

03|2020

INFORME

EL SISTEMA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA



CONSEJO
ECONÓMICO
Y SOCIAL
ESPAÑA

NÚMERO 03|2020

COLECCIÓN INFORMES

INFORME 03|2020

EL SISTEMA DE
PROMOCIÓN DE LA
AUTONOMÍA PERSONAL
Y ATENCIÓN A LAS
PERSONAS EN SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL **ESPAÑA**
DEPARTAMENTO DE PUBLICACIONES
NICES: 791-2021

Colección Informes

Número 03/2020

La reproducción de este informe
está permitida citando su procedencia.

Primera edición, enero de 2021

Informe elaborado a iniciativa propia por el Consejo Económico
y Social, conforme a lo dispuesto en el artículo 7.1.3 de la Ley 21/1991,
de 17 de junio, de Creación del Consejo Económico y Social. Aprobado
en la sesión ordinaria del Pleno del día 16 de diciembre de 2020.

Edita y distribuye

Consejo Económico y Social

Huertas, 73

28014 Madrid. España

T 91 429 00 18

F 91 429 42 57

publicaciones@ces.es

www.ces.es

ISBN: 978-84-8188-397-8

D.L.: M-1237-2021

Imprime

Creative XML, S.L.

Sesión ordinaria del Pleno de 16 de diciembre de 2020

INFORME 03|2020

EL SISTEMA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA



CONSEJO
ECONÓMICO
Y SOCIAL
ESPAÑA

ÍNDICE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I. DEPENDENCIA Y CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN	16
1. EL RETO DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN EL CONTEXTO EUROPEO	17
2. CAMBIOS SOCIODEMOGRÁFICOS, DEPENDENCIA Y CUIDADOS EN ESPAÑA	28
3. EL DESARROLLO DEL MARCO NORMATIVO DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	56
CAPÍTULO II. EL SISTEMA PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	76
1. EL ALCANCE DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	77
2. SITUACIÓN DE LAS DISTINTAS PRESTACIONES DEL SAAD	92
3. PANORÁMICA DEL SECTOR DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	145
4. EL EMPLEO VINCULADO AL SAAD	153
5. GASTO Y FINANCIACIÓN	165
CAPÍTULO III. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	177
APÉNDICE METODOLÓGICO	217

INTRODUCCIÓN

La pérdida de autonomía funcional vinculada al deterioro físico, psíquico o intelectual derivado principal —aunque no exclusivamente— del avance de la edad no constituye un fenómeno de nueva aparición. Sin embargo, la confluencia del proceso de envejecimiento de la población y el declive del modelo tradicional de cuidados familiares confieren un rostro nuevo a un problema consustancial a la propia naturaleza humana como es el de afrontar la incapacidad para valerse por uno mismo en algún momento de la vida. Anticiparse a la denominada «crisis de los cuidados» a que apuntan esas tendencias constituye uno de los retos de los sistemas de protección social más importantes.

A mediados de 2019, el CES decidió abordar este informe, con el cometido de analizar la situación del Sistema de promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD) tras más de trece años de recorrido. En aquel momento no se podía intuir la disrupción histórica que pocos meses después se produciría con la propagación mundial del virus SARS-CoV-2, y sus particularmente devastadores efectos en España, especialmente entre la población en situación de dependencia. Las consecuencias de un acontecimiento de tal calibre se superponen a todo análisis que se aborde en estos momentos, en los que persiste la situación pandémica y numerosas incertidumbres a su alrededor. El grave impacto de la pandemia por la enfermedad COVID-19 entre la población de mayor edad, la más vulnerable a las consecuencias del contagio, ha puesto en evidencia importantes debilidades que ya aquejaban al sistema de atención a la dependencia así como nuevos desafíos de cara al futuro. Al margen de las soluciones que reclama la urgencia del momento y de la ineludible evaluación rigurosa de todo lo ocurrido que deberá llevarse a cabo, sigue resultando necesario conocer la situación del SAAD con anterioridad a la irrupción del coronavirus, pues será la referencia básica para cualquier tipo de comparación en los próximos años.

En el capítulo que sigue a esta introducción, el informe parte de la posición comparada de España en el ámbito de la Unión Europea, donde la preocupación por la realidad y el futuro de los cuidados de larga duración aumenta en paralelo al avance del envejecimiento de la población y el incremento de la necesidad de servicios formales de atención a largo plazo. Como se pondrá de relieve en el informe, existen diferencias significativas entre los países europeos tanto en la forma de proporcionar el cuidado de larga duración como en el modo de financiarlo, habiendo llevado a cabo

la mayoría de ellos reformas en sus sistemas en los últimos años, orientadas a mejorar su accesibilidad, calidad y sostenibilidad.

Gracias al desarrollo económico, científico y social, cada vez más población consigue llegar a las edades que convencionalmente se consideraban como de entrada en la senectud. Como se abordará en el apartado 2 del capítulo I de este informe, España es uno de los países que más se verá afectado por el envejecimiento de su población en los próximos años, debido al importante volumen de su generación de *babyboomers*, incrementándose también el segmento de los mayores de 90 años, que sufre las mayores tasas de discapacidad y dependencia. A pesar de la mejora de la calidad de vida, la autonomía y la salud de las personas mayores en comparación con anteriores generaciones, en la mayoría de los casos, la prolongación de la supervivencia se acompaña en mayor o menor medida de enfermedades crónicas, pérdida de capacidad funcional y problemas de movilidad. Por esta razón, a lo largo de todo el informe emerge la importancia de impulsar el fomento de la salud y la autonomía personal en todas las etapas vitales a través de la prevención, alineando los objetivos de salud pública con los del sistema de atención a la dependencia, de manera que se logre articular un verdadero espacio de coordinación sociosanitaria.

No obstante, aunque la falta de autonomía es más frecuente en los segmentos de más edad, no puede olvidarse que las situaciones de dependencia pueden estar presentes en cualquier etapa de la vida. Sin embargo, apenas existe información sobre las características de la población beneficiaria en edades infantiles, jóvenes o intermedias, así como sobre la adecuación del SAAD a sus necesidades específicas. Ello contribuye a acrecentar la inevitable identificación del sistema con su dimensión más «gerontológica». Sin embargo, la preponderancia numérica de las situaciones de dependencia asociadas a la edad avanzada, no debería llevar a dejar de lado al resto de casos en que el derecho a la atención es exigible.

Es importante tener en cuenta que ni el envejecimiento ni la prevalencia de situaciones de dependencia se distribuyen por igual. Existe un importante desequilibrio demográfico en función del hábitat de modo que, como ya apuntaba el CES en su Informe 1/2018, *El medio rural y su vertebración social y territorial*, el fenómeno del envejecimiento es mucho más acusado en el mundo rural. Al mismo tiempo, se constatan importantes diferencias en la autonomía funcional de personas incluso de la misma edad en relación con otros factores como el género, la situación socioeconómica, la salud o los hábitos de vida.

Las mujeres protagonizan la atención a la dependencia en España, tanto en la vertiente de las personas potencialmente destinatarias como en la de la prestación de los servicios. Cuestiones como la evolución de la demanda de cuidados, el desarrollo del sistema y los cambios que se aborden en el mismo surtirán un impacto relevante en perspectiva de género. A partir de los 80 años de edad hay más del doble de mujeres que de hombres, proporción que se acentúa a medida que aumenta la edad. Por

tanto, el sistema de atención a la dependencia desempeña un papel especialmente importante en la protección social de las mujeres en la vejez, teniendo en cuenta que sus ingresos en esta etapa, en su mayoría provenientes de las pensiones de viudedad, suelen ser inferiores a los de los hombres, lo que las situaría en peor posición a la hora de proveerse de los cuidados vinculados a la pérdida de autonomía.

Un rasgo especialmente destacable de la creación del SAAD en nuestro país vino dado por la intensa participación de los interlocutores sociales a través del diálogo social, materializada desde sus inicios en el Acuerdo sobre la acción protectora de la atención a las situaciones de dependencia, firmado por los agentes sociales con el Gobierno el 21 de diciembre de 2005, que precedió a la elaboración de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Como se remarcará en el apartado 3 del capítulo I del informe, dedicado a la evolución normativa, la aprobación de esta norma constituyó un hito en la evolución del sistema español de protección social. La configuración de un nuevo derecho universal subjetivo a la atención a la dependencia y la creación de un sistema institucionalizado para su satisfacción, el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) suponían un importante salto cualitativo respecto a la labor que venían desempeñando los Servicios sociales en el ámbito de la atención a las personas mayores y a la discapacidad. En el plano normativo, la nueva ley nos situaba ya en la órbita de los países socialmente más avanzados, que llevaban ya años asumiendo desde la esfera pública el grueso de la atención integral requerida por estas situaciones, abordadas en nuestro país primordialmente desde el ámbito familiar.

El CES tuvo oportunidad de contribuir a este proceso a través de su Dictamen 3/2006 sobre el Anteproyecto de Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. El Consejo valoró positivamente la norma, por cuanto que «la creación del SAAD representa un avance fundamental en el proceso de modernización del sistema español de protección social, que responde de esta manera a una necesidad cada vez más palpable en nuestra sociedad». Además, el sistema de atención a la dependencia es objeto de análisis periódico por parte del CES a través de su Memoria socioeconómica y laboral, en la que anualmente se le dedica un apartado específico en el capítulo III.

Entre las iniciativas de los últimos años, cabe destacar el acuerdo de la Conferencia de Presidentes autonómicos celebrada el 17 de enero de 2017 que dio lugar a la creación en febrero de ese mismo año, de la Comisión interministerial, con participación de las comunidades autónomas con el objeto de elaborar un informe técnico sobre el análisis de la situación del SAAD, su sostenibilidad y los actuales mecanismos de financiación, así como para evaluar la adecuación a las necesidades asociadas a la dependencia.

El SAAD nació con el propósito, tal y como se recoge en la exposición de motivos de la Ley, de «garantizar a los ciudadanos, y a las propias comunidades autónomas, un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia». Sin embargo,

como se verá a lo largo de este informe, esta pretensión no ha conseguido alcanzarse plenamente por diversas circunstancias.

Los pasos iniciales del SAAD tuvieron lugar en medio de previsiones ciertamente optimistas sobre el futuro de este pilar de la protección social, si bien se vieron truncadas durante el periodo de crisis económica. En esta fase la evolución y configuración del sistema resultó afectada de manera importante, como consecuencia de los ajustes de los presupuestos de todas las Administraciones implicadas en su funcionamiento así como de las diversas modificaciones normativas, especialmente las contempladas en el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, que implicaron sucesivos aplazamientos del calendario de implantación de la Ley; la menor intensidad de las prestaciones en forma de servicios; la disminución de las cuantías de las prestaciones económicas y la modificación del baremo utilizado para determinar la existencia de dependencia y el grado de la misma.

En los últimos años, y en paralelo al avance de la recuperación económica, el sistema comenzaría a dar muestras de mejora a partir de 2015. En 2018 se produjo la entrada al SAAD del último colectivo de potenciales destinatarios que quedaba por incorporarse, el de las personas con grado I de dependencia (leve). En 2019, en vísperas de la gran disrupción que supuso el impacto de la pandemia por coronavirus, el sistema continuaba dando muestras de leve mejoría, aun con importantes debilidades que no ayudaron a afrontar un reto de tamaño magnitud.

En las páginas que siguen, el CES ha intentado abordar la situación del sistema desde el punto de vista de la efectiva satisfacción del derecho subjetivo a la promoción de la autonomía personal y a la atención integral en las situaciones de pérdida de la misma. Aunque todavía esté por acometer una evaluación independiente que analice en profundidad las causas y las consecuencias del enorme impacto del COVID-19 en el sistema de cuidados a las personas dependientes en España, no se han obviado en el análisis sus primeros efectos allá donde resultaba oportuno. Para ello, se ha tenido en cuenta tanto la consideración de los principales aspectos de funcionamiento del sistema que permitirían evaluar su alcance (capítulo II, apartado 1), como la situación y problemática de cada una de las distintas prestaciones que ofrece el SAAD (capítulo II, apartado 2).

Independientemente de las numerosas cuestiones necesitadas de mejora que se señalan en el informe, no hay que pasar por alto los, pese a todo, visibles y potenciales retornos que está surtiendo el despliegue del SAAD. Así, como se verá en el apartado 3 del capítulo II, a pesar del discurrir de sus comienzos en uno de los contextos económicos más críticos que se recuerdan, la aparición de esta nueva dimensión de la protección social en España ha aportado un considerable dinamismo a la creación de empresas vinculadas a los servicios de atención a la dependencia. Al mismo tiempo, como se aborda en el apartado 4 del capítulo II, su potencial de creación de empleo

tiene todavía un importante margen de desarrollo, tanto en términos de cantidad como de calidad de los puestos de trabajo que se requerirán ya a corto y medio plazo, bajo la premisa de la apuesta por la formación y la profesionalización del sector.

Valga poner de relieve, no obstante y antes de proseguir, las importantes carencias que en materia de información estadística han ido apareciendo a la hora de aproximarse a esta realidad en prácticamente todas sus dimensiones, tanto en lo que se refiere a las fuentes estadísticas de carácter general como específicamente al Sistema de Información del SAAD. Ello ha supuesto una limitación importante a la hora de valorar la situación del sistema en dimensiones neurálgicas del mismo, como su intensidad protectora o el esfuerzo de gasto que le dedican las distintas Administraciones, siendo un aspecto merecedor de atención prioritaria en los próximos tiempos. Solo muy recientemente, a punto ya de terminar la elaboración de este informe, el sistema ha comenzado a dar a conocer públicamente información sobre algunas facetas de interés del sistema hasta ahora inéditas, como la intensidad de las prestaciones o el empleo en el sector, aunque sigue siendo imprescindible seguir avanzando en este terreno.

Asimismo, la evaluación del sistema en términos de calidad sigue siendo una de las grandes asignaturas pendientes del SAAD que condiciona la efectividad del derecho a una atención integral centrada en la persona.

Con este informe, el CES pretende estimular la reflexión y la evaluación sobre la situación y perspectivas del SAAD en un momento que parece especialmente oportuno, transcurridos ya más de catorce años desde su creación y una vez culminada la incorporación gradual de los distintos niveles de personas dependientes. Tal reflexión resulta más necesaria que nunca tras un acontecimiento histórico como la pandemia por COVID-19, cuyos devastadores efectos en las personas en situación de dependencia marcarán sin duda un punto de inflexión en el SAAD.

CAPÍTULO I

DEPENDENCIA Y CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

1. El reto de los cuidados de larga duración en el contexto europeo

A fin de poder evaluar con cierta perspectiva la evolución, avances y retos del sistema español de atención a la dependencia, resulta pertinente situarlo en el contexto de la Unión Europea, tanto en relación con los distintos modelos existentes, como con los desafíos más recientes que con carácter general ha supuesto la irrupción del SARS-CoV-2 para la atención de la población dependiente en toda la región.

La atención a la dependencia en el ámbito comunitario, encuadrada en el concepto más amplio de «cuidados de larga duración» (CLD)¹, ha ido ganando protagonismo en los últimos años², hasta su reconocimiento como derecho subjetivo esencial de la ciudadanía europea en el pilar europeo de derechos sociales, cuyo Principio 18 establece que «toda persona tiene derecho a cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular de asistencia a domicilio y servicios comunitarios»³. De esta manera, los CLD entran a formar parte de las prioridades del modelo social europeo y de las orientaciones políticas de la Unión Europea en el ámbito de la protección social con el fin de garantizar ese derecho en todos los Estados, ante unas tendencias sociodemográficas que, de manera generalizada, les afectan a todos ellos.

*CLD en el
ámbito europeo:
modelos distintos,
aunque tendencia
convergente*

Por un lado, el envejecimiento de la población (consecuencia del descenso de la mortalidad y la natalidad, y de una mayor esperanza de vida) ha aumentado la prevalencia de situaciones de dependencia y necesidades de cuidados de larga duración. Por otro lado, la incorporación de las mujeres al mercado laboral y su acceso a unos mayores niveles educativos (redefiniendo sus expectativas laborales y personales) ha cambiado las estructuras laborales, familiares y de género, suponiendo un desafío en

NOTAS

- 1 En el ámbito comunitario los cuidados de larga duración se refieren a los servicios y asistencia prestados a las personas que, como consecuencia de padecer una discapacidad funcional, física o cognitiva durante un periodo largo de tiempo, dependen de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, o de algún tipo de cuidados permanentes de su salud.
- 2 Los CLD forman parte de la Estrategia Integrada de Protección Social de la Unión Europea, así como del Paquete de Inversión Social, aprobado en 2013.
- 3 Conviene recordar que la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea del año 2000 ya señalaba «la dependencia o la vejez» entre las contingencias con derecho a ser protegidas por los sistemas de Seguridad Social y por los servicios sociales.

la prestación de los cuidados, tradicionalmente realizados por las mujeres en el ámbito de los hogares. La denominada «crisis de los cuidados» ha pasado así a constituir uno de los retos más importantes para los sistemas de protección social.

Todos los Estados miembros han desarrollado políticas para hacer frente al aumento de la demanda de cuidados, si bien a partir de sus diferentes configuraciones del Estado de bienestar, lo cual ha generado modelos distintos de CLD, basados en una combinación asimétrica de la intervención pública por parte del Estado (universalista o asistencial), la familia y el mercado (recuadro 1).

A lo largo de las últimas décadas, sin embargo, la mayoría de los Estados miembros han llevado a cabo reformas que han matizado esas diferencias. Así, han venido desarrollándose regulaciones dirigidas a potenciar el papel del Estado, desde los sistemas asistencialistas de muchos países, especialmente del sur de Europa, (basados en una intervención pública subsidiaria para cubrir necesidades de cuidados en casos excepcionales de condiciones de pobreza y ausencia de redes familiares) a otros universalistas que garanticen unas condiciones básicas de protección. De hecho, los CLD han pasado a formar parte del cuarto pilar de los Estados de Bienestar (al menos en su reconocimiento como derecho) junto a educación, la sanidad y las pensiones⁴.

RECUADRO 1. PRINCIPALES RASGOS DE LOS MODELOS GENÉRICOS DE CLD EUROPEOS

Modelo nórdico (y Países Bajos): se remonta a los años setenta, y se caracteriza por un sistema de cobertura universal mediante la provisión de servicios sociales municipales. Financiado mediante impuestos.

Modelo liberal (o anglosajón): si bien la cobertura sanitaria es universal, los cuidados de larga duración son de naturaleza asistencial, mediante prestaciones monetarias a personas dependientes y a sus cuidadores, bajo demostración de ingresos, y con un sistema de copago asociado a la renta.

Modelo continental (con Alemania, Austria y Francia como principales exponentes): se caracteriza por considerar los CLD como un riesgo específico dentro de los sistemas de Seguridad Social. La dependencia se sitúa, así, en un plano similar al de las pensiones. Se trata de un modelo que puede considerarse universal aunque establece ciertas limitaciones en su cobertura en función de los grados de necesidad. Se financia mediante cotizaciones a la Seguridad Social e impuestos.

Modelo mediterráneo: en coherencia con la tradición familista de las sociedades del sur de Europa, los CLD son proporcionadas principalmente por las familias, fundamentalmente por las mujeres, y con carácter no formal. La intervención pública tradicionalmente ha sido de carácter asistencial y residual, limitada a cubrir situaciones de escasez recursos económicos.

Fuente: elaborado a partir de Rodríguez Cabrero, G., «Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea», en *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 29, núm. 1, 2011, págs. 13-42; Zalakain, J., «Atención a la dependencia en la Unión Europea: modelos, tendencias y retos», en *Revista de Derecho Social y Empresa*, núm. 8, 2017.

4 Para un análisis más detallado, véase Rodríguez Cabrero, G., «Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea», en *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 29, núm. 1, 2011, págs. 13-42.

En los años más recientes, además, en el ámbito europeo se observa una expansión de los servicios de cuidados con una orientación prioritaria a la asistencia a domicilio, coincidiendo con la preferencia de los propios interesados (demanda de autonomía residencial), por encima de la atención en establecimientos específicos para cuidados de larga duración. Se ha producido, también, una tendencia generalizada hacia la privatización de los mismos, aunque especialmente elevada en algunos países, como Reino Unido o Bélgica, pero también en países nórdicos (como Dinamarca, Finlandia) donde la presencia del sector público era tradicionalmente elevada. Por otro lado, la asistencia de CLD se basa, de manera bastante extendida en todos los países, en criterios de definición de las situaciones de dependencia similares, tanto en grados como en niveles. Los modelos de financiación, por su parte, han ido convergiendo hacia modelos mixtos⁵.

A pesar de esa tendencia convergente de los distintos modelos de CLD, lo cierto es que resulta complicado hacer una panorámica general sobre la provisión de este mecanismo de protección social en el ámbito europeo, tal y como señala la propia Comisión Europea⁶. Y es que siguen subsistiendo muchas diferencias, que afectan tanto al gasto público destinado a los mismos, como al alcance de la protección. También hay disparidades en relación a las áreas de las políticas en que se sitúan las competencias que, en unos casos, se abordan de manera conjunta desde la política sanitaria y de servicios sociales, mientras que en otros se realiza de manera separada. Tampoco hay criterios homogéneos en relación a la perspectiva competencial (estatal y regional), la financiación, así como del nivel de la participación pública, privada. La cantidad e intensidad de los cuidados realizados por las familias también varía, como las políticas destinadas a la ayuda a las mismas, ya sea mediante prestaciones monetarias (más extendida en Reino Unido), programas de conciliación (con mayor peso en los países nórdicos) o mediante la integración de los cuidadores informales en los sistemas de seguridad social (en países como Francia, Alemania o España). Cabe añadir, además, la falta de indicadores comunes a nivel comunitario que permita realizar una panorámica comparada de los CLD, a excepción de algunos, si bien escasos y con información limitada (restringida principalmente a los cuidados prestados desde los sistemas públicos de salud) (gráfico 1).

A pesar de las diferencias, todos los Estados miembros han de hacer frente a retos comunes en el medio y largo plazo. En primer lugar, a un progresivo crecimiento de la demanda de los CLD y a la necesidad de adaptación de los mismos a una sociedad cada vez más envejecida y, por tanto, con mayores niveles y grados de dependencia. Y, en

*Modelos distintos,
retos comunes*

5 Para más detalle, véase Rodríguez Cabrero, G., *op. cit.* Y Comisión Europea, *Challenges in long-term care in Europe*, 2018, National Reports.

6 Comisión Europea, *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society*, SOC403, 2014 y *Challenges in long-term care in Europe*, 2018.

segundo lugar, a responder a esa creciente demanda de cuidados con una población activa en descenso, teniendo en cuenta además los cambios socioculturales que se han producido y afectado a los cuidados en el ámbito de los hogares (que en el caso concreto de España se detallarán más adelante en el informe), lo que supone una menor oferta de potenciales cuidadores, tanto formales como informales. De hecho, se estima que en la Unión Europea el porcentaje de población de 80 años y más será el 10,6 por 100 en 2050 (frente al 4,9 por 100 en 2016) y que la tasa de dependencia⁷ aumentará 21 puntos porcentuales, hasta alcanzar el 50,4 por 100 ese mismo año.

Con carácter más inmediato, la irrupción del COVID-19 ha supuesto un reto añadido para los CLD, que deben hacer frente a los desafíos que plantea la pandemia para la provisión de estos servicios a un grupo poblacional especialmente vulnerable a la misma y sobre el que ha tenido efectos devastadores, en especial, entre aquellos que viven en equipamientos colectivos como las residencias.

Aunque no existen datos consolidados por países sobre el número de fallecidos por COVID-19 en este tipo de establecimientos, y a pesar de la dificultad de hacer comparaciones internacionales dada la ausencia de criterios comunes de contabilización⁸, casi todos los estudios señalan que supusieron un porcentaje alto sobre el total de fallecidos por este virus, si bien con diferencias notables entre países. La mayor vulnerabilidad de esta población se debe a la confluencia de diversos factores, como es la presencia de enfermedades concomitantes dada su avanzada edad, la falta de autonomía y la necesidad de atención diaria de cuidados que requieren contacto estrecho, así como el hecho de vivir colectivamente, lo que favorece el contagio y su propagación. Con todo, como señalan algunos estudios, esta mayor vulnerabilidad de la población en las residencias no fue acompañada de planes de actuación a tiempo, ni de recursos suficientes para combatir el virus en estos establecimientos. No fueron objeto de atención prioritaria, como sí lo fueron los centros hospitalarios, hasta que se conocieron los efectos más adversos y catastróficos de la pandemia en los mismos⁹.

Conviene tener en cuenta, por otro lado, que se desconocen aún los efectos directos e indirectos del COVID-19 en la población dependiente que recibe cuidados fuera de las residencias. Existe constancia de personas dependientes que, en los peores momentos de la primera ola de la pandemia, estuvieron expuestos a problemas de

7 La tasa de dependencia indica el peso de la población de 65 años y más respecto a la población comprendida entre los 15 y 64 años de edad.

8 La contabilización de los fallecimientos por COVID-19 de la población en residencias ha sido dispar, pudiéndose distinguir tres métodos distintos: 1) fallecidos diagnosticados positivos en COVID-19 (antes o después de la muerte); 2) fallecidos con sintomatología compatible con el COVID-19; y 3) número de fallecidos que exceden los de periodos de tiempo similares en años precedentes. Por otro lado, en algunos casos se contabiliza al total de los fallecidos que residen en residencias (independientemente de dónde se produzca el fallecimiento), mientras que en otros casos, solo a aquellos que fallecen en ellas (dejando fuera a los residentes que fallecieron en los hospitales).

9 OMS, *Preventing and managing COVID-19 across long-term care services*, 24 de Julio de 2020; OSE, *Why, in almost all countries, was residential care for older people so badly affected by Covid-19*, núm. 23, julio de 2020.

soledad así como de acceso a comida y medicamentos, habiendo quedado a expensas de los cuidados de voluntarios y vecinos¹⁰. Sería, pues, necesario tener un diagnóstico más detallado y completo sobre los efectos de la pandemia en los CLD para el diseño de políticas en el actual contexto.

Estos retos a los que se enfrentan los CLD, tanto en el corto, como en el medio y largo plazo, se han de afrontar atendiendo a los criterios establecidos por la Unión Europea en el Pilar europeo de derechos sociales en términos de *accesibilidad, calidad y sostenibilidad*, ámbitos en los cuales, según la Comisión Europea, todos los países adolecen de debilidades que deben atender¹¹.

Como se ha visto, la Unión Europea apuesta por que la *accesibilidad* a los CLD sea de carácter universal, habiendo sido reconocido como derecho subjetivo en buena parte de los Estados miembros, no así en la mayor parte de los países del sur de Europa, a excepción de España. Con todo, los límites de accesibilidad en la mayoría de los países provienen de las dificultades que entraña que los CLD descansen sobre estructuras institucionales divididas, tanto vertical (territorial) como horizontalmente (servicios de salud y servicios sociales). La mayoría de los expertos señala que estas divisiones institucionales generan problemas de gobernabilidad y coordinación entre las distintas entidades involucradas que, en última instancia, repercuten en los destinatarios de las políticas de CLD, algo que se ha hecho aún más patente durante la pandemia. Estas disfuncionalidades se traducen en periodos de espera, exceso de trámites administrativos, fragmentación de los servicios de cuidados, riesgo de dejar fuera del sistema de protección a algunos potenciales destinatarios, especialmente en las zonas rurales, así como una oferta desigual de servicios en función del territorio. A este respecto, la Unión Europea señala la necesidad de mejorar la gobernanza de los distintos servicios de CLD mediante una adecuada integración sociosanitaria, contando con la participación de todos los agentes implicados.

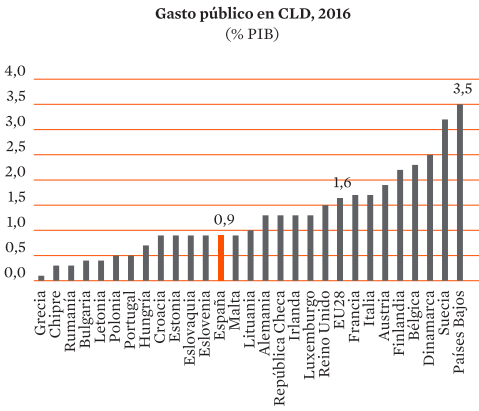
Por otro lado, se ha producido una orientación hacia la atención en el hogar frente al modelo residencial, y es probable que aumente su demanda tras el impacto del COVID-19 en los establecimientos colectivos de los CLD, si bien los servicios de atención domiciliaria son deficitarios e insuficientes en muchos países, a excepción de los países nórdicos, lo que agudiza los problemas de accesibilidad a CLD de la población con grados de discapacidad más graves.

Conviene apuntar a este respecto, el surgimiento de alternativas a los modelos de asistencia tradicional (residencias), en especial para las situaciones de dependencia moderada, basados en el enfoque conocido como «modelo hogar». Se trata de modelos intermedios entre la vida independiente y la residencial constituidos por alojamientos independientes, pero provistos de servicios comunes y servicios médicos. Estos

10 OMS, *op. cit.*

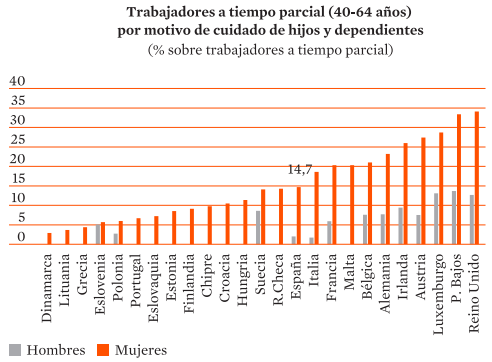
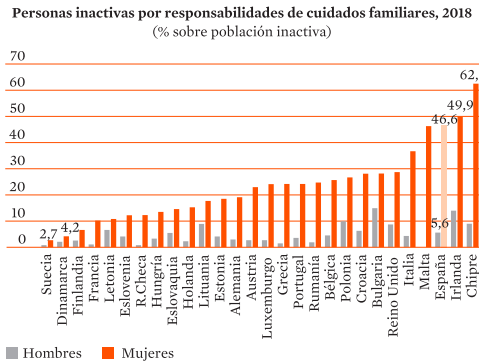
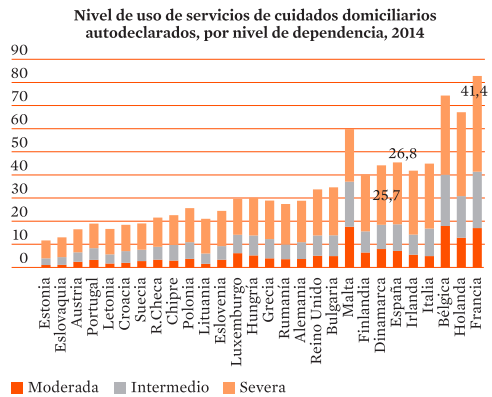
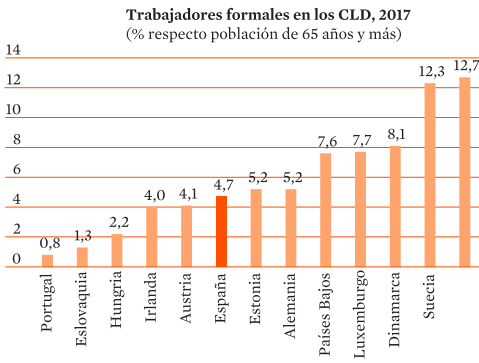
11 Comisión Europea, *op. cit.*, basado en los informes nacionales realizados por expertos en la materia.

GRÁFICO 1. ALGUNOS INDICADORES SOBRE LOS CLD EN LOS PAÍSES EUROPEOS



Proyección del gasto público en CLD (escenario base) (% PIB)

	2016	2050	2055	2060	2065	2070
Bélgica	2,3	3,6	3,7	3,8	3,9	4,0
Bulgaria	0,4	0,5	0,6	0,6	0,6	0,5
R.Checa	1,3	2,4	2,6	2,8	2,9	2,9
Dinamarca	2,5	4,1	4,3	4,4	4,6	4,7
Alemania	1,3	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9
Estonia	0,9	1,2	1,3	1,3	1,3	1,4
Irlanda	1,3	2,7	2,9	3,1	3,2	3,3
Grecia	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
España	0,9	1,9	2,1	2,2	2,3	2,2
Francia	1,7	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4
Croacia	0,9	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2
Italia	1,7	2,8	3,0	3,1	3,0	3,0
Chipre	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6
Letonia	0,4	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Lituania	1,0	2,0	2,1	2,2	2,1	2,0
Luxemburgo	1,3	2,8	3,2	3,5	3,8	4,1
Hungría	0,7	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1
Malta	0,9	1,8	1,8	2,0	2,1	2,3
P. Bajos	3,5	5,8	6,0	6,0	5,9	6,0
Austria	1,9	3,2	3,5	3,6	3,6	3,8
Polonia	0,5	1,0	1,1	1,2	1,3	1,3
Portugal	0,5	1,2	1,3	1,4	1,4	1,4
Rumania	0,3	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6
Eslovenia	0,9	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8
Eslovaquia	0,9	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5
Finlandia	2,2	3,8	3,8	3,9	4,0	4,2
Suecia	3,2	4,3	4,5	4,7	4,8	4,9
Reino Unido	1,5	2,4	2,5	2,6	2,6	2,8
UE	1,6	2,5	2,6	2,7	2,7	2,7



Fuente: Eurostat, Health Care Survey y Labour Force Survey; OCDE, Health at a Glance: Europe 2018 (actualizado a noviembre de 2018) y Comisión Europea, Ageing report, 2018.

modelos que, con denominaciones diversas, se han extendido en algunos países, especialmente en los del norte de Europa, favorecen la autonomía personal, el bienestar de los residentes y la satisfacción de los familiares y de los propios trabajadores. Con todo, estos modelos están en fase de desarrollo en la mayoría de los países, siendo incipientes las experiencias en España, como se verá más adelante en el Informe¹².

La orientación hacia los cuidados en el hogar, como establece la política comunitaria, se enfrenta a una provisión de servicios domiciliarios deficitarios e insuficiente en la mayor parte de los países europeos, sobre todo de las personas con mayores grados de dependencia. En consecuencia, el acceso a los CLD se realiza en muchas ocasiones a través de organizaciones del tercer sector, y también mediante los cuidados informales, que han ido en aumento y son mayoritariamente prestados por las mujeres (delegados en muchos casos a la población inmigrante). En consecuencia, y teniendo en cuenta el previsible aumento de la demanda de cuidados en el hogar en el contexto de la pandemia, sería importante el desarrollo de una red suficiente de servicios domiciliarios y comunitarios.

La provisión de CLD en el actual contexto de la pandemia, y en el medio plazo para atender su creciente demanda, genera una presión añadida para garantizar la *calidad* de los mismos y, en última instancia, las condiciones de vida de la población dependiente, ya sea en sus hogares o en instituciones. Resulta, sin embargo, difícil hacer una valoración de la calidad de los CLD, a pesar de que en muchos países se han desarrollado sistemas de acreditación e indicadores, puesto que la información es escasa y variada, a excepción de los servicios provenientes de los sistemas de salud, sobre los que hay información rigurosa y dan muestra de buenos niveles de calidad¹³.

Existe, sin embargo, un consenso generalizado es sobre la existencia de bajos niveles de formación y cualificación de las personas que proveen los servicios de cuidados, lo que merma la calidad de los mismos. En términos generales, el sector de los CLD presenta problemas de escasez de personal adecuadamente cualificado para la realización de sus trabajos. Además, la Comisión ha puesto de manifiesto que las condiciones laborales de los profesionales de este sector suelen caracterizarse por estar sometidos a sobrecarga, estrés y salarios bajos¹⁴, habiéndose visto agravadas durante la pandemia. Además, la falta de protocolos de actuación contra el COVID-19, así como de recursos y material suficiente, ha tenido como consecuencia que haya habido un alto índice de contagios también entre el personal de las residencias¹⁵. Todo ello repercute negativamente en la capacidad de este sector para atraer y resultar atractivo a

12 Martínez, R., *et. al.*, «La atención de la dependencia en España», *Papeles de trabajo 5/2018*, Instituto de Estudios Fiscales.

13 Para un análisis detallado de los precarios y variados marcos de referencia de calidad de los CLD en la Unión Europea, véase: ESPN, *Mapping long-term care quality assurance practices in the UE*, diciembre 2019.

14 Comisión Europea, *op. cit.*

15 OMS, *op. cit.*

nuevos trabajadores. Se trata, de hecho, de una profesión poco valorada y deseada en casi todos los países, especialmente entre la población joven, a pesar de la creciente necesidad de este tipo de trabajadores.

Por otro lado, dicho aumento de la demanda de CLD hará necesario asegurar la *sostenibilidad* y financiación de un sistema con una demanda creciente de inversión pública. Si bien las estimaciones varían mucho entre los distintos Estados miembros, todos ellos deberán hacer frente a un incremento del gasto público que, en promedio para la región, llegará a alcanzar el 2,5 por 100 en el año 2050 en porcentaje del PIB (estimaciones previas al COVID-19 por lo que es previsible puedan verse modificadas al alza), teniendo en cuenta, en todo caso, que el gasto en dependencia supone una inversión social.

La Unión Europea tiene el propósito de lograr que, a pesar de los diferentes modelos nacionales, el acceso a cuidados de larga duración esté garantizado en el ámbito comu-

*Hacia unos CLD
accesibles, de
calidad y sostenibles:
orientaciones
de la Unión Europea*

nitario. Para ello, y mediante sus orientaciones, persigue la coordinación de las diferentes políticas nacionales para tal fin dado que, de acuerdo con el principio de subsidiariedad, las competencias de las políticas sociales recaen sobre los Estados miembros.

Tradicionalmente, las orientaciones comunitarias en esta materia en los sucesivos informes del Comité de Protección Social de la Unión Europea sobre protección social e inclusión social no han sido tan específicas como en otros ámbitos de políticas relacionadas con los retos derivados del envejecimiento poblacional y de los cambios sociodemográficos, como el envejecimiento activo o las pensiones. Sin embargo, desde que los CLD entraran a formar parte del Pilar europeo, la Comisión ha realizado orientaciones a los Estados miembros más concretas y ambiciosas, basadas en los ejes centrales del modelo social europeo de los cuidados de larga duración, como es potenciar la esfera del hogar, junto con la asistencia de los servicios comunitarios, y apostando por la accesibilidad y calidad de los mismos (recuadro 2).

Asimismo, la Comisión ha establecido una serie de compromisos comunitarios para fomentar los CLD, poniendo el énfasis en tratar de lograr indicadores adecuados y comparables para un mejor conocimiento y análisis de los mismos. Se prevé, a este respecto, además, mejorar el intercambio de información con otros organismos, en particular, con la OCDE y la Organización Mundial de la Salud, para mejorar el conocimiento y el seguimiento de las necesidades de cuidados de larga duración.

La Comisión se propone, igualmente, integrar las políticas de cuidados en el semestre europeo, de manera que, a partir de los informes nacionales sobre el grado de desarrollo y aplicación de los mismos, poder hacer recomendaciones específicas por país, si bien conviene señalar que el pilar europeo no ha establecido objetivos específicos al respecto.

RECUADRO 2. RECOMENDACIONES A LOS ESTADOS MIEMBROS**Desarrollo de atención formal en el hogar y atención comunitaria**

1. Prioridad del desarrollo de servicios de atención domiciliaria y semi-residencial debería con financiación suficiente para garantizar su accesibilidad y asequibilidad.
2. Desarrollo de políticas de prevención y rehabilitación, para garantizar que las personas puedan continuar viviendo el mayor tiempo posible en su propio hogar si así lo desean. La atención domiciliaria debe estar disponible para todas las personas dependientes y no únicamente a las de mayor grado de dependencia.
3. Mejorar la integración de los servicios sociales y de salud para garantizar una atención domiciliaria adecuada. El desarrollo de planes de atención multidisciplinarios entre las diferentes partes involucradas constituye una herramienta importante.
4. Mejorar la capacitación y formación de las personas que brindan atención domiciliaria y comunitaria para mejorar la calidad de la atención.
5. Reforzar los estándares de calidad de la atención domiciliaria y comunitaria.

Instalaciones residenciales

6. Se deben evitar políticas que reduzcan la oferta de instituciones residenciales sin proporcionar suficientes servicios en el hogar. La planificación del número de plazas de atención debe basarse en una evaluación objetiva de las necesidades de la población, adaptada a la situación regional.

