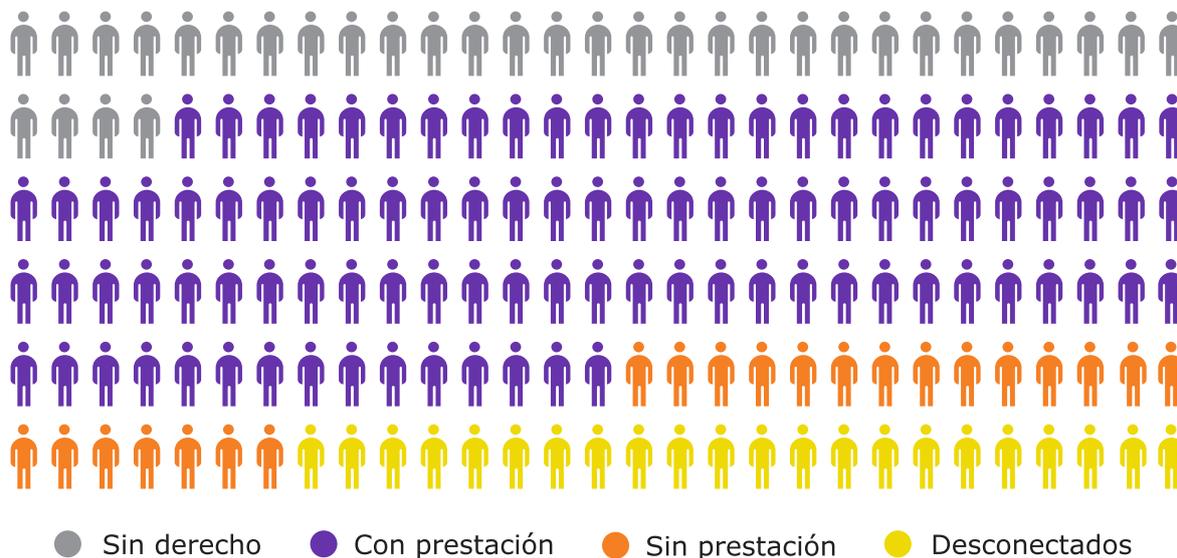
Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios del SAAD, SISAAD, y Padrón de población.

GRÁFICO 4. ESTIMACIÓN DE POBLACIÓN ESPAÑOLA SEGÚN SU POSICIÓN ANTE EL SAAD



Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios del SAAD, SISAAD, y Padrón de población.

GRÁFICO 5. ESTIMACIÓN DE POBLACIÓN POTENCIALMENTE DEPENDIENTE SEGÚN SU POSICIÓN ANTE EL SAAD.

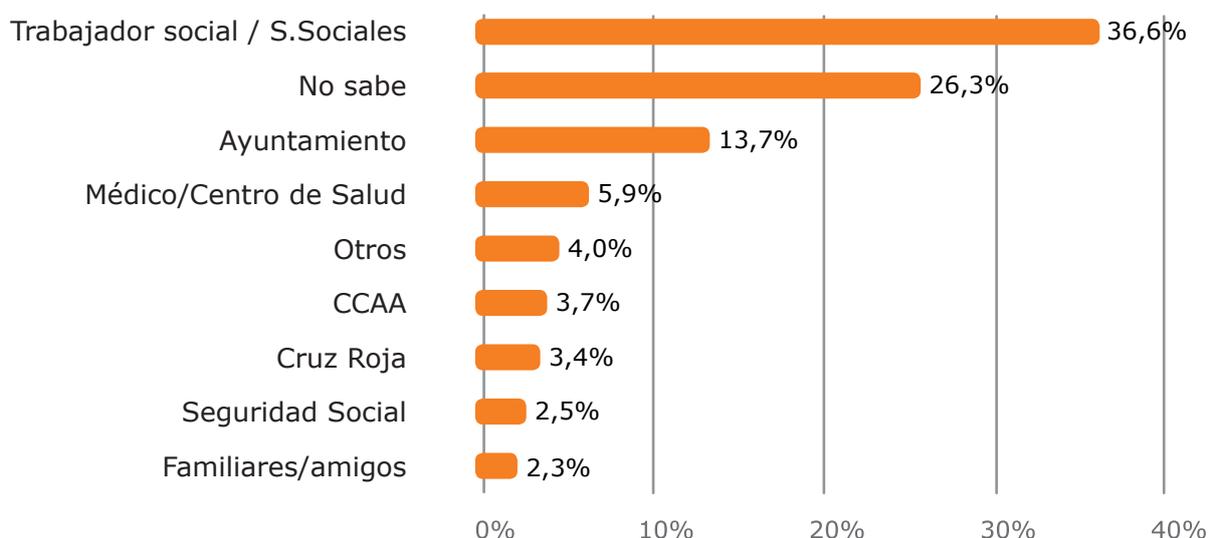


Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios del SAAD, SISAAD, y Padrón de población.

En la información obtenida, llama la atención la situación de personas **desconectadas**, es decir, que reconocen situaciones de dependencia, pero no han acudido al SAAD. Es la población conocida como **potencialmente dependiente** que, junto a la **Indiferente**, constituyen la población que en la actualidad desconoce el sistema, y sobre la que se requieren medidas de sensibilización.

Para profundizar sobre el fenómeno de la dependencia en este momento cero, es decir, el previo a la entrada en el sistema, se ha preguntado a aquellos que en este momento no tienen esa necesidad dónde acudirían a solicitar ayudas por dependencia en caso de que lo necesitaran. El primer dato relevante es que un 26% reconoce que no sabría dónde acudir. De los que sí ofrecen una respuesta, los Servicios Sociales serían la referencia principal, seguidos de los Ayuntamientos y los centros de salud.

GRÁFICO 6. INSTANCIA DE REFERENCIA DE LA POBLACIÓN NO ATENDIDA POR EL SAAD



Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios del SAAD.

Cuando se pregunta acerca de las causas por las que no se ha acudido al sistema, el SAAD se percibe como una posibilidad dilatable hasta la dependencia absoluta. Es decir, no solicitable hasta que la persona no se valga por sí misma de manera grave. Otras causas tienen que ver con la previsible dificultad del procedimiento o su resultado negativo.

Una situación extrema detectada mediante la encuesta es la de personas que viven solas y no solicitan el SAAD porque no son autónomos para hacerlo, aunque lo necesitan; es decir, las personas que más urgentemente lo requieren.

En relación con la **severidad** de la población que ha obtenido valoración, **la encuesta ha permitido determinar que la población dependiente presenta patrones** de interés por edad y tipo de discapacidad. Así, las personas jóvenes y las que tienen discapacidad intelectual y/o enfermedad mental presentan niveles de severidad mucho más altos. Aunque es una cuestión que se debe investigar con más profundidad, parece un indicio claro de que el nivel de "exigencia" en la baremación es más alto para estos sectores de población. La severidad se ha resumido mediante un indicador sintético, en el que 0 indica "sin dependencia" y 3 "máxima dependencia".

TABLA 8. INDICADOR SINTÉTICO DE SEVERIDAD SEGÚN VARIABLES DE CLASIFICACIÓN

VARIABLE	VALORES	COBERTURA (0 A 3)
Sexo de la persona dependiente	Hombre	1,96
	Mujer	1,88
Tamaño de hábitat	Hasta 2.000	1,81
	De 2.001 a 10.000	1,81
	De 10.001 a 50.000	1,86
	De 50.001 a 200.000	1,92
	Más de 200.000	1,97
Grupos de Edad	De 0 a 16	2,67
	De 17 a 33	2,29
	De 34 a 50	2,50
	De 51 a 67	2,25
	De 68 a 84	1,86
	De 85 o más	1,79
Nivel de estudios de la persona dependiente	Sin estudios	1,91
	Primarios	1,88
	Secundarios	2,10
	Universitarios	1,92
Limitación grave	Física	1,85
	Intelectual	2,34
	Por salud mental	2,33
	Visual	2,02
	Auditiva	1,91

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios del SAAD.

Los cambios sociodemográficos de los últimos años han modificado los indicadores envejeciendo las pirámides poblacionales con el progresivo aumento de la esperanza de vida. Estas tendencias se mantendrán e incrementarán según las proyecciones demográficas, aumentando el número de personas mayores y, consecuentemente, el de personas que vayan perdiendo autonomía personal.