Prestaciones monetarias

7. Ha de asegurarse que la prestación cumple con los objetivos de la atención. Si va destinada a la contratación de servicio doméstico, esta debe basarse en un contrato formal. Si se usa para compensar los cuidados informales, estos deben integrarse en un plan de cuidado multidisciplinario.

Cuidadores informales

8. Mayores apoyos mediante:
 - Mejorar la información, capacitación y asesoramiento.
 - Fomentar el relevo en el cuidado, para permitir el descanso de los cuidadores.
 - Controles regulares de la capacidad y la voluntad de los cuidadores informales para soportar la carga de la atención.
 - Mejorar los derechos sociales para los cuidadores informales y mayores posibilidades de permanecer en el mercado laboral (Ej.: subsidios para cuidadores a tiempo parcial).
 - Fomentar medidas para apoyar su participación en el mercado laboral (Ej.: trabajo flexible y horarios reducidos).

Trabajadores domésticos

9. Debería prestarse atención al papel y la situación de las trabajadoras domésticas migrantes, especialmente su posición, cualificaciones y calificaciones y condiciones de trabajo.

Sostenibilidad financiera

10. Los países deberían actualizar la información sobre la sostenibilidad de los CLD.
11. Mejorar la eficacia y eficiencia. Mayor énfasis a la rehabilitación e inversiones sociales (Ej.: estrategias de prevención, tecnologías innovadoras y servicios sociales).

Mejora de la calidad de la atención

12. Desarrollo de estándares más estrictos a los diversos proveedores y, sobre todo, deben ampliar su alcance para cubrir la atención domiciliaria. Se deben reforzar los controles efectivos y la supervisión de la calidad de la atención.

Fuente: Comisión Europea, Challenges in long-term care in Europe, 2018, National Reports.

Se pretende también, en el marco del método abierto de coordinación, fomentar el intercambio de aprendizaje y buenas prácticas sobre el desarrollo de la provisión de CLD a través de revisiones inter-pares, la recopilación de estudios de casos y el apoyo a redes de profesionales y proveedores de servicios.

Por otro lado, la Comisión planea destinar fondos para financiar políticas dirigidas a mejorar la atención domiciliaria, apoyar a los servicios profesionales y a los cuidadores informales (por ejemplo, mediante formación, asesoramiento o atención de relevo). Se prevé que el apoyo financiero se realice a través del Fondo Social Europeo, si bien está pendiente de concretar, al igual que la cantidad que se destinará y los criterios para su asignación. En términos de financiación, además, la Unión Europea pone el énfasis en las políticas de prevención y promoción de la salud pública dirigidas a aumentar la esperanza de vida y que esta, sea libre de discapacidad, pero también de las políticas de envejecimiento activo que promuevan la vida independiente.

La Unión Europea, de este modo, ha ido mostrando una mayor preocupación por los CLD (potenciando la esfera del hogar) y porque se impulsen políticas nacionales en este ámbito, aunque queda mucho camino por recorrer para lograr que se constituyan en un verdadero pilar del modelo social europeo. En todo caso, y en línea con lo que este Consejo viene sosteniendo¹⁶, el enfoque hacia la atención domiciliaria no puede hacer recaer de nuevo en las redes familiares la atención a la dependencia y, dadas las transformaciones sociodemográficas, parece ineludible una responsabilidad más intensa de los poderes públicos.

Estas necesidades de mejora se han hecho más patentes aún con la irrupción del COVID-19. La pandemia ha evidenciado las deficiencias estructurales de los distintos

*Los planes
de recuperación
europeos:
una oportunidad
para avanzar
en el desarrollo
de los CLD*

modelos de provisión de cuidados a la población dependiente, así como la necesidad de superarlos y avanzar en políticas dirigidas a lograr que los CLD constituyan un verdadero derecho social.

La respuesta comunitaria para ayudar a los Estados miembros a hacer frente a los importantes efectos económicos y sociales de la pandemia ha sido de gran transcendencia, no habiendo antecedentes de una movilización tan ingente de recursos y medidas. El marco financiero plurianual 2010-2027, así como las medidas extraordinarias del Fondo de Recuperación europeo, en el marco del instrumento denominado Next Generation UE, constituyen, por tanto, una oportunidad para que los Estados miembros

16 Véase Dictamen CES 3/2006, sobre el Anteproyecto de Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia; o el Informe CES 3/2018, *El futuro del trabajo*.

fortalezcan las políticas de cuidados y atención a la dependencia¹⁷. Con todo, las directrices europeas para la inversión de los recursos puestos a disposición de los países para su recuperación, son bastante generales y vagas cuando abordan los CLD, en comparación con otras materias, echándose en falta una mayor presencia y protagonismo de estas políticas en la agenda europea.

A este respecto, también hubiera sido adecuada una mayor iniciativa europea en la coordinación de la respuesta a la pandemia en lo que a CLD se refiere, teniendo en cuenta los efectos devastadores que ha tenido en muchos países en la población dependiente de las residencias, tanto en la primera ola, como en la segunda. Cabe destacar a este respecto, las directrices desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para prevenir y hacer frente al COVID-19 en el sistema de cuidados de larga duración (recuadro 3).

RECUADRO 3. ORIENTACIONES DE LA OMS PARA MITIGAR EFECTOS DEL COVID EN LOS CLD

Inclusión de los CLD en los planes nacionales de actuación contra la pandemia.

Movilizar los recursos adecuados para que los CLD puedan hacer frente y recuperarse de las secuelas de la pandemia.

Desarrollo de estrategias eficaces de monitorización y evaluación del impacto del COVID-19 en los CLD así como de coordinación entre los sistemas sanitarios y de cuidados.

Asegurar recursos adecuados para hacer frente a la pandemia, con especial énfasis en garantizar la salud laboral del personal del sector.

Mantenimiento y continuidad de los servicios esenciales de CLD, incluyendo la prevención, rehabilitación y cuidados paliativos.

Garantizar protocolos de prevención y control de la pandemia en todos los servicios de cuidados.

Priorizar los sistemas de diagnóstico, trazabilidad y rastreo de la enfermedad entre las personas que reciben los cuidados así como entre los proveedores de los mismos.

Dotar de apoyo a las familias y cuidadores informales.

Priorizar el tratamiento psicológico de perceptores y proveedores de cuidados.

Devolver la confianza en los CLD, en especial, en los centros residenciales.

Avanzar en una verdadera integración y coordinación de los sistemas de salud y de cuidados que garantice una gobernanza más efectiva de los CLD.

Fuente: OMS, *Preventing and managing COVID-19 across long-term care services*, 24 de julio de 2020.

17 Cabe señalar a este respecto, que el Plan Nacional de Recuperación elaborado por España para acogerse a las ayudas europeas, en el marco del Mecanismo de Recuperación y Resiliencia del Fondo de Recuperación, establece entre sus directrices el fortalecimiento de las infraestructuras del sistema de dependencia, los cuidados de larga duración y la atención domiciliaria. Y, para ello, se ha aumentado su dotación presupuestaria en el Proyecto de Presupuestos Generales del Estado 2021. Aspectos que se detallarán en el apartado 5 del capítulo II de este informe.

2. Cambios sociodemográficos, dependencia y cuidados en España

En un contexto de avance del envejecimiento demográfico y de creciente supervivencia en la vejez, la necesidad de prestar más atención a la provisión de cuidados a la dependencia desde los sistemas públicos viene siendo puesta de relieve desde hace ya un tiempo, en el marco de los debates sobre el futuro del Estado de Bienestar. Los profundos cambios sociodemográficos confluyen con cambios culturales y en el mundo del trabajo que hacen cada vez más patente la insostenibilidad de los modelos tradicionales de distribución de la carga de cuidados¹⁸ cuyo peso recae sobre todo en las mujeres. Asimismo, tiene repercusiones en la atención a la dependencia la reducción del tamaño de las familias, con un menor número de hermanos para distribuirse el cuidado de los mayores dependientes, así como los lazos cada vez más difuminados con la familia extensa y su distanciamiento físico, por la cada vez mayor movilidad de las personas. Al mismo tiempo que disminuye en su conjunto la carga de cuidado de niños por el descenso de los nacimientos, crece la de personas de mayor edad por efecto del envejecimiento en la estructura de la población, la mayor longevidad y la cronificación de algunas patologías que antiguamente llevaban directamente a la muerte. Por tanto, como señalaba no hace mucho el CES¹⁹, la anticipación al aumento de la demanda de servicios profesionalizados de cuidados de larga duración y atención a la dependencia constituye un reto para los sistemas de protección social al que los gobiernos deberán anticiparse con estrategias a medio y largo plazo. La pandemia ha puesto aún más en evidencia la urgencia de afrontar este reto, añadiendo nuevos requerimientos desconocidos hasta el momento y reforzando la necesidad de situar a las personas dependientes en el centro de todas las decisiones del sistema.

España es uno de los países que más se verá afectado por el envejecimiento de su población en los próximos años, debido al importante volumen de su generación de *babyboomers*. La prolongación de la esperanza de vida media al nacer más allá de los 80 años y el aumento de la supervivencia a partir de ese momento llevan aparejadas importantes consecuencias en los perfiles de las personas mayores en España, en su calidad de vida y en los requerimientos desde la perspectiva del sistema de protección social. A comienzos de 2019 casi una quinta parte de la población (19,4 por 100) estaba compuesta por personas mayores de 65 años. La media de edad del conjunto de la población se situaba en 43,4 años, mientras que a comienzos de siglo estaba en 40 años (cuadro 1).

18 Durán, M. A., *El trabajo no remunerado en la economía global*, Fundación BBVA, 2012.

19 Informe CES 3/2018, *El futuro del trabajo*, pág. 191.

CUADRO 1. POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD Y EDAD MEDIA, 1970-2019

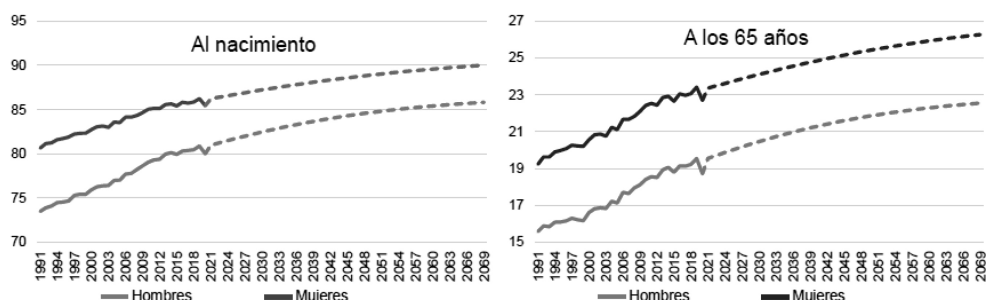
Grupo de edad	1970		1981		2001		2019	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
0-14	9.459.640	28	9.685.729	26	5.932.653	15	6.926.182	14,8
15-64	21.290.338	63	23.760.908	63	27.956.202	68	30.901.143	65,8
65+	3.290.679	10	4.236.724	11	6.958.516	17	9.107.307	19,4
Total	34.040.657	100	37.683.361	100	40.847.371	100	46.934.632	100
Edad media (años)	32,7		33,9		40,0		43,4	

Fuente: INE, Cifras de población, Datos provisionales, 1.01.2019.

Aún es pronto para conocer el impacto a medio plazo de la pandemia por coronavirus en la evolución de los distintos indicadores demográficos. Sus estragos han colocado a las sociedades más avanzada y con modernos sistemas de salud frente al espejo de la fragilidad del ser humano, cuando la confianza en los avances de la ciencia y en el progreso continuado en la esperanza de vida estaba fuera de toda duda. Un acontecimiento histórico inesperado como este es el más claro exponente de la incertidumbre que acompaña a todo ejercicio de proyección estadística incluidas, por lo que aquí interesan, las proyecciones de envejecimiento de la población. Según las Proyecciones de población del INE 2020-2070, publicadas en octubre de 2020, el efecto de la enfermedad COVID-19 se refleja de momento en una disminución coyuntural de la esperanza de vida al nacimiento en 2020, que se estima que bajaría en 0,9 años para los hombres y en 0,8 años para las mujeres, descenso que se recuperaría en 2021 (gráfico 2).

Con todas las cautelas, valga recordar que como señalan la mayoría de los estudios, el punto álgido del proceso de envejecimiento de la población se alcanzará previsiblemente según las nuevas proyecciones alrededor del año 2050, para empezar a declinar a partir de entonces: se reducirá el volumen de población mayor de 65 años, aunque

GRÁFICO 2. ESPERANZA DE VIDA OBSERVADA (1991-2019) Y PROYECTADA (2020-2069) (Años al nacimiento y a los 65 años)



Fuente: INE, Proyecciones de población 2020-2070, publicadas a 22 de septiembre de 2020.

los más longevos habrán ganado un peso mucho más significativo dentro de ese grupo. En los primeros quince años a que alcanzan dichas proyecciones, el volumen de mayores de 65 años pasaría de representar el 19,6 por 100 de la población en 2020 al 26,5 por 100 en 2035. Dentro de este grupo, los mayores de 70 años pasarían de representar el 14,4 por 100 en 2020 al 19,4 por 100 en 2035 y los mayores de 80 años pasarían de representar el 6 por 100 al 8,1 por 100 en el mismo periodo. Con todo, los mayores de 65 y menores de 80 años, es decir, el grueso del colectivo de *babyboomers*, constituyen todavía en ambos años de referencia el grupo más numeroso. En esta primera fase, los mayores incrementos en volumen de población dentro del grupo de mayores de 64 años se situarían en la franja de edades inferior a los 85 años, lo que tiene repercusiones en el sistema desde el punto de vista de las expectativas de entrada en el sistema en función del grado esperable de pérdida de autonomía (cuadro 2).

Las proyecciones sobre la creciente evolución futura de las situaciones de dependencia se realizan en función de las previsiones de envejecimiento y longevidad de la población, partiendo de las condiciones actuales de la población de más edad. Sin embargo, como todas las previsiones a futuro, estos pronósticos deben considerarse con precaución. Gracias al desarrollo económico, científico y

*Envejecimiento
y dependencia: una
relación no tan lineal*

CUADRO 2. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS, 2016-2070
(En porcentaje sobre total de población)

Año	De 65 y más años (%)	De 70 y más años (%)	De 80 y más años (%)	De 100 y más años (%)
2016	18,7	13,7	6,0	0,02
2017	19,0	13,9	6,1	0,02
2018	19,2	14,0	6,2	0,02
2019	19,4	14,3	6,1	0,02
2020	19,6	14,4	6,0	0,03
2025	21,5	15,6	6,5	0,05
2030	24,0	17,3	7,4	0,07
2035	26,5	19,4	8,1	0,10
2040	28,8	21,4	9,1	0,11
2045	30,9	23,4	10,4	0,15
2050	31,4	25,0	11,6	0,20
2055	31,0	25,3	12,6	0,24
2060	30,1	24,3	13,5	0,30
2065	29,1	23,5	13,3	0,37
2070	28,6	22,5	12,4	0,43

Fuente: INE, Proyecciones de población 2020-2070, publicadas a 22 de septiembre de 2020.

social, cada vez más población consigue llegar a las edades que convencionalmente se consideraban como de entrada en la senectud. Sin embargo, hay que decir que la propia tradicional frontera de los 65 años como base del comienzo de esa etapa está en cuestión. La población de más edad no solo ve aumentada su longevidad sino que mejora su estado de salud, su autonomía, su nivel educativo, su aportación al consumo, su capacidad de decisión y en general, su contribución en diversos ámbitos de la sociedad²⁰. La pérdida de autonomía y no el cumplir una determinada edad se perfila cada vez más como el factor determinante del paso de una fase vital a otra. Y aunque la probabilidad de padecer algún trastorno funcional que derive en dependencia aumenta con la edad, no existe un momento vital que marque para todas las personas el inicio de la pérdida de autonomía.

Las importantes diferencias en el grado de autonomía y la prevalencia de limitaciones entre personas de la misma edad, guardan relación, más allá de los condicionantes genéticos, con circunstancias como los estilos de vida, el cuidado de la salud, las formas de convivencia y el propio entorno, que a su vez están influidos por factores como la renta o el nivel de estudios. Todos ellos son elementos determinantes del estado de salud, que pueden favorecer la llegada a edades elevadas en buen estado y con niveles de autonomía altos. Para tratar de aproximarse a los futuros escenarios de dependencia habría que tener en cuenta esos factores cuya influencia en la salud está ampliamente demostrada. La mejora del nivel educativo de las nuevas generaciones con respecto a las anteriores conduce a pensar que la morbilidad relacionada con esas variables tenderá a decrecer, mientras es de esperar que los avances científico-médicos sigan contribuyendo a avanzar en el abordaje terapéutico de enfermedades y lesiones que antiguamente derivaban en dependencia segura. Como bien ha demostrado el SARS-CoV2, es posible el surgimiento de nuevas patologías que den al traste con las previsiones a futuro pero si la morbilidad vuelve a los niveles anteriores a la pandemia, la prevalencia de los problemas de falta de autonomía tendría que disminuir a lo largo de las próximas décadas. Con todo, el aumento de las cohortes mayores de 65 años hará que en términos absolutos la dependencia sea aún un fenómeno creciente.

Esa diversidad de realidades avanzada ya la segunda mitad de la vida de las personas contrasta con la visión estereotipada de la vejez y las connotaciones negativas a que se asocia en las sociedades occidentales actuales, orientadas a nociones de la productividad, la estética y los valores alejadas de las más frecuentes entre las personas más veteranas. Así, a modo de ejemplo, se ha ido gestando una imagen del envejecimiento de la población como una amenaza para los sistemas de protección social y para la caja común, al tiempo que, durante los años que siguieron a la crisis se alimentó la idea de que las personas jubiladas habían sido las grandes ganadoras (por el simple hecho de que sus ingresos permanecieron constantes, superando en términos relativos

20 Memoria CES 2018, capítulo III, págs. 521-230.

a los de otros grupos) frente a los jóvenes, como principales damnificados. Algunos estudios atribuyen en parte a este «edadismo» o infravaloración social de la vejez la escasa prioridad conferida a la prevención de la propagación del virus en residencias y otros dispositivos de cuidados de larga duración durante la gestión de la pandemia²¹.

En definitiva, la situación de dependencia no es una consecuencia inevitable asociada a la edad sino que guarda relación con otras variables, especialmente con la

No son los años, sino la falta de salud

enfermedad, en las que cabe intervenir tanto para evitar su surgimiento como para atenuar su evolución hacia un grado más grave. De ahí que la prevención de la pérdida de autonomía emerja como una vertiente esencial y

a menudo olvidada en la consideración de las perspectivas del sistema de atención a la dependencia. Pese a que el sistema cuenta con una prestación específica para la prevención de los estados de dependencia, es evidente que la promoción de hábitos de vida saludables en todas las edades y entornos desborda el ámbito de las políticas de atención a la dependencia en sentido estricto y entra de lleno en otros campos de acción como el de la educación, la atención sanitaria y la promoción de la salud pública que pueden contribuir tanto o más que el propio SAAD al mantenimiento de la autonomía personal durante el mayor tiempo posible.

La «esperanza de vida en salud»²², en distintas edades es un buen indicador de calidad de vida que, de alguna manera, puede considerarse el revés de las situaciones que dan lugar a la pérdida de autonomía y a la dependencia. La esperanza de vida al nacer y a los 65 años registradas en España figuran entre las más altas del mundo, especialmente en el caso de las mujeres. Sin embargo, las expectativas de calidad de vida en el tiempo de supervivencia a partir de los 65 años no son tan halagüeñas. A las mujeres les aguardan, en media, 9,4 años de vida en salud y casi catorce años de vida con limitaciones, mientras que a los hombres les espera una media de 10,7 años en salud y más de ocho años con limitaciones en esa esfera (cuadro 3). Estas diferencias entre los sexos en la esperanza de vida sin limitaciones se traducen, como se verá después, en la mucha mayor proporción de mujeres que de hombres entre los beneficiarios de las prestaciones de atención a la dependencia.

Es ostensible la preponderancia de mujeres a medida que se asciende en la pirámide de edad, de modo que en los grupos mayores de 80 años hay más del doble de muje-

La importancia de la perspectiva de género

res que de hombres, llegando a ser la relación de cuatro a uno entre el todavía pequeño pero creciente grupo de centenarios (gráfico 3).

21 Observatorio Social Europeo (OSE), Declercq, A. *et al.*, *Why, in almost all countries, was residential care for older people so badly affected by COVID-19?*, núm. 23, julio de 2020 así como, Deusdad, B., «COVID-19 and Nursing Homes' crisis in Spain: Ageism and Scarcity of Resources» en *Research on Ageing and Social Policy (RASP)*, vol. 8, núm. 2, julio de 2020.

22 Indicador homogeneizado por Eurostat que significa la ausencia de limitaciones para la vida cotidiana por razón de enfermedad o deterioro del estado físico.

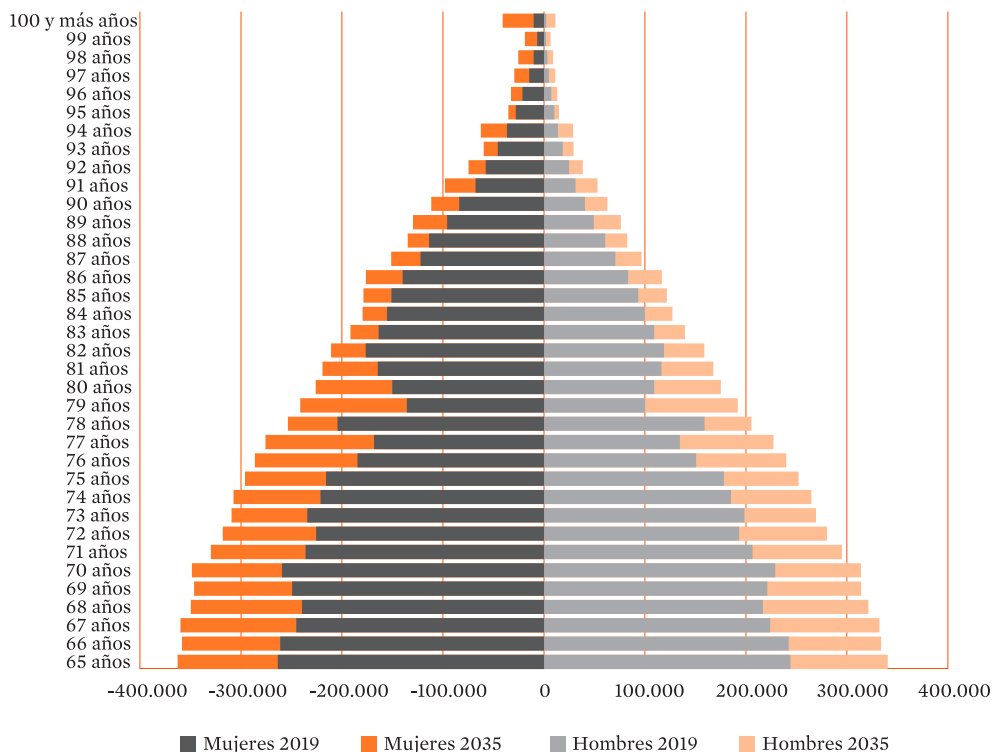
CUADRO 3. AÑOS DE VIDA Y VIDA EN SALUD, 2017

Indicador	Hombres	Mujeres	Total
Esperanza de vida al nacer (años)	80,43	86	83,25
Años de vida en salud al nacer (años)	63,87	62,55	63,3
Esperanza de vida a los 65 (años)	19,28	23,29	21,4
Años de vida en salud a partir de los 65 años	10,67	9,57	10,09
% población que valora positivamente su salud	77,75	70,43	74,02
% población que valora positivamente su salud a los 65 años	52,34	39,97	45,38

Fuente: MSCBS, INCLASNS, 2019.

El mayor peso de las mujeres en los grupos de edad más avanzada se mantendrá según las proyecciones, a pesar de los avances constatables en la supervivencia de los hombres. Junto con el sistema de pensiones, la atención a la dependencia está llamada a constituir una columna fundamental de la protección social en la vejez que, dada la preponderancia de mujeres tanto entre las beneficiarias como entre las personas que cuidan, debe ser considerada también en perspectiva de género.

GRÁFICO 3. CAMBIO DEMOGRÁFICO EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS, ESPAÑA 2019-2035



Fuente: elaboración propia a partir de INE: Cifras de población, 2019 y Proyecciones de población 2018-2068.

Unido a lo anterior, hay que tener en cuenta que según la Encuesta Continua de Hogares del INE, en 2019 vivían solas algo más de dos millones de personas mayores de 65 años, siendo mujeres el 72,3 por 100 de ellas. Ello da una idea del reto que supone el objetivo de lograr una atención de calidad basada, en la medida de lo posible, en la permanencia en el entorno de las personas en situación de dependencia. La experiencia del confinamiento y la supresión de servicios de atención a la dependencia que se prestaban en el hogar, que todavía no se han normalizado en muchos territorios, ha servido para poner en evidencia la gravedad de muchas situaciones de soledad no deseada, especialmente cuando se acompaña de un deterioro importante de la salud o de la capacidad funcional.

Hay que relativizar una vez más la interpretación de estos datos, teniendo en cuenta las importantes diferencias en función de variables personales, territoriales, educati-

El territorio importa

vas o de hábitat que arrojan acusadas diferencias con la media. Es importante tener en cuenta, por ejemplo, que ni el envejecimiento ni la prevalencia de situaciones de dependencia se distribuyen por igual en el mundo rural y el urbano, lo que condiciona las necesidades y los diferentes retos para las políticas de la atención a la dependencia. Así, la mayor parte de las personas mayores vive en las ciudades aunque su peso entre la población rural es mucho más elevado.

Los dos municipios más grandes de España (Madrid y Barcelona) cuentan con más de un 20 por 100 de población mayor de 65 años, lo que supone más de un millón de personas en cada caso. En las grandes ciudades, donde la oferta de servicios es mayor, la atención a la dependencia se enfrenta a desafíos derivados de la masificación, la gentrificación²³, así como los elevados precios de la vivienda y los servicios, que pueden repercutir en la calidad y la accesibilidad de las prestaciones.

Con todo, el fenómeno del envejecimiento es mucho más acusado en el mundo rural²⁴ (en 2018, los mayores de 65 años representaban el 28,4 por 100 de la pobla-

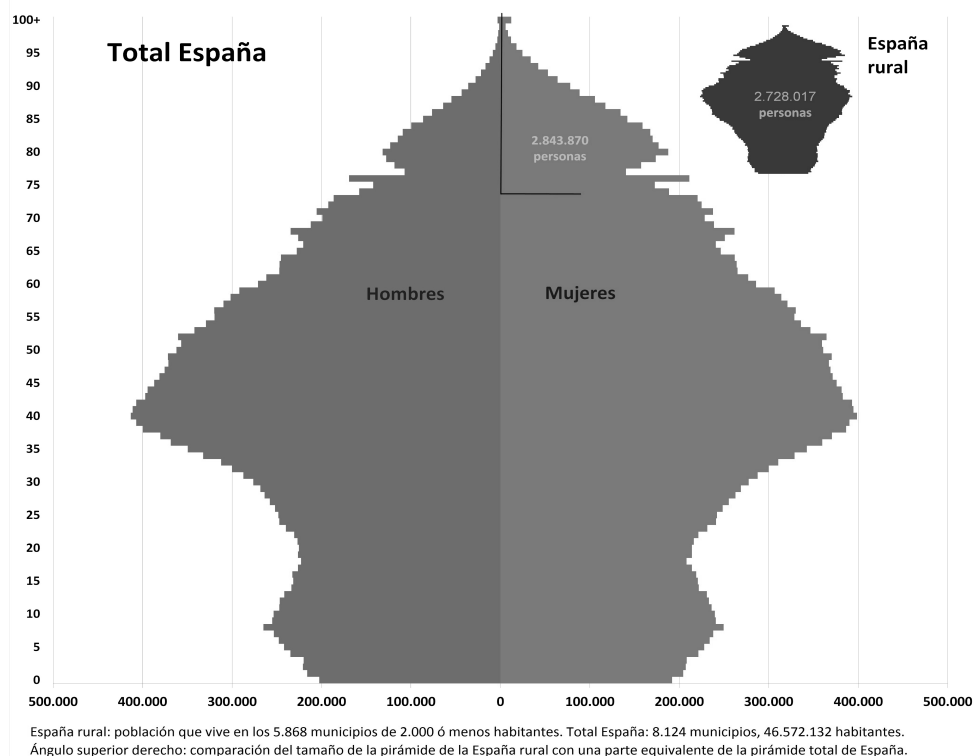
Necesidad de mayor adecuación de los servicios a las características del entorno rural

ción de municipios de menos de 2000 habitantes) (gráfico 4). Las condiciones particulares de este medio, como la dispersión o el pequeño tamaño de algunos municipios, unidas a la insuficiencia de servicios, pueden derivar en dificultades para hacer efectivo el acceso a toda la tipología de prestaciones del catálogo de servicios del SAAD en condiciones de equidad, en especial respecto a algunas prestaciones. Durante la crisis sanitaria en los primeros meses de la pandemia, la atención a la dependencia en

23 Afectan normalmente a barrios tradicionales del centro de las ciudades, que han sufrido una situación previa de abandono y degradación, dando paso a un proceso de revalorización que implica la expulsión de sus habitantes tradicionales y su sustitución por habitantes de clase media-alta. Ello genera una homogeneización del paisaje y la oferta comercial, la pérdida de identidad espacial y la desaparición de la diversidad de grupos sociales y étnicos.

24 Véase Informe CES 1/2018, *El medio rural y su vertebración social y territorial*.

GRÁFICO 4. COMPARACIÓN DE LA ESTRUCTURA POR EDADES DE LA POBLACIÓN EN ESPAÑA, TOTAL Y RURAL*, 2019



*Población que vive en los municipios de 2.000 o menos habitantes. Figura de la España rural dimensionada según su tamaño proporcional a la total.
 Fuente: Tomado de CSIC, Envejecimiento en Red (septiembre 2020). Datos procedentes del Padrón Continuo a 1.01.2019, consulta enero de 2020.

los entornos rurales ha acusado especialmente, entre otras dificultades, problemas de reclutamiento de personal, como se verá más adelante, dando lugar a la adopción de medidas extraordinarias.

En el mundo rural, la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y sus familiares cuidadores requeriría adaptar la normativa a las peculiaridades de este entorno.

2.1. LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

La Ley de dependencia²⁵ fijó el concepto de dependencia como «aquél estado, de carácter permanente, en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal». Esta noción de dependencia, adopta con algunos matices la establecida por el Consejo de Europa²⁶ en 1998 y delimita los elementos sobre los que se establecen los distintos niveles de afectación de cara a la aplicación de la Ley.

Tal como queda establecida en la norma, la dependencia se encuentra ligada a otros conceptos igualmente relevantes, entre ellos la propia «autonomía»²⁷, «las actividades básicas de la vida diaria» (ABVD)²⁸ o «los cuidados profesionales» y «no profesionales». Por su parte, el concepto de «discapacidad», con el que, en no pocas ocasiones, se confunde y al que, de hecho, alude la definición de dependencia, se encuentra establecido en la ley de discapacidad²⁹ como «aquella situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás».

Por tanto, la dependencia es un estado, conectado siempre con la «necesidad de atención», en el que se encuentran algunas personas como consecuencia, entre otras

Dependencia y discapacidad

posibles circunstancias, de la discapacidad. Entendida de este modo, la dependencia puede afectar a personas de cualquier edad, si bien, es mucho más frecuente en los estratos más avanzados. En efecto, el aumento progresivo de los años de vida tiende a relacionarse con un periodo final, más o menos largo, en el que aparecen patologías y discapacidades que desembocan, frecuente aunque no necesariamente, en situaciones de dependencia. Pero también ocurre que el aumento de la supervivencia a enfermedades y accidentes que en el pasado podían resultar mortales, desemboca en la actualidad

25 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

26 CE, Recomendación (98) 9. La dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.

27 La capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

28 Las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

29 Real Decreto legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

en posibles estados de falta de autonomía y en la consecuente necesidad de ayuda de otras personas para el desenvolvimiento de la vida cotidiana³⁰.

La LAPAD establece un sistema gradual para el reconocimiento de la condición de beneficiario del SAAD basado en tres grados de afectación en función de las necesidades de ayuda de la persona. Para obtener el reconocimiento, las Administraciones aplican un baremo que valora la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental.

*La dependencia
y sus grados*

Como resultado, el solicitante reconocido como dependiente, obtiene una clasificación que puede ser de grado I, II o III, que se corresponden con una dependencia moderada (necesidad de ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o de apoyo intermitente para su autonomía personal), dependencia severa (necesidad de ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere apoyo permanente) y gran dependencia (necesidad de apoyo indispensable y continuo de otra persona o de apoyo generalizado).

Según los datos del sistema de información del SAAD, en 2019 vivirían en España 1,3 millones de personas en situación de dependencia. Ese número se corresponde, no obstante, con un valor registral referido a la población que ha sido sometida a las pruebas del baremo, habiendo resultado en expedientes positivos. Es decir, son dependientes con el reconocimiento institucional de tal condición. Entre ellas, la mayoría (81,6 por 100) habían sido ya atendidas por el sistema de atención a la dependencia, pero dos de cada diez (19 por 100) no llegaron a ver satisfecho su derecho a la atención.

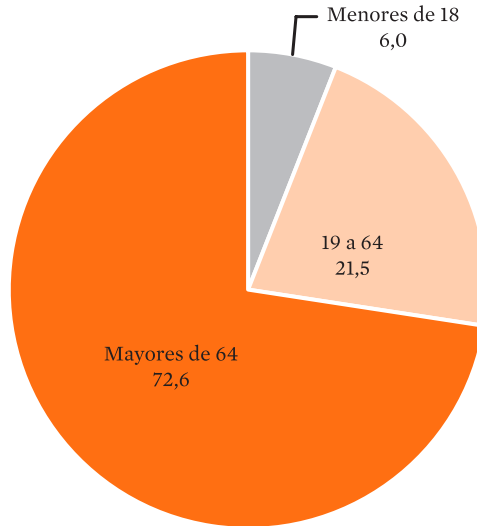
*1,3 millones de
personas baremadas
como dependientes
por el SAAD*

El baremo de valoración de la dependencia (BVD), constituye un instrumento común a todas las Administraciones competentes, para determinar los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía de las personas, en orden a la capacidad para realizar las tareas básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión a este respecto para personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental. Dicha valoración tiene en cuenta los informes existentes relativos a la salud de la persona y al entorno en que se desenvuelve. Sin embargo, este instrumento podría ofrecer cierto margen de interpretación en las evaluaciones. Por ello, no puede descartarse que algunos expedientes resueltos de forma negativa, pudieran resultar positivos.

30 En su Recomendación (98) 9, el Consejo afirma a este respecto, que La dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no solo a las personas mayores. Si bien es cierto que la dependencia tiende a aumentar con la edad, y que la vejez se caracteriza por aparecer frecuentemente asociada con múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado.

GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE, 2019
(Porcentajes)

	Menos de 3	3 a 18	19 a 30	31 a 45	46 a 54	55 a 64	65 a 79	80 y más
Beneficiarios	2.466	64.146	40.724	64.710	57.893	75.884	204.456	604.904
Solicitantes	5.975	94.330	55.114	91.550	91.204	132.412	408.387	1.015.772



Fuente: SISAAD, 2020.

Al mismo tiempo, no puede desestimarse la existencia de un cierto número de personas que, a pesar de cumplir con las condiciones necesarias para beneficiarse de las prestaciones del sistema, no han llegado a presentar solicitud por diferentes motivos.

En todo caso, el SAAD constituye un elemento relativamente joven del sistema de protección social en España, y como tal, dispone aún de un amplio margen de mejora en multitud de aspectos, como, entre otros, la limitación de las disparidades en la aplicación de los instrumentos de valoración.

La aproximación a los perfiles sociodemográficos de la población con dependencia en España ofrece al menos dos puntos de vista, si se toman los datos del SISAAD. Por

Los perfiles de la población con dependencia

un lado, puede determinarse la mayor o menor feminización y el perfil etario de los beneficiarios, y por otro, puede ampliarse el ángulo hasta los solicitantes, que, al fin y al cabo, son potencialmente beneficiarios. Complementariamente,

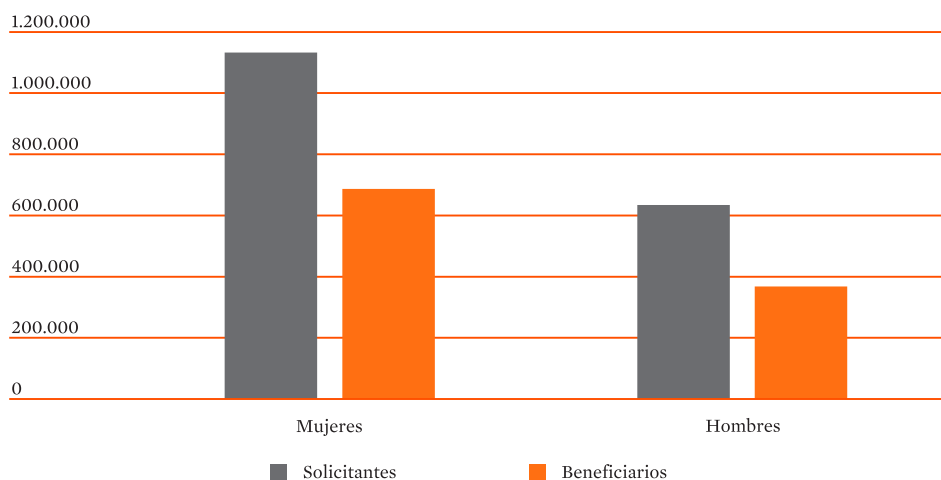
pueden ponerse en relación estos dos ángulos obteniendo así un acercamiento al perfil sociodemográfico de la población en lista de espera, así como a la población diana, definida por sus mayores expectativas con respecto al sistema.

Con respecto a las personas efectivamente atendidas, los datos muestran un perfil marcado por la edad, en tanto que la mayor parte de la población beneficiaria (72 por 100) se encuentra en el tramo de edad superior a los 65 años, y el 54 por 100 ha alcanzado ya los ochenta años. Este predominio de los mayores de 65 años no puede, sin embargo, ocultar la existencia de un volumen notable de población menor de esa edad con problemas de autonomía. Así, de acuerdo con los datos, en España viven 66.600 menores de 18 años (2.466 niños con menos de tres años) en situación de dependencia reconocida por el sistema, lo que representa el 6 por 100 de la población dependiente. Otras 239.000 personas dependientes se encuentran en la amplia franja de los mayores de 18 y menores de 65 años, suponiendo el 21,5 por 100 del conjunto (gráfico 5).

La mayor incidencia de trastornos de la salud a partir de ciertas edades, que se manifiesta en términos demográficos en una esperanza de vida con buena salud a partir de los 65 años más corta en las mujeres unido a la mayor esperanza de vida, explica el hecho de que la mayor parte de la población beneficiaria esté compuesta por mujeres (65 por 100). En otras palabras, como las mujeres viven más años y con peor estado de salud, suponen la parte más abultada de población a atender por el sistema (gráfico 6).

En lo concerniente a los rasgos sociodemográficos de los solicitantes, la distribución por edades es lógicamente similar a la de los reconocidos como dependientes, si bien, con una ligera mayor inclinación hacia las edades superiores. En efecto, los datos del SISAAD presentan un panorama en el que más de tres cuartas partes de la población aspirante a obtener alguna prestación ha cumplido ya los 65 años. De la misma manera, la distribución por sexos muestra la mayor presencia de mujeres en el registro de

GRÁFICO 6. DISTRIBUCIÓN POR SEXOS DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE, 2019
(Número de personas)



Fuente: SISAAD, 2020.

solicitudes, lo que se explica por la supervivencia de más mujeres que de hombres a partir de los 80 años, arrojando tasas más altas de discapacidad y dependencia.

La relación entre las dos estructuras, de beneficiarios y dependientes, se presta, a falta de otras variables explicativas provenientes del SISAAD, a múltiples interpretaciones. En este sentido, no parece casual la menor distancia entre solicitantes y beneficiarios en los menores de 65 años, lo que podría explicarse simplemente por el hecho de que los jóvenes que aspiran a ser atendidos por el sistema se encuentran en situaciones más agudas de afectación —y por tanto obtienen con mayor frecuencia el estatus oficial de dependiente—, mientras que entre los mayores de 65 años las expectativas son mayores para un abanico más variado de situaciones de falta de autonomía, obteniendo muchas veces respuesta negativa del sistema. Al mismo tiempo, el mayor volumen de solicitudes de personas mayores de 65 hace que la mayor carga de tramitación se concentre en ese segmento, lo que se traduce en una mayor concentración de expedientes pendientes de resolución.