En cambio, resulta contradictorio que son muchas las familias que no conocen las opciones del SAAD **ni tienen una perspectiva de la promoción de la autonomía personal** que ralentice el proceso hacia la dependencia. Cuando la situación se hace insostenible es cuando se accede a los Servicios Sociales para solicitar información y prestaciones.

Esto conduce a que **una parte importante de la población que permanece ajena a la idiosincrasia de la dependencia hasta que sus propias necesidades le acercan al sistema**. Se señalan a continuación algunas de las barreras que es necesario superar para lograr el reto de que la población española (en su sentido más amplio) conozca el SAAD.

- **Información** desconocida o insuficiente. Hay un consenso entre los expertos al determinar el acceso a la información como un factor clave para mejorar el SAAD. Las vías de difusión de información pueden ser variadas: medios de comunicación, Ayuntamientos, Asociaciones de Vecinos...
- **Ausencia** de apoyos familiares. Las personas que viven solas y que carecen de apoyos familiares tienen graves dificultades para acceder al SAAD, obtener la información que necesitan y cumplimentar documentos, entre otros aspectos. La familia es considerada un agente con un rol protagonista y, consecuentemente, las personas que no cuentan con este apoyo están en una situación de mayor vulnerabilidad social.
- **Universalidad** como panacea. Las premisas iniciales de la Ley de Dependencia y su articulación buscaban la Universalidad del sistema. En la práctica, la Universalidad no ha llegado a materializarse por limitaciones normativas posteriores, requisitos mínimos y desigualdades territoriales.

Las propuestas para acercar el SAAD a la población que permanece ajena y desconectada de él son fundamentalmente las siguientes:

- Realización de **campañas** de sensibilización. Se propone que se articulen a distintos niveles: macro, micro y meso.
- Erigir el **Sistema** de Servicios Sociales como uno de los 3 grandes pilares del Estado de Bienestar junto al Sistema de Salud y al Educativo.
- Aumentar la **visibilidad** del sistema.

Las vías sugeridas para lograr una mayor visibilización del Sistema son emplear medios de comunicación (radio, prensa, televisión) o a través de **Ayuntamientos** u otras entidades locales empleando trípticos, notas informativas...

3.2 Saturación de enfoque en servicios, cultura de la prevención

37. Los servicios de **prevención ocupan un espacio marginal** (únicamente el 3,95% del total de servicios y prestaciones económicas) en el conjunto del SAAD.

38. El SAAD es un sistema reactivo **configurado para “esperar”** a que lleguen a sus puertas las personas con dependencia o sus familiares. Tiene un carácter finalista.

39. No se ha desarrollado una **cultura de la prevención**, que resulta básica para una atención de calidad.

40. El SAAD precisa un enfoque preventivo, y así, disminuir en la medida de las posibilidades el caudal de **potenciales dependientes**.

41. **Reorganizar** los recursos humanos y la distribución económica desde el enfoque de la prevención para disminuir la preeminencia de prestaciones y servicios asistenciales

Según los datos obtenidos en el trabajo de campo, sin duda una de las grandes asignaturas pendientes del SAAD es lograr la Universalidad del sistema. Se trata de un gran reto que al mismo tiempo tiene grandes potencialidades de futuro por diversos aspectos que se irán desentrañando. En la actualidad no existe una cultura de prevención de la dependencia y la evolución del Sistema hacia la priorización del carácter asistencial ha dejado en un segundo plano la prevención.

En cuanto a los servicios de prevención enfocados y pensados para evitar situaciones de dependencia, no fue sino hasta agosto de 2011 que el Consejo Territorial fijó criterios al respecto, y lo hace para regular los servicios de Promoción de la Autonomía Personal. Por ello, el avance y la fuerza con que estos se han implementado es escasa y se carece de una herramienta de enorme utilidad para mejorar la cantidad de años libres de dependencia.

Esto supone que muchas personas que podrían a futuro no ser dependientes o que podrían reducir su potencial grado de dependencia para el año 2012, no estaban recibiendo los servicios que podrían prevenir la dependencia, lo que deviene en un problema dual para las personas y para el Estado por el crecimiento en la morbilidad y prevalencia de la dependencia.

El SAAD es una herramienta que según lo anteriormente mencionado deberá ajustarse para suplir la prevalencia de la demanda que se estima creciente. En estrecha interconexión con la existencia de una parte de la población española que permanece ajena al SAAD y a situaciones de dependencia, es relevante abordar la escasa cultura preventiva en España en cuestiones vinculadas a ella. A esto se une un aspecto al que ya hicimos referencia al abordar la cartera de servicios del SAAD: los expertos consideran que los servicios de Prevención y de Promoción de Autonomía Personal están entre los más ineficientes de la cartera de servicios. En consecuencia, se trata de otro de los grandes retos de la Atención a la Dependencia en nuestro país. Los condicionantes de esta importante limitación del Sistema son varios:

- Aspectos culturales: la prevención requiere actuaciones que no tienen un impacto

visible a corto plazo y eso hace que en ocasiones no se valore su verdadero potencial y utilidad.

- Focalización en las grandes dependencias. Si bien es indudable que son las que más recursos y herramientas necesitan por tener más necesidades, no se debe olvidar a las personas que no ostentan estos grados, pero que también requieren ayuda en su vida cotidiana.
- Desequilibrios en el apoyo a los distintos servicios. Como se indicó al desarrollar los aspectos legislativos, la Ley de 2006 se ha ido implementando con un desigual desarrollo de unos servicios y recursos en detrimento de otros.
- Hay servicios más populares que tienden a ser más demandados. Unido al diferente apoyo que han recibido unos recursos y otros, se encuentra el mayor conocimiento de la población de servicios como la ayuda a domicilio, la teleasistencia o los cuidados en el entorno. La consecuencia es una sobreasignación de unos recursos y el empleo residual de otros como la Promoción de la Autonomía Personal que es determinante en la prevención de mayores grados de dependencia.
- Saturación de los familiares cuidadores. Un factor poco abordado, pero de gran impacto en las situaciones de dependencia, son las situaciones de conflictos familiares derivados de las enormes exigencias de atención y cuidado que tienen algunas personas con dependencia.
- Denominación. Los conceptos connotan significados; por ello la común denominación de Ley de Dependencia en lugar de Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, muestra no solo la tendencia a reducir conceptos extensos, sino que el foco de la Ley se centra en la Dependencia.

Además de discernir posibles frenos al reto de la prevención, los expertos consultados en el Delphi realizan una serie de propuestas para convertir el reto de la prevención y la Promoción efectiva de la Autonomía Personal en una realidad.

- Dedicar más tiempo y esfuerzo a ofrecer una información más integral. La escasez de personal a la que ya se ha hecho referencia implica que los tiempos de atención por usuario se reduzcan. Esto va en detrimento del servicio que se presta.
- Anticiparse a las necesidades explícitas no solo por parte de los profesionales del SAAD, también desde los Centros de Salud.
- Promover programas proactivos desde Servicios Sociales apoyados en la atención precoz. Estarían dirigidos no solo a la población en riesgo o con limitaciones funcionales, sino a la población en general. En la actualidad no existen programas de prevención que se anticipen a situaciones de necesidad social.
- Realizar talleres, coloquios o charlas de personal sanitario a población potencialmente dependiente y a sus familias (a los que el Sistema de Salud tiene acceso).
- Cambio en la concepción de los Servicios Sociales. Se plantea un cambio que no solo es de corte operativo, sino más bien cultural. Se plantea que una mayor inversión en Servicios Sociales de base podría prevenir otros costes sanitarios.
- Aumentar la autodeterminación y capacidad de decisión de las personas con dependencia. Esto implica fomentar su independencia y convertirles en los principales elementos decisores de los servicios o estrategias a adoptar para su situación. Para ello se sugiere potenciar que la toma de decisiones la tome el propio afectado/a por la situación de dependencia en detrimento de su familia.

- Los menores como protagonistas. Algunos menores conviven en su entorno familiar con personas dependientes y otros es muy posible que lo hagan en algún momento de su vida. Trabajar desde un punto de vista educativo sobre las situaciones de dependencia incrementaría la cultura de generaciones futuras en este sentido, y esta información actuaría como eficaz elemento preventivo.