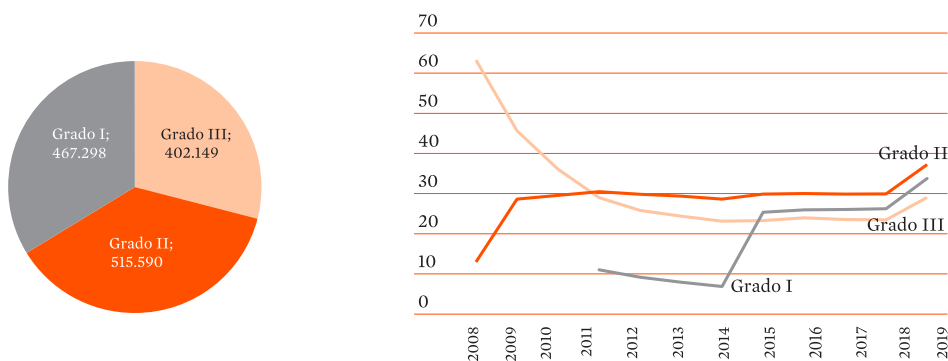
De acuerdo con los datos del SISAAD correspondientes a 2019, 1,3 millones de personas obtuvieron un dictamen positivo y fueron valoradas con uno u otro grado de dependencia. Concretamente, el 29 por 100 (402.000 personas) obtuvo el grado III (mayor dependencia), mientras que el 37 por 100 (515.000 personas) fue reconocido con el grado II. Al mismo tiempo, el 33,7 por 100 (467.000 personas) obtuvo el reconocimiento del grado I, que es el de menor gravedad.

Distintos grados de afectación en la población valorada como dependiente

Con el paso de los años la distribución de la población dependiente en función de los grados parece ir reflejando con mayor ajuste la realidad de la estructura de la población dependiente, que vendría dada por una base amplia de personas con poca afectación y proporciones decrecientes de afectaciones más altas. La evolución seguida por esta variable evidencia la trayectoria errática del calendario del SAAD, que ha sufrido varios cambios desde la aprobación de la norma estatal pero que, en todo caso, ha supuesto un orden cronológico de incorporación comenzando por los casos más agudos —finalmente, en julio de 2015³¹ se incorporaron los dependientes con grado I—. Además, hay que tener en cuenta que el volumen del colectivo de mayor afectación, por su propia naturaleza tiende a disminuir por la sucesión de bajas por fallecimiento, lo que también ha contribuido a la estabilización de la estructura de la población dependiente, a lo que se suma la revisión de expedientes presentados y valorados en el pasado con el grado I de afectación, con la consecuente actualización de grados. No obstante la distribución actual, algo más equilibrada que en los primeros años de funcionamiento del SAAD, es esperable que en el futuro vaya incrementándose la importancia relativa del grado I (gráfico 7).

31 Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

GRÁFICO 7. DISTRIBUCIÓN POR GRADOS DE AFECTACIÓN DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE, 2019



Fuente: SISAAD, 2020.

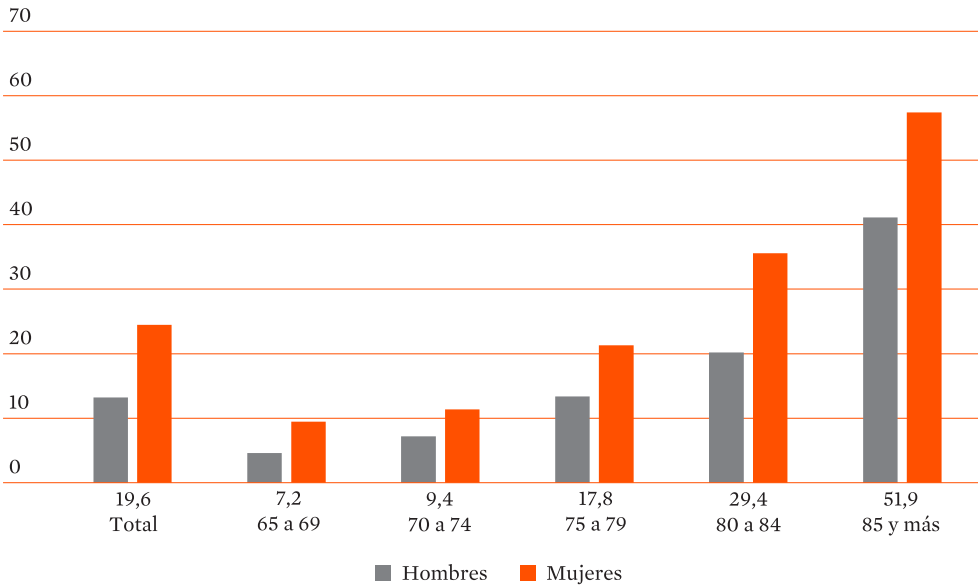
No obstante la validez de los datos registrales ofrecidos por el sistema de información del SAAD, resulta pertinente complementar la información anterior con los suministrados por otras fuentes, con el fin realizar una aproximación adicional al volumen y las características de la población en situación de dependencia, lo que, de cualquier modo, puede arrojar luz sobre la población «potencialmente dependiente».

*Una aproximación
al conjunto de
la población
potencialmente
dependiente*

Siguiendo los datos de la Encuesta Nacional de Salud, cuya última oleada se publicó en 2018, cerca de 1,7 millones de personas mayores de 65 años, que constituyen el grueso de la población con discapacidad y con algún grado de dependencia, muestran dificultad para la realización de alguna actividad básica de la vida diaria, lo que supone más del 19 por 100 de la población de esas edades en España (gráfico 8). La proporción es menor en el caso de las personas más jóvenes y aumenta a partir de los 80 años, haciéndolo de manera más evidente al llegar a los 85 años, cuando las dificultades alcanzan a la mitad de la población. Los datos muestran, además, diferencias muy significativas entre los dos sexos, de manera que las mujeres (24,5 por 100) experimentan dificultad para la realización de alguna ABVD con una frecuencia superior a la de los hombres (13,2 por 100), circunstancia que se manifiesta en todos los grupos de edad a partir de los 65 años³², pero que alcanza valores sensiblemente más elevados a partir de los 80 años y más aún desde los 85 (57,5 por 100 en las mujeres y 41 por 100 en los hombres de más edad) (gráfico 8).

32 Estos datos son consistentes con los relativos a la esperanza de vida en salud, más corta en el caso de las mujeres, como se ha visto en el anterior apartado, a pesar de disfrutar de una esperanza de vida al nacer a los 65 años superior a la de los hombres.

GRÁFICO 8. PERSONAS CON ALGUNA DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA
(Porcentajes)



Fuente: Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, Encuesta Nacional de Salud, 2017.

Si el hecho de encontrar dificultad, de cualquier intensidad, para el desempeño independiente de las tareas cotidianas puede ayudar a entrever las posibilidades de pérdida de autonomía en el medio plazo, quizá la declaración de gran dificultad o imposibilidad para ello, permita un mayor ajuste a la realidad de la dependencia actual o al menos en el corto plazo. Los datos de Encuesta de Salud muestran, en este sentido, una mayor proximidad entre el número de personas con «mucha dificultad» e «imposibilidad» para realizar alguna ABVD y el número de personas en situación de dependencia reconocida por el SAAD.

2.2. LOS CUIDADOS INFORMALES

Históricamente la atención a las personas en situación de dependencia se ha venido cubriendo en el seno de las familias, principalmente por parte de las mujeres. La institucionalización de la atención a la dependencia a través del desarrollo de sistemas públicos de atención ha supuesto, sin duda, una reducción del volumen de actividades de cuidados dispensados directamente por los parientes así como una mayor profesionalización de aquellos. No obstante, las responsabilidades familiares respecto a las personas en situación de dependencia se mantienen y su ejercicio, aunque no implique

la ejecución física de los cuidados, sigue resultando decisivo incluso en los supuestos en que la protección dispensada por el sistema alcanza una alta intensidad. La esfera de los sistemas de atención a la dependencia se caracteriza así precisamente por la confluencia de tres niveles de decisión importantes desde la perspectiva de su calidad. Por una parte, la voluntad y las expectativas de los propios sujetos de la atención, pues los sistemas modernos de atención a la dependencia asumen que los cuidados deben centrarse en la persona. Por otra, el nivel institucional que canaliza a través del sistema de protección social la satisfacción del derecho subjetivo a la atención a la dependencia, reconocido legalmente. Y entre las personas en situación de dependencia y el sistema institucionalizado de atención, las familias siguen jugando un papel determinante en la detección y satisfacción de las necesidades a través de los cuidados informales en el seno de los hogares, siendo además generalmente el nexo conector entre la persona dependiente y el SAAD.

España forma parte del grupo de países mediterráneos conocidos como «familistas» no precisamente por la atención ofertada a las familias desde el Estado sino por la contribución de aquellas al entramado del bienestar en forma de servicios y cuidados. Entre las razones que subyacían a la creación del SAAD figuraba aliviar la carga que suponía para los hogares, y especialmente para las mujeres, la responsabilidad de los cuidados. Sin embargo, a pesar del avance que ha supuesto la puesta en marcha del SAAD, su limitado desarrollo conduce a que todavía no se haya superado la preponderancia de los cuidados informales desplegados tradicionalmente desde el entorno familiar. El elevado valor de los cuidados informales que se viene llevando a cabo en los hogares desde tiempos inmemoriales³³ se ha puesto de manifiesto precisamente ante la dificultad de sustituirlos y asumir su coste económico mediante el sistema de atención a la dependencia.

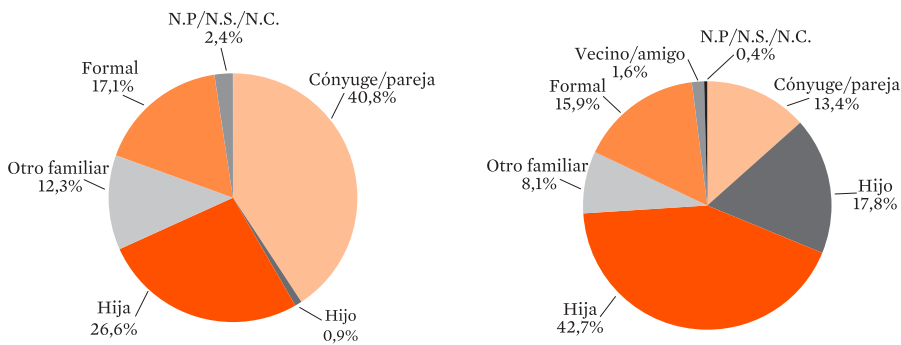
El impacto de la pandemia ha alterado profundamente las estrategias familiares de cuidados. El cierre de muchos centros de día, comedores para mayores o la supresión o reducción de los servicios a domicilio y, más adelante, el miedo al contagio, ha supuesto un repliegue de la población dependiente en el hogar y un aumento de la carga de cuidados para las personas cuidadoras en el ámbito familiar, cuando estas existían, y un claro empeoramiento de las condiciones de vida de las personas dependientes, especialmente si vivían solas o en el caso cada vez más frecuente de parejas de personas de avanzada edad que se cuidan entre ellos. Hay que tener en cuenta el importante impacto en la salud y el deterioro de la autonomía personal que la soledad no deseada y la pérdida de contacto social están teniendo en las personas dependientes que permanecen en sus hogares y han dejado de recibir servicios o no han logrado acceder a ellos. Las circunstancias actuales exigen nuevos planteamientos desde el SAAD para adaptar su respuesta a los requerimientos de los cuidados en el hogar en el escenario de pandemia y en adelante.

33 Véase al respecto Durán, M. Á., *La riqueza invisible del cuidado*, Universitat de Valencia, 2018.

Un estudio del CIS de 2014³⁴ planteaba la cuestión de cuál era la mejor opción para organizar el cuidado de las personas de edad avanzada, con discapacidad o enfermedad crónica que no pueden realizar sin ayuda actividades básicas de la vida cotidiana, tales como ir al baño, ducharse o vestirse. La mayoría de la población (53,7 por 100) consideraba que lo mejor en estos casos era que esas personas «vivieran con alguien de la familia» y, en segundo lugar, «vivir en un centro o residencia» (22,8 por 100) seguido a poca distancia por «vivir con una persona cuidadora remunerada» (20,5 por 100). Sin embargo, cuando se interpelaba directamente a la persona encuestada cuál sería la mejor solución para ella misma, la respuesta más frecuente (36,1 por 100) era «vivir con una persona cuidadora remunerada», mientras las otras dos soluciones aparecían prácticamente con la misma frecuencia (residencia: 28,8 por 100 y cuidador/a en el hogar: 28,5 por 100). Ese mismo estudio permite asimismo aproximarse a la constelación de cuidadores principales de las personas mayores de 65 años necesitadas de cuidados, pudiéndose observar que la responsabilidad del cuidador principal recae en diferentes personas según se trate de hombres o de mujeres mayores. Así, los varones son cuidados principalmente por su pareja (40,8 por 100) y, en segunda instancia (26,6 por 100) por su hija. En cambio las mujeres mayores de 65 años, dada su mayor longevidad y supervivencia respecto a sus cónyuges, son cuidadas mayoritariamente por alguna hija (42,7 por 100) y en segundo lugar por su pareja (18,4 por 100). Los cuidados formales representan un peso muy inferior a los informales: el 17,1 por 100 en el caso de los hombres y el 16 por 100 en el de las mujeres (gráfico 9).

GRÁFICO 9. QUIÉN CUIDA A QUIÉN. ESPAÑA, 2014

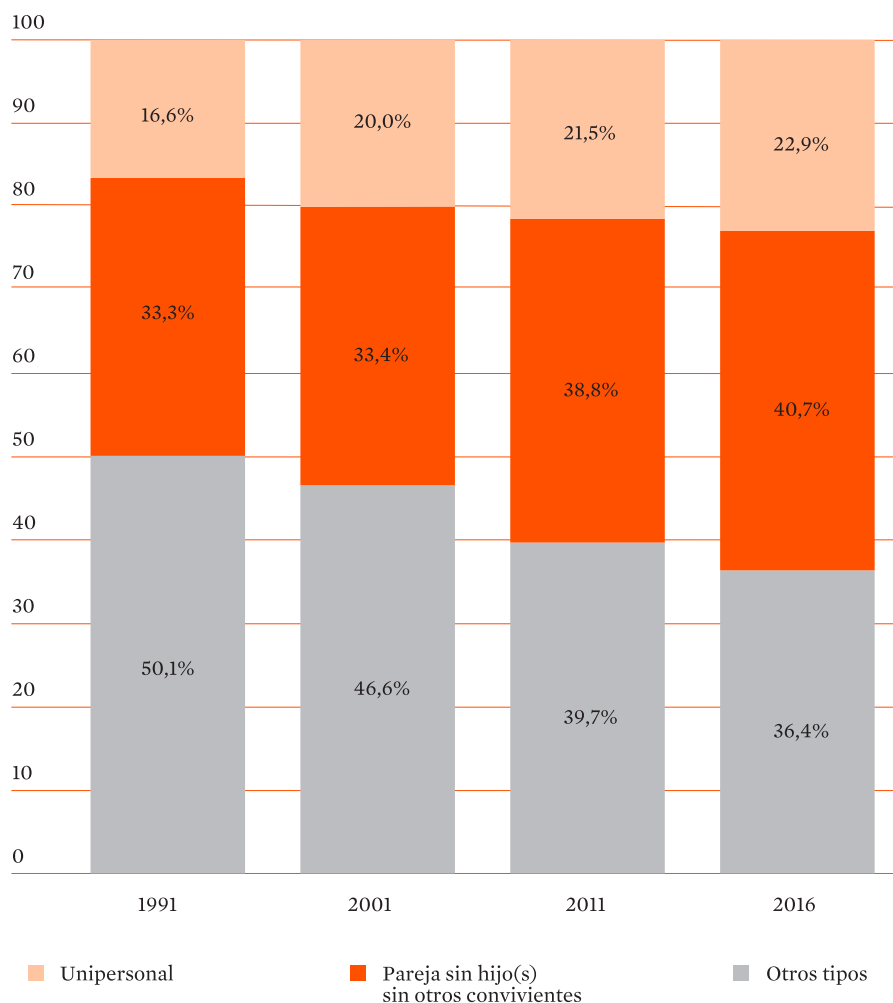
(Hombres: izquierda. Mujeres: derecha)



Fuente: CIS, Estudio 3009, 2014. Tomado de A. Abellán, comparecencia en la Comisión de Trabajo de Salud y Consumo, noviembre de 2019.

34 CIS, Estudio núm. 3009, Cuidados a dependientes.

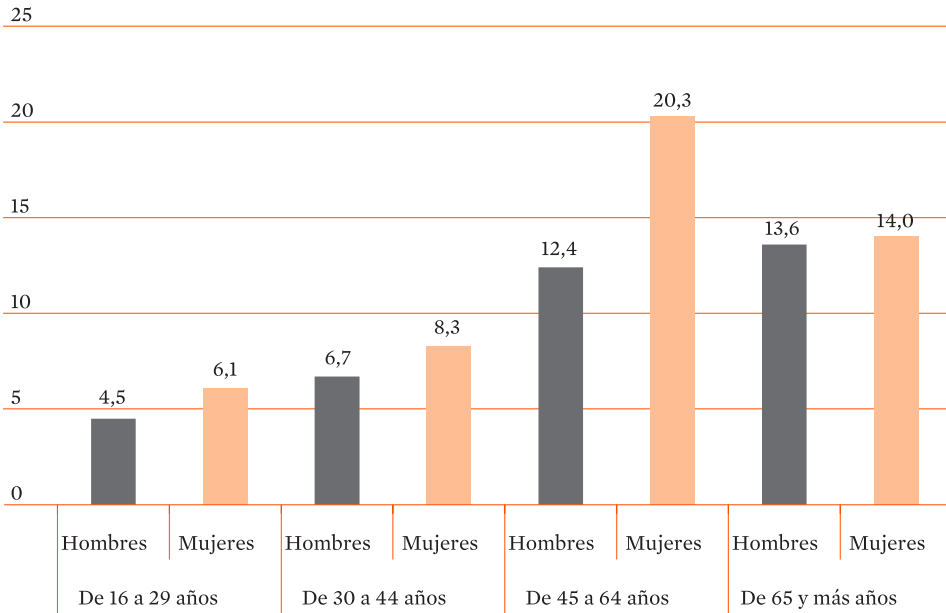
GRÁFICO 10. PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS POR TIPO DE HOGAR



Fuente: INE, Censos de población, 1991-2001. Encuesta Continua de Hogares (2016). Consulta abril de 2017. Tomado de A. Abellán, comparecencia en la Comisión de Trabajo de Salud y Consumo, noviembre de 2019.

El cambio registrado en las formas de convivencia en las últimas décadas es importante desde la perspectiva de los cuidados en situaciones de dependencia. Junto a la disminución del tamaño medio de los hogares, se ha asistido a un cambio en las tipologías predominantes entre los mayores de 65 años, de modo que la vida en pareja es la forma de convivencia más frecuente en estas edades frente a los hogares unipersonales (generalmente viudas), que era el tipo de hogar más habitual en este grupo de edad hasta hace poco (gráfico 10).

GRÁFICO 11. CUIDADORES/AS PRINCIPALES, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD



Fuente: INE, Encuesta de Condiciones de Vida, módulo 2016, acceso a los servicios.

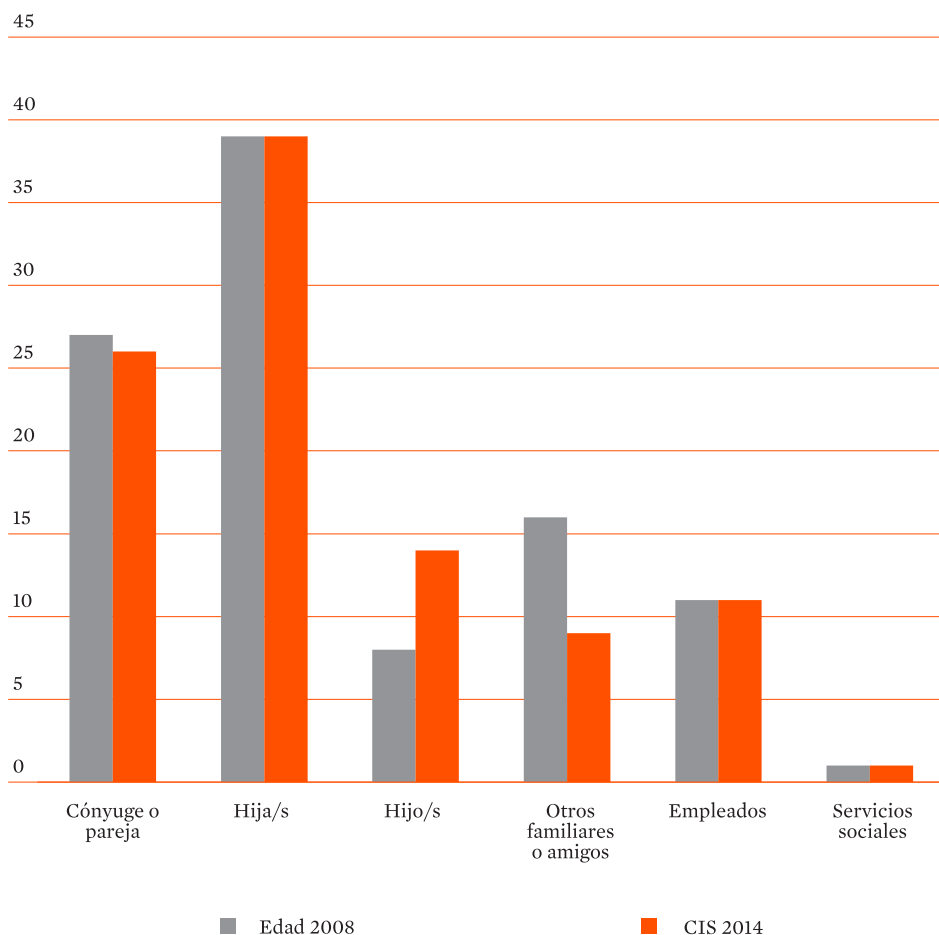
La mayor frecuencia de la vida en pareja en las edades avanzadas con respecto a épocas anteriores responde, sobre todo, al avance de la supervivencia también entre los hombres e influye en que, cada vez más, ellos también se van incorporando a las tareas de cuidados a la dependencia. A ello pueden haber contribuido también otras circunstancias, como los cambios culturales y educativos que van permeando sobre todo en las generaciones más jóvenes o el tipo de patologías discapacitantes prevalentes en uno u otro sexo. En este contexto, según el Módulo especial de acceso a los servicios de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE, 2016) son las mujeres las que siguen principalmente a cargo de los cuidados a las personas³⁵ en España (en un 60 por 100 de los casos), dándose esta situación más frecuentemente a partir de los 45 años. Sin embargo, a partir de los 65 años las proporciones de personas cuidadoras en ambos sexos son muy similares (gráfico 11).

En cualquier caso, si se atiende al tiempo efectivo dedicado a los cuidados, es ostensible que la mayor intensidad de estos últimos sigue recayendo indubitablemente en las mujeres y concretamente en las hijas de las personas en situación de dependencia, aunque también es reseñable el aumento de la participación de los hijos varones, en

35 La noción de «personas necesitadas de cuidados» que recoge esta fuente no se corresponde con el concepto de «personas en situación de dependencia» con arreglo a los criterios de la LAPAD. Sirve de aproximación, sin embargo, al conocimiento de las estrategias de cuidados desplegadas efectivamente en los hogares tanto en situaciones de pérdida de autonomía personal en el sentido de la LAPAD como de otros estadios previos o próximos a la misma.

línea con lo anteriormente comentado. Llama la atención la muy escasa intensidad que parece caracterizar a los cuidados desde el ámbito de los servicios sociales (en torno al 1 por 100 del total de horas de cuidados), muy por debajo de otras opciones como «otros familiares o amigos» (entre el 9 y el 16 por 100) o «empleados» (11 por 100) (gráfico 12). Estudios recientes³⁶ muestran que las estrategias de atención múltiple se han ido volviendo más comunes, observándose una tendencia a la externalización del ámbito doméstico en forma de diversos tipos de atención complementaria, incluyendo tanto la atención informal provista desde fuera del hogar (principalmente «empleadas de hogar») como la atención formal, exclusiva o combinada (gráfico 12).

GRÁFICO 12. HORAS DE CUIDADO POR PARENTESCO DEL CUIDADOR
(Porcentaje)



Fuente: INE, EDAD (Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 2008. Elaboración propia a partir de microdatos y CIS, Encuesta 3009, 2014. Tomado de A. Abellán, comparecencia en la Comisión de Trabajo de Salud y Consumo, noviembre de 2019.

36 Devolder, D.; Spijker, J. y Zuera, P., «Redes de parentesco y futuro de los cuidadores de las personas mayores» en *Panorama Social*, núm. 28, segundo semestre 2018.

Aproximarse al papel que desempeñan las personas empleadas al servicio del hogar familiar en este esquema de cuidados informales a las personas en situación de dependencia resulta una tarea complicada por la ausencia de reflejo estadístico de esta realidad en las fuentes oficiales. La afiliación media en el sistema especial de Hogar dentro del Régimen General se situaba en 396.626 personas en diciembre de 2019, aunque los registros del sistema no ofrecen información sobre cuántas de ellas se dedican a los cuidados a las personas adultas en situación de dependencia del hogar ni si los realizan como actividad principal o en combinación con otro tipo de tareas domésticas. Pese a la falta de visibilidad en las estadísticas, es evidente que se trata de una realidad, protagonizada por mujeres y en muchos casos de origen extranjero³⁷ que, en algunos casos, está supliendo las carencias, los retrasos o los problemas de accesibilidad al sistema de atención a la dependencia en algunos entornos, habiendo aliviado muchas situaciones críticas de dependencia durante el cierre de los centros de día y el confinamiento de las personas mayores. Posteriormente, la preferencia de muchas familias por mantener a sus familiares dependientes en el hogar en un contexto en el que todavía imperaba la incertidumbre sobre la evolución de los contagios, ha podido impulsar un aumento transitorio de la demanda de este tipo de servicios. Resulta difícil conocer en qué medida la evolución de este sector, aparte de lo ocurrido en las circunstancias extraordinarias de la pandemia, se relaciona con las características del sistema de atención a la dependencia o más bien con otros factores socioculturales. En cualquier caso, sería deseable mejorar las fuentes de información para el conocimiento de esta compleja realidad.

Sobre las consecuencias de esta preponderancia del sistema informal de cuidados cabría diferenciar entre las que atañen a las propias personas dependientes y las que afectan a los propios cuidadores. En cuanto a las primeras, como confirman distintas investigaciones³⁸, existe una relación directa entre la calidad de vida de las personas mayores y el contacto estrecho con sus redes familiares y sociales, que son las dimensiones más valoradas por los adultos mayores. La relación «con» y «el apoyo» de los hijos son los que mayor bienestar producen y, por el contrario, cuando fallan, los mayores se ven más expuestos a situaciones de deterioro físico y emocional. Ello se ha puesto de manifiesto claramente durante la pandemia, donde la preservación de la salud de los mayores ha exigido un distanciamiento de sus seres queridos que ha implicado no poco sufrimiento y situaciones de soledad entre las personas dependientes, planteando dilemas éticos muy importantes.

En caso de futura necesidad de cuidados, la permanencia en el propio hogar figura a la cabeza de las preferencias residenciales de los mayores, seguidas a distancia de

37 Véase Informe CES 2/2019, *La inmigración en España: efectos y oportunidades*.

38 Rojo Pérez, F y Fernández-Mayoral, G., «La calidad de vida en la población mayor» en *Panorama Social*, núm. 28, segundo semestre 2018.

otras alternativas como vivir en una residencia, con los hijos o en una vivienda compartida. Ello pone de relieve la importancia de iniciativas para hacer de las ciudades y municipios lugares amigables con los distintos grupos de edad, y especialmente por lo que respecta a los mayores, en términos de accesibilidad, servicios y otras facilidades de proximidad³⁹.

La búsqueda de explicaciones sobre la llamativamente elevada esperanza de vida de los adultos españoles ha llevado a apuntar, entre otras causas posibles, a los efectos benéficos de este sistema «familista» de cuidados informales en las personas en situación de dependencia y a la todavía relativamente extensa red familiar de los adultos mayores en España. Paradójicamente, ese impacto favorable en la salud de las personas mayores podría haberse vuelto en su contra con la llegada del virus SARS-CoV-2 de modo que algunas investigaciones apuntan a la relativa frecuencia de situaciones de coresidencia entre mayores de 65 y menores de esa edad en una misma vivienda⁴⁰ así como la intensidad de los contactos con la familia extensa como un factor que aumenta el riesgo de contagio y que, entre otros, podría ayudar a explicar la mayor incidencia de COVID-19 entre los adultos de edad avanzada en España.

La nueva orientación de los cuidados asumida por los poderes públicos a través de la creación del SAAD vino a aportar profesionalidad a los cuidados a las personas en situación de dependencia, en beneficio de la calidad de la atención prestada.

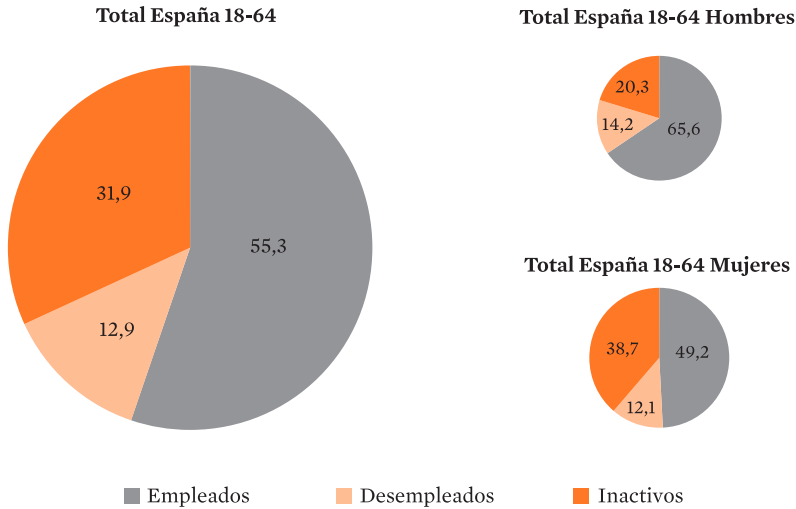
Por el lado de los cuidadores, se ponen en evidencia las consecuencias más negativas de esta preponderancia de los cuidados informales pues se trata de una responsabilidad cuyo ejercicio en muchas ocasiones merma su calidad de vida, su salud física y emocional así como su rutina y trayectoria laboral, especialmente en el caso de las mujeres que ya de por sí acusan mayores dificultades de acceso al empleo. Teniendo en cuenta, además, el envejecimiento de la propia población cuidadora y, como se ha visto, la cada vez más frecuente coexistencia en un mismo hogar de parejas de elevada edad que se cuidan entre ellos, salta a la vista el riesgo de situaciones de precariedad en los cuidados por carencia o pérdida de las habilidades necesarias y surgimiento de necesidades de atención entre los propios cuidadores.

*Necesidad
de mayores medidas
de asesoramiento,
apoyo y respiro
a las personas
cuidadoras*

39 En esta dirección la OMS puso en marcha en 2017 el proyecto «Ciudades amigables con los mayores», en respuesta a la tendencia a la concentración de la población mayor en áreas urbanas. Véase OMS, *Global age-friendly cities: a guide*, 2017.

40 Esteve, A.; Permanyer, I. y Boertien, D., «La vulnerabilidad de las provincias españolas a la covid-19 según su estructura por edad y de co-residencia: implicaciones para el (des)confinamiento», en *Perspectives Demográfiques*, núm. 19, Centre d'Estudis Demogràfics, abril de 2020.

GRÁFICO 13. POBLACIÓN (18-64 AÑOS) QUE CUIDA DE FAMILIARES CON DISCAPACIDAD, SEGÚN SEXO Y ESTATUS LABORAL, 2018
(En porcentaje)



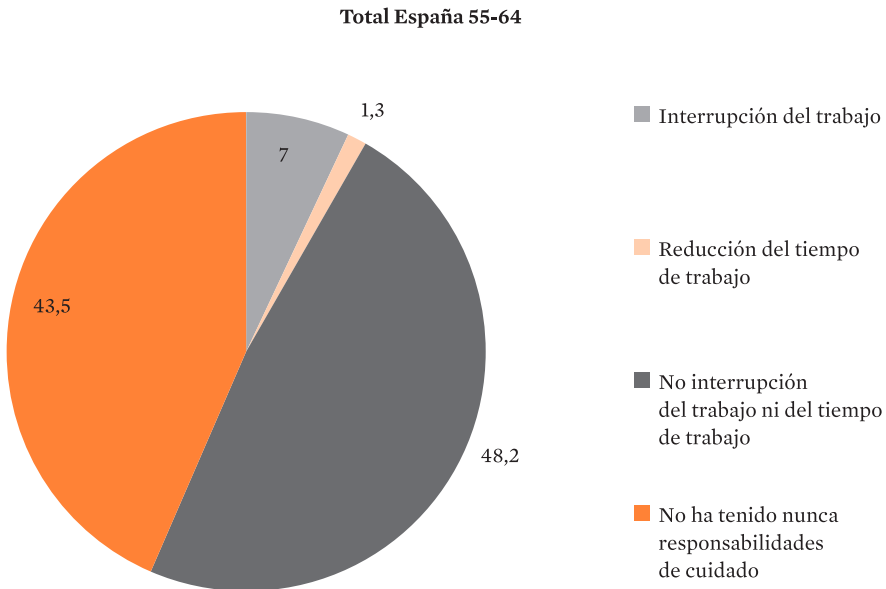
Nota: se trata de familiares incapacitados de 15 o más años: enfermos, personas mayores, y/o con discapacidad.
Fuente: Eurostat, Population by care responsibilities and labour status (lfsa_18cresls). Labour Force Survey (EU-LFS) ad hoc module 2018 on reconciliation between work and family life. Tomado de A. Abellán, comparecencia en la Comisión de Trabajo de Salud y Consumo, noviembre de 2019.

Más allá de las cuotas por la cotización de los cuidadores no profesionales, desde el SAAD apenas se han articulado medidas de asesoramiento, apoyo y respiro a las personas cuidadoras en el ámbito familiar, siendo esta una debilidad del sistema que requeriría ser abordada cuanto antes. Asimismo, hay una clara necesidad de seguir profundizando en las medidas de conciliación de la vida laboral y familiar, a fin de no desincentivar la participación laboral de las personas cuidadoras.

En España, la mayoría de la población que en 2018 cuidaba de familiares con discapacidad (55,3 por 100) se encontraban trabajando, un 32 por 100 eran inactivos y el 13 por 100 desempleados, aunque las diferencias por sexos son notorias. Hay más trabajadores entre los hombres que cuidan (65,5 por 100) que entre las mujeres (49,2 por 100) y también tienen algo más de peso los desempleados que las desempleadas. La inactividad en el mercado laboral está mucho más presente entre las mujeres (38,7 por 100) que entre los hombres (20,3 por 100) (gráfico 13).

Considerando las personas integradas en el mercado laboral dentro de uno de los grupos de edad donde se concentra un mayor número de cuidadores, el de 55 a 64 años, lo más frecuente entre quienes tienen familiares dependientes a cargo es no interrumpir el trabajo ni reducir la jornada (48,2 por 100), siendo mucho menos habitual la interrupción del trabajo y prácticamente testimonial la reducción del tiempo de trabajo (1,3 por 100) (gráfico 14).

GRÁFICO 14. PERSONAS DE 55-64 AÑOS EMPLEADAS O CON EXPERIENCIA LABORAL PREVIA SEGÚN LOS EFECTOS EN SU TRABAJO DE CUIDAR A FAMILIARES CON DISCAPACIDAD, 2018 (En porcentaje)



Fuente: Eurostat, Population by care responsibilities and labour status (lfsa_18cresls). Labour Force Survey (EU-LFS) ad hoc module 2018 on reconciliation between work and family life. Tomado de A. Abellán comparecencia en la Comisión de Trabajo de Salud y Consumo noviembre de 2019.

La principal medida que se ha adoptado desde el SAAD para apoyar a las personas cuidadoras familiares de las personas en situación de dependencia fue su inclusión obligatoria en el Régimen General de la Seguridad Social en situación asimilada al alta, mediante la suscripción de un convenio especial. Pueden asumir la condición de cuidadores no profesionales el cónyuge y sus parientes por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el tercer grado de parentesco. La Administración General del Estado asumió íntegramente esta cotización, por el tope mínimo establecido en cada momento en ese régimen, con posibilidad de reducción en los supuestos de no dedicación completa (no inferior al 50 por 100 del tope mínimo). También se preveía la posibilidad de completar la cotización a cargo del propio cuidador en la diferencia desde la base mínima hasta la base de su último ejercicio de actividad, cuando haya interrumpido una actividad por cuenta propia o ajena a fin de dedicarse a la atención a la persona dependiente específica de su convenio especial para las personas cuidadoras no profesionales⁴¹.

El convenio especial de la seguridad para cuidadores, principal medida de apoyo

41 Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.

Tras los primeros cuatro años de funcionamiento del convenio especial para cuidadores bajo esos requisitos, el Real Decreto-ley 20/2012, entre otras importantes medidas que afectaron al desarrollo del SAAD, estableció que fueran los propios cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia quienes se hicieran cargo de las cotizaciones. Como consecuencia de esta medida, la mayoría de cuidadores dejó de cotizar, volviendo a la situación de desprotección previa a la creación del SAAD. Así, en marzo de 2019 restaban únicamente 7.379 personas cuidadoras no profesionales en alta en la Seguridad Social, frente a los más de 170.000 contabilizados en diciembre de 2011.

La aprobación del Real Decreto-ley 6/2019⁴² supuso la recuperación del convenio especial en el sistema de la Seguridad Social de personas cuidadoras no profesionales y el abono por parte de la Administración General del Estado de estas cotizaciones a la Seguridad Social, con la introducción de algunos cambios en el texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social. En concreto, el Real Decreto recupera la financiación de las cuotas del convenio especial de los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia a cargo de la Administración General del Estado. Desde la entrada en vigor de esta nueva medida la afiliación en alta de cuidadores no profesionales comenzó a aumentar a partir del mes de abril, pasando de 7.304 personas a finales de marzo de 2019 a 60.577 a finales de julio de 2020, mostrando cierta estabilidad ligeramente ascendente durante la primera mitad del año⁴³. Según el IMSERSO, la distribución por sexo de las altas corresponde en un 89,1 por 100 de los casos a mujeres y en un 10,9 por 100 de hombres. En cuanto a la edad, el 42,4 por 100 tenía entre 51 y 60 años; el 38,8 por 100 tenía menos de 50 años, el 14,3 por 100 tenía entre 51 y 60 años y el 4,5 por 100 eran mayores de 65 años (gráfico 15).