3.3 Incertidumbre

42. **El uso del Sistema se desincentiva mediante la incertidumbre** en todos sus procesos: el acceso, la valoración, la asignación de recursos, la gestión y el copago de estos.
43. El usuario/a, que busca tranquilidad en el sistema, **encuentra obstáculos y dudas** sobre las consecuencias en todos los pasos.
44. Los procesos resultan con frecuencia **ininteligibles** en sus mecanismos e **incierto** en las consecuencias.
45. Las **fronteras artificiales** entre administraciones, sectores del bienestar y operadores del Sistema generan opacidad y desorientación en las personas usuarias y desincentivan su uso.
46. La falta de **transparencia informativa** y dispersión de trámites dificulta la comprensión de los diferentes procesos y momentos procesales para acceder a una prestación.
47. El **Limbo de la desatención** es un entramado complejo, fundamentado en la intranquilidad de las personas usuarias y el desincentivo en el uso del Sistema.
48. El **limbo de la desatención** impacta de manera más negativa en aquellas personas con gran dependencia y edades avanzadas, a los que les puede llegar la muerte antes de recibir prestación.
49. Necesidad de **incluir protocolos** que se ajusten a las personas que por su situación de urgencia no puedan esperar al acceso al recurso.
50. No existen **mecanismos administrativos y de justicia** para hacer cumplir en tiempo, forma y fondo el derecho subjetivo de cada persona.

Como se ha esgrimido, al tratar de dar respuesta a un fenómeno tan extenso como la dependencia, donde confluyen abundantes actores y diferentes condiciones humanas en limitaciones funcionales y mentales, la implementación del Sistema ha sido un proceso en constante revisión.

Con ocasión del décimo aniversario del inicio del SAAD, Zárate (2017) expone dificultades que han impedido el cumplimiento óptimo de sus intenciones iniciales: la falta de apoyo en el entorno familiar debido a la descoordinación entre el ámbito

social y sanitario, así como la ausencia de un sistema de evaluación que considere las perspectivas y necesidades de las personas dependientes y también de sus familias. Además, la supeditación del cumplimiento de los derechos a la estabilidad económica **ubica a las personas usuarias y sus familias en una situación de permanente incertidumbre.**

Es así como el **cronograma de implementación** cambió del año 2014 con la aplicación progresiva hasta alcanzar personas con grado I reconocido, hasta el 1 de julio de 2015. Con esto, cambiaron las reglas del juego y, por ende, los servicios y la cobertura resultaron ser discordantes con las expectativas que originalmente se habían generado.

A esta dificultad debe sumarse la cantidad de **trámites atomizados** en distintas instituciones y lo difusos que resultan para las personas ciudadanas que precisan de iniciar y realizar su trámite de solicitud.

Por tanto, el tratamiento con que se aborde la solución a las listas de espera, además de estar transversalizado por los principios de justicia y prioridad, deberá considerar lo complejo y difuso de los trámites del SAAD.

El Limbo de la Dependencia es considerado por los expertos consultados causa de fracaso de la Ley y una situación de injusticia social que genera una gran incertidumbre. Esta panorámica llega a su máxima crueldad en los casos en que el potencial usuario del SAAD fallece antes de acceder al derecho que tiene reconocido. En general, las listas de espera provocan situaciones de indefensión, desconfianza y desatención.

El trabajo de campo realizado ha permitido comprender cómo trece años después, el mero hecho de acudir al proceso de valoración sigue despertando reticencias entre personas usuarias, familias, empresas y profesionales vinculados al SAAD. Al profundizar en las causas de estas reticencias se ha encontrado un conjunto relevante de ellas; en primer lugar, una tendencia no escrita a dilatar la solicitud hasta que la situación de dependencia es muy grave. Aquellas personas que arguyen no necesitar solicitar el SAAD a pesar de precisar apoyos en su vida diaria acompañan su respuesta en otras ocasiones de "tener familia cerca"; por su parte, una cantidad importante desconoce cuál es "hoja de ruta para acceder al sistema". A su vez, existe un cierto equilibrio entre la "solidaridad intra-personas dependientes" y la "apatía del no sirve y es difícil echarlo". Es decir, muchos justifican su no solicitud debido a que "no lo necesitan tanto como otras personas que están peor" y, además, porque tardan mucho y es muy probable que no les "den nada".

Por otra parte, se han detectado casos en los que personas dependientes que necesitan del SAAD carecen de apoyos para acudir. Es decir, el SAAD excluye a las personas que más urgentemente requieren de sus recursos y apoyos.

Las **propuestas** para superar las dificultades relacionadas con la incertidumbre en las personas usuarias se resumen en:

- Establecer un **tiempo máximo** de acceso a los recursos incluyendo el reconocimiento al derecho y la asignación de prestación o recurso correspondiente.
- **Reducir diferencias** entre CCAA. Esta situación supone en la actualidad grandes desigualdades para usuarios con el mismo perfil y mismos derechos, que tienen unos tiempos de acceso y coberturas muy diferentes en función de su lugar de residencia
- Aumento del **número profesionales** y dedicación exclusiva a la atención a la dependencia. Esto reduciría los ratios, aumentaría el tiempo que se puede dedicar a cada usuario, agilizaría los procedimientos, etc.
- Aumentar los **recursos** necesarios. Se trata de la propuesta por excelencia: incrementar la dotación presupuestaria para aumentar los recursos económicos

- Transmitir **información previa** del derecho de cada persona para que tenga la seguridad de poder anticiparse
- Ofrecer **información temprana** referida a las entidades prestatarias de servicios
- Eliminar la **incertidumbre inicial**. Para ello la información detallada y completa resulta esencial. También es importante la confianza que trasladen los profesionales a las personas usuarias
- Evitar que las valoraciones se **demoren** en el tiempo no solo en casos de dependencias sobrevenidas, sino también en el caso de personas con discapacidad
- Articular un sistema que **reintegre de forma rápida y efectiva** las cantidades monetarias que en ocasiones las personas usuarias deben anticipar.

3.4 Copago y repago

51. **El copago es inequitativo** entre las personas usuarias y entre territorios. Existe **falta de información sobre la cuantía recaudada** por las CCAA mediante el copago.

52. El copago debe ser considerado desde la arista de la **desigualdad territorial** y la discriminación interseccional.

53. **Las personas con rentas más bajas pueden estar aportando una proporción mayor** de su renta que aquellas que poseen rentas medias-altas, excepto en los tramos de renta inferiores que se encuentran exentos de copago.

54. Los resultados de la encuesta no respaldan de manera clara la importancia del copago como reto. **El precio que el usuario paga por los servicios obtiene un aprobado: 6,1.**

Tras la reducción del aporte de la AGE y las medidas encaminadas a reducir las cuantías correspondientes al nivel mínimo de protección garantizado, producto de los RD anteriormente mencionados, **ha ido creciendo de manera paralela la participación económica de las personas usuarias**, las cuales pasaron de aportar por concepto de copago el 14,7% del coste total del servicio al que tuvieron acceso en el año 2009, al 19,9% en el año 2015 (Martínez, 2017).

La carencia de suficiente financiación pública acarrea diversos efectos sobre la población usuaria del SAAD, razón por la cual se evidencia que: "Desde los inicios de la LAPAD, el tema de los copagos está siendo muy desafortunado, es inequitativo entre las personas usuarias y entre territorios y, además, hay un total oscurantismo sobre la cuantía recaudada por las CCAA" (Monserrat, 2015: 193).

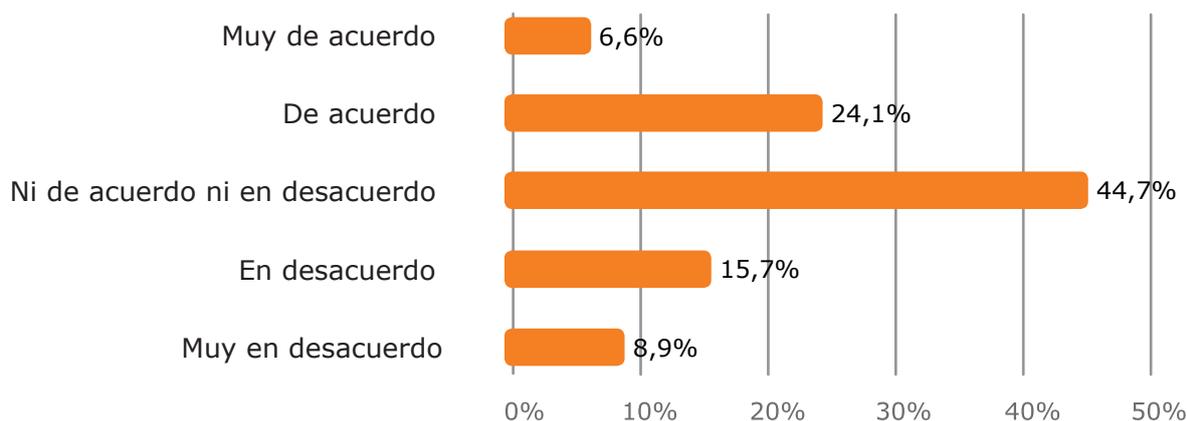
Una de las sensibilidades del copago es la dificultad conocida como el "Copago añadido" que es la diferencia entre la cuantía recibida y el coste real de los servicios adquiridos mediante la prestación vinculada al servicio, a saber, **los servicios recibidos por las personas usuarias desde el SAAD son insuficientes** para cubrir las necesidades producto de la dependencia. El coste de esta diferencia es asumido por las

personas dependientes o por sus familias. Es decir, existe una brecha económica que debe ser asumida por la persona dependiente o familiares debido a que las prestaciones económicas son insuficientes. Además, producto de la indefinición de una **fórmula de copago homogénea para todo el territorio español** y debido a la estructura de las rentas de las CCAA, así como los diferentes modelos establecidos por las 17 CCAA (Montero, 2014; Martínez-Buján, 2014) se ha llegado a que el copago sea una herramienta perversa de financiación.

En este sentido, **el copago debe ser considerado desde la arista de la desigualdad territorial y discriminación personal**. Además, para superar esta dificultad se debe homogeneizar y agilizar el modelo de determinación del copago de las personas usuarias en las prestaciones del SAAD, de forma que se **asegure la equidad entre los usuarios/as inter e intra territorialmente**. Del mismo modo, es preciso partir de la premisa de que el copago no debe tener carácter recaudatorio, sino de corresponsabilidad del usuario/a en la financiación del Sistema, por lo tanto, se debería eliminar la imputación del patrimonio para la valoración de la capacidad económica (Jiménez-Lara, 2015; Monserrat, 2015).

Dicho esto, el SAAD aún **no logra una respuesta completa para mejorar las condiciones económicas de las familias** que ven disminuidos sus ingresos y recursos debido a la situación de dependencia que comparten con alguna persona en su entorno familiar. Los resultados de la encuesta frente al copago confirman que un tercio de la población se muestra de acuerdo con que el aporte económico al coste de los servicios del SAAD recibidos es proporcional a la calidad con que es atendida.

GRÁFICO 7. IMPRESIÓN DE USUARIOS DEL SAAD SOBRE CALIDAD/PRECIO DE LOS SERVICIOS



Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios del SAAD.

A partir de las respuestas a la pregunta sobre cobertura de necesidades por parte del SAAD, se ha podido extraer **un índice sintético de satisfacción de calidad / precio**, que va de 0 (Nada satisfecho) a 3 (Totalmente satisfecho). Este índice se ha aplicado a las principales variables de identificación de la encuesta; tal como se resume en esta tabla 9, la insatisfacción por la calidad/precio de los servicios recibidos se concentra en el caso de las poblaciones más jóvenes y con estudios medios o superiores:

TABLA 9. INDICADOR SINTÉTICO DE SATISFACCIÓN DE CALIDAD / PRECIO.

VARIABLE	VALORES	COBERTURA (0 A 3)
Perfil de Informante	Persona dependiente	1,52
	Persona dependiente con apoyo de alguien	1,60
	Un informante (familiar, asistente, etc.)	1,50
Sexo de la persona dependiente	Hombre	1,55
	Mujer	1,50
Tamaño de hábitat	Hasta 2.000	1,26
	De 2.001 a 10.000	1,50
	De 10.001 a 50.000	1,67
	De 50.001 a 200.000	1,31
	Más de 200.000	1,54
Grupos de Edad	De 0 a 16	1,00
	De 17 a 33	1,50
	De 34 a 50	1,30
	De 51 a 67	1,71
	De 68 a 84	1,44
	De 85 o más	1,58
Nivel de estudios de la persona dependiente	Sin estudios	1,46
	Primarios	1,66
	Secundarios	1,15
	Universitarios	0,71
Grado de dependencia	Moderada (Grado I)	1,66
	Severa (Grado II)	1,42
	Gran Dependencia (Grado III)	1,48

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios del SAAD.

Una parte de las limitaciones del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia está relacionada con aspectos de aumento de recursos humanos y económicos. Al preguntar a los expertos sobre el copago, los puntos de vista son muy diferentes no llegando a acuerdos sobre esta temática. Entre la necesidad de mantenerlo y la urgencia de eliminarlo, se encuentran posturas intermedias que abogan por modificar las variables que se aplican en su cálculo.

El copago viene establecido por la Ley desde su inicio. En consecuencia, es uno de sus elementos integrantes desde el principio. Varios expertos aseguran en el Delphi que es necesario para la sostenibilidad del sistema. Otro de los argumentos a su favor es que para algunos expertos consultados su aplicación es proporcional a la situación social, económica y funcional de las personas usuarias. En cambio, también se han generado opiniones que se decantan por la supresión de copago. Argumentan que impacta negativamente en las condiciones de vida de la persona dependiente, haciendo especial mención a las personas con discapacidad.

Por otra parte, se cuestiona la relación entre el copago y la Universalidad del sistema. Del estudio realizado emerge en concepto "repago" descrito por un experto que muestra que hay una parte de profesionales que considera que los ciudadanos ya contribuyen con sus tributos al mantenimiento del sistema de bienestar, y que el copago implica pagar dos veces para tener derecho a recursos de protección de situaciones de vulnerabilidad derivadas de la dependencia.

Uno de los argumentos más empleados al realizar las valoraciones de los expertos sobre el copago ha sido establecer una comparativa con el Sistema de Salud español. De nuevo se trata de un tema transversal y recurrente: las diferencias existentes entre CCAA que provocan falta de equidad en el copago entre distintas autonomías.

El debate se intensifica al hablar de los criterios a considerar en el establecimiento de las cuantías monetarias de las personas usuarias. Dos son las grandes variables propuestas: la situación económica y el patrimonio, aunque dentro de cada una de ellas se encuentran visiones diferenciadas.

Capacidad económica

Su consideración, tal y como está planteada en la actualidad, genera situaciones que se valoran como injustas en la relación entre la priorización de acceso a los servicios, el grado de dependencia y la capacidad económica. Así, las personas sin recursos o con rentas mínimas deberían estar exentas del copago.

En este sentido de la renta, se considera que la praxis del Sistema favorece a las clases altas y se señala a las personas con discapacidad como las más perjudicadas.

Patrimonio

Como indicador para calcular el copago, el patrimonio es el otro gran referente unido a la situación económica. No obstante, cada CCAA tiene capacidad para regular de forma específica la consideración o no del patrimonio y los límites para el copago en relación a unos umbrales.

Diferentes informes y algunos de los expertos consultados recomiendan refundir y llegar a acuerdos que permitan unificar los criterios para la determinación de la participación de las beneficiarias en el sistema. También se encuentran opiniones que afirman que el patrimonio no siempre es un indicador de poder adquisitivo y abogan por un estudio personalizado de cada caso, más allá de la aplicación de los baremos.

Al profundizar en el copago, otro de los temas que han expuesto los expertos

son las consecuencias de la reducción o eliminación de las aportaciones económicas de las personas usuarias. Se pone como ejemplo el caso de la Comunidad de Madrid y se indica que la exención del copago ha tenido importantes repercusiones en el número de plazas ofrecidas y el aumento de las listas de espera.

De lo expuesto hasta ahora sobre el copago y el denominado "repago" se puede deducir que es un tema complejo en el que inciden especialmente la capacidad económica y el patrimonio, pero las regulaciones diferenciales autonómicas, así como otros factores personales, dan como resultado una gran heterogeneidad de situaciones sobre las que los expertos no se ponen de acuerdo a la hora de determinar su conveniencia o no.

Por tanto, las **propuestas** para modificar este aspecto son variadas y se dirigen hacia distintas direcciones.