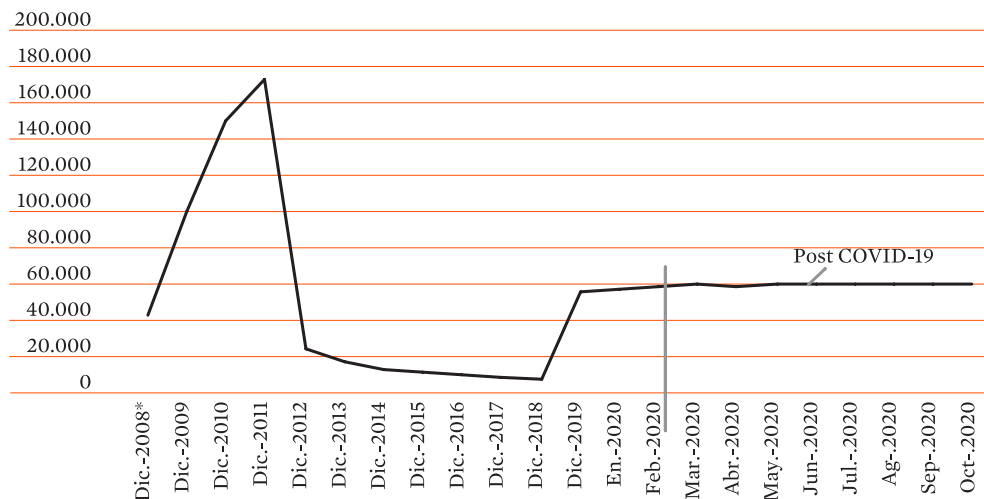
Aun siendo reseñable ese aumento en la afiliación de cuidadores no profesionales, no se ha llegado a recuperar un nivel de acogida tan elevado como en el año 2011 (gráfico 15), lo que puede radicar en distintos motivos, dentro de la variedad de situaciones que pueden atravesar los familiares cuidadores. Entre ellos, la escasez de solicitudes puede deberse a la falta de información sobre la reactivación de esta posibilidad o la desconfianza ante posibles nuevos cambios. Asimismo, una situación más favorable del empleo como la anterior a la crisis sanitaria unido los cambios sociales y la continuidad del proceso de incorporación de las mujeres al mercado laboral, puede llevar a pensar que muchas personas cuidadoras se encuentren trabajando o bien, como consecuencia del propio envejecimiento de la población cuidadora, hayan llegado ya a la edad de jubilación o estén cobrando una pensión de viudedad y no necesitan completar su carrera de cotización. Durante la primera mitad de 2020 la evolución del convenio se caracterizó

42 Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantizar la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación.

43 Serie de altas y bajas de cuidadores no profesionales de la Seguridad Social. Movimiento de cuidadores no profesionales (diferencia entre las altas y las bajas a fin de mes) <http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/Estadisticas/est8/2341/2374/2437>.

GRÁFICO 15. AFILIACIÓN DE CUIDADORES NO PROFESIONALES, 2008-2020

(Situación a fin de mes: diferencia entre las altas y las bajas)



Fuente: Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM), Serie de altas y bajas de cuidadores no profesionales de la Seguridad Social. Movimiento de cuidadores no profesionales, <http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPre-supuestosEstudios/Estadisticas/est8/2341/2374/2437>.

por la estabilidad en niveles similares a los del periodo anterior a la crisis sanitaria, con una tendencia muy ligera al alza. A partir de marzo, con la llegada de la pandemia, hasta el mes de octubre al que alcanzan los datos tampoco se han observado cambios en las afiliaciones, manteniéndose algo por debajo de las 60.000 personas cuidadoras no profesionales afiliadas en alta a fin de mes. Sin embargo, es preciso seguir observando la evolución de esta medida e indagar en las causas de su evolución y en su adecuación a las necesidades de las personas cuidadoras y de las dependientes.

Como sugería el CES recientemente⁴⁴, en los próximos tiempos será necesario prestar atención a los cambios que podrían producirse en el sistema de cuidados informales a las personas en situación de dependencia por la confluencia de un contexto de aumento del desempleo por el COVID-19, disminución de las rentas de las familias y crisis reputacional del modelo residencial y de los centros para personas mayores. Para evitar un posible resurgir de los cuidados informales en el seno de las familias que recaerían muy probablemente en las mujeres, algo que no hay que descartar, la imagen y la oferta del SAAD requerirán un ímprobo esfuerzo de rehabilitación.

La atención y los cuidados en el ámbito familiar, lejos de resultar sencillos, revisten especial dificultad en las numerosas situaciones en que confluyen una avanzada edad

*Articular
la coordinación
socio sanitaria, más
urgente que nunca*

44 Memoria CES 2019.

junto a enfermedades crónicas o, independientemente de la edad, ante determinados tipos de patologías complejas. Por eso, la permanencia en el hogar con garantías de recibir una atención de calidad, a donde apuntan las preferencias de la población y los objetivos del propio SAAD, requiere articular eficazmente la coordinación entre el sistema sanitario y el de la atención a la dependencia, pues es necesaria una respuesta integral a las necesidades sociosanitarias que acarrea la pérdida de autonomía⁴⁵. La labor de los equipos de atención primaria en salud se muestra aquí fundamental, a la hora de prevenir y detectar lo más tempranamente posible situaciones de pérdida de autonomía, así como de apoyar y asesorar a las personas cuidadoras del entorno familiar, en coordinación con los equipos de atención a la dependencia. Sin embargo, el derecho de las personas en situación de dependencia a una atención de calidad de carácter integral se ve debilitado por la tradicional ausencia de coordinación sociosanitaria; la insuficiencia de protocolos de coordinación y derivación entre ambos sistemas, así como su escasa flexibilidad cuando existen; la vigencia de diferentes culturas profesionales e inercias administrativas; la falta de cooperación entre los organismos responsables de servicios sociales y los de salud en los distintos niveles territoriales, así como la falta de equipos de gestores de caso multidisciplinarios y centrados en la persona compuestos por profesionales sanitarios y de servicios sociales comunitarios⁴⁶. Estas importantes debilidades del sistema, preexistentes a la llegada de la pandemia, han actuado en contra de un control eficaz de la propagación del virus entre las personas en situación de dependencia a cargo del SAAD.

Las medidas anteriormente mencionadas irían dirigidas tanto a mejorar la calidad de vida de las personas dependientes en su hogar como a aliviar la carga de las personas cuidadoras ya existentes. Ello no obsta para que el objetivo principal siga siendo reforzar la vertiente de los servicios profesionales del propio sistema, pues la imposibilidad de sostenerlo principalmente sobre la base de los cuidados informales es ostensible, como resultado del descenso de la fecundidad, del menor número de hijos potenciales cuidadores, de los cambios en los hogares y tipos de familia y convivencia (incluyendo el aumento de la monoparentalidad y situaciones de soledad entre los mayores), del deseable avance de pautas de participación laboral más igualitaria así como de los propios cambios de valores y culturales respecto al alcance de las responsabilidades de cuidados. Las personas cuidadoras externas a la red familiar van a ser necesarias y su profesionalización es un imperativo de calidad del SAAD, máxime tras la trágica experiencia vivida durante la pandemia.

45 Véase Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, *Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España*, 15 de diciembre de 2011.

46 Véase Marbán Gallego, V., *El sistema español de atención a la dependencia entre la regresión y las reformas*, Documento de trabajo 4.9 en VIII Informe FOESSA.

3. El desarrollo del marco normativo de la atención a la dependencia

Al igual que la mayoría de los países del entorno europeo⁴⁷, desde principios de siglo también en España se fue abriendo paso la necesidad de afrontar la atención a la dependencia desde el sistema de protección social. Diversas iniciativas⁴⁸ condujeron el debate sobre cómo debería garantizarse la atención a la dependencia en España, lo que finalmente cuajó en 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 (LAPAD). El CES tuvo oportunidad de pronunciarse sobre el Anteproyecto de Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia a través de su Dictamen 3/2006. El Consejo valoró positivamente la norma, por cuanto que «la creación del SAAD representa un avance fundamental en el proceso de modernización del sistema español de protección social, que responde de esta manera a una necesidad cada vez más palpable en nuestra sociedad».

Un rasgo especialmente destacable de la creación del SAAD vino dado por la intensa participación de los interlocutores sociales a través del diálogo social. Así, el Acuerdo sobre la acción protectora de la atención a las situaciones de dependencia, resultado del trabajo desarrollado en la Mesa de Diálogo Social específica para abordar la cuestión de la dependencia en 2005, firmado por los interlocutores sociales con el Gobierno el 21 de diciembre de 2005, supuso un impulso fundamental para la creación del sistema, como una nueva modalidad de protección social del Estado. El contenido de dicho Acuerdo se circunscribía a los principios en que se debía fundamentar el Sistema, el ámbito subjetivo del derecho a los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, la valoración y los grados de la dependencia, la configuración de carácter integral del sistema y las modalidades de servicios que podrían ser incluidas en el correspondiente catálogo, la aplicación progresiva del sistema así como los principios de su financiación, calidad, formación y cualificación de profesionales y cuidadores y dispositivos de vigilancia y alerta en casos de riesgos excepcionales. En líneas generales, la LAPAD respondió a los principios recogidos en el acuerdo.

Cabe recordar que hasta la entrada en vigor de la LAPAD el sistema español de protección social carecía de un modelo integral y universal de atención a la dependencia, aunque diversos dispositivos públicos ofrecían respuestas parciales a esta situación, sin estar concebidos específicamente para ello. Así, se venían cubriendo algunas necesidades vinculadas a determinadas situaciones de dependencia desde el ámbito de las prestaciones de la Seguridad Social, en particular, a través de las pensiones de gran invalidez, los complementos de ayuda a tercera persona en la pensión no contributiva de invalidez o las prestaciones familiares por hijo a cargo

47 Véase apartado 1 de este capítulo.

48 Véase, entre otras, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, *Libro Blanco, sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*, 2004.

cuando este tenga una discapacidad, el subsidio por ayuda de tercera persona previsto en el Real Decreto 383/1994, de 1 de febrero, por el que se regula el sistema de prestaciones económicas y sociales previsto en la Ley 13/1984, de 7 de abril, de Integración social de los minusválidos, así como la rehabilitación de personas con discapacidad y asistencia a las personas mayores establecidas en el texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social.

Por su parte, las comunidades autónomas venían prestando una serie de servicios de atención a las personas mayores y a las personas con discapacidad en ejercicio de sus competencias en materia de gestión de la sanidad y los servicios sociales, contando con abundante normativa de diferente rango que, con distinta terminología, se ocupaba parcialmente de las necesidades de estos colectivos. También las corporaciones locales ofrecían una serie de servicios complementarios de atención a las personas en situación de dependencia⁴⁹.

Todas estas ayudas de carácter fragmentario, algunas de ellas subsistentes hoy en día, no bastaban para satisfacer la demanda de cuidados a las personas en situación de dependencia, siendo su alcance desigual e insuficiente.

La aprobación de la LAPAD constituyó un hito en la evolución del sistema español de protección social. La configuración de un nuevo derecho universal subjetivo a la atención a la dependencia y la creación de un sistema institucionalizado para su satisfacción, el SAAD, suponían un importante salto cualitativo respecto a la protección que se venía prestando, en el ámbito de la atención a la discapacidad y a las personas mayores, de manera fragmentaria con diferentes instrumentos, dispositivos y prestaciones públicas, especialmente desde los Servicios Sociales. El objeto de la LAPAD era la regulación de las condiciones básicas para garantizar la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio español.

La LAPAD vino a fijar, en su artículo 3, una serie de principios inspiradores del hasta entonces inexistente derecho subjetivo a la atención a la dependencia —y, por lo tanto, del sistema o modelo institucionalizado que se creaba para su satisfacción—, entre los que se encontraban el carácter universal y público de las prestaciones; el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad y no discriminación; la valoración de las necesidades de las personas, atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real así como la calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia.

49 Concretamente, con anterioridad a la entrada en vigor de la LAPAD, las necesidades de las personas afectadas por estas situaciones habían sido atendidas en el marco del Plan Concertado de Prestaciones Sociales Básicas de Servicios Sociales, fijando los Planes de Acción para las Personas con Discapacidad y para Personas Mayores una serie de líneas de acción y objetivos estratégicos de ámbito estatal.

A diferencia de otros sistemas europeos, el SAAD carece de vinculación directa con el sistema de Seguridad Social ni con el sistema sanitario, puesto que su diseño se incardinó en las estructuras de servicios sociales preexistentes, competencia de las comunidades autónomas. La LAPAD es, de hecho, la única ley básica en vigor en el ámbito de los sistemas de servicios sociales autonómicos que se regulan con arreglo a su normativa propia.

Así, la LAPAD también dio lugar a un nuevo impulso y desarrollo de los servicios sociales en el que corresponde a las comunidades autónomas, en el ámbito de su territorio, la planificación, la ordenación y la coordinación de los distintos servicios de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia, así como la gestión de los recursos necesarios para ello. También contemplaba la participación de las entidades locales en la gestión de los servicios, de acuerdo con la normativa de sus respectivas comunidades autónomas y dentro de las competencias que la legislación vigente les atribuye. Y todo ello, con la finalidad de articular, desarrollar y homologar un sistema de dependencia de utilización pública (red que integra, de forma coordinada, centros y servicios tanto públicos como privados) con pretensiones de igualdad y calidad. A este respecto, en la exposición de motivos de la LAPAD, el SAAD se declaraba vinculado por los criterios que la Unión Europea ha establecido para articular los sistemas de dependencia de los Estados miembros, a saber: alta calidad, universalidad y sostenibilidad en el tiempo.

El SAAD se dotó además de los correspondientes órganos consultivos y de cooperación para facilitar la gobernanza a través de la participación de las distintas Administraciones, interlocutores sociales y otros agentes implicados (Consejo Territorial del SAAD y Comité Consultivo del SAAD, principalmente⁵⁰).

La atención ofrecida por el SAAD se sustancia en forma tanto de prestaciones económicas como de servicios. Es importante recordar que la Ley (art. 14) establece que estos últimos tendrán carácter prioritario, y se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas comunidades autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados. Como se verá más adelante, este principio de la Ley no se ha llegado a cumplir en la práctica, destacando el acusado protagonismo de las prestaciones económicas hasta hace poco tiempo.

Otra característica del sistema vino dado por su articulación alrededor de la valoración de dependencia en tres grados: moderada (grado I), severa (grado II) y gran dependencia (grado III). Cada uno de estos grados se clasificaba a su vez en

50 Además, el artículo 41 de la LAPAD establece que son órganos consultivos de participación institucional del Sistema los siguientes: el Consejo Estatal de Personas Mayores, el Consejo Nacional de la Discapacidad y el Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social. Las funciones de dichos órganos son las de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SAAD.

dos niveles en función de la autonomía y atención y cuidado que requiere la persona, niveles que posteriormente serían suprimidos por el Real Decreto-ley 20/2012. Dichos grados deberán ser valorados en el caso particular de cada persona con arreglo a un baremo y unos procedimientos.

La financiación de la LAPAD corre a cargo de la Administración General del Estado y las comunidades autónomas a partes iguales. La Administración General del Estado financiará el nivel mínimo de protección garantizado para cada una de las personas beneficiarias (art. 9 LAPAD). Además, la Ley contempla la suscripción de convenios anuales o plurianuales con las comunidades autónomas al objeto de incrementar este nivel mínimo (art. 10 LAPAD), hasta lo que se denomina «nivel acordado», que, según la disposición transitoria 1.^a de la Ley estaría vigente entre el 1.1.2007 y el 31.12.2015 para favorecer su implantación progresiva. No obstante, como se verá más adelante, este nivel se encuentra suspendido desde 2013, lo que constituye un obstáculo para alcanzar los objetivos de cobertura y calidad de las prestaciones⁵¹. Por otro lado, las comunidades autónomas reciben la financiación estatal no finalista regulada en la Ley de financiación autonómica de 2009. Asimismo, la norma establece el copago de las personas beneficiarias, en función de su renta y patrimonio⁵².

El calendario inicialmente previsto de aplicación gradual de la LAPAD preveía ocho años para su plena efectividad y alcance a todas las situaciones contempladas por el baremo, comenzando por las situaciones más graves, si bien en la práctica sufrió varios retrasos que hicieron que hasta 2018 no culminara la entrada de todos los grados en el Sistema.

El SAAD nació con el propósito, tal y como se recoge en la exposición de motivos de la LAPAD, de «garantizar a los ciudadanos, y a las propias comunidades autónomas, un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia». Sin embargo, esta pretensión no ha conseguido alcanzarse plenamente por diversas circunstancias, especialmente a raíz de las restricciones presupuestarias y del alcance de algunas prestaciones adoptadas durante los años de crisis económica a través de los reales decretos leyes de 2010, 2011 y 2012, como se verá más adelante.

3.1. EL DESARROLLO DE CRITERIOS MÍNIMOS COMUNES

La LAPAD, requería una importante labor de desarrollo reglamentario para fijar los criterios mínimos comunes en aspectos esenciales para la equidad interterritorial, como el baremo de valoración de la dependencia. Con arreglo a la LAPAD (art. 27), las normas de carácter reglamentario de desarrollo deben aprobarse de conformidad

51 Véase apartado 5 del capítulo II.

52 Esta capacidad económica del beneficiario se tendrá también en cuenta para la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas. No obstante, ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos, según reza la Ley.

con los correspondientes acuerdos o informes del Consejo Territorial del SAAD, cuyo listado de funciones, materias o extremos sobre los que ha de establecer criterios comunes se encuentra recogido en el artículo 8 de la LAPAD⁵³. Se puede afirmar que, en la actualidad, la LAPAD se ha desarrollado formalmente en todos los aspectos previstos, en aplicación de la habilitación reglamentaria al Gobierno contenida en su disposición final séptima. No obstante, valga adelantar que los criterios comunes en los distintos ámbitos se fijaron, con carácter general, de una manera bastante abierta, por lo que no ha de extrañar la disparidad en la casuística de las regulaciones autonómicas que se verá más adelante.

Como primer paso en el desarrollo reglamentario de la LAPAD, se aprobó el baremo de valoración de la dependencia⁵⁴, que constituye el instrumento de valoración mediante el cual se determinarán el grado y el nivel de dependencia de los ciudadanos que la soliciten y que va a servir para concretar los servicios y las prestaciones a las que tendrán derecho. Poco después, se aprobaron el Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, sobre nivel mínimo de protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantizado por la Administración General del Estado⁵⁵, que contribuía a la financiación del Sistema y se marcó como objetivo hacer posible el acceso a las prestaciones de dependencia en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional, y el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia, que venía a regular la inclusión en la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales.

A continuación, mediante la Orden TAS/1459/2007, de 25 de mayo, por la que establece el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia y se crea el correspondiente fichero de datos de carácter personal, cumpliendo así con lo dispuesto en el artículo 37 de la LAPAD, que preveía el establecimiento de un Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD), con el objetivo de garantizar la disponibilidad de información

53 Hay que destacar que en el contexto del Consejo Territorial del SAAD se han llevado a cabo trabajos, entre otros extremos, en lo concerniente a los profesionales encargados de la prestación de los servicios contemplados en la LAPAD, adoptando, sin ánimo de exhaustividad, principios de cualificación, cauces para el acceso a la habilitación profesional o recursos humanos de los que deben proveerse los distintos servicios o centros.

54 Mediante el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, que fue derogado por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

55 Esta disposición venía a regular el nivel mínimo de protección del SAAD garantizado por la Administración General del Estado, contribuyendo así a la financiación del Sistema y haciendo posible el acceso a las prestaciones de dependencia en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional. Fue derogado por el Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, por el que se regula el nivel mínimo de protección establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

y la comunicación recíproca entre las Administraciones públicas, así como la compatibilidad y la articulación entre los distintos sistemas. Poco tiempo después el SISAAD dio muestras de una evidente necesidad de mejora, lo que motivó su reforma a través de la Orden SSI/2371/2013, de 17 de diciembre, por la que se regula el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia⁵⁶. No obstante, tanto el nivel de información que transmiten las comunidades autónomas como la información publicada por el SISAAD a partir de la aprobación de la Orden continúan siendo mejorables, como se verá más adelante.

Más adelante, mediante el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, que venía a derogar el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, se configuró dicho baremo como el único instrumento aplicable en cualquier situación de discapacidad y en cualquier edad, a partir de los 3 años, suprimiéndose el que se establecía para determinar la necesidad de asistencia de tercera persona. Asimismo, dicha norma creó la titulación de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia⁵⁷.

Posteriormente, a través del Real Decreto 1364/2012, de 27 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, se procedió a su adaptación a la regulación contenida en el citado Real Decreto 174/2011, permitiendo la identificación de dicha situación en los niveles de moderada, severa y gran dependencia.

En 2013, vieron la luz dos relevantes normas en lo que respecta a la configuración del SAAD: el Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, por el que se regula el nivel mínimo de protección establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia; y 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. El primero, que derogaba el Real Decreto el 614/2007, de 11 de mayo, venía a establecer la regulación del nivel mínimo de protección garantizado

56 Así, se vino a establecer una nueva regulación del SISAAD con la finalidad de garantizar la calidad en el sistema a través de una mejor disponibilidad de la información y de la comunicación recíproca entre las Administraciones públicas, así como facilitar la compatibilidad y el intercambio de información entre estas, con el fin último de alcanzar una mayor eficiencia en la gestión y explotación de la información, mejorando la calidad y la transparencia, la comprobación y el contraste de los datos, así como la elaboración de estadísticas periódicas.

57 A este respecto, cabe aludir al Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, por el que se establece el Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia y se fijan sus enseñanzas mínimas. Esta norma supuso un avance en el objetivo de profesionalización de los servicios y de las personas a cuyo cargo corre su prestación, lo que contribuía a la calidad del sistema.

por la Administración General del Estado, los criterios para su asignación, así como la forma y procedimiento de su abono a las comunidades autónomas, para las personas beneficiarias valorados en los grados I, II y III. La principal novedad añadida por este era la incorporación del criterio adicional de reparto por el tipo de prestaciones reconocidas a las variables aplicadas hasta entonces.

RECUADRO 4. PRINCIPALES DESARROLLOS Y MODIFICACIONES DE LA LAPAD

Real Decreto 504/2007, de 20 de abril	Aprueba el baremo de valoración
Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo	Aprueba el nivel mínimo de protección
Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo	Regula Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia
Resoluciones de 23 de mayo de 2007, del IMSERSO	Marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la AGE y Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD en materia de valoración de la situación de dependencia
Orden TAS/1459/2007, de 25 de mayo	Sistema de Información del SAAD y fichero de datos de carácter personal
Real Decreto 727/2007, de 8 de junio	Criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas
Resolución de 16 de julio de 2007, del IMSERSO	Procedimiento a seguir para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones
Orden TAS/2632/2007, de 7 de septiembre	Convenio especial en el sistema de la Seguridad Social, (cuidadores no profesionales de personas dependientes)
Real Decreto 6/2008, de 11 de enero	Cuantía del nivel mínimo de protección garantizado
Real Decreto 7/2008, de 11 de enero	Cuantías máximas de las prestaciones económicas
Real Decreto 179/2008, de 8 de febrero	Modifica el Real Decreto 6/2008 sobre el nivel mínimo de protección
Orden ESD/1984/2008, de 4 de julio	Crea Comisión Especial para la mejora de calidad del SAAD
Resolución de 8 de agosto de 2008, del IMSERSO	Marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la AGE para la financiación de 2008
Resolución del 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social	Acuerdo del Consejo territorial sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y criterios de copago
Resolución del 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social	Acuerdo del Consejo territorial sobre criterios comunes de acreditación de centros y servicios del SAAD
Real Decreto 73/2009, de 30 de enero	Prestaciones económicas para el ejercicio 2009

Real Decreto 74/2009, de 30 de enero	Nivel mínimo de protección garantizado en 2009
Real Decreto 99/2009, de 6 de febrero	Modifica el Real Decreto 614/2007. Nivel mínimo de protección
Real Decreto 373/2010, de 26 de marzo	Nivel mínimo de protección garantizado en 2010
Real Decreto 374/2010, de 26 de marzo,	Prestaciones económicas para el ejercicio 2010
Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo	Medidas extraordinarias para la reducción del déficit público
Resolución de 4 de noviembre de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo	Acuerdo del Consejo territorial sobre los criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y el importe de las prestaciones económicas para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I
Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero	Aprueba el baremo de valoración
Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre	Medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público. Modifica el calendario de aplicación de la LAPAD
Ley 2/2012, de 29 de junio	PGE para 2012
Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio	Medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de competitividad
Real Decreto 1364/2012, de 27 de septiembre	Adaptación del procedimiento de reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad a la regulación contenida en el Real Decreto 174/2011
Orden SSI/2371/2013, de 17 de diciembre	Regula el Sistema de Información del SAAD
Ley 22/2013, de 23 de diciembre	PGE para 2014 (suspensión del nivel acordado)
Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre	Regula el nivel mínimo de protección
Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre	Regula las prestaciones del SAAD
Real Decreto 291/2015, de 17 de abril	Modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del SAAD
Resolución de 11 de diciembre de 2017, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad	Acuerdo del Consejo Territorial que modifica parcialmente el Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD
Resolución de 15 de enero de 2018, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad	Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación del contenido del servicio de teleasistencia básica y avanzada
RD-L 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantizar la igualdad de trato y oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación	Recuperación del convenio especial de la Seguridad Social de personas cuidadoras no profesionales y el abono por parte de la AGE de las cotizaciones

Fuente: elaboración propia.

El segundo, por su parte, venía a regular las prestaciones y servicios —teniendo en consideración sus diferentes intensidades—, con finalidad unificadora, así como el régimen de incompatibilidad entre los aquellos. Cabe destacar la modificación operada por esta sobre el ámbito de aplicación del Registro de Prestaciones Sociales Públicas, que vino a ampliar los supuestos previstos, añadiendo las prestaciones económicas vinculadas al servicio para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, que tendrían carácter excepcional, así como las relacionadas con la asistencia personal.

En 2015, el 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, vino fundamentalmente a aprobar la regulación del servicio de promoción de la autonomía personal para las personas con grado II y III de dependencia, que iba a tener por finalidad desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, facilitando la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria y la consecución de una mejor calidad de vida y de autonomía personal.

Valga señalar, asimismo, la importancia de las Resoluciones derivadas de los acuerdos acordados en el marco del Consejo Territorial para la fijación de criterios comunes de carácter general en materias como la determinación de la capacidad económica del beneficiario y criterios de copago, acreditación de centros y servicios, las intensidades de protección de los servicios e importe de las prestaciones económicas, la acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios o el contenido de prestaciones, como la teleasistencia avanzada (recuadro 4). Ello no obsta para que las comunidades autónomas, con arreglo a sus competencias, hayan desarrollado en mayor o menor medida dichos criterios dando lugar a notables diferencias en la aplicación práctica, como se verá en el apartado 3.3 de este capítulo.

3.2. LAS REFORMAS DE LA LAPAD EN EL CONTEXTO DE LA CRISIS ECONÓMICA

A partir de mayo de 2010, las medidas de ajuste presupuestario adoptadas en el marco de la crisis económica para cumplir con los objetivos de estabilidad presupuestaria y consolidación fiscal dieron lugar a diversas modificaciones de las previsiones de la LAPAD, principalmente a través de legislación de urgencia. Parte de esas medidas afectó de lleno a los principales contenidos y principios (como los de calidad o accesibilidad) del derecho subjetivo a la atención a la dependencia, debilitando, en general, la intensidad de su acción protectora y modificando el calendario de aplicación de la LAPAD. La dependencia sufrió, en términos absolutos, un ajuste presupuestario del 23 por 100⁵⁸.

58 Véase Rodríguez Cabrero, G., 2016.

En primer lugar, el Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, incorporó en el ámbito de la dependencia fundamentalmente dos novedades de cierta relevancia para la aplicación de la LAPAD: la fijación a partir de junio de 2010 de un tiempo máximo de seis meses para el reconocimiento de la situación de dependencia y el establecimiento de la retroactividad en los pagos solamente a partir de esos seis primeros meses. Asimismo, se contemplaba la posibilidad de aplazamiento con un máximo de cinco años del pago de los derechos de retroactividad generados hasta entonces.

Más adelante, el Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público, en su disposición final decimocuarta vino a modificar el calendario de aplicación de la LAPAD, introduciendo cambios que retrasaban su operatividad para una gran parte de las personas dependientes moderadas.

Ya a mediados de 2012, la Ley 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012, en su disposición final octava modificó nuevamente el calendario de aplicación de la LAPAD, retrasando la implantación de las prestaciones relativas al grado I, nivel 2 (dependientes moderados). Además, en su disposición adicional cuadragésima la Ley suspendió para 2012 todo lo previsto en la LAPAD sobre la cooperación interadministrativa y la financiación de los niveles que se posicionaran por encima de los mínimos de prestación, limitando *de facto* la financiación que habría de aportar la Administración General del Estado.

Por su parte, el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de competitividad, introdujo cambios de notable calado entre los que cabe destacar el cambio en la estructura de la dependencia con la supresión de los dos niveles, manteniéndose solamente los tres grados de afectación; la reducción de la cuantía de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a los cuidadores no profesionales; el cambio en la situación de los cuidadores no profesionales a efectos de encuadramiento en la Seguridad Social, en tanto que dejan de quedar incluidos obligatoriamente en el campo de aplicación del Régimen General y en situación asimilada al alta; la nueva definición de la prestación económica de asistencia personal; el establecimiento de un nuevo régimen de incompatibilidades de las prestaciones; y la modificación del calendario de aplicación de los servicios y prestaciones de cobertura a las situaciones de dependencia, dilatándose los plazos para hacer efectivas las prestaciones a quienes se les haya reconocido el derecho.

Buena parte de los preceptos contenidos en la norma afectaron a la calidad e intensidad de las prestaciones. Así, en lo que concierne al disfrute de varios servicios por una misma persona, la eliminación de la compatibilidad entre distintos servicios ponía en cuestión la calidad de la atención, puesto que en muchas situaciones se

hacía necesario complementar unos servicios con otros, con el fin de ofrecer una atención integral a las personas dependientes. La norma dificultaba seriamente la posibilidad de ofrecer la continuidad requerida en los cuidados de muchas personas, pudiendo sufrir una merma considerable de su calidad de vida. Por su parte, el incremento de las aportaciones de los usuarios, que iba a afectar directamente al patrimonio de las personas dependientes, motivó también la preocupación por la accesibilidad del sistema.

La aprobación de esta norma supuso además el retraso en la aplicación del calendario previsto para la incorporación de nuevos contingentes (los de menor afectación), la supresión de las cotizaciones a la Seguridad Social de los cuidadores familiares, el incremento de los copagos y el aumento de las listas de espera, entre otros extremos. Todo ello, por ende, se tradujo en importantes ahorros para el Estado, que debía cumplir con los objetivos de reducción del déficit presupuestario.

En esta misma línea de actuaciones, la Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014 suspendió para 2014 todo lo previsto en la LAPAD sobre la cooperación interadministrativa y la financiación de los niveles que se posicionaran por encima de los mínimos de prestación, limitando *de facto* la financiación que habría de aportar la Administración General del Estado, es decir, el nivel acordado.

3.3. LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LA NORMATIVA AUTONÓMICA

En la práctica el despliegue de la LAPAD se vio condicionado desde sus inicios por el título competencial elegido por el legislador, del cual deriva un sistema cooperativo y complejo de reparto competencial. Ello ha derivado en dificultades de interpretación y de conjugación de dicho título con la reconocida exclusividad competencial autonómica sobre los servicios sociales proclamada en sus Estatutos. Las comunidades autónomas han aprobado abundante normativa con la finalidad de desarrollar y aplicar la LAPAD que, entre otros extremos, ha tenido por objetivo el desarrollo de aspectos necesarios para la aplicación del baremo único así como una serie de procedimientos para que los derechos de las personas en situación de dependencia fuesen efectivamente reconocidos, la fijación de los órganos o entes competentes para la ejecución en su territorio de las funciones de aplicación de la LAPAD, la determinación de las prestaciones económicas, el establecimiento de la intensidad protectora y las compatibilidades de los servicios del SAAD o la regulación del sistema de copago.

La producción normativa autonómica en esta materia ha entrado a regular para su ámbito territorial, con arreglo a sus competencias en servicios sociales, ciertos ámbitos esenciales para la adecuada satisfacción del derecho universal subjetivo a la atención a la dependencia y para la equidad interterritorial. Sin ánimo de exhaustividad, de entre estos aspectos cabe destacar:

- La regulación de los procedimientos y la determinación de los órganos o entes competentes para la ejecución en su territorio de las funciones de aplicación de la LAPAD.
- Los modelos básicos de solicitud de valoración de la situación de dependencia y del reconocimiento de los derechos que establece la LAPAD, así como de los correspondientes a la de revisión. Asimismo, algunas comunidades autónomas han regulado, en disposiciones específicas, los modelos de informe social, de dictamen propuesta, del Programa Individualizado de Atención (PIA), del trámite de consulta y de resolución.
- Los aspectos concernientes a los profesionales integrantes de los órganos de valoración (equipos, comisiones) o la habilitación de dichos profesionales. Igualmente, algunas comunidades autónomas han venido a regular el diseño, los criterios, la elaboración y la aprobación del PIA, uno de los instrumentos clave en el proceso de concreción de los derechos.
- El procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a los servicios y prestaciones del SAAD mediante normas básicamente procedimentales, aunque en algún caso regulen también las prestaciones, que marcan el camino a seguir para el reconocimiento del grado y nivel de dependencia y de los derechos a los correspondientes servicios y prestaciones de la LAPAD.
- La gran mayoría de las comunidades autónomas han aprobado una nueva norma específica de servicios sociales destinada exclusivamente a la atención a la situación de dependencia y desarrollaron un catálogo específico con dichos servicios del SAAD. Asimismo, algunas comunidades autónomas han venido fijando los criterios de acreditación de centros y servicios, especialmente los destinados a la atención de personas mayores. También algunas comunidades autónomas han aprobado sus propios criterios de contratación pública para la acción concertada en este ámbito⁵⁹.
- El acceso a estas prestaciones económicas, ya sea con carácter general o para determinadas prestaciones, aunque se ha ido normalizando su incorporación a los catálogos/carteras de servicios sociales generales. Por otra parte, muchas comunidades autónomas han aprobado normas actualizando las cuantías de las prestaciones económicas, de acuerdo con las cuantías establecidas anualmente en los correspondientes reales decretos aprobados por el Gobierno.
- Acciones de formación y apoyo a las personas cuidadoras no profesionales en aras de asegurar la calidad del sistema.

59 Así, la Ley 11/2016 de 15 de diciembre, del Gobierno de Aragón, de acción concertada para la prestación a las personas de servicios de carácter social y sanitario; y Decreto 181/2017, de 17 de noviembre, del Consell, por el que se desarrolla la acción concertada para la prestación de servicios sociales en el ámbito de la Comunitat Valenciana por entidades de iniciativa social.

- La regulación de la cualificación profesional de los Técnicos en Atención a Personas en Situación de Dependencia, así como a los procedimientos de evaluación y acreditación de las competencias profesionales adquiridas a través de la experiencia laboral o de vías no formales de formación, y la habilitación, de forma excepcional, de personas cuidadoras, gerocultoras y auxiliares de ayuda a domicilio mayores de 55 años con experiencia laboral, en aras de asegurar también la calidad del sistema.
- La intensidad protectora y las compatibilidades de los servicios del SAAD de la forma que han considerado más adecuada y ajustada a sus realidades y posibilidades.
- La forma del cálculo de la capacidad económica de las personas en situación de dependencia y, en función de los resultados, han determinado su participación en la financiación, mediante un sistema de copago en el caso de las prestaciones de servicios, y mediante la aplicación de fórmulas correctoras para la determinación de la cuantía en caso de prestación económica. En todo caso, respetando la premisa de que ninguna persona quedará fuera del SAAD por falta de recursos económicos, lo que garantiza la equidad en el sistema.
- Otros aspectos que inciden en el ámbito de las personas dependientes, tales como la financiación de cara a la adaptación de viviendas y centros, la situación de los menores de tres años en situación de dependencia o la atención sociosanitaria.

Como resultado de este entramado, como subrayan algunas fuentes⁶⁰, más de doce años después de la aprobación de la LAPAD persisten importantes diferencias territoriales en la aplicación, orientación o implantación de la misma, sobre la base de los distintos modelos autonómicos de desarrollo de la atención a la dependencia. Esta disparidad de los modelos puede estar planteando problemas de equidad interterritorial, plasmándose en las mayores dificultades de acceso al SAAD en unas comunidades que en otras, en la aplicación de diferentes criterios a la hora de valorar a las personas solicitantes o en las distintas atenciones que se reciben en cada territorio, como más adelante se apuntará.

De hecho, la importante distancia en el desarrollo de los diferentes sistemas autonómicos se traduce, concretamente, en tasas de cobertura muy dispares o en importantes diferencias en los niveles de calidad de la estructura prestacional de las diferentes comunidades autónomas.

60 Véase CEAPs (Círculo Empresarial de Atención a las Personas), *El caos de la atención a la dependencia: una perspectiva desde la gestión*, 2019.

3.4. LAS ENTIDADES LOCALES EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Tradicionalmente los ayuntamientos/corporaciones locales han venido siendo responsables, con competencia propia, de los servicios sociales (en donde se encuadra la atención a la dependencia) en su ámbito territorial, de acuerdo con la legislación en materia de régimen local (Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de régimen local –LRBRL–). Sin embargo, las competencias de los ayuntamientos fueron alteradas mediante la promulgación y posterior entrada en vigor (en diciembre de 2014) de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y sostenibilidad de la Administración local (LRSAL), la cual vino a modificar, entre otras normas, la referida LRBRL. Una de las materias que dejaron de ser competencia propia de los ayuntamientos, en virtud de la reforma operada por la LRSAL, fue precisamente la «prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social», incluyéndose, a cambio, como competencia propia de estos la relativa a la «evaluación e información de situaciones de necesidad social, y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social». No obstante, la LRSAL vino a considerar que el listado de materias sobre las que los municipios ejercerán en todo caso competencias propias, se establecía sin perjuicio de lo que pudieran prever las leyes sectoriales estatales y autonómicas. Por tanto, los municipios podrían ejercer competencias propias sobre materias no incluidas en ese listado si se las atribuyesen o delegasen dichas leyes sectoriales.

Concretamente, la LRSAL establece, en la modificación que realiza del artículo 27 de la LRBRL, un catálogo de competencias que la Administración del Estado y la de las comunidades autónomas podrán delegar en los ayuntamientos, entre las que se encuentra la prestación de los servicios sociales. Más específicamente, la nueva redacción dada al artículo 27.3.c) de la LRBRL, establece la prestación de los servicios sociales como una de las competencias delegables en los municipios, extremo que se corrobora en la disposición transitoria segunda de la LRSAL.

Por tanto, según la nueva regulación dada de las competencias municipales establecida por la LRSAL, las competencias que los municipios ejerzan en materia de servicios sociales ya no tendrán el carácter de propias sino que serán competencias delegadas, por lo que la titularidad de esas competencias corresponderá a la Administración delegante y no a los municipios.

Esta reforma llevada a cabo por la LRSAL ocasionó, en su momento, una gran preocupación por la calidad y la continuidad de las prestaciones o servicios a las personas en situación de vulnerabilidad que venían ofreciendo hasta entonces los entes locales, así como por el futuro de los servicios de proximidad en general y, en particular, de los servicios sociales⁶¹.

61 La proximidad es un principio básico en este ámbito por la rapidez en la detección de problemas, la resolución y la prestación de los servicios requeridos en cada situación. Desde la Unión Europea se viene recordando la idoneidad de la prestación de los servicios sociales desde la proximidad, pues

En conjunto, como coinciden en señalar la mayoría de los estudios⁶², a lo largo de estos años se han puesto en evidencia una serie de problemas o disfunciones del sistema. Entre ellos se suele destacar el carácter excesivamente profuso, complicado y desigual de la normativa que, sin embargo, ha avanzado en la estructuración de los mecanismos jurídicos para la implantación del SAAD.

*Evaluación
del desarrollo
legislativo
de la LAPAD*

Asimismo, subrayan la complejidad del sistema y una gestión burocrática y lenta; ambigüedad en los ámbitos competenciales; dificultades para aplicar la cooperación interadministrativa; escaso reconocimiento del papel de las corporaciones locales; insuficiencia de las prestaciones de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía; disfunciones en el encaje de la LAPAD y la normativa de servicios sociales autonómica; dificultades en la coordinación y/o integración sociosanitaria; y dispersión de las prestaciones y ayudas con otras del ámbito de la discapacidad. Todo ello ha producido, fundamentalmente, una importante desigualdad en la aplicación de la LAPAD.

3.5. MEDIDAS ADOPTADAS EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Como quedó reflejado en la Memoria del CES de 2019, durante los primeros meses de 2020, en la fase aguda de la pandemia, se adoptaron distintas medidas con carácter de urgencia para hacer frente al impacto de la misma entre la población de edad avanzada, entre las que cabe destacar el cierre de comedores para mayores, centros de día, centros ocupacionales y otros servicios similares ante la especial afectación de algunos de ellos ya desde los comienzos de la propagación del virus, así como la aprobación de medidas de refuerzo de la atención, en especial ante la grave situación de falta de personal provocada por los contagios, entre las numerosas medidas que se fueron sucediendo en cascada durante el estado de alarma (recuadro 5). Pero sobre todo, dichas medidas urgentes y coyunturales incidieron en el ámbito de los centros residenciales para las personas mayores, por su especial afectación por la pandemia del COVID-19.

el ámbito local es el más apropiado para evaluar, atender y hacer el seguimiento de las situaciones personales de fragilidad, resultando más eficaz la acción integradora.