- Establecer **umbrales mínimos y máximos**. Algunos expertos indican porcentajes concretos que debe asumir el beneficiario/a, otros proponen el IPREM, etc.
- **Establecer** mínimos y límites en cuanto al copago entre comunidades autónomas.
- **Aumentar** la inversión en Servicios Sociales, asumiendo que reduciría los gastos en Servicios Sanitarios.
- **Analizar** el Mínimo **Vital**.
- **Considerar** todos los gastos en los que el usuario incurre, no solo los derivados de su situación de dependencia.
- Buscar una mayor equidad del Sistema a través de un organismo específico orientado a este objetivo o de comisiones para casos excepcionales.
- Para ello es preciso realizar análisis incluyendo de forma más **individualizada** a la persona más allá de los baremos.
- **Considerar** la vivienda como recurso de financiación. Se trata de una propuesta no consensuada que cuenta con proyecciones en otros países europeos.

3.5 Lealtad institucional, proyecto común

55. Los resultados de la encuesta evidencian que **los servicios de proximidad (locales), son la referencia** para las personas que se acercan al Sistema por primera vez.

56. El Sistema requiere **mayor protagonismo de la Administración Local** para proveer Servicios Sociales y sociosanitarios.

57. La lealtad institucional debe desarrollarse **horizontal** (entre administraciones del mismo nivel y/o de diferentes sistemas) **y verticalmente** (entre administraciones de diferente rango), en línea con los ODS.

58. Falta aprovechamiento del Sistema como herramienta de vertebración nacional y legitimación del estado como garante de derechos.

59. Existe una clara **disparidad en la gestión de la demanda entre territorios** (no solo por CCAA) respecto de los tiempos de resolución, manejo de la información estadística, financiación y proporción de resoluciones favorables.

60. Existen inequidades territoriales en la **carta de oferta de servicios** y descompensaciones en las fronteras de pagos tanto respecto al máximo como al mínimo.

61. El Consejo Territorial no ejerce su rol de coordinación de mecanismos de convergencia para canalizar la cooperación interadministrativa.

En su proceso de concreción y desarrollo, el SAAD ha enfrentado diversas dificultades que impiden su pleno funcionamiento, entre otros motivos, por la difusa, escasa o etérea **delimitación y alcance de competencias** de los diversos actores intervinientes en los procesos del SAAD. Por tanto, no es sorprendente que el SAAD resulte diferente en cada CCAA, razón por la cual, la distribución de prestaciones sociales y económicas es variada y **heterogénea**: "...los porcentajes en los que se distribuyen estos servicios y prestaciones no son siempre parecidos en todas las CCAA y, en algunos casos, se aprecian grandes diferencias respecto a la media nacional" (CCCO, 2018: 8).

Uno de los actores clave implicados en el funcionamiento del SAAD es el Consejo Territorial, el cual, según la Ley, tiene la función de coordinar y establecer diferentes mecanismos de convergencia para canalizar la cooperación interadministrativa. Tras la promulgación del Real Decreto 1051/2013, se faculta a las CCAA para dictar disposiciones para la aplicación de normas jurídicas vinculantes en cada una de ellas, colaborando así para la **atomización y "balcanización" del SAAD**.

Para subsanar esta necesidad y como alternativa para proporcionar eficacia jurídica y fuerza rectora de la AGE al Consejo Territorial, el Consejo Económico y Social (2012) propone que los acuerdos del CT se incorporen reglamentariamente para ser vinculantes.

Como una de las alternativas que pueden resultar posibles para acometer mayores

esfuerzos para ampliar la cobertura y disminuir las disparidades, la Comisión de expertos para la revisión del modelo de financiación local (2017) estima que es deseable potenciar **una participación más trascendente** de los municipios (aspecto también mencionado por los expertos consultados).

Sin embargo, la propuesta del CES (2012) no ha sido puesta en marcha; es así como la Comisión para el Análisis de la Situación de Dependencia coincide en la medida y nueve años después, se evidencia la **escasa trascendencia del Consejo Territorial** para coordinar y corregir las disparidades suscitadas a nivel territorial.

Esto supone que el recorrido es exiguo en la línea de gestionar desde el CT (Consejo Territorial) una ruta con un desarrollo común mínimo y, por el contrario, cada CCAA opera como mejor le conviene según sus posibilidades sin que medie el principio de igualdad para las personas beneficiarias, quienes son tratadas de manera heteróclita según la CCAA donde gestionen su solicitud de prestación.

El informe de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (2009), después del análisis y funcionamiento del SAAD durante los dos primeros años, detectó "determinadas carencias y problemas que, al menos en parte, serían reflejo de insuficiencias en el papel que la AGE ha jugado en el mismo" las cuales se convierten en **recomendaciones que a continuación se exponen:**

- **Recomendación 1:** Son limitadas las competencias de la AGE en garantizar un actuar homogéneo del SAAD a nivel nacional, y garantizar el cumplimiento de los objetivos de la Ley. La AGE incide en el SAAD a través del CT para coordinar y generar sinergias entre las CCAA, que son quienes llevan a la práctica el SAAD.
- **Recomendación 2:** El Consejo Territorial no ejerce la fuerza ni el rol rector que debería para la coordinación del SAAD con las CCAA. **No se tiene suficiente claridad de los alcances jurídicos de los acuerdos del CT y su aplicabilidad sigue encontrándose indefinida.**
- **Recomendación 3:** El Consejo Territorial tiene la facultad legal de formular un marco común de cooperación interadministrativo para coordinar los convenios bilaterales entre CCAA. Estos se han realizado, pero con **debilidad y poco impacto**, lo que ha provocado que el desarrollo del SAAD tenga disparidades territoriales en el grado de desarrollo e implementación.
- **Recomendación 4:** El incumplimiento en las condiciones del establecimiento del SISSAD como responsabilidad conforme al artículo 37 de la Ley, estuvo impidiendo el seguimiento y evaluación a través de indicadores medidos de los efectos de la implementación de la Ley. Además, dicho Sistema debería de **proveer de información pública, desagregada y pormenorizada a la ciudadanía en general.**
- **Recomendación 5:** Expone la necesidad de diseñar e implementar una aplicación informática que permita a todas las CCAA la posibilidad de realizar la gestión ordinaria de sus procesos administrativos relacionados con el SAAD, de forma tal, que no solo la información sea homologable entre las diferentes CCAA, sino que se encuentre centralizada y disponible para la AGE.
- **Recomendación 6:** Se encuentra principalmente asociada con aspectos financieros que condicionan el funcionamiento y la sostenibilidad futura del SAAD.

El carácter macro del SAAD y los numerosos actores profesionales implicados en su valoración, gestión y aplicación de servicios y recursos, implica a numerosas instituciones públicas y privadas. Como ya se ha dejado constancia, la coordinación entre administraciones públicas con distinto ámbito geográfico de influencia no siempre

es la mejor, tampoco entre Servicios Sociales y Sanitarios. Ello conlleva situaciones de “falta de lealtad institucional”, terminología empleada por un experto.

Otro de los desafíos que surgen es la consideración del SAAD como un proyecto común en el que todos los agentes implicados deben colaborar y facilitar las labores de los demás, así como que el acceso a los derechos se realice en las condiciones de igualdad y universalidad que marca la Ley. En esta línea de actuación, se señalan las siguientes **propuestas**:

- **Aumentar** los esfuerzos en la evaluación. Es relevante valorar la satisfacción de los ciudadanos con los distintos servicios, las necesidades no cubiertas, las dificultades encontradas. Esta evaluación sistematizada y global permitiría realizar diseños de planificación tanto económica como de servicios, más ajustada a los distintos entornos y demandas, y optimizar los recursos.
- **Diseñar** e implementar programas y proyectos comunitarios. Se realizaría por parte de los Centros de Acción Social y sería una herramienta de prevención fomentando el envejecimiento activo, el apoyo mutuo, el acceso a información, etc.
- **Articular** calendarios de reuniones periódicas entre Servicios Sociales y Sanitarios para elaborar proyectos conjuntos.
- **Crear** un sistema de centralización de la información en el que todos los profesionales vinculados a su gestión puedan actualizar los datos de cada persona en situación de dependencia y estos sean accesibles para el resto de las profesionales. De este modo, se ahorrarían recursos que, con la evolución de la situación de las personas usuarias, a veces dejan de ser necesarios y disminuiría plazos de gestión.
- **Establecer** claramente los límites del alcance de la Ley sobre Dependencia.
- **Regulaciones** más igualitarias entre CCAA. Los criterios deberían ser más homogéneos, aunque existe un debate y una falta de acuerdo entre los expertos a la hora de fijar los aspectos que limiten las competencias de cada CCAA y justifiquen las diferencias entre ellas.