62 Entre los más destacados cabe citar: 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, 2009; AEVAL, 2009. Evaluación sobre la participación de la Administración General del Estado en el sistema para la autonomía y atención a la dependencia, Madrid: Agencia Española de evaluación y calidad; 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, de 4 de noviembre de 2011; e IMSERSO, Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre la aplicación de la Ley 39/2006, 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

RECUADRO 5. IMPACTO DEL COVID-19. PRINCIPALES MEDIDAS EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y LOS SERVICIOS SOCIALES

Extracto de las medidas

Normativa

<p>Fondo Social Extraordinario de 300 millones de euros dirigido a financiar las prestaciones básicas de los servicios sociales para hacer frente a las consecuencias sociales del COVID-19-19. Habilitación a las entidades locales para que puedan destinar a Servicios Sociales y promoción social el superávit correspondiente a 2019 y aplicación en 2020 de la disposición adicional decimosexta del texto refundido de la Ley reguladora de las Haciendas locales.</p>	<p>Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19.</p>
<p>Se formalizan los criterios de distribución y la distribución resultante de los créditos acordados por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia el 20 de marzo, para la financiación de las prestaciones básicas de los servicios sociales de las comunidades autónomas, diputaciones provinciales, o las corporaciones locales, que tuvieran por objeto exclusivamente hacer frente a situaciones extraordinarias derivadas del COVID-19 según lo previsto en los artículos 1 y 2 del Real Decreto-ley 8/2020, de 17 marzo.</p>	<p>Acuerdo del Consejo de Ministros de 24 de marzo de 2020 en materia de derechos sociales asociado a la crisis sanitaria de la pandemia del COVID-19.</p>
<p>Obligación de mantenimiento de los centros y de puesta a disposición de la información veraz y ajustada al sistema de información vigente. Se faculta a las comunidades autónomas intervenir los centros de servicios sociales de carácter residencial, públicos o privados.</p>	<p>Orden SND/275/2020, de 23 de marzo.</p>
<p>Medidas organizativas ante la especial afección de los centros residenciales como asignación de trabajadores a grupos concretos de residentes y reducción de las rotaciones de personal; aislamiento de los residentes en función de presencia de sintomatología; medidas de desinfección específica; pautas a los profesionales que hayan tenido contacto con enfermos para que continúen la asistencia en ausencia de síntomas; medidas de coordinación con el SNS a través del centro de AP; sujeción a la inspección sanitaria y protocolo de actuación en circunstancias excepcionales de imposibilidad de cumplir con las medidas establecidas.</p>	<p>Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.</p>
<p>Por un plazo inicial de tres meses, se flexibilizan los requisitos de acreditación profesional en ausencia de demandantes de empleo con las titulaciones específicas necesarias en la zona.</p>	<p>Resolución de 23 de marzo de 2020, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales.</p>
<p>Prohibición de tramitar ERTE en residencias, centros sociales y sanitarios. Activación del procedimiento de emergencia de la ley de contratos del Estado para todas las contrataciones necesarias para hacer frente a la pandemia.</p>	<p>Real Decreto-ley 9/2020, de 27 de marzo, por el que se adoptan medidas complementarias, en el ámbito laboral, para paliar los efectos derivados del COVID-19.</p>
<p>Se señala (en su Anexo) que no será objeto de aplicación el permiso retribuido regulado en el presente Real Decreto-ley a las siguientes personas trabajadoras por cuenta ajena, entre las que se encuentran: (...) «9. Las de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, así como a las personas que (i) atiendan mayores, menores, personas dependientes o personas con discapacidad (...)».</p>	<p>Real Decreto-ley 10/2020, de 29 de marzo, por el que se regula un permiso retribuido recuperable para las personas trabajadoras por cuenta ajena que no presten servicios esenciales, con el fin de reducir la movilidad de la población en el contexto de la lucha contra el COVID-19.</p>

Extracto de las medidas	Normativa
<p>Posibilidad de imponer a los trabajadores y trabajadoras de los servicios sociales la prestación de servicios extraordinarios y posibilidad de variación del régimen de vacaciones y permisos.</p> <p>Medidas excepcionales para la contratación o reincorporación de personal.</p> <p>Aplicación inmediata del Acuerdo de 20 de marzo de 2020 del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se modifican temporalmente los criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD.</p>	<p>Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos en el ámbito de los servicios sociales.</p>
<p>Se prioriza la identificación e investigación epidemiológica de los casos por COVID-19 relacionados con residentes, trabajadores o visitantes de estos centros, se aclara en qué casos concretos un centro residencial podrá ser intervenido por un empleado público o se disponen nuevas obligaciones de suministro de información por parte de las comunidades autónomas.</p> <p>Equipara la situación del personal con dispensa absoluta de asistencia al puesto de trabajo por ejercicio de funciones sindicales en el ámbito de los servicios sociales a la del mismo personal sanitario que se encuentra también en situación de dispensa absoluta.</p>	<p>Orden SND/322/2020, de 3 de abril, por la que se modifican la Orden SND/275/2020, de 23 de marzo y la Orden SND/295/2020, de 26 de marzo, por la que se establecen nuevas medidas para atender necesidades urgentes de carácter social o sanitario en el ámbito de la situación de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.</p>
<p>Se mantienen las medidas de prevención e higiene básicas en los centros residenciales.</p>	<p>Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.</p>

Fuente: elaboración propia a partir de BOE.

Posteriormente, durante los meses de junio y julio de 2020, cuando la pandemia entró en una fase de menor incidencia, se adoptaron una serie de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para seguir haciendo frente y controlar la pandemia mientras no finalizara oficialmente la situación de crisis sanitaria. Parte de ellas iban dirigidas directamente al ámbito de la atención a la dependencia. Así, por ejemplo, el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 contemplaba, entre otros extremos, el mantenimiento de las medidas de prevención e higiene básicas en los centros residenciales.

Cabe señalar también que la Orden DSA/789/2020, de 27 de julio, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 14 de julio de 2020, por el que se formalizan los criterios de distribución y la distribución resultante de los créditos acordados por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que se destinan a la financiación de los planes o

programas sociales, para el ejercicio 2020, recalca que los mismos deberían garantizar el cumplimiento de las medidas establecidas por las autoridades sanitarias para garantizar la seguridad y la salud de todas las personas participantes, sobre todo las más vulnerables.

Por otra parte, con el propósito de sentar las bases de la reconstrucción del país, se constituyó la Comisión parlamentaria del mismo nombre, que a finales del mes de julio aprobó una serie de medidas, buena parte de ellas dedicadas a los cambios necesarios en el sistema sanitario y la salud pública. En el apartado dedicado a esta última se incorporaron, no obstante, una serie de objetivos y medidas orientadas a la mejora de algunos servicios que forman parte de la oferta del SAAD cuya concreción normativa y presupuestaria no debe hacerse esperar (recuadro 6).

RECUADRO 6. CONCLUSIONES PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA: MEDIDAS SOCIOSANITARIAS

- Elaboración de **planes de contingencia** para prevenir y abordar posibles rebrotes derivados del virus SARS-CoV2 o circunstancias similares. Se establecerá como principio la **derivación** de los residentes al Sistema Nacional de Salud.
- Adopción con carácter de urgencia de las medidas precisas para que los servicios de **Atención Primaria** atiendan a todas las personas de centros residenciales.
- Refuerzo de los **servicios de enfermería de Atención Primaria** para la prestación de los cuidados que precisen las personas que viven en los centros residenciales.
- Mejora de la **coordinación de la atención sanitaria primaria y hospitalaria con los centros residenciales**, para garantizar el derecho de las personas mayores y de las personas institucionalizadas a la protección de su salud.
- Refuerzo de mecanismos de coordinación entre atención primaria, hospitalaria, dispositivos de urgencia, Salud Pública, servicios sociales de atención primaria y centros residenciales.
- Desarrollo en todas las comunidades autónomas de una **red de hospitales de media y larga estancia** como apoyo a los servicios de Atención Primaria en centros residenciales.
- Revisión por el Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud de España de la normativa que regula los **órganos de planificación y apoyo de la atención y coordinación sociosanitaria**, para analizar la coordinación por parte de las Administraciones públicas, garantizar la continuidad del servicio, e identificar las funciones de las Administraciones implicadas.
- Creación de **órgano de coordinación entre los sistemas sanitario y social de atención a la dependencia**, encargado de la planificación conjunta de los cuidados de larga duración, el establecimiento de un sistema integrado de información, garantizar la calidad de las prestaciones y la definición de protocolos en caso de crisis sanitarias. Identificación de un equipo gestor de seguimiento de los programas de la atención en las residencias.
- Establecimiento de protocolos que garanticen la atención integral e integrada de los sistemas social y sanitario en el domicilio, compartiendo sistemas de información y teleasistencia avanzada, y reforzando los centros de día.

Fuente: Congreso de los Diputados, Conclusiones para la Reconstrucción Social y Económica, 29 de julio de 2020.

Con independencia de la evaluación de la eficacia de las medidas coyunturales antes citadas, una vez superada la emergencia resultará inevitable una urgente revisión en profundidad del sistema de cuidados a las personas dependientes en nuestro país. Dicha revisión deberá concitar el máximo nivel de consenso entre los actores implicados, por lo que cabe destacar por su importancia la constitución, a finales de julio de 2020 de la Mesa de Diálogo Social para abordar los desafíos presentes y futuro del SAAD y acordar estrategias que permitan paliar las ya citadas debilidades del Sistema evidenciadas a lo largo de estos últimos años y, en particular, a consecuencia de la crisis del COVID-19. Así, ya en la reunión constitutiva de la Mesa, que tuvo lugar el 28 de julio, los interlocutores sociales más representativos presentaron un documento conjunto titulado «Propuestas de CCOO, UGT, CEOE y CEPYME para el diseño de estrategias de coordinación sociosanitarias en el marco del Sistema para la autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD)». En él se incluían unos contenidos mínimos e imprescindibles, a los que se hará mención concreta más adelante en el apartado 2 del capítulo II, que las cuatro organizaciones consideraban necesario abordar, tanto a corto plazo como en un momento ulterior, para que la Ley de Dependencia recupere el significado y el protagonismo con los que nació, deteriorados durante la anterior crisis y las restricciones presupuestarias adoptadas en ese contexto, en especial a partir del Real Decreto-ley 20/2012.

Más adelante, ya a principios del mes de octubre, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 presentó sus propuestas para el Plan de Choque para el impulso del SAAD en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con el fin de abrir un debate y que las comunidades autónomas pudieran realizar sus propuestas sobre el mismo antes de aprobarlo de forma consensuada antes de acabar el año (recuadro 7).

Además, en paralelo y con el objetivo de garantizar el máximo consenso en torno a dicho fortalecimiento del SAAD, también en el mes de octubre Gobierno e interlocutores sociales iniciaron la negociación del Plan de Choque en la Mesa de Diálogo Social en Dependencia. En este marco, los interlocutores sociales realizaron una serie de propuestas⁶³ en orden a proponer un verdadero Plan de choque que garantice la atención efectiva de la lista de espera y la calidad de las prestaciones, reclamando un verdadero espacio de diálogo social y recordando la necesidad de reorientar el Plan, en particular, concretando una financiación acorde con las importantes necesidades del sistema, el establecimiento de medidas extraordinarias en relación al impacto de la crisis sanitaria derivada de la pandemia y la implementación de instrumentos que mejoren la transparencia en la gestión del SAAD.

63 CEOE, CEPYME, UGT y CCOO, Propuestas de los interlocutores sociales en relación a la puesta en marcha de un Plan de Choque para el impulso del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, octubre de 2020.

RECUADRO 7. PRINCIPALES MEDIDAS DEL PLAN DE CHOQUE EN DEPENDENCIA**Ejes**

Mejorar las prestaciones y servicios de los que se benefician las personas dependientes, reforzando los derechos que le reconoce la LAPAD; mejorar y simplificar la gestión del SAAD; y aumentar significativamente la financiación del Estado al SAAD, para asegurar que ambas cosas son factibles.

Medidas principales

1. Establecer la teleasistencia como derecho subjetivo para personas dependientes que no vivan en centros residenciales.
2. Incrementar las horas de atención en el Servicio de Ayuda a Domicilio.
3. Mejorar las prestaciones económicas, estableciendo cuantías mínimas, incrementando las máximas e introduciendo mejoras en su regulación.
4. Ampliar las compatibilidades entre las prestaciones y servicios.
5. Extender la Escala de Valoración Específica (EVE) desde los 3 hasta los 6 años.
6. Agilizar los procedimientos administrativos y adoptar otras medidas orientadas al incremento de la cobertura del sistema.
7. Incrementar el nivel mínimo de financiación.
8. Recuperar el nivel acordado de financiación y orientarlo a la consecución de determinadas medidas estratégicas de refuerzo del SAAD.
9. Analizar y revisar el actual modelo de copago.
10. Reconocer la aportación de las entidades locales y reconsiderar su papel en el SAAD.

Horizonte temporal de aplicación

Las medidas del Plan de Choque se implementarían durante los próximos tres años (entre 2021 y 2023), incluyendo reformas normativas de la LAPAD y su normativa de desarrollo.

Fuente: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, «Propuestas para la puesta en marcha de un Plan de Choque para el impulso del SAAD», septiembre de 2020.

En noviembre de 2020, la Memoria económica del Plan de Choque presentada por el Gobierno ha dado lugar a una valoración conjunta por parte de los interlocutores sociales en la Mesa de diálogo social. En el documento donde se plasman sus propuestas al respecto, se valora positivamente el esfuerzo de cuantificación y el incremento presupuestario, si bien se pone de manifiesto que apenas mitigan la infrafinanciación que sufre el sistema, que requiere una reforma de carácter estructural que tenga entre sus principales objetivos la reducción de la lista de espera mediante servicios profesionales; la calidad y el incremento de la intensidad de los servicios hasta un nivel de suficiencia así como mejorar la aportación del Estado hasta alcanzar el entorno del 50 por 100 de la aportación pública. En este sentido, más allá de retrotraer el esquema de protección a la situación previa a la aprobación del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, casi una década después el sistema requiere ser acompasado a la realidad y necesidades actuales, marcadas por el impacto de la COVID-19. Además, los interlocutores sociales realizan una serie de propuestas concretas a las medidas del Plan de Choque presentado por el Gobierno (recuadro 8).

RECUADRO 8. SÍNTESIS DE PROPUESTAS RECIENTES DE LOS INTERLOCUTORES SOCIALES EN EL MARCO DEL DIÁLOGO SOCIAL EN DEPENDENCIA

Establecer medidas y recursos económicos necesarios para afrontar la pandemia en el SAAD. Reforzar la seguridad sanitaria de las personas beneficiarias y trabajadoras del SAAD.

Mantenimiento de la actividad de la Mesa de Diálogo Social para acompañar las mejoras estructurales del SAAD con una estrategia plurianual a largo plazo, tras la aprobación del Plan de Choque.

Medidas concretas propuestas:

1. **Reducción de la lista de espera:** necesidad de cuantificación presupuestaria, calendarización y medidas concretas para agilización de los trámites y considerar las consecuencias de la COVID por el probable aumento del grado de dependencia, del derecho a nuevas prestaciones y las nuevas exigencias: aumento de costes materiales (EPIS) y laborales (ratios y tipo de profesionales).
2. **Mejora de las condiciones laborales** de las personas que prestan los servicios del SAAD. Las mejoras del Plan exigen incremento exponencial del empleo en el sector que requiere reflejo presupuestario. Necesidad de medidas específicas en materia de seguridad y salud de las personas trabajadoras del sector (Dotación de EPIS; realización de pruebas de detección; formación específica o drenaje de residentes en todos los centros residenciales en caso de positividad o síntomas compatibles con COVID-19); necesidad de considerar mejoras específicas en el ámbito de las residencias de mayores.
3. **Teleasistencia como derecho subjetivo:** acompañarlo de nuevas formas de utilización del servicio más allá de su uso como canal de emergencias. Valorar la supresión del copago en conexión con redefinición de algunas cuestiones del servicio y potenciar su integración con otras prestaciones del sistema.
4. **Intensidad del Servicio de Ayuda a Domicilio:** no basta con retrotraerse a la intensidad previa a 2012: hay que actualizarla conforme a las necesidades actuales. Adecuar las previsiones económicas al coste anual del SAD y de garantizar un precio/hora suficiente que mejore la calidad del empleo.
5. Medidas que requieren **cuantificación económica:** ampliación de compatibilidades, extensión de la escala de valoración específica (EVE) hasta los 6 años y agilizar los procesos administrativos.
6. Excluir del marco de negociación del Plan, dejándolas para un momento ulterior, cuestiones como la modificación de la ley, el sistema de financiación o la inclusión de medidas del «Plan de reconstrucción, transformación y resiliencia y el sistema de cuidados».

Fuente: CCOO, UGT, CEOE y CEPYME, Propuestas de los interlocutores sociales a la Memoria económica del Plan de Choque para el impulso del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, noviembre de 2020.

La pandemia, por tanto, está brindando la ocasión para impulsar a través del consenso con los principales actores implicados —en especial, con los interlocutores sociales en el marco del diálogo social— la mejora sistema de atención a la dependencia, la superación de las debilidades que venía arrastrando y para afrontar los retos derivados del nuevo escenario.

CAPÍTULO II

**EL SISTEMA PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA
PERSONAL Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS
EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

En 2021 se cumplirán quince años desde la creación del SAAD por la Ley 39/2006, de 16 de diciembre (LAPAD). Estando el sistema ya plenamente implantado desde 2015 para todos los grados de dependencia, sería el momento de abordar la adecuación de sus instrumentos y recursos a la hora de dar respuesta a las necesidades de las personas en situación de dependencia, en atención a los objetivos de dicha Ley. Tras la enorme disrupción en el sistema sufrida a raíz de la expansión del coronavirus desde los primeros meses de 2020, ese esfuerzo resulta aún más necesario.

El impacto de la pandemia ha puesto en evidencia las limitaciones del alcance, la intensidad y la calidad de las prestaciones ofrecidas por el sistema de atención a la dependencia. Es muy probable que esta trágica experiencia de lugar a cambios en profundidad en el mismo que afecten, entre otros aspectos, a su alcance. El COVID-19, en este sentido, marca un punto de inflexión que obligará en futuros ejercicios de evaluación a considerar el antes y el después de esta tragedia. Resulta oportuno recordar a continuación, por tanto, la situación anterior a la primera oleada de contagios y la evolución experimentada hasta entonces.

1. El alcance del sistema de atención a la dependencia

Como se ha adelantado, con la información suministrada por las Administraciones autonómicas y organizada por el Sistema de información del SAAD, en 2019 1,3 millones de personas de todas las edades se encontraban en situación de dependencia, habiendo obtenido el reconocimiento de dicha situación de los servicios operativos en las Administraciones correspondientes. Ello significa que un 3 por 100 de la población en España había solicitado ayuda al SAAD, habiendo sido baremada y reconocida la situación de merma, en algún grado, de su autonomía personal porque sus condiciones, físicas, mentales, sensoriales o intelectuales, les dificultaban el desenvolvimiento en las actividades de la vida diaria.

No es extraño que el volumen de ese segmento de la población haya experimentado cambios importantes a lo largo del último decenio, porque, de hecho, el sistema comenzó a funcionar en 2007, correspondiendo los primeros datos a la gestión del ejercicio de 2008. Cabe recordar que, de acuerdo, con la entrada progresiva al sistema, modificado en varias ocasiones, en los primeros años obtuvieron reconocimiento

y derecho a prestaciones los casos más graves de dependencia y que a medida que se acercaba la fecha de apertura del sistema a la atención a todos los casos, incluidos los más leves, fue en aumento el número de personas reconocidas.

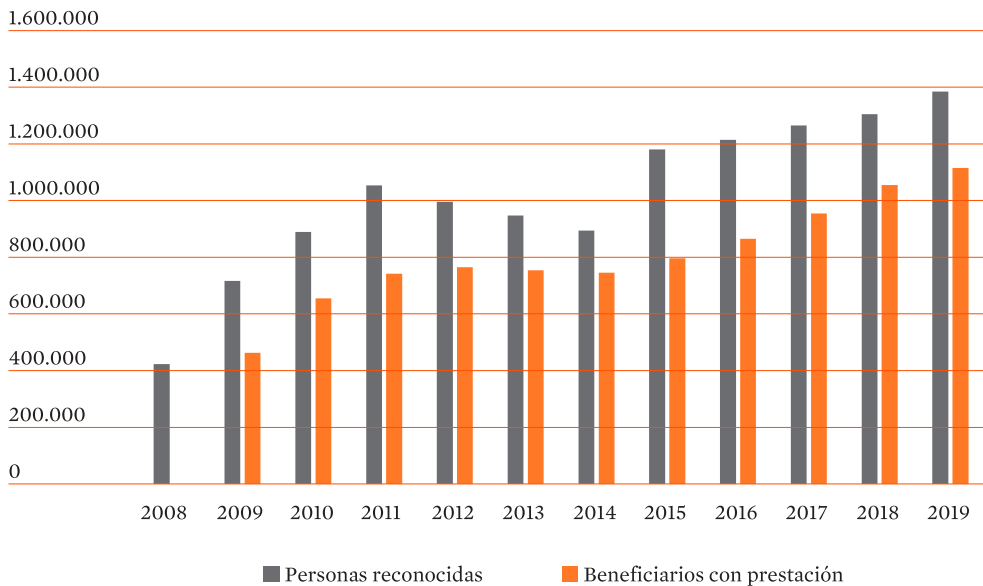
Así, durante los primeros años de funcionamiento se registraron incrementos muy importantes, lo que se explica por el interés suscitado por el nuevo sistema que, hasta la aprobación del Real Decreto-ley 20/2012, con la introducción de importantes limitaciones, se tradujo en la presentación de gran cantidad de solicitudes de valoración y en la respuesta positiva a muchas de ellas. Sin embargo, la irrupción de la crisis y las restricciones presupuestarias tuvieron un claro correlato en el descenso del ritmo de reconocimiento del derecho a la atención, lo que, dada la naturaleza del sistema, que deja de atender casi exclusivamente a quienes causan baja por fallecimiento, se manifestó en un descenso del número de dependientes reconocidos.

En cambio, a partir de 2015, coincidiendo además con la apertura a la incorporación de casos menos severos al sistema, este comienza a recobrar cierto ritmo en el registro de personas con derecho reconocido a la atención. Así, entre ese año y 2019 el número de aumentó en un 17 por 100, siendo el último ejercicio el que ha registrado el mayor incremento (6 por 100) (gráfico 16).

En la práctica, la atención del sistema alcanza a 1,1 millones de personas, lo que supone el 81 por 100 del total de personas valoradas como dependientes por el SAAD (gráfico 16).

GRÁFICO 16. EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA DEL SAAD, 2008-2019

(Número de personas con derecho a prestaciones y de los beneficiarios con alguna prestación, 2008-2019)



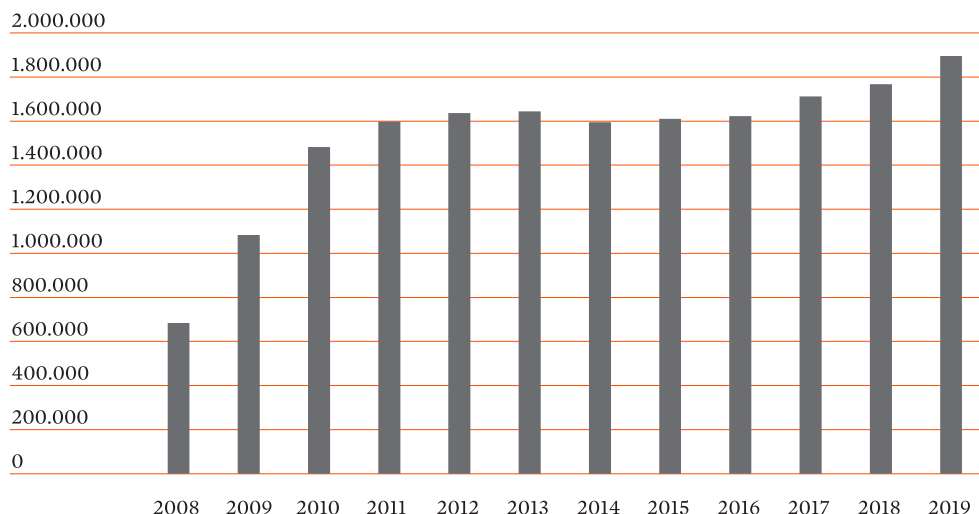
Fuente: SISAAD, 2020.

El reconocimiento del derecho a la atención se establece sobre la base de la presentación de solicitudes a tal fin en las Administraciones encargadas de tramitar los expedientes en cada comunidad autónoma. Por ello es un buen reflejo de las expectativas generadas en torno al sistema entre los ciudadanos. Así, si en los primeros años de funcionamiento del SAAD la evolución de este parámetro fue ascendente —el incremento anual se situó como promedio en las 400.000 solicitudes—, en 2011 se dio una notable reducción, continuando con la tónica decreciente durante seis años. Sin embargo, a partir de 2017 el ritmo de entrada de nuevas solicitudes comenzó recuperar un vigor que se ha mantenido hasta 2019, año en el que las solicitudes aumentaron en un 7 por 100 con respecto al anterior, suponiendo el mayor incremento desde 2011 (gráfico 17).

Las solicitudes para acceder al SAAD

Como se trata de un parámetro que refleja la intención de los propios solicitantes de acceder a las prestaciones del sistema, la trayectoria mostrada es difícilmente explicable con argumentos puramente demográficos. En buena lógica durante los primeros años se registraron entradas masivas, hasta cubrir las expectativas de la mayor parte de la población dependiente. A partir de entonces los incrementos deberían ser reflejo de absorción anual de las solicitudes de los «nuevos dependientes». En cambio, la trayectoria que exhiben los datos de evolución no se ajustan exclusivamente a esa lógica. Dicha trayectoria parece ser el resultado de la desigual evolución de las expectativas de obtener el reconocimiento y el derecho a prestación, por lo que probablemente en los primeros años de la crisis y de reducción

GRÁFICO 17. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO ACUMULADO DE SOLICITUDES, 2008-2019



Fuente: SISAAD, 2020.

del gasto en protección social tuvo como consecuencia una menor motivación de los aspirantes.

Cabe señalar que desde los primeros años de funcionamiento del sistema se ha mantenido más o menos constante un cierto volumen de expedientes pendientes de valoración, dando como resultado una demora inicial en el conjunto del proceso. No obstante, en los últimos años las Administraciones han tramitado la mayor parte de los expedientes abiertos. En todo caso, la acumulación de esos expedientes que ni siquiera han sido aún objeto de valoración contribuye al aumento del número de personas en espera para ser atendidas, pues lógicamente buena parte de las solicitudes pendientes habrán de dar como resultado valoraciones positivas, generando derecho a prestación.

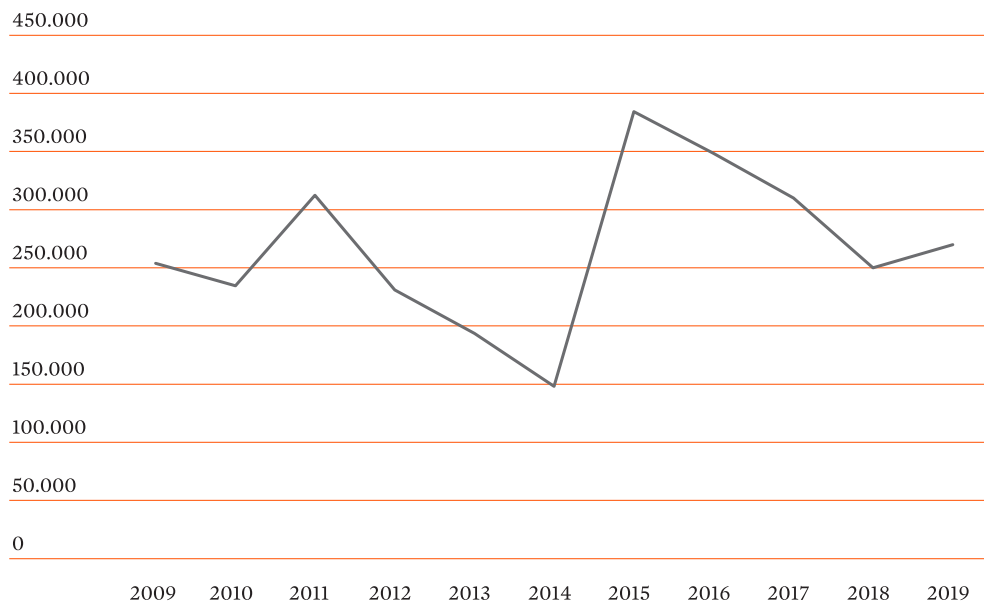
Si se atiende al comportamiento de este parámetro en las distintas comunidades autónomas, se observa una cierta variabilidad, que hasta cierto punto parece responder a la composición por edades de las poblaciones en cada territorio. Así, no debe extrañar el hecho de que las comunidades de Castilla y León, País Vasco, La Rioja y Extremadura, donde edad media se encuentra por encima de los 44 años, presenten niveles más altos de solicitudes con respecto al volumen de su población que la media nacional (3,7 por 100), mientras que las más jóvenes como Baleares, Murcia o Ceuta y Melilla, exhiban resultados más bajos. Sin embargo, la explicación puramente demográfica no encaja con algunos casos, como Andalucía, Castilla-La Mancha o Cataluña, donde la proporción de solicitudes superaba en 2018 a la media, no así la edad promedio de sus habitantes, lo que anima a pensar en otras causas como la generación de expectativas desde las propias Administraciones públicas. Además es posible que otros elementos como la esperanza de vida en salud, muy ligada a la riqueza de cada territorio, intervenga en alguna medida en la variabilidad de un parámetro que, como se ha visto, no depende exclusivamente del nivel de envejecimiento de una población.

Casi un 20 por 100 de la población en situación de dependencia reconocida no recibe atención, conformando la llamada «lista de espera» para ser atendido —bolsa

*Población
en situación
de dependencia
que no recibe
atención*

integrada por las personas que han sido valoradas y de las que se ha emitido un dictamen con grado concreto de dependencia pero no han obtenido resolución de la/las prestaciones a las que tienen derecho—. En las estadísticas del MSCBS esta bolsa se puede calcular a través de la diferencia entre el número de dictámenes

con grado reconocido y el número personas beneficiarias de prestación (gráfico 18). En 2019, después de varios años de descensos consecutivos, el volumen de la lista de espera se incrementó en un 8 por 100 (casi 20.000 personas más) con respecto a 2018.

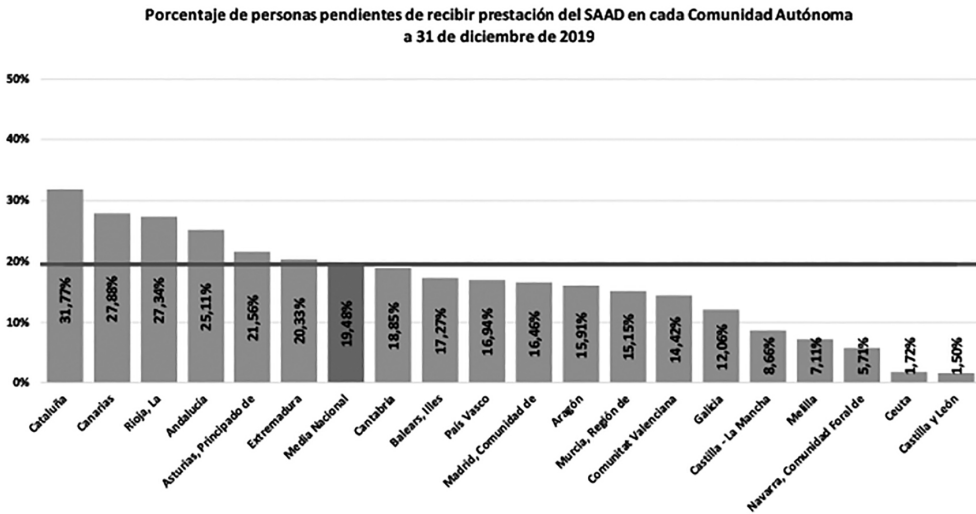
GRÁFICO 18. PERSONAS RECONOCIDAS COMO DEPENDIENTES QUE NO RECIBEN PRESTACIONES DEL SAAD, 2009-2019

Fuente: SISAAD, 2020.

Las demoras en la efectividad del derecho a la atención no son las mismas en todos los casos, sino que varían sustancialmente entre colectivos en función de los grados de afectación. Así, de las 918.000 personas beneficiarias de grados II y III (severos y grandes dependientes) en 2019, el 87,6 por 100 tenía reconocida prestación, en tanto el otro 12,3 por 100 se encontraba pendiente de recibirla. En lo que respecta al grado I (dependencia moderada), el colectivo afectado por esta situación, integrado por 467.000 personas, la incidencia de la lista de demora es sensiblemente más elevada, alcanzando al 33,5 por 100 de los reconocidos con ese grado, lo que en parte se explica por la acumulación de expedientes sin terminar de resolver dado que hasta 2015 no fueron incorporados al sistema, de acuerdo con el calendario de aplicación.

Este indicador muestra también notables diferencias a lo largo del territorio nacional, de modo que algunas comunidades autónomas presentan niveles de cobertura superiores a la media, casi del 80 por 100, mientras que otras se encuentran muy por debajo. Cataluña, Canarias, La Rioja y Andalucía fueron en 2019 las que soportaron las listas de espera más abultadas, en tanto que otras, como Castilla y León, Navarra y Castilla-La Mancha se situaron en posiciones claramente favorables con respecto a la media.

Por otro lado, si se añade a la lista espera a la población solicitante que aún no ha sido valorada, su volumen se incrementa de forma notable, porque la mayor parte de esos solicitantes (80 por 100) acaban siendo reconocidos. Aunque el SISAAD, hasta

GRÁFICO 19. LISTA DE ESPERA PARA RECIBIR PRESTACIONES DEL SAAD POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

Fuente: IMSERSO, Análisis explicativo de las estadísticas mensuales del SAAD, 2020.

ahora, no ha ofrecido datos concretos sobre esta particularidad, sí es posible calcular el volumen de la población que no ha sido valorada sustrayendo del número de solicitudes el correspondiente a los dictaminados. De esta forma se obtiene el número de personas en espera de valoración, que hasta 2019 se elevaba a 159.193, formando también parte del colectivo que no ha visto satisfecho su derecho a la atención. La suma de las dos magnitudes arroja un saldo de 429.000 personas en espera para ser valoradas y para recibir atención (cuadro 4).

Además, como es previsible que ocho de cada diez solicitantes en espera acaben obteniendo una valoración positiva, de los 159.000 que aguardan su dictamen, cabe especular con que 127.000 sean en realidad personas en situación de dependencia que no reciben ninguna atención y que ni siquiera son aún considerados como tales. Por tanto, si se suma este último número al de «dependientes» con grado y sin atención, se obtiene un saldo de 397.000 personas en situación de dependencia sin recibir ningún tipo de atención del sistema público.

Uno de los aspectos más relevantes desde el punto de vista la calidad de la atención es el tiempo de tramitación de los expedientes, sin embargo, el SISAAD no aporta información sobre esta cuestión, por lo que solo se dispone de estimaciones. Las más recientes apuntan a una espera de 426 días como término medio, desde que se presenta la solicitud de valoración en las Administraciones correspondientes hasta que la atención por parte del sistema se hace efectiva a través de prestaciones económicas o servicios. Por lo tanto, el plazo máximo establecido legalmente en 180 días es superado

CUADRO 4. LISTAS DE ESPERA PARA RESOLUCIÓN DE SOLICITUDES Y EFECTIVIDAD DE LAS PRESTACIONES

Año	Espera resolución	Espera prestación
2009	144.498	254.011
2010	169.884	234.463
2011	210.416	312.244
2012	100.514	231.119
2013	114.094	193.641
2014	71.197	148.002
2015	106.164	384.326
2016	103.238	348.309
2017	120.213	310.120
2018	128.568	250.037
2019	159.193	269.854

Fuente: SISAAD, 2020.

con creces, en especial en algunas comunidades autónomas, en las que se duplica e incluso se triplica⁶⁴.

Así, las comunidades de Baleares, Extremadura, Andalucía, Cataluña y Comunidad Valenciana mostrarían las situaciones más preocupantes con tiempos de espera cercanos a los dos años. Otras como Murcia, Aragón y Asturias se encontrarían en una situación intermedia pero aún lejana del plazo máximo establecido en seis meses, con esperas en torno a los 430 días. Y solo las comunidades del País Vasco, La Rioja y Castilla y León se encontrarían cercanas al cumplimiento de los seis meses.

Si en los años centrales de la crisis, que coincidieron con una sustancial bajada de los recursos dedicados a la dependencia, se registraron caídas en casi todos los parámetros de evaluación del SAAD, en 2015 la situación comienza a

revertirse con una cierta recuperación del ritmo de crecimiento esperable en un sistema prácticamente nuevo. Así, en 2015 se registró por primera vez un incremento del número de prestaciones asignadas a las personas dependientes desde que en 2011 comenzara a decrecer.

Desde entonces, la evolución consolida la tendencia al alza con incrementos sucesivos (6,7 por 100 de 2015; 8,7 por 100 en 2016; 10 por 100 en 2017 y en 2018). En 2019, la tónica ascendente se mantiene pero de forma más moderada, con un incremento del número de prestaciones y servicios de poco más de 60.000, esto es un 5,7 por 100 con respecto al año anterior, descontando los servicios de teleasistencia, promoción de la autonomía y prevención de la dependencia. Si se incluyen esas prestaciones, que

*Evolución del
número de
prestaciones
concedidas*

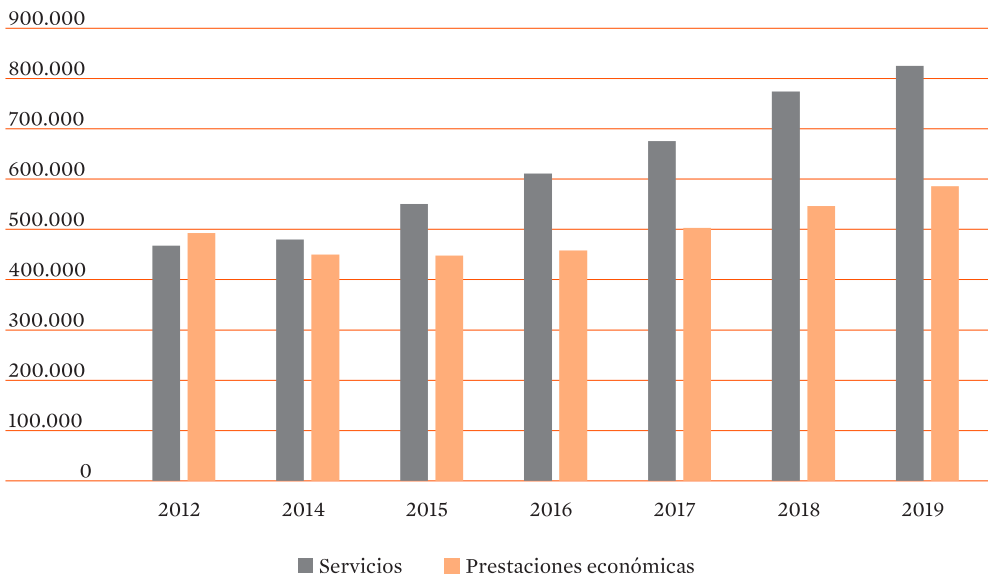
64 Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales, 2020.

constituyen más bien un apoyo complementario y revisten un coste muy inferior a los cuidados propiamente dichos, el incremento es bastante más elevado.

Las características de la cobertura del sistema se manifiestan a través de las prestaciones asignadas y su distinta tipología. Desde sus comienzos, la asignación de prestaciones ha mostrado un predominio de las de índole económica, en contra del carácter excepcional que les atribuía la LAPAD. En 2019, último año del que se dispone de datos completos, las prestaciones económicas siguieron mostrando crecimientos, si bien más moderados que en los años precedentes, en sus dos vertientes, de cuidados familiares y vinculados a servicios. No obstante, hay que recordar que las primeras experimentaron una disminución progresiva desde la entrada en vigor del Real Decreto-ley de julio de 2012 que provocó la reducción de las cuantías a percibir y como efecto de la modificación del sistema de reparto del Nivel Mínimo, que trató de promover el incremento de los servicios por encima de la prestación de cuidados familiares. Pero estas medidas no han sido hasta ahora suficientes para restringir hasta alcanzar el valor de excepcional, previsto en la Ley, de las prestaciones económicas (gráfico 20).