La realidad que perciben las personas usuarias es que hay grandes diferencias de listas de espera, asignación de recursos, dotaciones de los mismos, etc. Algunos datos concretos sobre las diferencias interautonómicas orientan desde un punto de vista cuantitativo sobre la disparidad de situaciones.

3.6 Burocratización

62. Las diferentes normas de desarrollo de la LAPAD configuran un **complejo entramado** que puede llegar a dificultar su **interpretación**.

63. **No todas las personas están capacitadas o cuentan con apoyos para realizar los trámites burocráticos.** Dependiendo de los apoyos de los profesionales genera situaciones basadas o no en la recepción del mismo.

64. **El acceso al recurso no viene determinado por las necesidades** sino por los plazos establecidos o generados por cada Administración.

65. Los **trámites son numerosos y atomizados** en distintas instituciones, situación que resulta difusa para quienes precisan de iniciar y realizar sus trámites de solicitud.

66. Es preciso proporcionar información sobre el SAAD completa y continuada en términos **comprensibles y accesibles**.

67. **Plasticidad del Sistema:** servicios reversibles, servicios de emergencia, combinación entre proximidad y mayores distancias.

68. Los **procedimientos** actuales son una limitación más del sistema y provocan que **el usuario/a desista** de realizar el proceso renunciando al derecho al que podría optar.

Respecto de los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y para la asignación del PIA, sucede una situación similar en cuanto a la **heterogeneidad en dictámenes emitidos según CCAA**, esto es, personas beneficiarias con derecho a prestación y personas beneficiarias con prestaciones.

A su vez, existen dificultades perennes en cuanto a los **mecanismos legales para dirimir reclamaciones** administrativas y judiciales que pueden producirse en el desarrollo de los procesos y fricciones propias del sistema.

Esta situación genera la dificultad de saturar la capacidad de respuesta de esta instancia **provocando un ritmo lento de trabajo** y un elevado promedio de tiempo para las resoluciones y, por tanto, resulta imperativo comprender que esta es una necesidad por resolver debido a diversos factores.

El Real Decreto 1051/2013 impone más restricciones en las prestaciones económicas del Sistema, imponiendo plazos para la asignación de las mismas (haber sido atendidas las personas dependientes con un año de antelación). Además, establecía la obligatoriedad de compartir techo entre la persona cuidadora y la persona dependiente para la asignación de esta prestación (Martínez, 2017).

En otro orden de ideas, al haber recibido **tantas modificaciones a través de modificaciones legales** y de Reales decretos, se recomienda simplificar las normas para que sean comprensibles por las personas usuarias en un **único Reglamento para el desarrollo y ejecución de la LAPAD**.

Los trámites y gestiones que implica el acceso a los servicios y recursos del SAAD son parte de la gestión que necesariamente las personas usuarias y las familias de este Sistema han de realizar. No obstante, se considera que los procedimientos y protocolos actuales son una limitación más del Sistema. De hecho, un experto describe todo el proceso y concluye afirmando que, en ocasiones, provoca que el usuario desista de realizar el proceso renunciando al derecho al que podría optar.

Con cierta frecuencia, las esperas de los plazos hacen que las personas no accedan a los recursos privados que se abonan en copago y sigan esperando a plazas públicas. Se habla de un sistema universal en el que el acceso al recurso no viene determinado por las necesidades, sino por los plazos establecidos o generados por cada Administración. No todas las personas están capacitadas para realizar los trámites burocráticos o tienen apoyos familiares que los acompañen y ayuden en el proceso. Dependiendo de los apoyos de los profesionales genera situaciones muy divergentes.

Las **propuestas** de los expertos para superar las barreras que los trámites burocráticos suponen son las siguientes:

- **Agilizar** el trasvase de expedientes entre CCAA.
- **Reducir** los trámites burocráticos requeridos.
- **Incluir** protocolos que se ajusten a las personas que por su situación de urgencia no puedan esperar al acceso al recurso.
- **Mayor** implicación y compromiso de los profesionales de las distintas instituciones vinculadas al SAAD.

3.7 Medio rural

69. Las comunidades autónomas con **zonas geográficas de baja densidad y alta dispersión de población** tienen dificultades añadidas para la gestión de los servicios.
70. El **aislamiento genera desinformación** sobre los procesos.
71. Persistente **falta de plazas** en centros residenciales y centros de día.
72. **Escaso interés del sector privado** por generación de recursos concertados.
73. Las **personas mayores de las áreas rurales**, que suelen disponer de **bajos ingresos**, apenas pueden acceder a estos servicios.
74. Prácticamente la única salida para la provisión de apoyos a personas dependientes en el medio rural son las **relaciones informales**, a saber, vecinos, amigos, familiares.
75. No se está generando en el medio rural el número de **puestos de trabajo** que se tenía previsto, sino que se está acelerando la potencial dependencia de las cuidadoras.
76. Producto de la **lejanía y dispersión**, las prestaciones de servicios más extendidas en el medio rural son la ayuda a domicilio y el sistema de teleasistencia.
77. **Formar a trabajadores del propio entorno** rural y fomentar iniciativas de emprendimiento en el sector de la dependencia, tendría un retorno social muy importante y con gran impacto en las comunidades rurales y mantendría las relaciones de cercanía tan características y beneficiosas en contextos rurales.

El apartado III el Informe del Gobierno para la Evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (2011) presentado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, indica también como una dificultad la dispersión geográfica en algunas zonas rurales, periurbanas y de montaña, las cuales se caracterizan por su gran extensión territorial y baja densidad poblacional, muy intensivas en personas solicitantes, provocando en las personas dependientes necesidades particulares.

El problema de la dependencia en el **mundo rural** tiene muchos componentes que merecen atención por su complejidad ya que, debido al aislamiento (producto de las largas distancias), se genera mucha desinformación sobre los procesos y funcionamiento del Sistema, existen pocas plazas disponibles en centros residenciales y centros de día, hay mayor gestión de prestatarios privados con precios más elevados que los públicos, impeliendo accesos limitados frente a quienes habitan las ciudades céntricas.

Este **conflicto de centro-periferia de la dependencia enfrenta una triple dificultad**: hay menos oferta y mayor coste de los servicios para población de menores ingresos. Esta situación no solo provoca que prácticamente la única salida para la provisión de apoyos a personas dependientes en el medio rural sean las relaciones informales, a saber, vecinos, amigos, familiares, sino que implica que no se está generando en el medio rural el porcentaje de puestos de trabajo esperados. Por el contrario, se

está acelerando la potencial dependencia de las cuidadoras que pueden tener lesiones, desgastes psicológicos, etc.

El medio rural es un contexto con mayores necesidades de recursos y, además, cuenta con mayor número proporcional de usuarios potenciales de Atención a la Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal. Las características demográficas de **la mayoría de los municipios, especialmente los de menor tamaño poblacional, presentan pirámides muy envejecidas** con un gran número de habitantes con edades avanzadas. Las tasas de envejecimiento o el escaso crecimiento vegetativo condicionan una situación sociodemográfica más vulnerable en cuestiones vinculadas a la dependencia.

La principal desventaja de los hábitats rurales en el objeto de estudio de esta investigación es la escasez de recursos en el entorno y las dificultades de acceso a los que se encuentran fuera de él. Las diferencias entre comarcas y regiones hacen que las personas usuarias presentes y futuras del SAAD residentes en zonas más aisladas, se encuentren excluidas de la atención a la que otros coetáneos en su misma situación tienen derecho. A su vez, sus limitaciones podrían convertirse en potencialidades si se saben reconvertir aprovechando las oportunidades que el medio rural plantea.

El medio rural español es profundamente heterogéneo en cuanto a sus rasgos descriptores. Las características sociodemográficas de los pueblos del sur de la península difieren profundamente de las que se encuentran en municipios de interior y del norte de España. En consecuencia, las diferencias ya mencionadas entre CCAA actúan como multiplicadoras o reductoras de esta brecha.

Las **propuestas** para que el medio rural tenga la misma cobertura y recursos en cuestiones de Atención a la Dependencia, se centran fundamentalmente en acercar los servicios al ciudadano y en utilizar los recursos humanos endógenos para realizar cuidados en el entorno de forma más profesionalizada, así como minimizar sus desventajas en cuanto a transporte, acceso a información, etc. De forma más específica se listan a continuación:

- Potenciar la atención **online** complementaria. Se plantea como una vía que podría limitar desplazamientos de usuarios y profesionales y facilitaría los seguimientos.
- Apoyar la **creación** de empresas y entidades prestatarias de servicios. Se presentan algunas iniciativas que ya están funcionando, como un proyecto exclusivo para el medio rural para promover su Autonomía Personal a través de una atención integral que engloba distintos recursos de forma coordinada.
- **Implantar** Centros de Día públicos y Residencias en el medio rural. Darían cobertura no solo a los habitantes del propio municipio en que se ubique el centro, sino a localidades colindantes.
- Establecer **rutas** de transporte público adaptado. Hay una gran carencia en este sentido y las rutas existentes son muy puntuales y restringidas en cuanto a la cobertura de territorio y frecuencia de paso.
- **Formar** a trabajadores del propio entorno rural. Esto tendría un retorno social muy importante y con gran impacto en las comunidades rurales y mantendría las relaciones de cercanía tan características y beneficiosas en contextos rurales.

En otras palabras, sería muy interesante convertir los apoyos y cuidados informales de familiares y vecinos en una atención profesionalizada.

- Realizar **estudios** de demanda y necesidades. Estos estudios habrían de tener en cuenta los aspectos socioculturales del contexto y su propia idiosincrasia para eliminar las barreras intrínsecas provocadas por las desigualdades territoriales.
- Establecer mapas de **comarcalización** de distintos servicios. Del mismo modo que no es posible tener un Centro de Salud o una escuela en cada municipio, especialmente en comunidades autónomas con gran dispersión poblacional y elevado

número de entidades municipales, es inviable que cada pueblo cuente con todos los servicios que ofrece el SAAD.

- Incentivar la aparición de **cooperativas** para ofrecer servicios sociosanitarios.
- Implementar **programas integrales de coordinación** sociosanitaria que permitan la permanencia en el domicilio. Se señala como iniciativa innovadora el proyecto "A gusto en mi casa".
- Incrementar el papel de la **Administración Local**. Se argumenta su cercanía y su mayor conocimiento de los ciudadanos como variables indicativas del gran potencial de las entidades públicas locales.

3.8 Investigación y calidad

78. Los **datos con que cuenta el SISSAD** no permiten conocer el grado de cobertura del Sistema y, además, no profundizan en el limbo de la dependencia.

79. Falta investigación socioeconómica sólida sobre la capacidad de **generación de empleo y riqueza**. La industria de los cuidados permanece inexplorada.

80. **No hay desarrollo de** indicadores de calidad para cada servicio otorgado por el SAAD.

81. Establecimiento de un **sistema abierto de acceso y explotación de los datos del SAAD** con fines de investigación.

82. **Confeccionar** un mecanismo de buenas prácticas que se puedan difundir en todo el territorio nacional.

83. Se apunta una carencia perenne en la no **medición de la calidad** en los servicios y prestaciones recibidas, así como de la satisfacción de las personas usuarias.

En su configuración actual, el sistema de datos del SAAD mantiene una lógica de prestación de servicios, lo que propicia un uso de los datos del Sistema en general muy limitado, impidiendo el acceso de personas y centros de investigación a la consulta y explotación estadística de los datos de manera productiva. Esta cuestión, a la larga, supone un empobrecimiento del propio Sistema porque no se puede generar conocimiento a partir de sus propios datos. El uso para fines de investigación de los registros administrativos se enmarca en los planteamientos actuales sobre investigación en Big Data, cuestión en la que el SAAD está llamado a adquirir un papel protagonista.

Se identifica como dificultad que los datos con que cuenta el SISSAD no permiten conocer **el grado de cobertura del Sistema** debido que, se carece de datos que puedan dar cuenta de la cantidad de personas con dependencia (o potencialmente dependientes) que no solicitan prestaciones y además no profundiza en el limbo de la dependencia. En 2012, los criterios de calidad del SAAD seguían siendo difusos, escasos y etéreos. El desarrollo de la normativa sobre medición de la calidad presenta la dificultad de ser homologados con acuerdos del Consejo Territorial **no vinculantes** a nivel de las CCAA. Por ello, el nivel de concretización es muy dispar y los indicadores suelen estar asociados con criterios y circunstancias materiales y funcionales, es decir, formalidades superficiales

que prestan atención a las formas y no al fondo.

Para cumplimentar los criterios de eficacia, mejora continua y seguridad presentes en la Ley, así como la exigencia de la calidad sin excepción, estudios recientes hacen mención explícita a las potencialidades de las **nuevas tecnologías de información** fundamentales para el intercambio de información en el SAAD. Sánchez (2007) también expone otros posibles índices en el campo de los Servicios Sociales que **pueden ser útiles** para la medición de la calidad del SAAD (Fernández-Villarán, 2003: 101):

- Índice de la satisfacción del cliente: ha de definir la necesidad real del usuario y la adecuación entre la necesidad real y la expresada.
- Indicador de conformidad con los servicios o productos.
- Indicador de disfunciones de procesos, ya que la calidad del proceso es necesaria (aunque no suficiente) para la calidad del servicio final.

En otro orden, en el ámbito de la **valoración** de la situación de dependencia, las CCAA **carecen de procedimientos para medir la calidad** de este primer paso relativo con la inmersión al sistema.

Por tanto, si las CCAA tomaran más en consideración los acuerdos del CT, podrían reducir sus dificultades en cuanto a su gestión del SAAD y la calidad de procedimientos y procesos. Se carece además de la implantación de un **sistema de buenas prácticas** que se puedan difundir en todo el territorio del Estado, motivo que lleva a las CCAA menos desarrolladas a transitar sin una ruta clara de circunstancias ejemplarizantes que puedan alumbrar la senda de otras CCAA.

Es así, como muy temprano en la historia del SAAD se empiezan a evidenciar sus carencias en cuanto a los **esquemas para la medición de la calidad en sus diversas acepciones**.

3.9 El entorno familiar

84. Un **sistema soportado por mujeres en el ámbito privado**: la mitad de las cuidadoras dedica 6 o más horas al día a tareas de cuidado. Una tercera parte se reconoce cansada y/o estresada.

85. **Perfil de quienes ejercen los cuidados**: hijas, trabajadoras por cuenta ajena, de 40 a 60 años, con estudios Primarios.

Los cambios legislativos ocurridos en el período de aplicación del SAAD no solo afectan a las personas dependientes, también afectaron a sus familias y en concreto a las personas cuidadoras en el entorno familiar, de forma que perdieron inseguridad respecto de su condición de persona dada de alta por la Seguridad Social, dando un paso atrás de vuelta al modelo familista de provisión de cuidados y apoyos.

Estas dificultades evolucionaban en 2012 tras la aprobación del Real Decreto-Ley 20/2012 debido a que se introducen **medidas orientadas a restar competencias a la AGE y derechos previamente adquiridos por personas dependientes** (como la supresión de los niveles y grados de dependencia de forma que ahora solo se barema gran dependencia, dependencia severa y dependencia moderada) y las personas cuidadoras.

Como consecuencia, **muchas personas cuidadoras informales en el entorno familiar, cesaron de estar protegidas** por la Seguridad Social, debido a que, aún en propio detrimento, no podían costear con una cuantía recortada los costes (aún si fueran parciales) de la Seguridad Social. A su vez, en razón del Real Decreto 20/2012 se delimitan nuevas incompatibilidades entre servicios, **se reducen**

las prestaciones y se rebajan las horas de dedicación según grado para todas las prestaciones de servicios del SAAD:

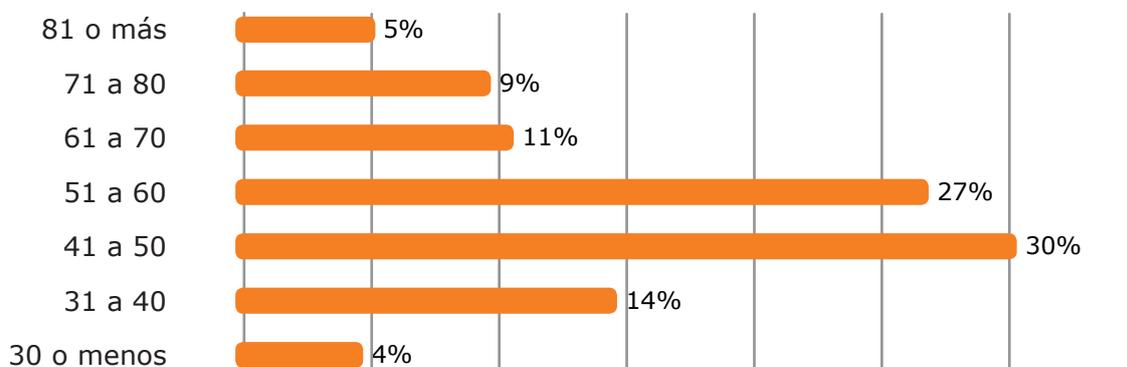
A su vez, desde los primeros años de implementación del SAAD se preveían estos efectos (Martín, 2008) por medio de las críticas feministas en contra de esta realidad debido a que, si bien el importe económico por los cuidados en el entorno familiar resulta ser importante para la reducción del paro femenino y para elevar las cotizaciones en la Seguridad Social, **está perpetuando el sesgo de género en los cuidados en el entorno familiar** y no colabora en la búsqueda de soluciones desde el paradigma de la corresponsabilidad social de los cuidados. Por ello, en el año 2017, uno de los focos de atención que evidencia la Comisión para el análisis de la situación del Sistema de Dependencia (2017), da cuenta de la **desigualdad de género relacionada con los cuidados**.