En todo caso, cabe destacar el incremento desde 2016 de las prestaciones en especie, visible sobre todo en el caso de la teleasistencia y la ayuda a domicilio, opciones predominantes en los casos de menor afectación (gráfico 20).

GRÁFICO 20. EVOLUCIÓN DE LA ASIGNACIÓN DE SERVICIOS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS DEL SAAD, 2012-2019



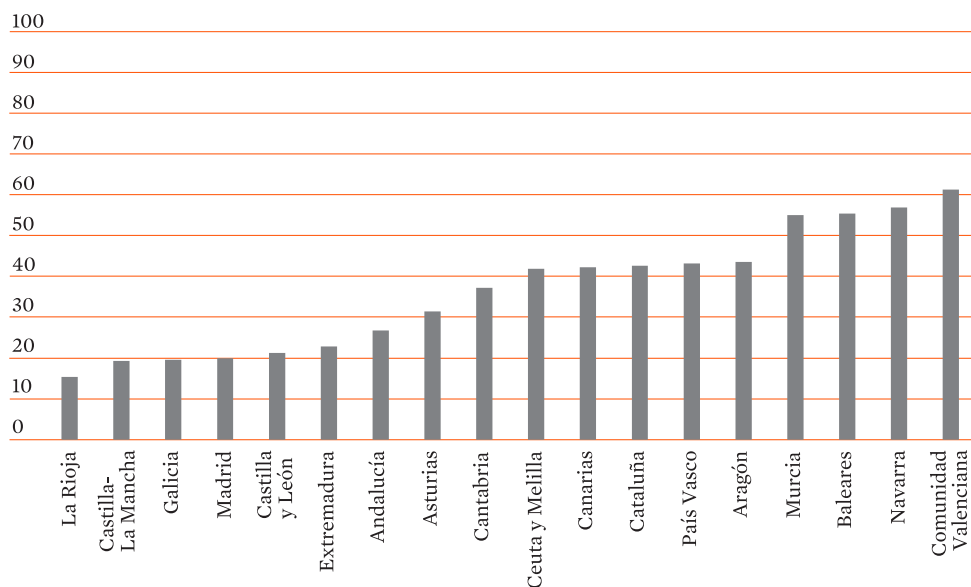
Fuente: SISAAD, 2020.

La concesión de unas u otras prestaciones viene dada por el Programa Individual de Atención (PIA), en el que se determina cuáles son las más apropiadas para cada beneficiario, en función de su grado de afectación y su situación personal. El propio beneficiario y su familia tienen, en teoría, un papel activo en la elección de la modalidad de atención concedida, aunque la decisión final está claramente condicionada por las posibilidades reales de la oferta en cada territorio, de acuerdo con el nivel de desarrollo de su infraestructura de servicios sociales, entre otras. Esta realidad se hace patente en la tendencia a la «especialización» que muestran las distintas comunidades autónomas a la hora de conceder prestaciones.

Así, es posible apreciar una clara inclinación de algunas comunidades hacia la concesión de prestaciones económicas para el cuidado en el entorno familiar de la persona dependiente, alejándose del objetivo original de la LAPAD, priorizando los servicios profesionales por encima de las prestaciones económicas. En este sentido, Comunidad Valenciana (56 por 100), Navarra (52 por 100), Baleares y Murcia (51 por 100), mantienen un perfil de atención más sujeto a los cuidados no profesionales, en el entorno familiar, con la concesión predominante de prestaciones económicas para ese fin, por encima de la media del territorio nacional, que no alcanza a la tercera parte de todas las prestaciones concedidas (gráfico 21).

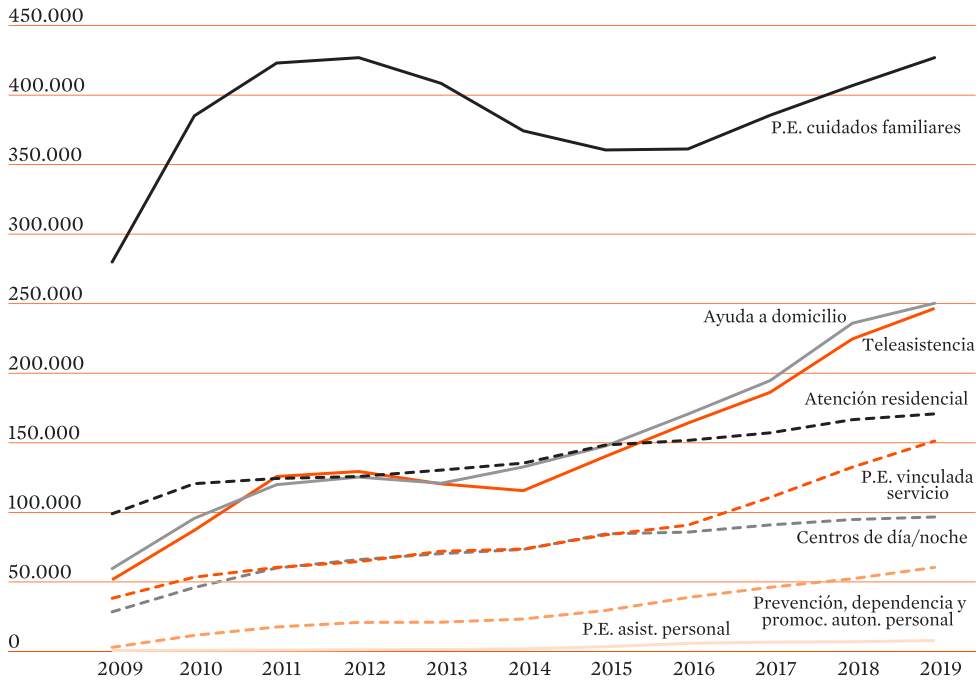
En cambio, en otras comunidades como, La Rioja, Galicia, Castilla-La Mancha y Castilla y León, el porcentaje de esta clase de prestaciones económicas sobre el resto

GRÁFICO 21. PESO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS PARA CUIDADO EN EL ENTORNO FAMILIAR POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, 2019



Fuente: SISAAD, 2020.

GRÁFICO 22. EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS DEL SAAD, 2009-2019



Fuente: SISAAD, 2020.

no llega a alcanzar a la quinta parte y por tanto han logrado acercarse más, desde este punto de vista, al modelo de atención previsto en la Ley.

A pesar de los avances realizados en los últimos años en gran parte de las comunidades autónomas, el mapa de las prestaciones de dependencia presenta aún un notable peso de las de carácter económico y, en particular, de las vinculadas a los cuidados familiares, como ha venido sucediendo desde los primeros pasos del SAAD. No obstante, es cierto que a partir de 2013 su importancia numérica ha ido rebajándose en favor de otras de carácter profesional, como la ayuda a domicilio y las prestaciones de teleasistencia (gráfico 22).

Si bien es cierto que algunos servicios como la teleasistencia o la prevención son mucho menos intensivos que otros como la atención residencial, y que por tanto su potencial como elementos de mejora de la calidad de vida de dependientes y cuidadores es inferior a otros, su evolución ha sido muy positiva en los últimos años, sobre todo a partir de la incorporación al sistema de los casos menos agudos de dependencia. Debe suponerse que la mayor parte de los beneficiarios con grado I de dependencia disfrutaban de prestaciones de este tipo, sirviendo sobre todo como soportes en lo que debiera ser un contexto de atención integral.

*Los efectos
de la pandemia
en el SAAD*

La expansión del virus SARS-CoV2 durante la primera mitad de 2020 ha dejado sentir sus efectos de manera especialmente aguda en la población en situación de dependencia en España. Los rasgos demográficos de dicha población, que destaca por un predominio evidente de las edades avanzadas, ha hecho de aquella el foco de preocupación, toda vez que la enfermedad producida por la transmisión del virus tiende a adquirir perfiles más graves, pudiendo desencadenar la muerte, en las personas de más edad. Por ello, el sistema de atención a la dependencia se ha visto sometido a un nivel de presión desconocido hasta ahora, siendo probablemente el elemento del sistema de protección social, junto con el SNS, más afectado por la pandemia y por las medidas para contener su progresión.

La severidad con la que la pandemia ha impactado en la población mayor de 80 años en nuestro país está teniendo un reflejo muy claro en el funcionamiento del SAAD, haciéndose patente en los principales indicadores del sistema. Además, dada la particular incidencia en ese segmento de población, se ha desarrollado un sistema específico de monitorización de la mortalidad de las personas solicitantes de atención a la dependencia⁶⁵, que añade información muy relevante sobre la evolución de la pandemia en España, teniendo en cuenta, no obstante, que no todo el exceso de fallecimientos puede atribuirse como causa única y directa al COVID-19.

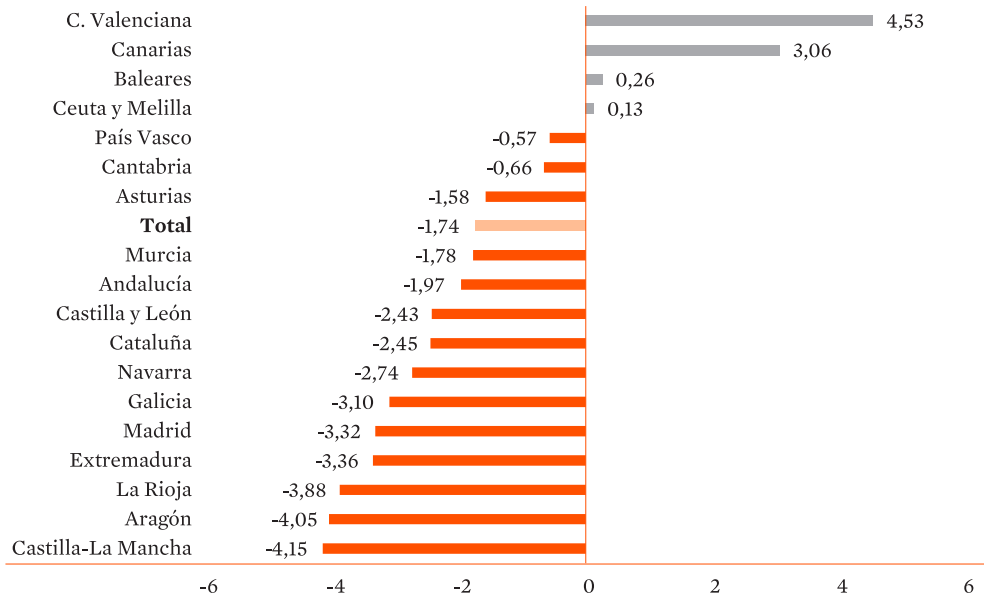
Sin embargo, referirse a efectos de la pandemia en el SAAD no es más que aludir a medias aritméticas que ocultan diferencias, en ocasiones muy importantes, entre unas comunidades autónomas y otras. Por ello, es necesaria la referencia territorial en todos los indicadores de evolución.

En lo que concierne al número de solicitudes para optar a las prestaciones del SAAD, los datos de septiembre de 2020 muestran un retroceso que contrasta con la tendencia al aumento registrada en los años previos, reflejándose en un descenso del 1,7 por 100 con respecto a diciembre de 2019 (gráfico 23). Ello se explica, probablemente por la drástica reducción de la actividad de los servicios que asumen la recepción, reconocimiento y valoración de los solicitantes.

El número de beneficiarios, que revela el alcance de la cobertura del sistema, ha experimentado una ligerísima reducción media (0,3 por 100, cerca de 3.300 personas), contrastando con los valores arrojados por el indicador en los últimos años, en especial desde 2015. Aún así, es necesario dar cuenta de las diferencias entre comunidades, siendo llamativo el hecho de que en unas cayera mientras que en otras seguía aumentando (gráfico 24). Así, las comunidades más azotadas por la pandemia (Castilla-La Mancha, Madrid y Cataluña) son algunas de las que exhiben las mayores reducciones (entre el 2,6 y el 5,3 por 100). Entretanto, algunas comunidades autónomas como

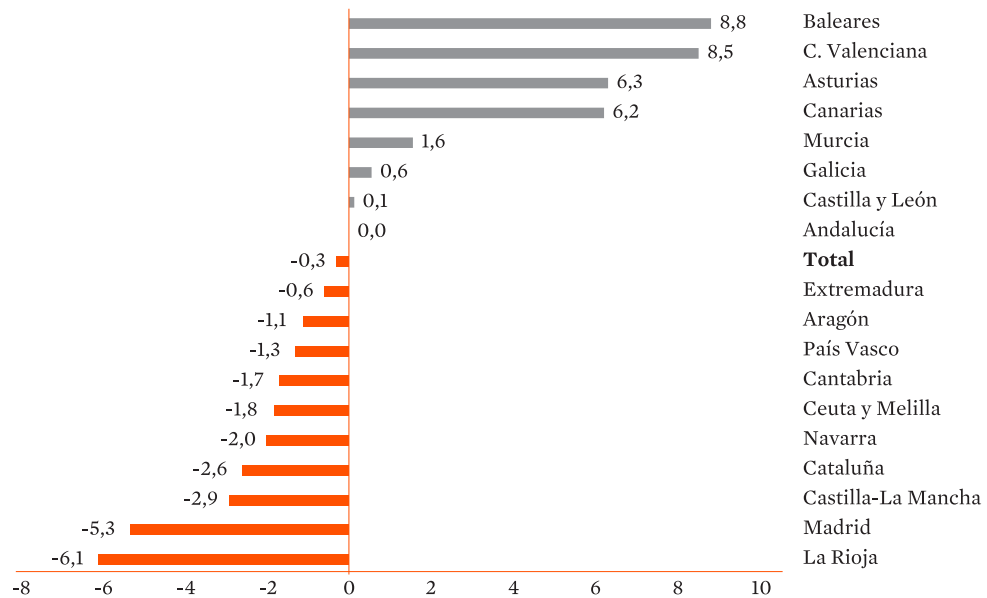
65 Sistema de Monitorización de la Mortalidad mensual (MoMo) de las personas solicitantes.

GRÁFICO 23. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE SOLICITUDES ENTRE DICIEMBRE DE 2019 Y SEPTIEMBRE DE 2020



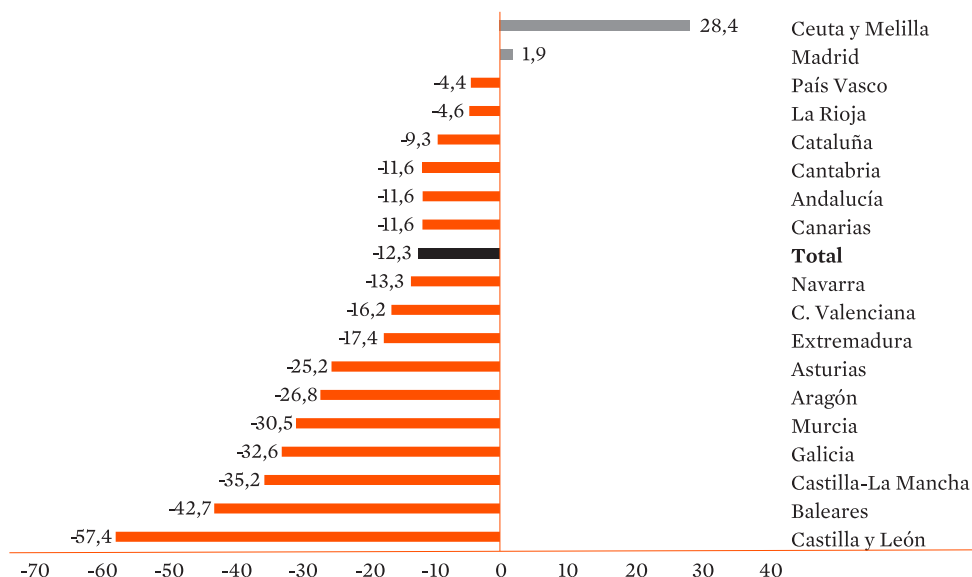
Fuente: SISAAD, 2020.

GRÁFICO 24. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE BENEFICIARIOS ENTRE DICIEMBRE DE 2019 Y SEPTIEMBRE DE 2020



Fuente: SISAAD, 2020.

GRÁFICO 25. EVOLUCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA ENTRE DICIEMBRE DE 2019 Y SEPTIEMBRE DE 2020 (Beneficiarios sin prestación)



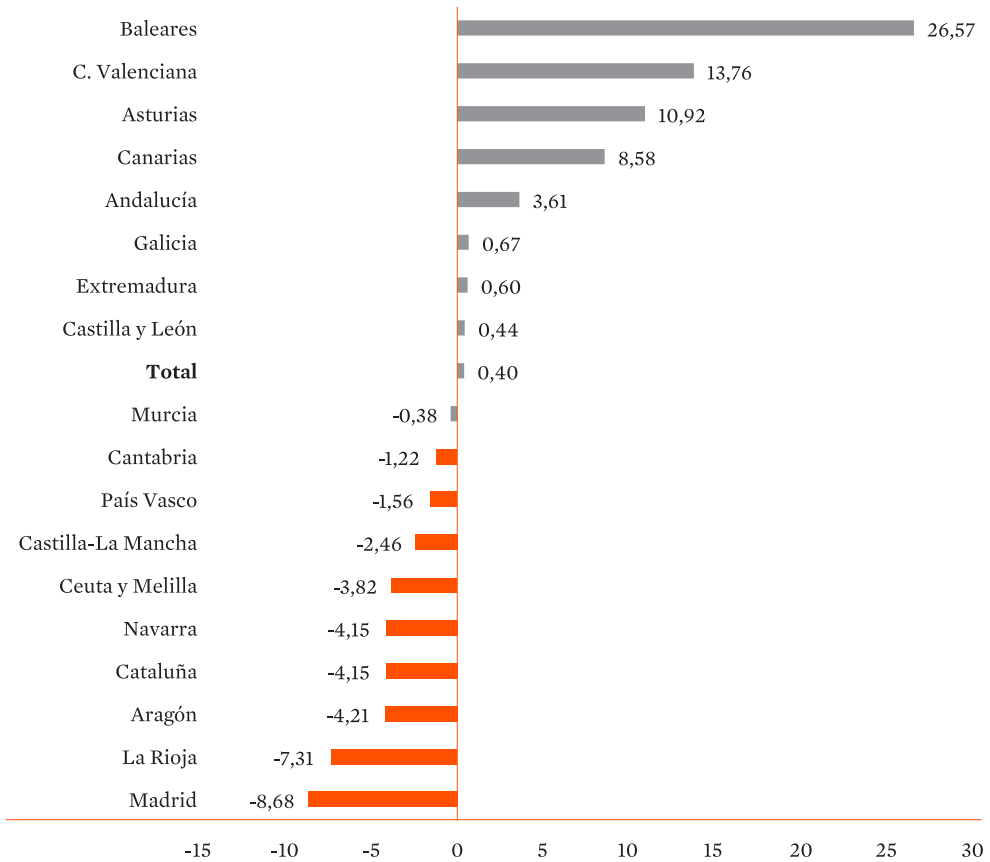
Fuente: SISAAD, 2020.

Baleares, Comunidad Valenciana, Asturias y Canarias registraron incrementos entre el 6 y el 9 por 100, marcando una considerable distancia con las anteriores.

Si hay un hecho que muestra —de manera dramática— la fuerza con que la pandemia ha golpeado a la población reconocida como dependiente, es la reducción de la llamada «lista de espera». Entre diciembre de 2019 y septiembre de 2020 la bolsa de expedientes con valoración positiva a los que no se ha asignado todavía prestación se ha reducido en 32.800, lo que supone un descenso del 12 por 100 (gráfico 25), y se explicaría por el freno abrupto a la entrada de nuevos candidatos, pero también por el fallecimiento de miles de beneficiarios del sistema. También en este caso se observan diferencias muy notables entre comunidades como Castilla y León, con un descenso del 57 por 100 y Baleares (–43 por 100) y otras como Madrid con pequeños incrementos.

La evolución del número de prestaciones constituye un ejemplo paradigmático de la importancia de visibilizar las diferencias territoriales en el seno de una estructura como el SAAD, compuesta por 17 sistemas autonómicos de protección. Si se atiende a la media nacional, el valor arrojado es próximo a cero (gráfico 26). Y sin embargo, Baleares incrementó en más de una cuarta parte el número de prestaciones (27 por 100), mientras Madrid las reducía en un 9 por 100.

GRÁFICO 26. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PRESTACIONES ENTRE DICIEMBRE DE 2019 Y SEPTIEMBRE DE 2020



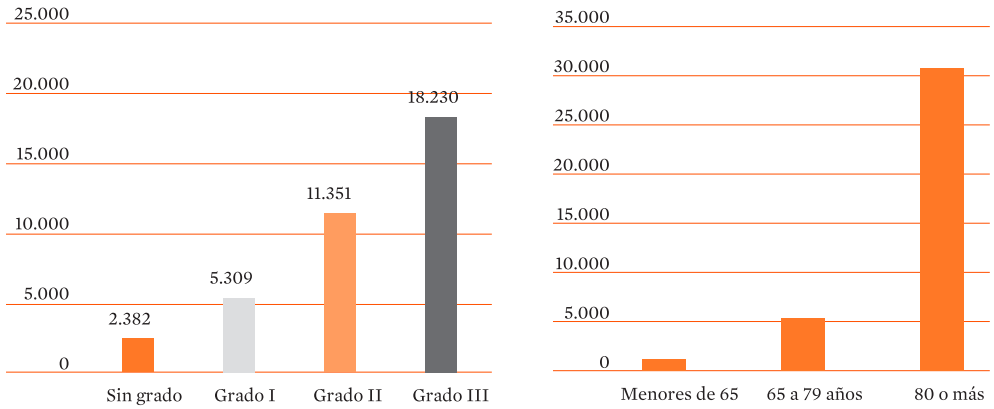
Fuente: SISAAD, 2020.

De acuerdo con la información ofrecida por el IMSERSO⁶⁶, entre marzo y septiembre de 2020 la mortalidad en la población solicitante de atención (incluidos los beneficiarios del sistema) registró un incremento del 50 por 100 sobre la mortalidad esperada, lo que supone un exceso⁶⁷ de más de 37.000 muertes en ese breve lapso. Asumiendo todas las cautelas que aconseja el manejo de una fuente que no recoge las causas de los fallecimientos, es posible reconocer la enorme y dramática incidencia de la pandemia en unas cifras que exceden en decenas de miles a lo ocurrido en el mismo periodo en años anteriores.

⁶⁶ IMSERSO, MoMo en el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, agosto de 2020.

⁶⁷ Las estimaciones de mortalidad esperada se realizan mediante modelos restrictivos de medias históricas basados en la mortalidad observada en solicitantes de dependencia del 1 de enero de 2017 al año previo a la fecha actual.

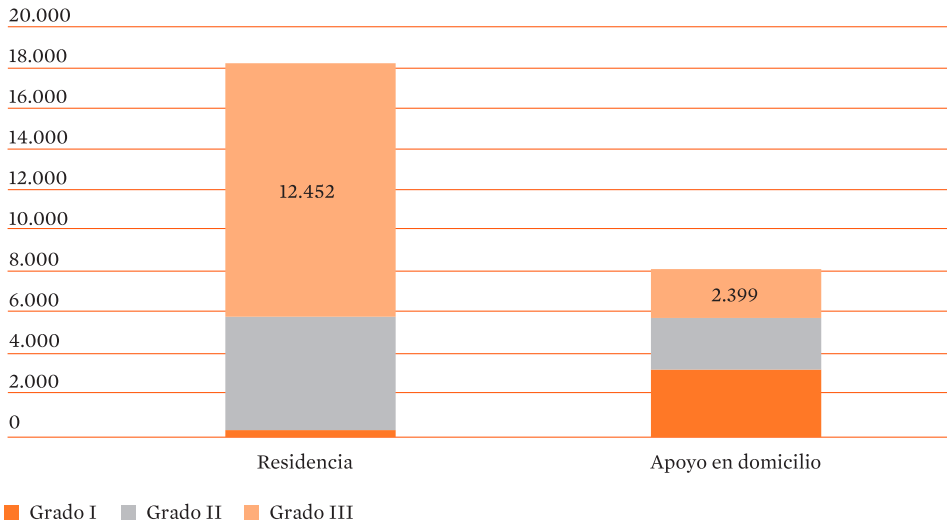
GRÁFICO 27. EXCESO DE MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN BENEFICIARIA DEL SAAD POR EDAD Y GRADO DE DEPENDENCIA (Marzo a agosto de 2020)



Fuente: IMSERSO, MoMo en el SAAD, agosto de 2020.

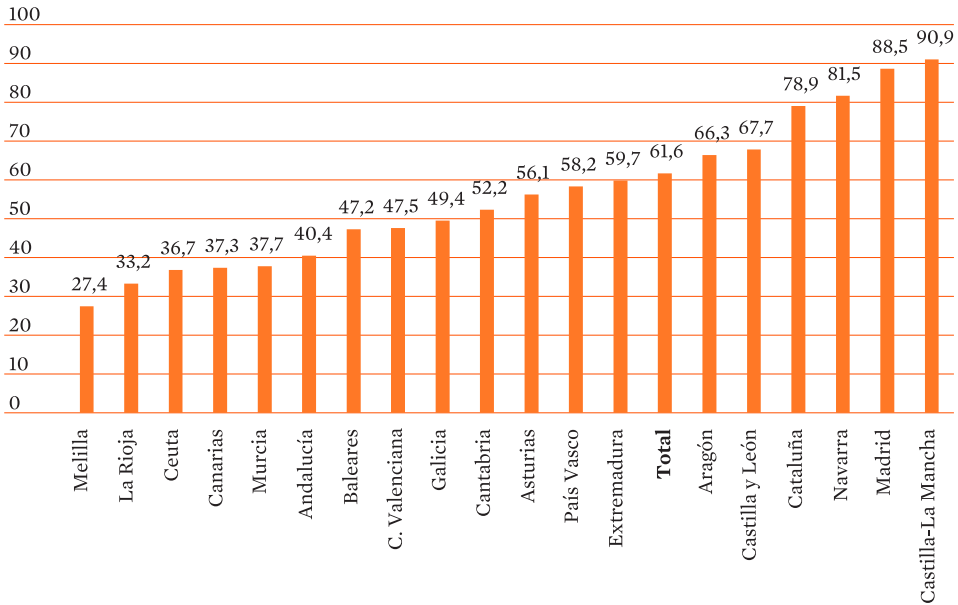
Tal como muestran los datos, el número de fallecimientos se concentró en el tramo de edad superior a los 65 años (84 por 100 de las muertes) y en la población dependiente con mayores niveles de afectación (casi el 80 por 100 tenía valoración de dependencia en grados II y III), que constituyen los segmentos más frágiles y con mayor tendencia a la institucionalización (gráfico 27).

GRÁFICO 28. EXCESO DE MORTALIDAD POR LUGAR DE LA PRESTACIÓN Y GRADO DE DEPENDENCIA (Marzo a junio de 2020)



Fuente: IMSERSO, MoMo en el SAAD, agosto de 2020.

GRÁFICO 29. EXCESO DE MORTALIDAD POR COMUNIDAD AUTÓNOMA. TASAS POR 100.000 (Marzo a junio de 2020)



Fuente: IMSERSO, MoMo en el SAAD, agosto de 2020.

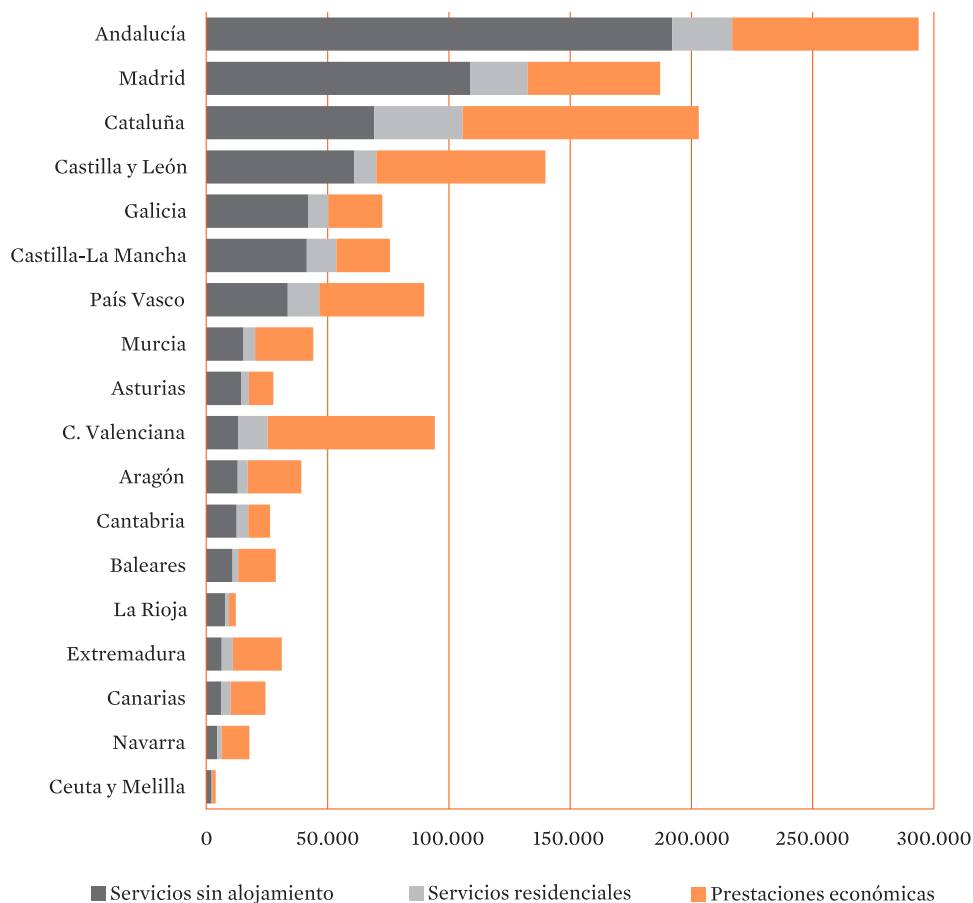
El lugar en el que se recibe la prestación ha resultado determinante en la exposición al riesgo de fallecimiento en los meses de marzo a septiembre (gráfico 28). Así, como se desprende de los datos del IMSERSO, entre los beneficiarios del SAAD, siete de cada diez defunciones se dio en residencias, registrándose la mayor incidencia en el grupo de los dependientes de grado III.

La desigual incidencia de la pandemia durante la crisis de marzo a junio en España se ha reflejado con crudeza en la estadística del MoMo en el SAAD a través del indicador de exceso de mortalidad en las distintas comunidades autónomas. Así, Madrid, registró un exceso del 151 por 100, con más de 7.000 beneficiarios del sistema fallecidos. Castilla-La Mancha registró un exceso del 141 por 100, con más de 3.000. Por su parte, la comunidad de Cataluña, con casi 6.200, padeció un exceso de mortalidad del 92,5 por 100. En cambio, otras comunidades como Asturias, Andalucía o Murcia, han dado cuenta de un exceso en torno al 20 por 100, muy lejos de los territorios más azotados (gráfico 29).

2. Situación de las distintas prestaciones del SAAD

Más allá de los datos sobre la cobertura general del SAAD, es necesaria una más certera aproximación a su intensidad protectora y a la adecuada interacción entre las distintas piezas del sistema. El alcance y la tipología de las prestaciones reconocidas por el SAAD

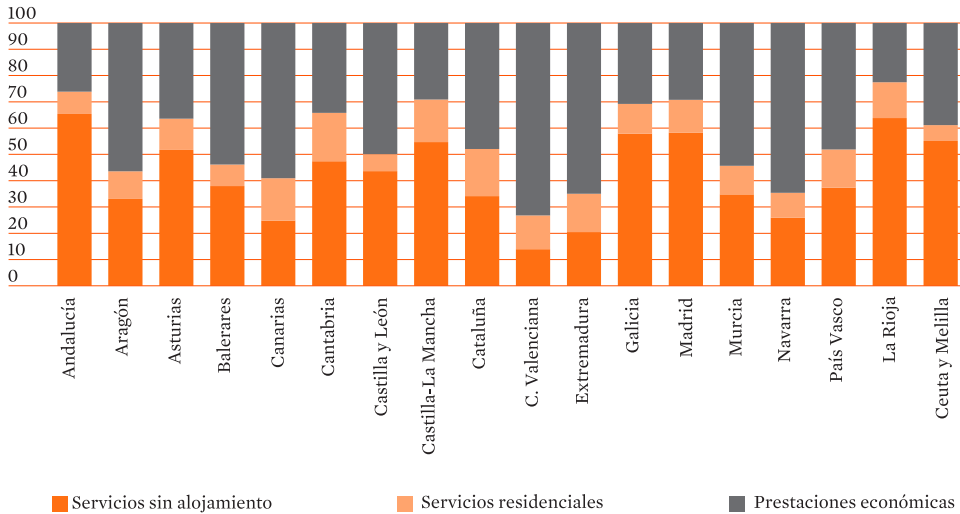
GRÁFICO 30. PRESTACIONES RECONOCIDAS POR TIPOLOGÍA Y COMUNIDAD AUTÓNOMA, 2019
(Cifras absolutas)



Fuente: SISAAD, situación a 31 de diciembre de 2019.

depende en gran medida de la forma de implantación del sistema en cada comunidad autónoma que tiene que ver, entre otros aspectos sociodemográficos, económicos y culturales, con las características de los distintos sistemas de servicios sociales, un ámbito de su competencia exclusiva. El predominio de unas u otras prestaciones ha ido cambiando a lo largo del tiempo, a medida que el sistema ha ido adquiriendo madurez y se han ido incorporando beneficiarios de todos los grados posibles. Con las cifras más recientes, es posible observar significativas diferencias en las pautas territoriales (gráfico 30), especialmente cuando se atiende al peso de las distintos tipos de prestaciones entre las reconocidas (gráfico 31).

GRÁFICO 31. PRESTACIONES RECONOCIDAS POR TIPOLOGÍA Y COMUNIDAD AUTÓNOMA, 2019
(En porcentaje de cada tipo sobre el total de prestaciones reconocidas)



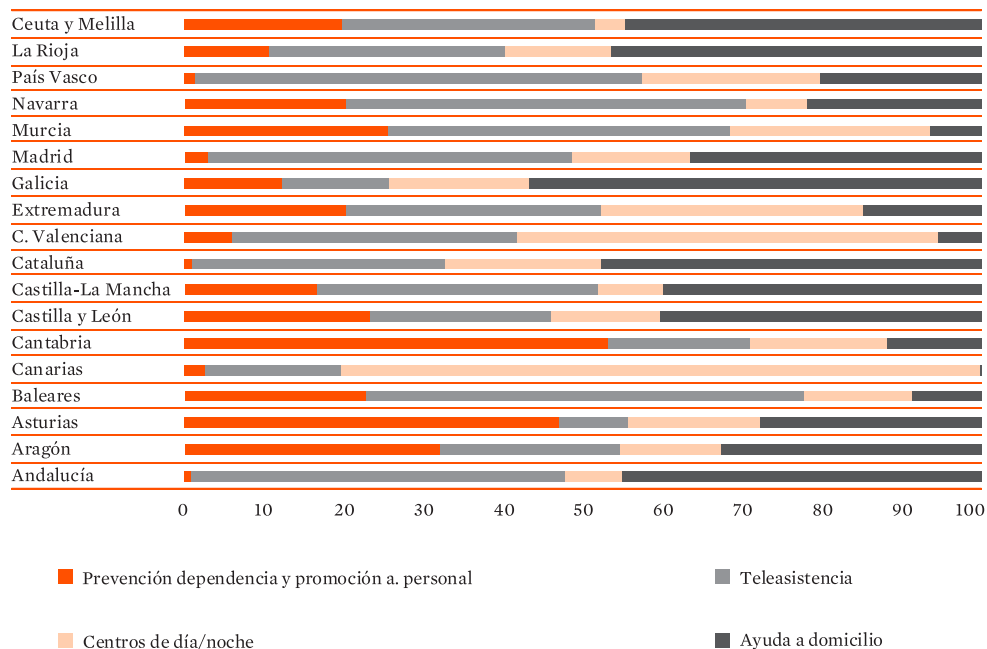
Fuente: SISAAD, situación a 31 de diciembre de 2019.

Aunque las cifras obligan a importantes cautelas en su interpretación, puesto que una misma persona dependiente puede ser titular de varias prestaciones, las principales diferencias radican en el peso de las prestaciones económicas (tanto para el cuidado familiar como vinculadas al servicio), así como en las importantes disparidades en la proporción de prestaciones sin alojamiento. Dentro de estos últimos, también se pueden apreciar importantes diferencias en cuanto a su peso dentro de cada comunidad autónoma (gráfico 32).

A diferencia de otros sistemas de información equiparables en el ámbito de la protección social, como el sanitario, que cuentan con series estadísticas accesibles de dotación de recursos, personal, actividad y gasto, el sistema de información del SAAD, a pesar de ciertas recientes mejoras, no incorpora datos sobre la mayoría de estos aspectos esenciales vinculados a sus cometidos, por lo que cualquier intento de aproximación algo más detallada a las distintas prestaciones requiere acudir a otras fuentes complementarias.

Antes de abordar cada una de las prestaciones específicamente contempladas en el catálogo de servicios del SAAD, es preciso mencionar la importancia de la atención y la coordinación sociosanitaria que, sin constituir una prestación propiamente dicha, constituye un requerimiento para la calidad de prácticamente todas ellas y del sistema en su conjunto. No obstante, valga señalar que la ausencia de información sistematizada desde el propio sistema sobre las experiencias en este ámbito representa aquí también una importante limitación.

GRÁFICO 32. PRESTACIONES SIN ALOJAMIENTO RECONOCIDAS, POR TIPOLOGÍAS, 2019
(En porcentaje sobre el total de prestaciones sin alojamiento)



Fuente: SISAAD, situación a 31 de diciembre de 2019.

Coordinación y atención sociosanitaria

En pocos espacios de la realidad social como en el de la atención a las personas dependientes confluyen tan frecuentemente necesidades sanitarias y sociales. La respuesta común desde los sistemas sanitarios y sociales viene exigida por la generalización del perfil de cronicidad de las enfermedades, especialmente presente en las personas de mayor edad. Las últimas etapas de la vida se caracterizan asimismo por situaciones como la frecuencia de fracturas, accidentes cardiovasculares o la necesidad de cuidados paliativos que requieren tanto servicios médicos y de enfermería como de apoyo emocional (psicoterapia, asesoramiento, apoyo y respiro al cuidador) y servicios de atención a la dependencia (cuidados personales, asistencia doméstica, etc.). También las personas en situación de dependencia en edades intermedias y los menores, como resultado de accidentes o distintos tipos de patologías discapacitantes, así como de la prematuridad de los nacimientos, presentan cuadros donde las necesidades sanitarias y las sociales se superponen muchas veces de por vida.

La atención centrada en la persona en la que se pretenden basar los cuidados de larga duración de calidad, según las recomendaciones europeas a las que se ha referido

el primer apartado de este informe, pasa ineludiblemente por un reforzamiento de la atención sociosanitaria de carácter integral y continuada, independientemente de si los cuidados se lleven a cabo en el domicilio o en centros especializados. Además, la coordinación sociosanitaria representa un factor estratégico para un aprovechamiento eficiente tanto de los recursos del sistema sanitario como de los de los servicios sociales, reduciendo los ingresos de larga duración en hospitales de agudos y la sobrehospitalización al final de la vida así como retrasando la entrada en las situaciones más severas de dependencia.

Entre lo que constituirían las bases normativas del espacio sociosanitario, cabe recordar que la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud incorporó la atención sociosanitaria como prestación del sistema, definiéndola en su artículo 14 como «el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y sufrimientos y facilitar su reinserción social».

Por su parte, la LAPAD definía el catálogo de servicios de atención a la dependencia (art. 15) «sin perjuicio de lo establecido en el artículo 14 de la Ley 16/2003». Además, la LAPAD recoge la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios como instrumento necesario para la adecuada prestación de algunos de los servicios específicamente contemplados por el Catálogo, como la prevención de las situaciones de dependencia, donde se prevé «el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos». Y respecto al contenido de la atención residencial, la LAPAD prevé que se ofrezcan, desde un enfoque biopsicosocial» servicios continuados de carácter personal y sanitario (...).

Aun contando con esa base normativa y pese a tratarse de una necesidad unánimemente reconocida, los intentos de construir un modelo integral de atención sociosanitaria en nuestro país desde hace varias décadas han resultado bastante infructuosos, a pesar de las diversas iniciativas en esa dirección (entre otras, la aprobación por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España en 2011 o la propuesta del IMSERSO de elaboración de una Estrategia de Coordinación Sociosanitaria que no llegó a ver la luz en 2016). Por su parte, como reflejan los informes del Observatorio de Modelos Integrados de Salud (OMIS), las experiencias autonómicas de coordinación del sector sanitario y el social son de lo más dispar en su implantación, enfoque, intensidad y resultados⁶⁸.

68 New Health Foundation, *Experiencias de atención integrada en España. Informe OMIS 2016*, Observatorio de Modelos Integrados en Salud, 2017.

En la práctica, cada vez es más frecuente que las estancias en centros de atención a la dependencia se acompañen de atención especializada sanitaria, incluyendo terapias rehabilitadoras, lo que sin duda repercute en la mejora de la calidad de las prestaciones, si bien implica unos requerimientos formativos cada vez mayores y la necesidad de adecuar la financiación y las condiciones de los profesionales del sector. Sin embargo, no existe un marco organizativo y de políticas dirigido a fomentar la actuación conjunta o la creación de equipos multidisciplinares.

Por otro lado, existe la necesidad de compartir la información e integrar la atención procedente de los distintos ámbitos que prestan atención, siendo necesario avanzar en la historia sociosanitaria única y en la «gestión de casos», orientada a facilitar a la persona una atención integral sociosanitaria. En este sentido, se constata una falta de desarrollo de herramientas de gestión y de modelos de trabajo interdisciplinares, donde hay un enorme campo de actuación para explotar las posibilidades de la digitalización, la mejora de los sistemas de información y el uso de las tecnologías de la información⁶⁹.

Los obstáculos para conformar un espacio común sociosanitario enlazan con la propia complejidad de la gobernanza del SAAD. Después de catorce años de su puesta en marcha, los esfuerzos han sido poco fructíferos a la hora de alcanzar estrategias comunes de convergencia relativa en cuanto a ritmo de cobertura, intensidad de la protección y sistema de copagos⁷⁰. Si esto ha sido así dentro del propio ámbito de actuación de la atención a la dependencia, cabe imaginarse el enorme reto que supone el intento de alinearse en los objetivos con un área funcional diferente de las políticas, como es la sanitaria, cuyos propios desafíos en materia de gobernanza no cabe subestimar. Aun así, el hecho de que se trate en ambos casos de materias que entran de lleno en el ámbito competencial del mismo nivel territorial, autonómico en este caso (en algunas comunidades autónomas incluso compartiendo Consejería), debería allanar el camino del encuentro entre lo sanitario y lo social. Sin embargo, parece que la coordinación interdepartamental resulta a veces más complicada que la propia coordinación interterritorial.

Las trágicas consecuencias de la pandemia no han hecho sino visibilizar la desatención a la necesaria complementariedad de lo sanitario y lo social que ha caracterizado el desarrollo de ambas dimensiones de la protección social en nuestro país. Entre los distintos factores explicativos de la magnitud alcanzada por la crisis, con toda las cautelas que requiere la reflexión sobre el peso de los aspectos relacionados con su gestión cuando la pandemia sigue propagándose en estos momentos, los primeros análisis apuntan precisamente al importante papel que ha jugado la falta de coordinación intersectorial⁷¹.

69 Véase Fundación Economía y Salud, *Lo sociosanitario: de los casos reales al modelo*, 2018.

70 Véase Rodríguez Cabrero, G., «Longevidad y dependencia. La nueva contingencia del siglo XXI», en *Ekonomiaz* núm. 96, 2.º semestre, 2019.

71 Véase CSIC, *Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y covid-19 en España: dificultades y aprendizajes*, así como del Pino, E.; Moreno-Fuentes, F. J. et al., CO-

RECUADRO 9. PRINCIPALES PROPUESTAS DE CCOO, UGT, CEOE Y CEPYME PARA EL DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIAS EN EL MARCO DEL SAAD

Las cuatro organizaciones firmantes proponían las siguientes tres actuaciones concretas: Que se alcanzara un acuerdo político en el marco del diálogo social que garantice la coordinación sociosanitaria.

La elaboración de un mapa con los recursos sociosanitarios disponibles para afrontar un modelo de atención integral.

La creación, a corto plazo, de unidades de coordinación sociosanitaria para enfrentar un posible rebrote del COVID-19 en el marco del SAAD.

Por otra parte, las mismas señalaron, al final del documento conjunto, que en todo caso, entre las condiciones básicas comunes que debían definirse en el marco del SAAD, habían de establecerse, al menos, las siguientes:

El modelo de coordinación sociosanitaria tiene como objetivo garantizar la atención integral de las personas en situación de dependencia mediante la continuidad de los diferentes niveles de atención y cuidado que cada ámbito ofrece, siguiendo los principios de integralidad e interdisciplinariedad.

Definición de un catálogo de prestaciones sociosanitarias que conecte los respectivos catálogos de prestaciones que ofrecen tanto el SAAD como el SPS.

Evitar las duplicidades e inequidades en la atención, garantizando la máxima eficiencia en la atención.

Garantizar la suficiencia de los recursos de atención. En este sentido es necesario advertir que la coordinación sociosanitaria no puede suplir las insuficiencias de recursos que puedan presentar ambas redes de protección.

Establecimiento de un marco de financiación adecuado y suficiente. En el mismo sentido que el punto anterior, es necesario huir de la idea de que la coordinación sociosanitaria como fórmula de ahorro de costes; tal ahorro solo es posible si se reduce la atención o la calidad de la misma.

Fuente: CCOO, UGT, CEOE y CEPYME, «Propuestas para el diseño de estrategias de coordinación sociosanitarias en el marco del Sistema para la autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD)».

La reciente reactivación del diálogo social en atención a la dependencia brinda la ocasión para abordar de manera consensuada estrategias de coordinación sociosanitaria en el marco del SAAD, tal y como propusieron los interlocutores sociales en julio de 2020⁷², sobre la base de la necesidad de abordar la coordinación sociosanitaria en toda su extensión para dar respuesta a la diversidad de circunstancias en las que pueden encontrarse las personas vulnerables, tanto usuarias de centros residenciales como a las que son atendidas en sus domicilios o están pendientes de su valoración como dependientes por parte del SAAD. En este sentido, resulta necesario un acuerdo político en el marco del diálogo social, que garantice la coordinación sociosanitaria de condiciones básicas comunes en todo el Estado

VID-19 y residencias. ¿Qué se puede hacer mejor?, Informes Envejecimiento en red, número 26, octubre de 2020.

72 Véase Propuesta de CCOO, UGT, CEOE y CEPYME para el diseño de estrategias de coordinación sociosanitaria en el marco del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD), del mes de julio de 2020.

para garantizar un marco de coordinación social y sanitaria estable entre los Servicios Sociales y el SNS, incluyendo la necesidad de establecer estructuras administrativas estables y comunes en todo el Estado. Asimismo, resulta necesaria la elaboración de un mapa de los recursos con que se cuenta para afrontar un modelo de atención integral desde el punto de vista social y sanitario. El objetivo prioritario a corto plazo consistiría, en todo caso, en la creación de unidades de coordinación socio-sanitaria para enfrentar rebrotes de COVID-19 en el marco del SAAD (recuadro 9).

2.1. LA ATENCIÓN RESIDENCIAL

Mantener la autonomía residencial, es decir, permanecer en su domicilio y ser atendidas allí el mayor tiempo posible resulta ser la preferencia más habitual cuando se pregunta a las personas por sus perspectivas en caso de necesidad de cuidados, como ya se ha visto⁷³. Como consecuencia de la entrada en el sistema de beneficiarios con dependencia moderada, los servicios residenciales han reducido su peso relativo en el conjunto de las prestaciones concedidas (incluyendo tanto ayudas económicas como servicios), representando en 2019 en torno al 12 por 100 de las prestaciones reconocidas, si bien con una importante variabilidad entre comunidades autónomas. No obstante, la prestación de carácter residencial reviste particular importancia por la mayor intensidad horaria y de recursos que la caracterizan así como por la complejidad de una parte importante de la casuística atendida, debido a la avanzada edad de las personas residentes y la elevada frecuencia de pluripatologías. Dada la vulnerabilidad en términos de salud de la población que reside en estos centros, una estrecha coordinación sociosanitaria resulta ineludible y, no en vano, la Ley 30/2006 definía la prestación como un conjunto de servicios continuados de carácter personal y sanitario desde un enfoque biopsicosocial (art. 25). El dramático impacto del COVID-19 en las residencias ha aflorado importantes debilidades que, lejos de estar resueltas, requieren una reflexión sobre los cambios necesarios para satisfacer el derecho a una atención integral de calidad centrada en la persona dependiente.

El servicio se presta en los centros residenciales habilitados al efecto, conforme a los requerimientos mínimos establecidos por la normativa autonómica que regula las exigencias arquitectónicas, de equipamiento, personal y servicios. La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierte en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

Como en el resto del sistema, la información oficial disponible sobre la red de servicios residenciales y sus características es limitada, especialmente por lo que hace

73 Véase el apartado 1 de este capítulo.

a indicadores que informen sobre aspectos cualitativos de la atención prestada. No obstante, recientemente el IMSERSO⁷⁴ ha publicado un informe sobre recursos de Servicios Sociales para personas mayores (no considera, por tanto, la atención residencial prestada a menores de 65 años) que arroja algo de luz sobre la situación en términos de volumen y tipología de los establecimientos de servicios sociales para personas mayores, plazas, cobertura y financiación a 31 de diciembre de 2018.

En el conjunto del territorio, según el IMSERSO la oferta de servicios residenciales se eleva a 6.240 centros, con un total de 391.475 plazas, y un índice de cobertura de la población mayor de 65 años de 4,32 por 100. En cuanto a la tipología, se contarían 5.457 centros residenciales y 783 viviendas para mayores, fórmula que parecería encajar en los modelos alternativos al asistencial tradicional institucionalizado, a los que se ha hecho alusión en el capítulo I de este informe. En cualquier caso, se trata de recursos no estrictamente comparables ni en su alcance (puesto que el 97 por 100 de las plazas radica en centros residenciales) ni en el perfil de las personas usuarias, que probablemente gozan de un mayor nivel de autonomía funcional en las viviendas para mayores. Así, el 81,8 por 100 de las personas usuarias de centros residenciales tenía más de 80 años, porcentaje que se reducía al 59,7 por 100 en el caso de las viviendas para mayores.

Según el IMSERSO, se cuenta con 5.457 centros residenciales para personas mayores mientras la oferta de plazas asciende a 381.158. Aunque el informe no se adentra

Centros residenciales, cobertura dispar y escasa información cualitativa

en todas las características de los centros y su tipología, la realidad del sector es muy heterogénea en cuanto a tamaño, titularidad, hábitat urbano o rural, disponibilidad o no de servicios sanitarios propios, la relación o la cercanía con la atención primaria y el centro hospitalario local, el perfil socioeconómico, étneo, de apoyo familiar y de salud de sus usuarios y sus niveles de satisfacción⁷⁵.

Desde la puesta en marcha del SAAD, el volumen tanto de centros residenciales como de plazas en los mismos para personas mayores aumentó de forma constante hasta 2013, cuando los efectos de la crisis se tradujeron en un notorio descenso de centros y plazas que, en paralelo a la recuperación económica, venía remontando en los últimos años con anterioridad a la pandemia (gráfico 33).

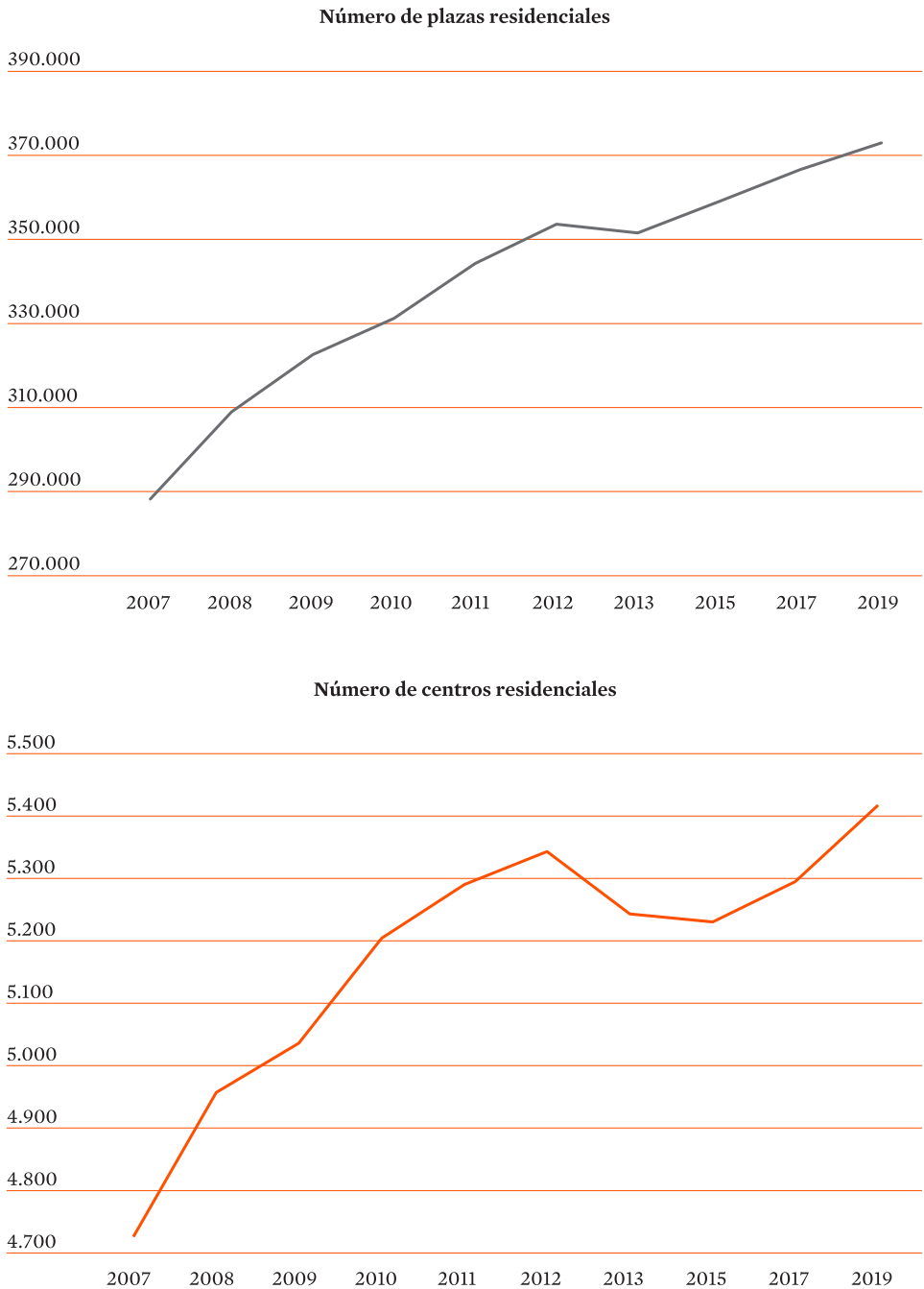
En cualquier caso, la dotación es muy variable territorialmente, así como su titularidad⁷⁶ (pública o privada). En general, según la base de datos del CSIC, hay un

74 IMSERSO, *Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre de 2018, 2020*.

75 Véase el apartado 3, de este capítulo, sobre la panorámica del sector, sobre la evolución de los distintos tipos de establecimientos residenciales de servicios sociales.

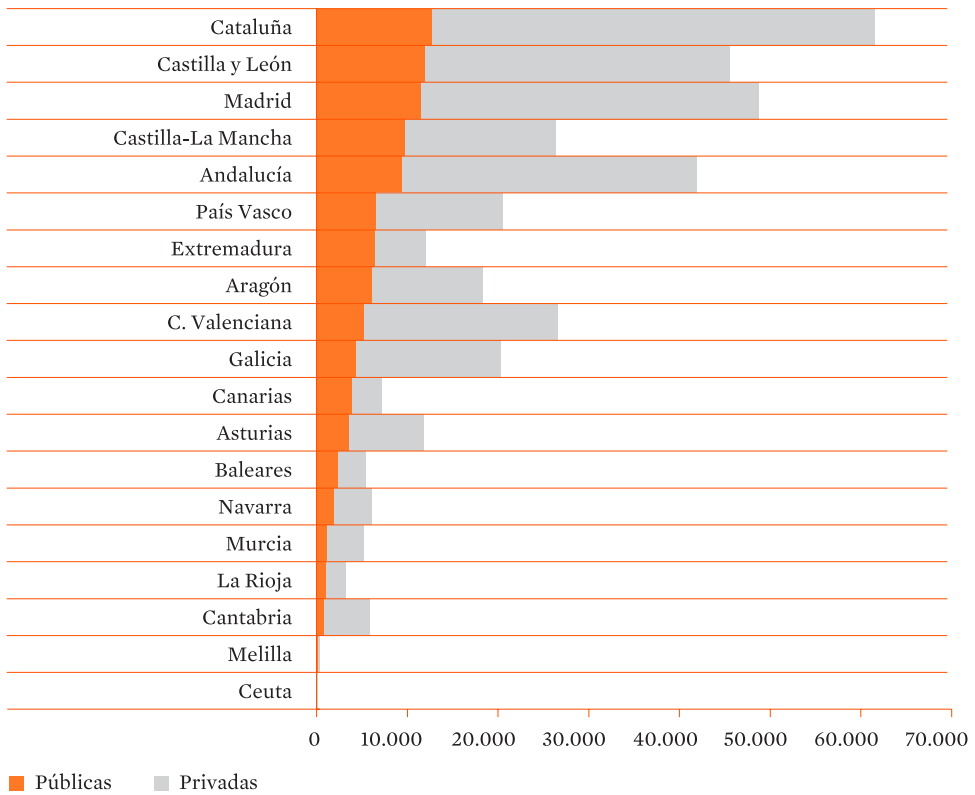
76 Una vez reconocida la prestación por el SAAD, tras el correspondiente dictamen, el servicio de atención residencial puede ser prestado por la Administración en centros propios o en plazas concertadas con el sector privado.

GRÁFICO 33. CENTROS RESIDENCIALES Y PLAZAS PARA PERSONAS MAYORES, 2007-2019



Fuente: CSIC, EnR? Informes Envejecimiento en Red, núm. 18 de febrero de 2018, *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de abril de 2019.*

GRÁFICO 34. PLAZAS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES SEGÚN TITULARIDAD, POR COMUNIDAD AUTÓNOMA, 2019



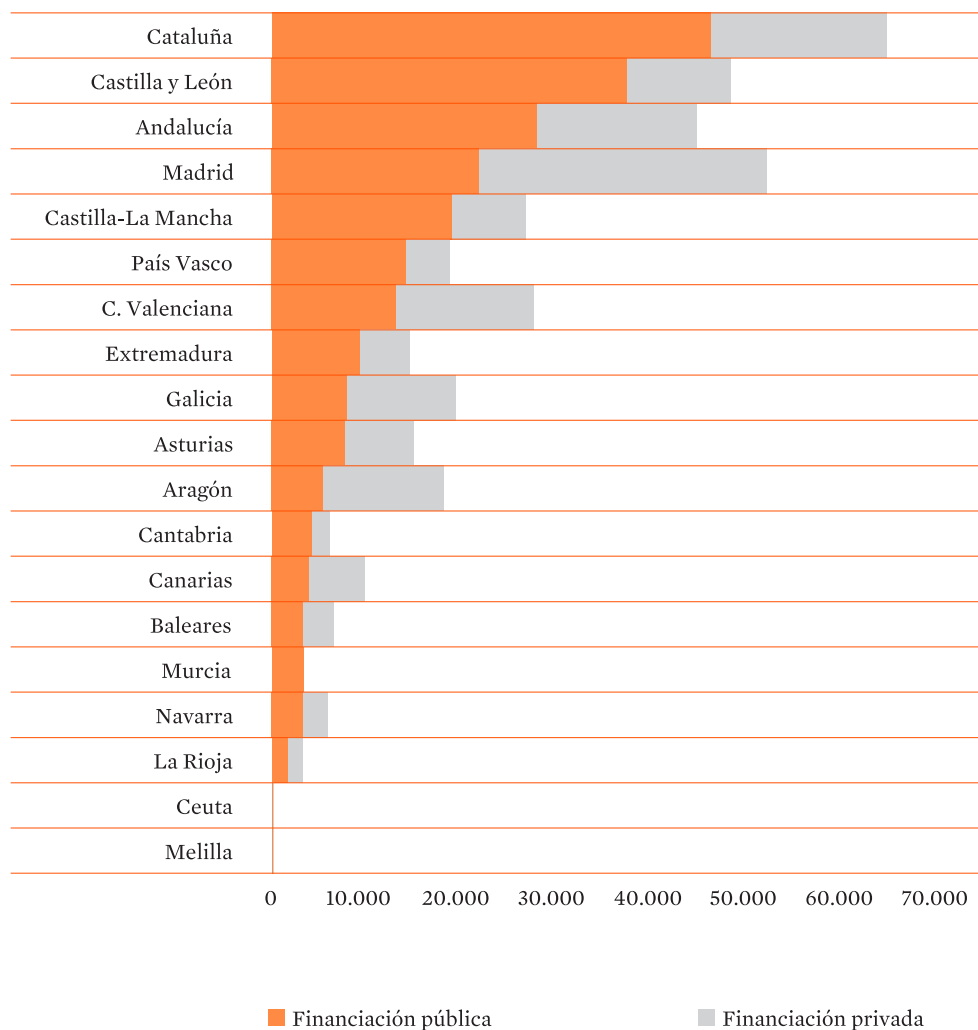
Fuente: CSIC, EnR? Informes Envejecimiento en Red, núm. 18, febrero de 2018, *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de abril de 2019.*

predominio de las plazas de titularidad privada que, en media sobre el total, tienen un peso del 73 por 100, muy variable territorialmente (gráfico 34).

No obstante, hay que tener en cuenta que la titularidad puede ser independiente de la gestión, puesto que una proporción de plazas privadas se concertan con el sistema público⁷⁷. Al mismo tiempo, hay prestaciones económicas vinculadas al servicio que se emplean en acceder a plazas privadas. Por ello, el volumen de plazas de una naturaleza u otra no es indicativo, por sí solo, del alcance del SAAD en la cobertura de las necesidades residenciales de cada comunidad. Según los datos más recientes del IMSERSO, el 60 por 100 de las plazas era de financiación pública mientras que el

⁷⁷ La proporción de plazas privadas concertadas es incierta. A falta de datos oficiales, las estimaciones de algún reciente estudio, con datos sobre el total de centros y residencias diferentes a los aquí presentados, las sitúan en torno al 34,7 del total de la oferta privada (DBK, Informe sobre el sector residencial, 2019). Tampoco se conoce el peso de las plazas de residenciales dentro de las opciones de servicios consumibles con la prestación vinculada al servicio.

GRÁFICO 35. PLAZAS RESIDENCIALES PARA MAYORES Y DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE FINANCIACIÓN



Fuente: IMSERSO, *Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre de 2018, 2020.*

40 por 100 se sufraga de forma privada aunque también aquí difieran las prácticas de los distintos servicios sociales autonómicos (gráfico 35).

La cobertura de plazas residenciales para personas mayores, teniendo en cuenta la población de 65 y más años es también muy variable, encontrándose claras diferencias territoriales en la disponibilidad de estos recursos (cuadro 5).

CUADRO 5. RATIO DE PLAZAS RESIDENCIALES POR POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS Y TIPO DE FINANCIACIÓN
(Plazas por cada 100 habitantes mayores de 65 años)

Comunidades autónomas	Total	Índice de cobertura	
		Plazas de financiación pública	Plazas de financiación privada
Castilla y León	7,86	6,08	1,77
Castilla-La Mancha	6,86	4,87	1,99
Extremadura	6,49	4,17	2,32
Aragón	6,28	1,89	4,39
Asturias	5,62	2,89	2,73
La Rioja	4,85	2,58	2,26
Cantabria	4,78	3,31	1,47
Navarra	4,48	2,51	1,96
Cataluña	4,44	3,17	1,27
Madrid	4,37	1,83	2,54
País Vasco	3,77	2,84	0,92
Baleares	3,62	1,87	1,75
Andalucía	3,07	1,92	1,16
Canarias	2,84	1,14	1,70
C. Valenciana	2,84	1,35	1,48
Galicia	2,81	1,15	1,67
Melilla	2,48	1,46	1,01
Ceuta	1,97	1,86	0,11
Murcia	1,42	1,42	0,00

Fuente: IMSERSO, *Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre de 2018, 2020.*

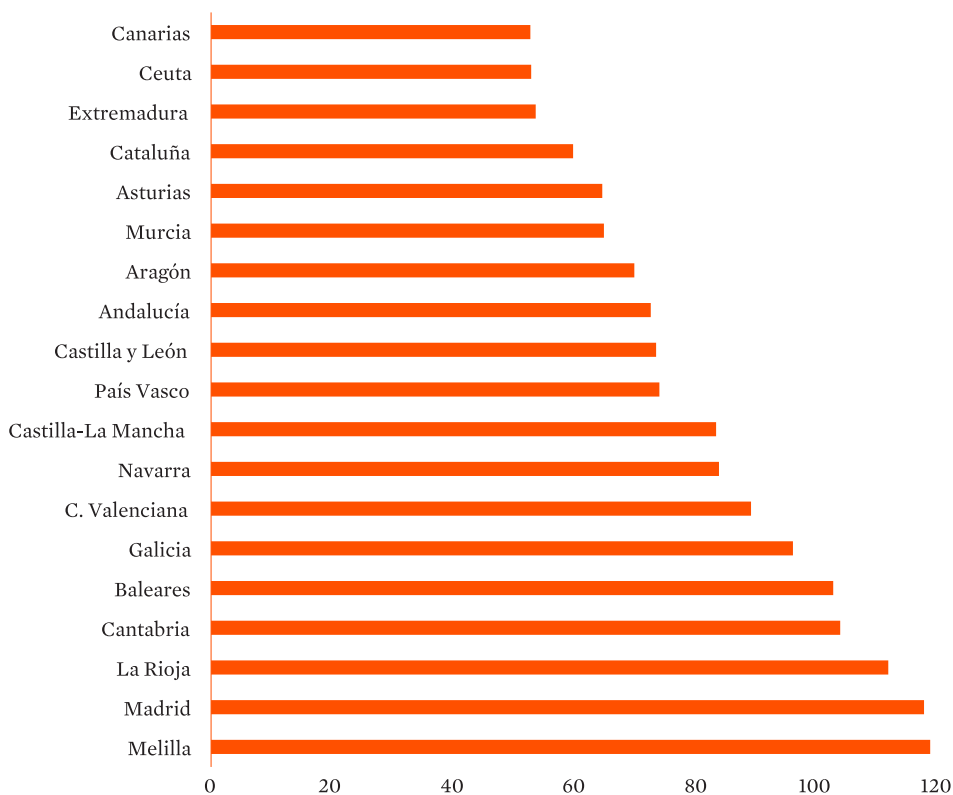
La mayoría de las plazas se sitúan en centros de tamaño inferior a cien plazas, si bien en los últimos años se ha producido un aumento de las residencias de mayor tamaño, que constituyen ya más de una quinta parte del total de centros. El tamaño medio de los centros residenciales para mayores es también muy variable por comunidades autónomas (gráfico 36).

No se dispone de datos en cuanto a la tipología de personas dependientes atendidas, dado que hay residencias mixtas en las que conviven personas que conservan su autonomía con personas con diferentes grados de dependencia, incluyendo las que requieren asistencia más intensa, mientras que otras están especializadas en un determinado perfil.

Los requerimientos mínimos para la acreditación, autorización y funcionamiento de los centros residenciales (ratio de personal, figuras profesionales requeridas, intensidades horarias, etc.) se encuentran regulados en la normativa aprobada por las comunidades autónomas, al igual que las condiciones de la concertación. Ello genera

GRÁFICO 36. TAMAÑO MEDIO DE LOS CENTROS RESIDENCIALES

(Número de plazas)



Fuente: IMSERSO, *Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre de 2018, 2020.*

un panorama de precios de concierto muy diferentes⁷⁸, generalmente inferiores a los de mercado, que podría presionar sobre determinados aspectos relacionados con la calidad de los servicios y su adecuación a las necesidades de las personas, como las características del empleo en el sector. Otra peculiaridad del sector residencial atañe al IVA por este tipo de servicios, diferente en función de que la plaza esté subvencionada o no.

En cuanto a las viviendas para mayores, se trata de viviendas compartidas o individuales destinadas a mantener a la persona en su medio habitual de vida, gozando las personas usuarias de total independencia dentro de la vivienda, respetando las normas estipuladas. A través de este sistema se trata de fomentar la conservación del mayor nivel de autonomía mientras sea posible. El IMSERSO informa de la existencia de un total de 10.317 plazas siendo

*Viviendas para
mayores, un modelo
todavía poco
extendido*

78 Véase apartado 5 de este capítulo sobre Gasto y financiación.

muy escasa en el conjunto del país la cobertura poblacional de este tipo de opciones (tan solo el 0,11 por 100 de la población mayor de 65 años habría optado a una plaza de este tipo). Se observa, además, una concentración de este tipo de alojamientos en determinados territorios como Álava y Vizcaya, dentro del País Vasco; o en las comunidades de Navarra o Castilla-La Mancha, donde la cobertura es algo superior. El informe del IMSERSO no recoge la existencia de viviendas para mayores en algunas comunidades como Aragón, Castilla y León o Extremadura. Este bajo nivel de penetración junto al desembolso que supone por lo general el acceso a este tipo de viviendas, superior normalmente al copago requerido para las residencias⁷⁹, las convierten en una solución de momento minoritaria para las personas en situación de dependencia.

La pandemia por COVID-19 ha surtido efectos trágicos en los centros residenciales, especialmente en los primeros meses tras su aparición en España, como ya se ha adelantado⁸⁰. La gravedad del impacto de la letalidad en las residencias, no obstante, no

El impacto del COVID-19 en los centros residenciales

debe llevar a pensar que ha sido homogéneo. Al contrario, en coherencia con la enorme heterogeneidad del propio sector, y como subraya el informe del CSIC⁸¹, la incidencia de los contagios ha sido diversa no solo entre regiones, sino también dentro de una misma comunidad autónoma:

hay centros residenciales que se han visto afectados muy duramente mientras que otros no han registrado fallecimientos⁸².

No se han divulgado, por otro lado, datos de estudios serológicos que informen de la morbilidad por COVID-19 entre residentes y personal de las residencias en todo el territorio, lo que dificulta en el momento actual extraer conclusiones sólidas sobre la prevalencia de la enfermedad en los distintos tipos de establecimientos residenciales, las vías de contagio y su relación con otros factores como la propia incidencia regional, el perfil de las personas atendidas, aspectos relacionados con la gestión o la eficacia y la celeridad de las medidas adoptadas por las Administraciones responsables en cada caso. Todo ello contrasta con la estigmatización cuando no criminalización de que ha sido objeto el sistema residencial en su conjunto y con la necesidad de su existencia misma, sin perjuicio de la necesaria evaluación de sus debilidades y fortalezas de cara a la implementación de los cambios y mejoras necesarias de cara al futuro.

79 Véase apartado 5 de este capítulo sobre Gasto y financiación.

80 Véase apartado 1 de este capítulo.

81 Del Pino, E.; Moreno-Fuentes, F. J.; Cruz Martínez, G.; Hernández-Moreno, J.; Moreno, L.; Pereira-Puga, M., y Perna, R., *Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes*, Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC), Madrid, 2020.

82 El mismo informe refiere el caso navarro, a partir de la primera auditoría realizada, donde más del 90 por 100 de los contagiados y de los fallecidos se concentraron en 24 de los 70 centros existentes. Véase al respecto, Fresno, *Auditoría de los centros residenciales en Navarra ante la crisis de la COVID-19*, Observatorio de la Realidad Social, 2020.

Aunque ni siquiera se conozca todavía a ciencia cierta cuántas han sido las personas que cayeron enfermas ni las víctimas mortales de la enfermedad en residencias, con datos del IMSERSO⁸³, entre las personas dependientes atendidas en centros residenciales con prestación reconocida por el SAAD se observa un exceso de fallecimientos de 18.911 personas entre marzo y julio de 2020 (el 7,6 por 100 del total de personas dependientes atendidas en residencia con respecto a la mortalidad registrada en el mismo periodo del año anterior), con una gran variabilidad territorial.

Si bien la gravedad de lo sucedido en su conjunto requerirá una evaluación en profundidad, como así señalan cada vez más voces expertas⁸⁴, los primeros diagnósticos coinciden en señalar la confluencia de diversos factores que condujeron a un desenlace tan dramático. Entre ellos, hay que partir de la elevada capacidad de infección del virus, no bien conocida en los primeros momentos de la propagación y la facilidad del contagio en establecimientos colectivos, donde la convivencia y los cuidados requieren un contacto físico estrecho y se produce una importante rotación de personal y tráfico de visitas de familiares. A ello se une la elevada vulnerabilidad de las personas con gran nivel de dependencia, principales usuarias de los centros residenciales, generalmente de edad avanzada y con múltiples patologías. Las instrucciones sobre medidas preventivas básicas para evitar el contagio llegaron cuando este estaba ya fuera de control, a lo que contribuyó la previa inexistencia de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales que acarreó la falta de apoyo médico y materiales tan esenciales como el oxígeno⁸⁵.

Las residencias, concebidas como hogares y carentes en su mayoría de dispositivos necesarios, tuvieron que hacer frente a una situación inédita para la que no estaban preparadas, mientras en el acceso a EPIS y a pruebas PCR no se priorizó en los primeros momentos a estos establecimientos, retrasándose el abastecimiento en los mismos mientras se sucedían los contagios. Las personas residentes enfermas por COVID 19 se vieron relegadas en el acceso a la asistencia sanitaria, al no llevarse a cabo las derivaciones hospitalarias necesarias previa aplicación de unos cribajes con criterios dispares⁸⁶. Las personas trabajadoras de estos centros, que han realizado un esfuerzo ímprobo equiparable al de los sanitarios, carecieron de la protección y de los protocolos de actuación necesarios, causando numerosas bajas. Por este motivo, se agravó la escasez de personal y la dificultad para su reclutamiento, ya anteriores a esta crisis sanitaria. Buena parte de estos retrasos o inadecuación de la respuesta obedecen a la falta de coordinación a todos

83 IMSERSO, *MoMo en el sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD)*, datos a 31 de agosto de 2020.

84 Prieto-Alhambra, D.; Vives-Cases, C.; Legido-Quigley, H. *et al.*, «The need for an independent evaluation of the COVID-19 response in Spain», *The Lancet*, 6.08.2020.

85 MSF, *Poco, tarde y mal, El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España*, agosto de 2020.

86 Círculo empresarial de atención a personas (CEAPS), *¿Qué ha pasado? ¿Qué ha fallado? ¿Qué proponemos?*, 2020.

RECUADRO 10. CONCLUSIONES DEL INFORME DEL DEFENSOR DEL PUEBLO, 2019

- Persistencia de dispersión normativa sobre los requisitos que deben reunir los centros residenciales para su acreditación y autorización de funcionamiento. Se requiere un esfuerzo de actualización y armonización por parte de las comunidades autónomas.
- Inexistencia de un mecanismo eficaz de recopilación de datos compartido por las Administraciones, que deberían actualizarse periódicamente respecto a los recursos de atención residencial disponibles. Esto permitiría realizar estadísticas y estrategias adecuadas de atención a personas mayores.
- Carencia de número suficiente de plazas públicas y concertadas de atención residencial para atención a derechos subjetivos contemplados en la Ley 39/2006. Se requiere esfuerzo presupuestario.
- Insuficiente número de personal para prestación de servicios en centros residenciales. Se requiere revisión al alza de ratios de personal de atención directa ante un progresivo aumento de número y grado de dependencia de los usuarios. Para ello se propone la fijación de requisitos y estándares adecuados en materia de recursos humanos en apoyo a personas con grados de dependencia II y III por parte del Consejo Territorial, así como la mejora de la cualificación del personal del sistema residencial, mediante el impulso de planes de formación profesional específica.
- Plantear la viabilidad y conveniencia de regular un modelo de residencias propiamente socio-sanitario, con suficiente atención médica y de enfermería.
- Creación o en su caso impulso de servicios de inspección de ámbito autonómico, suficientemente dotados de personal cualificado, para el correcto funcionamiento de los centros residenciales de mayores. Aprobación de planes periódicos de inspección a partir de indicadores de calidad, trato adecuado y buenas prácticas.
- Propuesta de Ley Orgánica que delimite las circunstancias extraordinarias vinculadas a la salud y deterioro físico y mental de personas en edad avanzada, con especial referencia a la atención en centros residenciales y adopción de medidas extraordinarias de restricción de libertad y de otros derechos. Hasta entonces deberían unificarse criterios y facilitar actuación en servicios y centros en relación a ingresos no voluntarios y pérdida de capacidades cognitivas. Adaptación de protocolos autonómicos de ingreso de residentes con deterioro cognitivo o mental en centros residenciales a los pronunciamientos Tribunal Constitucional.
- Reducir sujeciones físicas a los supuestos excepcionales y puntuales en los que resulten imprescindibles, que en todo caso deberán obedecer a prescripción facultativa, o responder a situaciones de grave riesgo. Es necesario un compromiso entre Administraciones, centros residenciales, profesionales, usuarios y familiares para lograr una atención residencial libre de sujeciones.

Fuente: Defensor del Pueblo, Informe Anual 2019, *Atención a las personas mayores. Centros residenciales*, Madrid, 2020.

los niveles (inter e intra Administraciones así como intersectorial), que contribuyó al retraso en la adopción de las medidas y la indefensión de las personas usuarias de servicios sociales que en demasiados casos no pudieron tener una atención sanitaria adecuada ni una muerte digna.

En el trasfondo de este cúmulo de circunstancias, cabe recordar el papel que ha podido jugar el edadismo imperante en la sociedad actual⁸⁷, que le quitaba importancia en sus inicios a la epidemia, puesto que «solo» afectaba gravemente a los ancianos, lo que concuerda con la escasa y tardía prioridad que se ha concedido a la atención a la dependencia en toda la gestión de la crisis.

Pese a que todas las dimensiones del sistema también se hayan visto afectadas por la pandemia aunque en menor medida, el impacto del coronavirus en las residencias ha focalizado la atención, centrándose en ellas la mayor parte de los primeros análisis sobre la pandemia. Entre estos últimos, cabe destacar el Informe del Defensor del Pueblo que, junto a una serie de recomendaciones centradas en los aspectos estrictamente vinculados a la gestión de la pandemia, pone de relieve también otras debilidades de carácter más estructural de esta parcela, como la carencia del número suficiente de plazas, la insuficiencia de personal o la conveniencia de plantear la viabilidad de un un modelo de residencias propiamente sociosanitario, con suficiente atención médica y de enfermería (recuadro 10).

Con vistas al futuro, es importante enmarcar el lugar que le corresponde a la atención residencial y los cambios que requiera en una reflexión más amplia sobre el conjunto del sistema y sus prestaciones. En este contexto, deberá jugar un papel destacado el resultado de los trabajos de la Mesa de Diálogo social en atención a la dependencia abierta en estos momentos, pues solo sobre la base del consenso con todos los agentes implicados es posible abordar reformas que redunden efectivamente en la garantía de los derechos de las personas en situación de dependencia.

2.2. EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

El servicio de ayuda a domicilio ofertado por el SAAD desde la entrada en vigor de la LAPAD cuenta con el antecedente más inmediato de la ayuda domicilio prestada por las comunidades autónomas como servicio social básico desde los años ochenta. En esa década las comunidades autónomas asumen en sus estatutos de autonomía la competencia exclusiva en materia de servicios sociales y comienzan a desarrollar sus respectivos sistemas para desarrollarla. En este marco, la ayuda a domicilio se va configurando como un servicio social básico, definido y gestionado a nivel local⁸⁸ con la colaboración de la comunidad autónoma y, posteriormente, también del Estado⁸⁹. En los años noventa las entidades locales van regulando aspectos fundamentales como el acceso, el contenido, la intensidad y la aportación del beneficiario, y algunas comunidades autónomas van estableciendo un marco normativo al respecto.