Esta situación se agrava desde que fue suprimido el **Convenio Especial de la Dependencia**, el cual había conseguido hacer emerger las mujeres que dedicaban su tiempo al trabajo informal de cuidados. Sin embargo, con las reformas realizadas por medio de los RDL referenciados, esta situación varió generando dificultades para las personas cuidadoras más allá de la reducción de la cuantía económica por prestaciones relacionadas con cuidados en el entorno familiar.

Esta situación implica que, en ausencia de oferta formal, los apoyos destinados a personas dependientes se sigan efectuando mayoritariamente en el entorno familiar, razón por **la que las mujeres siguen llevando esta carga en el hogar** (Zárate, 2017). Además, cuando se brindan prestaciones económicas -contrario a lo inicialmente previsto- se profundizan las brechas de género en los cuidados.

La encuesta a usuarios del Sistema ha permitido profundizar en el perfil de las personas que ejercen los apoyos con una mayor intensidad (cuidadoras principales) en el hogar. Los datos muestran que **el 85% son mujeres, y en más de la mitad de los casos familiares, de entre 40 y 60 años**. Destaca, además, que en casi uno de cada cinco hogares las tareas de apoyo principal las realiza el servicio doméstico. En cuanto a su situación socio-laboral, la población que ejerce cuidados se divide prácticamente en dos grupos, entre quienes tienen estudios primarios y quienes han alcanzado niveles secundarios o superiores. Lo mismo ocurre en la actividad laboral, la mitad de las personas que prestan cuidados compatibilizan esta tarea con un trabajo por cuenta propia o ajena.

GRÁFICO 8. EDAD DE LAS PERSONAS QUE PRESTAN APOYOS PRINCIPALES



Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios del SAAD.

TABLA 10. RELACIÓN DE LA PERSONA DEPENDIENTE Y SU CUIDADORA PRINCIPAL

	PORCENTAJE
Hijo/a	31,2%
Profesional especializado	22,4%
Servicio doméstico	18,0%
Pareja/cónyuge	11,5%
Otro familiar	9,9%
No son familia (amigo/a ...)	2,3%
Otros	4,7%
Total	100%

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios del SAAD.

TABLA 11. NIVEL DE ESTUDIOS DE LA CUIDADORA PRINCIPAL

	PORCENTAJE
Sin estudios	8,7%
Primarios	43,2%
Secundarios	28,7%
Universitarios	19,5%
Total	100%

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios del SAAD.

TABLA 12. ACTIVIDAD LABORAL DE LA CUIDADORA PRINCIPAL

	PORCENTAJE
Trabaja por cuenta Ajena	41,2%
Jubilado/pensionista	17,7%
Ama/o de casa	13,1%
Trabaja por cuenta propia	11,9%
Busca trabajo	2,5%
Sin actividad principal	2,5%
Estudiante	0,1%
Otros	11,1%
Total	100%

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios del SAAD.

TABLA 13. EFECTOS FÍSICOS FRECUENTES DE LAS TAREAS DE CUIDADO

	PORCENTAJE
Cansancio	23,3%
Dolor físico	16,7%
Dificultades para dormir	12,6%
Estrés	11,9%
Depresión	7,4%

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios del SAAD.

4 BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (2009): La participación de la Administración General del Estado en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Ministerio de la Presidencia.
- Casado, D. (2017): "Apoyos a cuidadores de familiares con discapacidad y dependencia", en Casado, D., y Fantova, F. (Dir.), *Discapacidad y dependencia: apoyos a familiares cuidadores*. Barcelona, España: Colección Políticas sociales en Europa Editorial Hacer.
- Cervera, M., Herce, J., López-Casasnovas, J., Rodríguez-Cabrero, G., y Sosvilla, S. (2009): Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006, 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Madrid: IMSERSO.
- Comisión de expertos para la revisión del modelo de financiación local. (2017): Análisis de propuesta de reforma del sistema de financiación local. Madrid: Consejo de Ministros.
- Comisión para el análisis de la situación del sistema de dependencia. (2017): Informe de la comisión para el análisis de la situación actual del sistema de la dependencia, de su sostenibilidad y de los actuales mecanismos de financiación, para evaluar su adecuación a las necesidades asociadas a la dependencia. Madrid: IMSERSO.
- Durán-Heras, M. (2013): "El desafío económico de las mujeres", en Capitolina Díaz y Sandra Dema (Eds.), *Sociología y Género*. Madrid: Tecnos.
- España. 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. Boletín Oficial del Estado, 31 de diciembre 2013, N° 313, Madrid.
- España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre 2006, N° 299, Madrid.
- España. Real Decreto 291/2015, de 17 de abril, por el que se modifica el 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. Boletín Oficial del Estado, 1 de mayo 2015, N° 104, Madrid.
- España. Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Boletín Oficial del Estado, 14 de julio 2012, N° 168, Madrid.
- Huete, A. (2015): "El impacto de la LAPAD en el movimiento asociativo de la discapacidad" en Flores-Martos, F (Coord.), *La protección de la dependencia: ¿Un pilar de barro?*, Madrid: Documentación Social Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada, Cáritas Española Editores.
- Huete, A. (2019): *Autonomía e inclusión de las personas con discapacidad en el ámbito de protección social. Resumen de políticas del BID*.
- IMSERSO (2019): *Estadísticas del SAAD*.
- Jiménez-Lara, A. (2015): "Valoración de la situación del SAAD y propuestas de futuro" en Flores-Martos, F (Coord.), *La protección de la dependencia: ¿Un pilar de ba-*

- ro?, Madrid: Documentación Social Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada, Cáritas Española Editores.
- Martínez-Buján, R. (2014): "Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares", Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS), 145 (1): 99-124.
- Martínez-López, J. (2014): "Ley de dependencia: de la fragilidad de los servicios, a la necesidad de la prestación económica", Documentos de Trabajo de Sociología Aplicada, 4: 1-25.
- Montero, M. (2014): Análisis comparado de los sistemas de cuidados y. en Alemania y España. Madrid: Fundación CASER.
- Montserrat, J. (2015): "El desarrollo de la LAPAD: propuestas para el futuro" en Flores-Martos, F (Coord.), La protección de la dependencia: ¿Un pilar de barro? Madrid: Documentación Social Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada, Cáritas Española Editores.
- Observatorio estatal de la dependencia. (2013): Informe sobre el desarrollo y evaluación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Madrid: Asociación estatal de directoras y gerentes de Servicios Sociales.
- Observatorio estatal de la dependencia. (2019): XIX DICTAMEN DEL OBSERVATORIO. Madrid: Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales.
- Rodríguez-Cabrero, G. (2011): "Los sistemas públicos de atención a la dependencia" en Actas de la Dependencia, 1: 66-91.
- Sánchez, C. (2007): "Retos de la calidad de los servicios en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia". Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 70: 135-151.
- Secretaría Confederal de Política Social y Movimientos Sociales de Comisiones Obreras. (2018): Seguimiento de la implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Madrid: CCOO.
- Sosvilla, S. (2008): "Un análisis estratégico del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia" en Colección Estudios Económicos 23-08, Serie Economía Regional. Cátedra Fedea - Caja Madrid.
- Zárate, B. (2017). La dependencia diez años después de la Ley 39/2006: un derecho social problemático que olvidó a la familia como sujeto cuidador. Revista Persona y Derecho, 76: 179-207.