87 Deusdad, *op. cit.*

88 La Ley 7/85, de 2 de abril, reguladora de las Bases del régimen local asigna a las entidades locales la competencia propia de servicios sociales.

89 En 1988 se incorpora la colaboración del Estado a través del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales, concebido como un instrumento de apoyo financiero y un marco para consensuar a nivel territorial las prestaciones consideradas básicas.

Con la aprobación de la LAPAD, el servicio de ayuda a domicilio se empieza a desarrollar como una prestación específica de dependencia, profesionalizada y garantizada —dada la naturaleza de derecho subjetivo que le otorga la LAPAD— dentro del SAAD; un sistema que también ha conllevado mejoras en términos de participación y coordinación de los tres niveles de la Administración pública.

En la actualidad, transcurridos catorce años desde la entrada en vigor de la LAPAD, todavía se observan problemas y deficiencias en la configuración y el uso del servicio de ayuda a domicilio (SAD en adelante) como prestación específica de dependencia.

Atendiendo tanto al artículo 23 de la LAPAD como al artículo 8 del Real Decreto 1051/2013⁹⁰, el SAD se define como el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin atender sus necesida-

Contenido del servicio de ayuda a domicilio prestado por el SAAD

des básicas de la vida diaria e incrementar su autonomía, posibilitando la permanencia en su domicilio. Dicho servicio comprende dos grupos de actuaciones: (1) las relacionadas con la atención personal para la realización de las actividades de la vida diaria y (2) las relacionadas con la atención de las necesidades domésticas o del hogar.

En consonancia con la concepción del SAD como un servicio social de promoción, la normativa anteriormente mencionada establece que los servicios de atención doméstica solo podrán prestarse conjuntamente con los de atención personal; excepcionalmente, y de forma justificada, podrán prestarse separadamente cuando así se disponga en el programa individual de atención (PIA)⁹¹.

Si bien el SAD debe incluir las actuaciones de atención personal y de atención doméstica como contenido mínimo, el Real Decreto 1051/2013 establece que las comu-

Potenciales destinatarios del derecho a ayuda a domicilio en el SAAD y beneficiarios efectivos

nidades autónomas a través su normativa de desarrollo del SAAD, pueden incluir actuaciones adicionales. Es el caso de las actuaciones de apoyo psicosocial o de apoyo a la familia y/o personas cuidadoras que varias comunidades autónomas, como Castilla y León o País Vasco, han incorporado.

Las personas que tienen derecho a acceder al SAD como prestación específica de atención a la dependencia

90 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.

91 El Real Decreto 1051/2013 (art. 8) establece que el PIA deberá diferenciar, dentro de las horas mensuales de prestación del SAD, las relativas a necesidades domésticas o del hogar y las de atención personal para las actividades de la vida diaria.

son aquellas que tienen reconocida la situación de dependencia mediante resolución de la Administración autonómica o foral correspondiente, que es la que tiene la competencia de reconocimiento⁹², y cuyo PIA, elaborado con motivo de tal reconocimiento, establece que el SAD es la prestación —o una de las prestaciones— que más se ajusta a sus necesidades.

Si bien el derecho a acceder al SAD es definido por la LAPAD como un derecho subjetivo, el acceso efectivo está condicionado (1) por el grado de dependencia —prioridad de los dependientes de mayor grado— y, (2) a igual grado, por la capacidad económica del solicitante —prioridad de los dependientes con menor capacidad económica—.

Ante la falta de información sobre el perfil socioeconómico y demográfico de los perceptores del SAD, se han utilizado los datos disponibles sobre prestaciones⁹³ para aproximarse al perfil por edad de dichos perceptores. Según el IMSERSO, a 31 de diciembre de 2018 más de la mitad de las prestaciones de SAD (el 68,9 por 100) se concentraban en el rango de edad de 80 años o más, grupo de población que, atendiendo a las previsiones demográficas⁹⁴, irá en aumento en las próximas décadas.

Como ya se ha comentado en el apartado 2 del capítulo I, el envejecimiento demográfico de la población es mucho más acusado en el mundo rural. La baja densidad de hogares y la dispersión territorial que presentan muchas zonas rurales son factores que añaden dificultades para organizar el SAD en estos entornos y que incrementan notablemente el coste del servicio. Incluso cuando dicho «sobrecoste» puede ser asumido⁹⁵, las dificultades para encontrar personal a menudo impiden la prestación continuada del SAD en muchas zonas rurales. Este último problema se ha agudizado de forma particularmente grave durante la fase más aguda de la pandemia, dando lugar a medidas urgentes de apoyo a los municipios y flexibilización de los requisitos de profesionalidad y fomento de las contrataciones así como al recurso a las Fuerzas Armadas para suplir las bajas en el servicio de ayuda a domicilio a personas dependientes aisladas en sus viviendas en núcleos dispersos de algunas comunidades autónomas⁹⁶.

El servicio de ayuda a domicilio del SAAD es un cuidado formal que responde al principio de permanencia

Otros factores que condicionan la calidad y suficiencia del servicio de ayuda a domicilio

92 La competencia de reconocimiento (que incluye la prescripción del servicio en el correspondiente PIA) corresponde a las Administraciones autonómicas o forales mientras que la de gestión se atribuye a las entidades locales —municipales o supramunicipales—.

93 Aunque la regla general establece la incompatibilidad del SAD con el resto de prestaciones del SAAD excepto con el servicio de teleasistencia, las personas que reciben el SAD también pueden ser receptoras de otras prestaciones del sistema —véase más adelante el régimen de incompatibilidades del SAD—. No obstante, cada prestación de SAD se corresponde con un perceptor, ya sea perceptor del SAD en exclusiva o en combinación con otras prestaciones del sistema.

94 Véase el apartado 2 del capítulo I, Cambios sociodemográficos, dependencia y cuidados.

95 Como se verá más adelante, el coste del servicio es uno de los factores que condicionan la participación económica del perceptor en la financiación del mismo.

96 Memoria CES 2019.

en el domicilio, características que otorgan a este servicio un valor especial como recurso social de atención a la dependencia. No obstante, es necesario profundizar en otros aspectos que, junto con los ya mencionados —como el contenido del servicio, el perfil del destinatario o las características del territorio en el que se presta—, influyen o pueden influir en la calidad y suficiencia del SAD: la intensidad horaria del servicio, la compatibilidad con otras prestaciones, el régimen de copago o, sin ánimo de exhaustividad, la formación de las personas trabajadoras que lo desarrollan.

En lo que respecta a las horas de SAD asignadas a cada perceptor del servicio, la norma que actualmente regula la intensidad horaria mensual del SAD es el artículo 8 del Real Decreto 1051/2013. Ahora bien, como se ha comentado en apartados anteriores de este informe, una de las medidas que ya contemplaba la reforma del 2012⁹⁷ consistió en la reducción de las intensidades horarias de SAD legalmente establecidas como nivel mínimo de protección para cada grado de dependencia. Así, los «recortes» de 2012/2013 se tradujeron en una disminución de los umbrales horarios mínimos y máximos en los tres grados de dependencia (cuadro 6).

A título de ejemplo, el umbral máximo de horas mensuales de SAD se redujo un 22,2 por 100 para los grandes dependientes (20 horas menos al mes), un 18,2 por 100 para los dependientes severos (10 horas menos al mes) y un 33,3 por 100 para los dependientes moderados (10 horas menos al mes).

Se trata de intensidades legalmente establecidas como nivel mínimo de protección, de manera que las Administraciones competentes —autonómicas o forales— pueden incrementar el número de horas siempre que lo hagan con cargo al nivel adicional de protección, cuya financiación corresponde enteramente a dichas Administraciones. Sin embargo, atendiendo a las horas mensuales de SAD efectivamente asignadas a cada perceptor, resulta que el promedio de intensidad horaria del servicio no alcanza las 20 horas mensuales, es decir, el máximo establecido para las personas dependientes con

CUADRO 6. INTENSIDADES LEGALMENTE ESTABLECIDAS DEL «SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO» DEL SAAD PARA CADA GRADO DE DEPENDENCIA
(Horas mensuales de SAD)

Grados de dependencia	Horas mensuales antes de los recortes	Horas mensuales después de los recortes
Grado III	Entre 55 y 90 horas	Entre 46 y 70 horas
Grado II	Entre 30 y 55 horas	Entre 21 y 45 horas
Grado I	Entre 12 y 30 horas	Máximo 20 horas

Fuente: Montserrat Codorniu, J., «Sostenibilidad del sistema de atención a la dependencia», en *Papeles de Economía Española*, núm. 161, 2019, pág. 171.

97 Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad

CUADRO 7. INTENSIDAD DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

Comunidades autónomas	Núm. horas dispensadas (año)	Intensidad horaria (mes) (tareas + cuidados) (1)	Distribución tiempo de atención			Intensidad horaria (mes) en cuidados personales (2)
			% cuidados	% tareas domésticas	% otras tareas	
Andalucía	30.388.539	28,65	61,7%	38,3%	0,0%	17,69
Aragón	2.181.965	12,80	50,8%	49,2%	0,0%	6,50
Asturias	2.114.786	16,14	51,6%	47,4%	1,0%	8,32
Baleares	669.886	22,37	81,0%	11,0%	8,0%	18,12
Canarias	4.049.568	24,00	30,0%	60,0%	10,0%	7,20
Cantabria	1.146.878	24,53	-	-	-	-
Castilla y León	6.097.873	20,00	100,0%	0,0%	0,0%	20,00
Castilla-La Mancha	4.219.037	16,00	35,0%	30,0%	35,0%	5,60
Cataluña	10.067.377	9,90	87,4%	12,6%	0,0%	8,65
Comunidad Valenciana	4.785.060	20,10	70,0%	30,0%	0,0%	14,07
Extremadura	369.992	-	50,0%	50,0%	0,0%	-
Galicia	8.108.384	27,08	80,0%	20,0%	0,0%	21,66
Madrid	16.063.317	18,94	54,4%	45,6%	0,0%	10,30
Murcia	752.888	14,62	46,3%	50,1%	3,6%	6,77
Navarra	417.355	9,48	86,2%	13,8%	0,0%	8,17
País Vasco	1.737.973	19,88	-	-	-	-
La Rioja	859.337	-	-	-	-	-
Ceuta	166.822	37,17	69,0%	31,0%	0,0%	25,65
Melilla	101.818	24,00	53,2%	25,5%	21,3%	12,77
España	96.036.828	19,64	64,9%	32,9%	2,2%	12,74

Nota: datos a 31 de diciembre de 2018.

Fuente: IMSERSO, Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre de 2018, 2020.

menor necesidad de cuidados (el grado I). Aunque esta media esconderá diferencias por grado de dependencia y será, en parte, el resultado de la distribución por grados de dependencia de la población de cada territorio, no deja de llamar la atención por su escasez. Se observan una vez más importantes diferencias territoriales, tanto en la intensidad horaria como en la distribución entre los distintos tipos de cuidados (tareas domésticas, personales, u otros) (cuadro 7).

Estrechamente relacionado con la intensidad horaria del SAD se encuentra su régimen de incompatibilidad con otras prestaciones del SAAD. Una de las reformas que experimentó la LAPAD durante 2012 fue la introducción de un nuevo artículo 25 bis sobre el régimen de incompatibilidades de las prestaciones del sistema. Se estableció así que el SAD, por regla general, sería incompatible con todas las prestaciones del sistema excepto con el servicio de teleasistencia. No obstante lo anterior,

las Administraciones competentes —autonómicas o forales— podrían establecer la compatibilidad del SAD con otras prestaciones a fin de facilitar la permanencia en el domicilio de la persona en situación de dependencia. Así, el Real Decreto 1051/2013 (art. 16.3) desarrolla esta regla especial señalando que «las Administraciones públicas competentes podrán establecer la compatibilidad entre los servicios de ayuda a domicilio, centro de día y de noche, prestación de cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales y asistencia personal»⁹⁸.

Asimismo, atendiendo al artículo 16.4 del Real Decreto 1051/2013, las Administraciones competentes —autonómicas o forales— pueden establecer un régimen propio de compatibilidades entre prestaciones con cargo al nivel adicional de protección, cuya financiación corresponde enteramente a dichas Administraciones. Un ejemplo del recurso a esta habilitación adicional es el País Vasco, que configura un SAD compatible con todas las prestaciones de dependencia.

Otra cuestión relevante en términos de calidad y suficiencia del SAD es la participación de los beneficiarios efectivos en el coste del servicio. Atendiendo al artículo 33 de la LAPAD, los perceptores del SAD participan en la financiación de dicha prestación en función de dos criterios: el coste del servicio y su capacidad económica. En todo caso, «ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del sistema por no disponer de recursos económicos» (art. 33.4).

Las Administraciones autonómicas o forales son las competentes para determinar el modo en que los perceptores del SAD participan en la financiación del coste del servicio. Ahora bien, puesto que existe una reserva material de ordenación del SAD a favor de las Administraciones locales, «las reglamentaciones autonómicas remiten, en general, a las previsiones que a estos efectos señalen las ordenanzas municipales». Estas ordenanzas suelen establecer tasas o precios públicos por la utilización del servicio y copagos —determinados por el instrumento de adjudicación— cuando el servicio es prestado por una empresa adjudicataria. Por tanto, el copago, de establecerse como tal, será el que determinen las ordenanzas municipales⁹⁹.

Volviendo a los criterios para determinar la contribución de los perceptores del SAD, no se pueden pasar por alto dos cuestiones. Por un lado, que el coste del SAD varía considerablemente a nivel territorial¹⁰⁰. Por otro lado, no existen unos criterios claros y homogéneos sobre el concepto de capacidad económica sobre el que se concreta la cuantía del copago en las distintas comunidades autónomas, puesto que el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD del 13 de julio de 2012 establecía únicamente unos criterios muy generales y sin carácter vinculante.

98 «A los efectos de la asignación del nivel mínimo (...) el establecimiento de compatibilidades entre prestaciones tendrá la consideración de una única prestación» (RD 1051/2013, art. 16.5).

99 UGT (2018): El trabajo de ayuda a domicilio en España, pág. 57.

100 Véase apartado 5 de este capítulo sobre Gasto y financiación.

En otro orden de cosas, en consonancia con la importancia que otorga la LAPAD a la formación y las competencias de las personas que desempeñan el SAD en términos de calidad del servicio, el Acuerdo del Consejo Territorial

*La importancia
de la acreditación
profesional*

del SAAD del 27 de noviembre de 2008 —sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia— estableció las cualificaciones profesionales que debían tener las auxiliares de ayuda a domicilio, prorrogando la exigencia de acreditación de dichas cualificaciones hasta el 31 de diciembre de 2015. En 2015, otro Acuerdo de dicho Consejo estableció una nueva prórroga de dos años para la acreditación profesional e introdujo un tipo de habilitación de carácter excepcional. Finalmente, el Acuerdo de 2017, además de actualizar y mejorar el catálogo de cualificaciones profesionales, introdujo un tipo de habilitación de carácter provisional y prorrogó nuevamente la exigencia de acreditación hasta 2022.

Así, en la actualidad, si bien las cualificaciones y las competencias profesionales necesarias para trabajar como auxiliar de ayuda a domicilio del SAD están claramente identificadas, la prórroga continuada de los plazos para acreditarlas parece estar repercutiendo en la calidad del servicio.

En relación a la acreditación profesional para trabajar como auxiliar de ayuda a domicilio, destaca asimismo la existencia de un régimen especial de zonas rurales e insulares¹⁰¹ que refleja lo ya comentado anteriormente sobre las dificultades para encontrar mano de obra cualificada en muchas zonas rurales.

Un elemento clave del SAD es el propio domicilio, entendido como lugar de prestación del servicio así como lugar de trabajo. Por un lado, las características de la vivienda en términos de accesibilidad y habitabilidad son fundamentales para determinar la viabilidad del SAD. Por otro lado, las condiciones del domicilio como espacio de trabajo son muy importantes en términos de salud laboral y prevención de riesgos laborales. Ambas cuestiones son de especial relevancia si se pretende impulsar el servicio de ayuda a domicilio como prestación específica de dependencia.

En los primeros años de implantación del SAAD, el escaso desarrollo de la red de servicios sobre la que debía sustentarse el sistema y el coste superior de este tipo de prestaciones provocó un

*Evolución del SAD
en la última década*

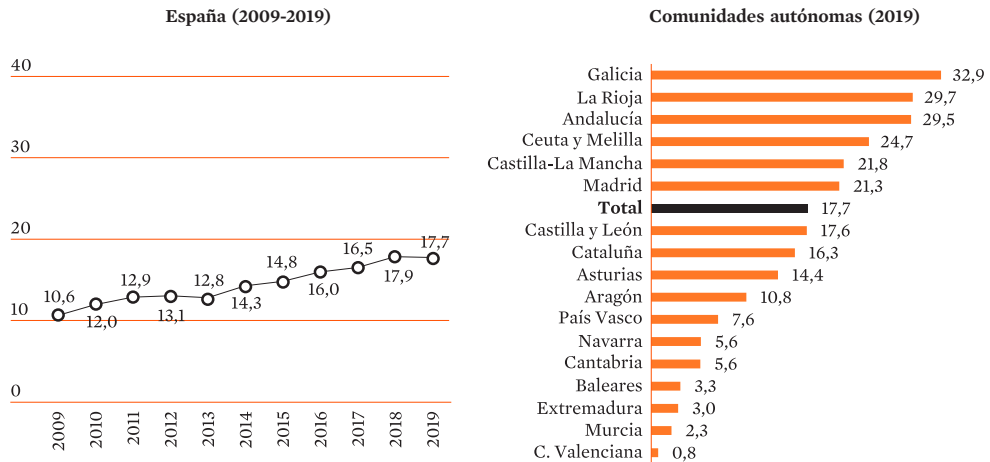
101 «En el medio insular rural y en los municipios rurales de pequeño tamaño, cuando no dispongan de las personas con la acreditación requerida para las categorías mencionadas anteriormente, y se acredite la no existencia de demandantes de empleo en la zona con estas características, mediante certificado de la Oficina de Empleo correspondiente, las personas que no cuenten con la cualificación profesional exigida podrán ser contratadas, hasta que sus puestos puedan ser ocupados por profesionales cualificados, o adquieran la cualificación correspondiente. Para ello, las Administraciones competentes, en colaboración con las empresas, impulsarán las acciones oportunas para promover la acreditación de estos profesionales» (Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia del 19 de octubre de 2017).

de los servicios. No obstante, el SAD iba aumentando paulatinamente su peso relativo en el conjunto de prestaciones del SAAD.

El impacto de la crisis económica se reflejó en una ralentización de dicho crecimiento entre 2010 y 2012, pero fue en 2013, tras las reformas de la LAPAD de 2012/2013, cuando se registró por primera vez una reducción del peso relativo del SAD en el sistema (gráfico 37). Las medidas de ajuste que pueden explicar o contextualizar el menor recurso al SAD registrado a finales de 2013 son, sin ánimo de exhaustividad las siguientes: (a) la «reducción de la aportación de la Administración General del Estado para la financiación del nivel mínimo de protección en un 13 por 100»; (b) el incremento del nivel máximo de participación del perceptor en la financiación del coste de la prestación —copago—, que en el caso del SAD pasó del 65 por 100 al 90 por 100; (c) la reducción de los umbrales mínimo y máximo de intensidad horaria del SAD establecidos como nivel mínimo de protección; (d) «la extensión de la moratoria en la incorporación de los dependientes moderados hasta el 1 de julio de 2015»; (e) el establecimiento de un régimen general de incompatibilidad de las prestaciones, que en el caso del SAD supuso su incompatibilidad con las demás prestaciones del sistema excepto con la teleasistencia; (f) la «introducción de un nuevo criterio de asignación presupuestaria del nivel mínimo de protección por el que se dotaría de más recursos a aquellas comunidades autónomas que atendiesen a los beneficiarios a través de servicios en vez de mediante PECEF»¹⁰².

GRÁFICO 37. PESO DEL «SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO» EN EL CONJUNTO DE PRESTACIONES DEL SAAD

(Porcentaje de prestaciones de SAD sobre el total de prestaciones del SAAD)



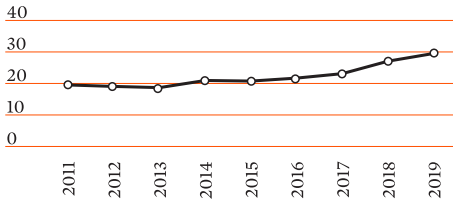
Nota: datos a 31 de diciembre en todos los años considerados excepto en 2009, 2010 y 2011, que se han utilizado datos a 1 de enero del año posterior por considerarlos más adecuados para la comparación.
Fuente: elaboración propia a partir de las Estadísticas del SISAAD del IMSERSO (Informes mensuales de gestión del SAAD).

102 Marbán Gallego, V., «El sistema español de atención a la dependencia», Documento de trabajo 4.9 del VIII Informe FOESSA, 2019, págs. 12-13.

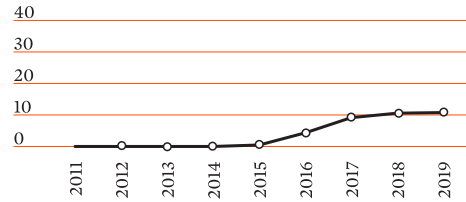
GRÁFICO 38. PESO DEL «SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO» EN EL CONJUNTO DE PRESTACIONES DEL SAAD DE CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA, 2011-2019

Porcentaje de prestaciones de SAD sobre el total de prestaciones del SAAD

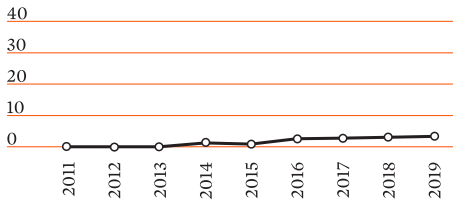
Andalucía



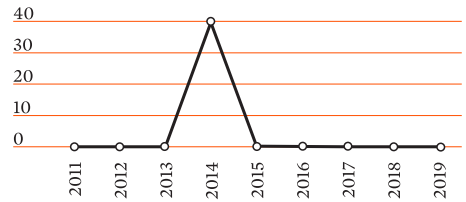
Aragón



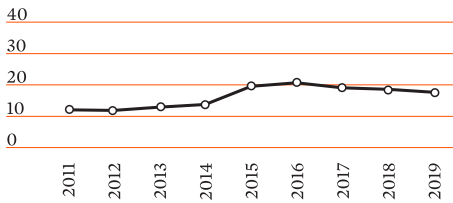
Baleares



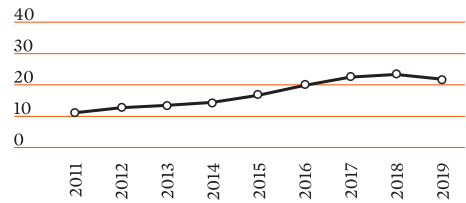
Canarias



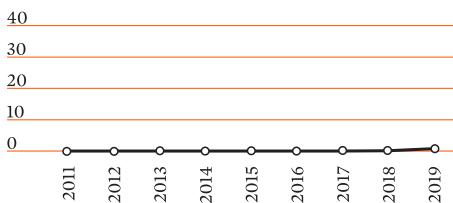
Castilla y León



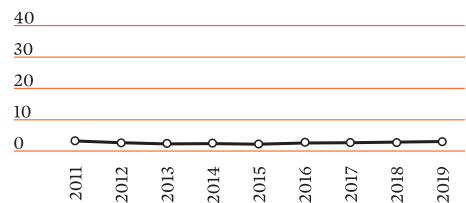
Castilla-La Mancha



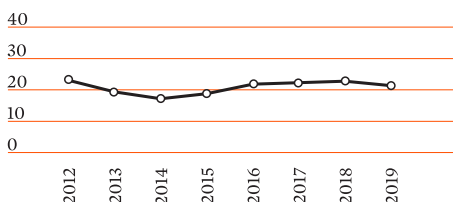
C. Valenciana



Extremadura



Madrid



Murcia

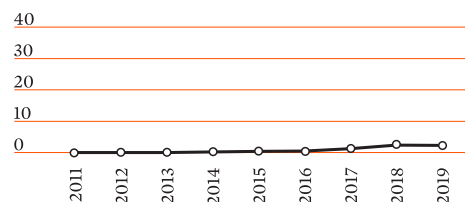
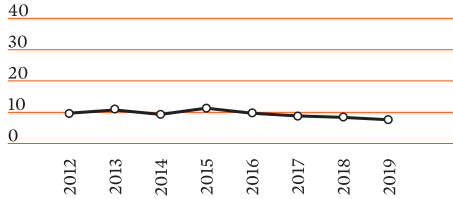


GRÁFICO 38. PESO DEL «SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO» EN EL CONJUNTO DE PRESTACIONES DEL SAAD DE CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA, 2011-2019

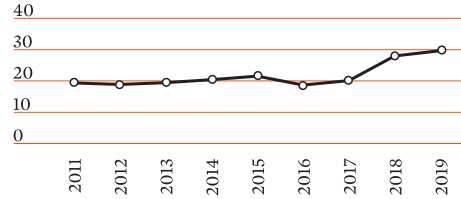
Porcentaje de prestaciones de SAD sobre el total de prestaciones del SAAD

(continuación)

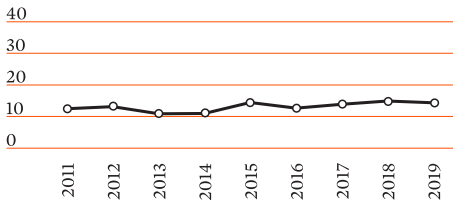
País Vasco



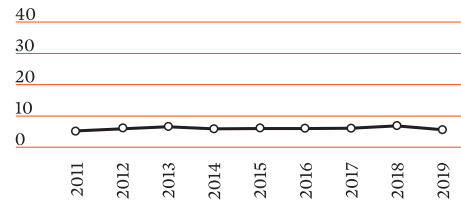
La Rioja



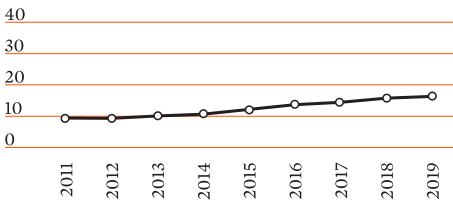
Asturias



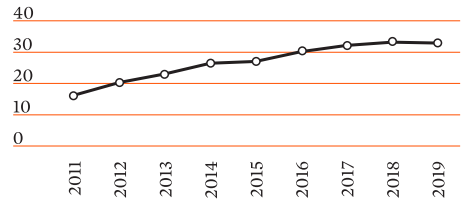
Cantabria



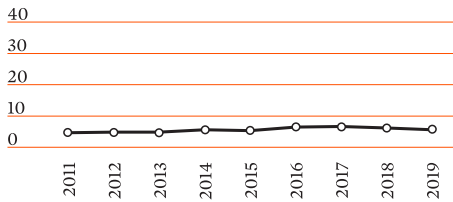
Cataluña



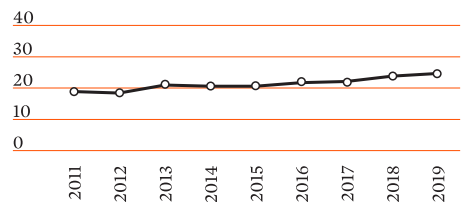
Galicia



Navarra



Ceuta y Melilla



Nota: datos a 31 de diciembre en todos los años considerados excepto en 2011, que se han utilizado datos a 1 de enero de 2012.
Fuente: elaboración propia a partir de las Estadísticas del SISAAD del IMSERSO.

A término de 2014 el peso relativo del SAD ya se había recuperado, superando el porcentaje alcanzado a finales de 2012 y situándose en un 14,3 por 100 (gráfico 37). La tendencia desde entonces hasta 2018 ha sido creciente, produciéndose un incremento especialmente notable entre 2015 y 2016. La incorporación efectiva al sistema de los dependientes de grado I a mediados de 2015, «aquellos cuya propensión a la utilización del SAD suele ser mayor»¹⁰³, parece explicar en gran medida dicho incremento. En la actualidad (2019) el peso del SAD en el conjunto de prestaciones del SAAD se sitúa en un 17,7 por 100, porcentaje ligeramente menor que el observado en 2018 (17,9 por 100).

Los datos agregados a nivel nacional sobre la estructura prestacional del SAAD esconden importantes diferencias entre comunidades autónomas. El desarrollo del SAD como prestación específica de dependencia ha sido muy heterogéneo a nivel territorial en la última década (gráfico 38). Galicia, por ejemplo, parece haber «apostado» en mayor medida por el SAD, mostrando desde el inicio un esfuerzo progresivo y considerable para incrementar el peso de este servicio en el conjunto de prestaciones del sistema. Así, en la actualidad, el peso relativo del SAD es muy dispar entre las comunidades autónomas. Atendiendo a los datos de 2019 (gráfico 39), Galicia presenta el mayor porcentaje de prestaciones de SAD sobre el conjunto (32,9 por 100) y la Comunidad Valenciana el porcentaje más bajo (0,8 por 100).

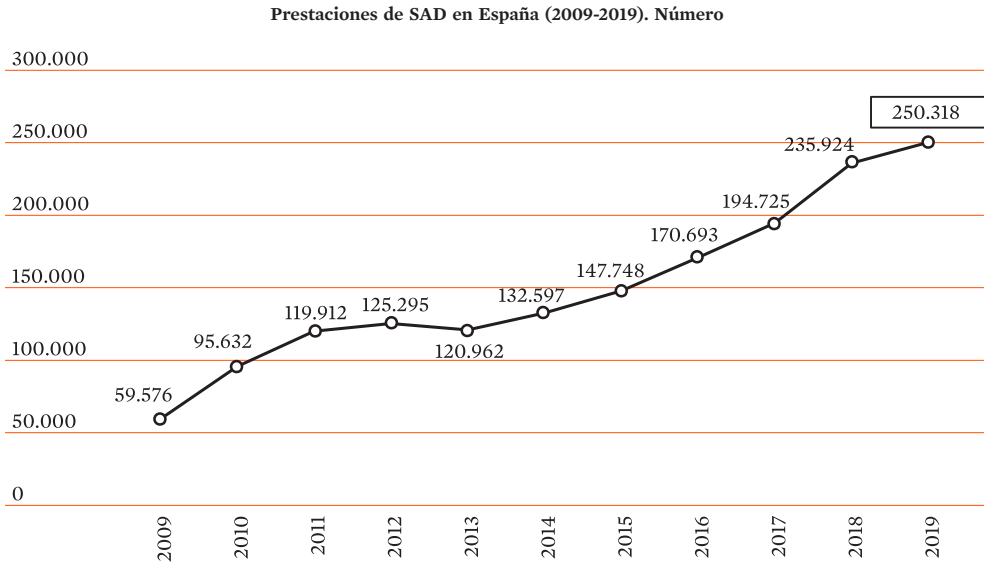
Por su parte, los datos agregados sobre volumen de prestaciones de SAD reflejan una evolución similar a la experimentada por el peso relativo de dicho servicio y parece que también se han visto afectados, sin menoscabo de otros factores, por las medidas de ajuste de 2012/2013 y por la incorporación efectiva de los beneficiarios moderados a mediados de 2015. Así, mientras el porcentaje de variación del número de prestaciones de SAD entre 2011 y 2015 fue del 23,2 por 100, entre 2015 y 2019 la variación porcentual fue del 69,4 por 100 (gráfico 39).

Con datos a 31 de diciembre de 2019, el número de prestaciones de SAD se sitúa en 250.318, siendo muy diferente la contribución de cada comunidad autónoma a este dato agregado de volumen (gráfico 39).

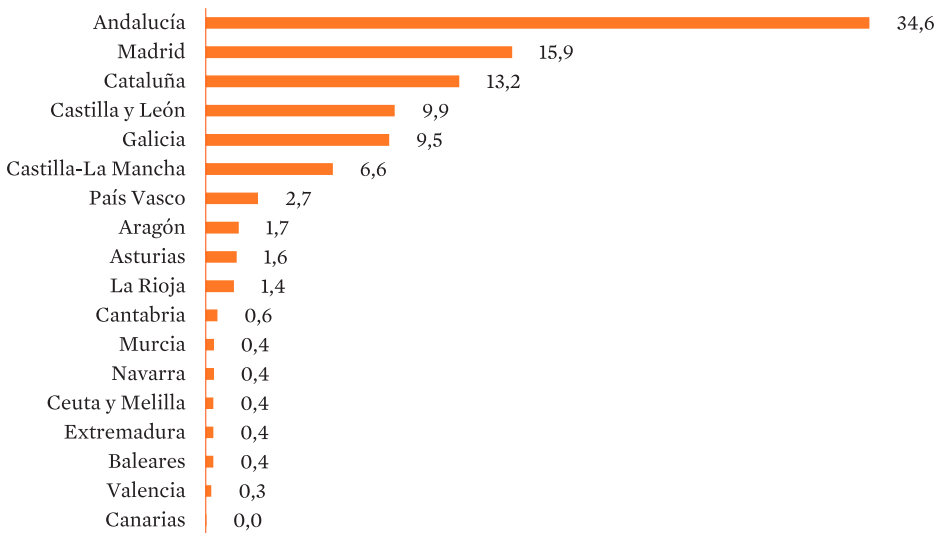
Las cifras absolutas sobre prestaciones de SAD están especialmente condicionadas por las características demográficas y los modelos de atención a la dependencia de las distintas comunidades autónomas, entre otros factores. Por ello, y teniendo en cuenta que en términos agregados la mayoría de los perceptores del SAD tienen 80 años o más, no es de extrañar que, en general —y salvo excepciones destacables como La Rioja y Ceuta y Melilla—, las comunidades autónomas que contribuyen en mayor medida al valor agregado de volumen presenten también un porcentaje elevado de prestaciones de SAD en relación a la población de 80 años o más (gráfico 40). Andalucía, por ejemplo, que es la comunidad autónoma en la que se concentra el mayor número de prestaciones de SAD (el 34,6 por 100 del total nacional), también es la que tiene la ratio más elevada de prestaciones de SAD por cada 100 personas de 80 años o más.

103 Marbán Gallego, V., *op. cit.*, pág. 20.

GRÁFICO 39. VOLUMEN DEL «SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO» DEL SAAD



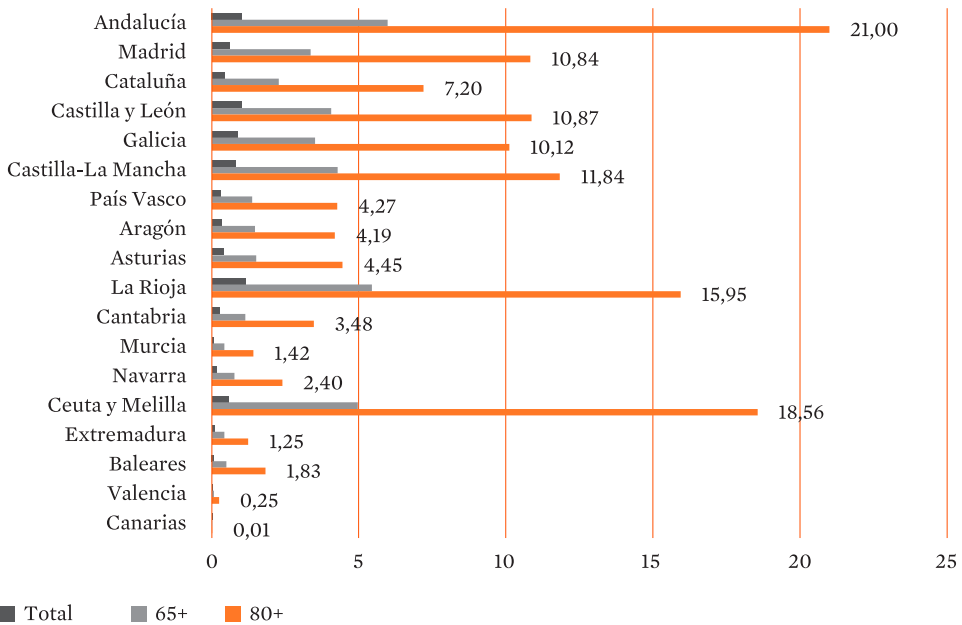
Distribución de las prestaciones de SAD por comunidades autónomas (2019). Porcentaje



Nota: datos a 31 de diciembre en todos los años considerados excepto en 2009, 2010 y 2011, que se han utilizado datos a 1 de enero del año posterior.

Fuente: elaboración propia a partir de las Estadísticas del SISAAD del IMSERSO.

GRÁFICO 40. RATIO DE PRESTACIONES DE SAD POR CADA 100 PERSONAS DE 80 AÑOS O MÁS, 2019
(Número de prestaciones de SAD del SAAD por cada 100 personas en cada grupo poblacional)



Nota: comunidades autónomas ordenadas por su contribución al volumen agregado de prestaciones de SAD.
Fuente: elaboración propia a partir de las Estadísticas del SISAAD del IMSERSO (datos a 31 de diciembre de 2019) y las Cifras de Población del INE a 1 de enero de 2019 (resultados definitivos).

La pandemia por COVID-19 ha puesto de manifiesto la escasa intensidad y la parquedad de medios para proporcionar cuidados adecuados en el domicilio. Aunque la letalidad por contagios entre las personas que recibían prestaciones de apoyo en el domicilio no ha sido tan alta como en las residencias, también se dieron excesos de fallecimientos. Según el IMSERSO, con arreglo a su sistema de aproximación a las defunciones causadas directa o indirectamente por COVID-19¹⁰⁴, entre marzo y julio se habrían contado 9.715 fallecidos en exceso sobre un total de 872.358 de personas atendidas en marzo (1,1 por 100 del total de personas atendidas en marzo).

Por otra parte, hay que tener en cuenta las propias consecuencias de la interrupción del servicio, que se dejó de prestar en muchos casos, en la salud y el bienestar de las personas dependientes, siendo necesario no solo la recuperación de la normalidad anterior a la pandemia en su prestación, sino una verdadera apuesta por la mejora de su intensidad, su calidad y su profesionalización.

104 IMSERSO, *MoMo en el sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD)*, datos a 31 de agosto de 2020.

2.3. OTRAS PRESTACIONES DE APOYO A LA PERMANENCIA EN EL ENTORNO

Al igual que la ayuda a domicilio, estas prestaciones se orientan a la permanencia de las personas en su entorno de vida normal o cotidiana y no institucionalizada, destacando las tres por su carácter eminentemente preventivo de las situaciones de dependencia más graves, tendiendo a fomentar la conservación del mayor nivel de autonomía posible. A menudo resultan complementarias entre sí.

Servicio de teleasistencia

Este servicio facilita asistencia a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, con apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento. Puede ser un servicio independiente o complementario al de ayuda a domicilio y se presta a las personas que no reciban servicios de atención residencial (art. 22 LAPAD). Cabe recordar que se trata de la única prestación del SAAD que no recibe financiación por parte del Estado.

Su intensidad así como otros aspectos, incluyendo el régimen de incompatibilidades, se regulan en el Real Decreto 1051/2013, que prevé que deberá prestarse observando las medidas de accesibilidad adecuadas para cada caso, y apoyo de los medios personales necesarios, con el fin de favorecer la permanencia de las personas usuarias en su medio habitual.

Además, para las personas beneficiarias a las que se haya reconocido el grado I, de dependencia moderada, el servicio de teleasistencia se prestará como servicio complementario al resto de prestaciones contenidas en el programa individual de atención excepto en el caso de servicios de teleasistencia avanzada con apoyos complementarios, cuyo contenido se determinará por la Comisión Delegada del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD.

Este servicio se prestará para las personas en situación de dependencia que lo necesiten, en las condiciones establecidas por cada comunidad autónoma o Administración que, en su caso, tenga la competencia. A este respecto, los entes locales (ayuntamientos) vienen prestando, de manera bastante habitual este servicio por delegación competencial de las comunidades autónomas¹⁰⁵.

El servicio de teleasistencia se caracteriza por su enfoque predominantemente preventivo por lo que tradicionalmente se ha asociado a personas mayores que conservan un importante grado de autonomía. Sin embargo, se trata de una solución capaz de responder a las necesidades de una gran diversidad de situaciones, proporcionando seguridad y tranquilidad a las personas usuarias y sus familias.

105 Véase FEMP, Fundación Caser y Fundación Pilares para la autonomía personal, *La situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro*, 2015.

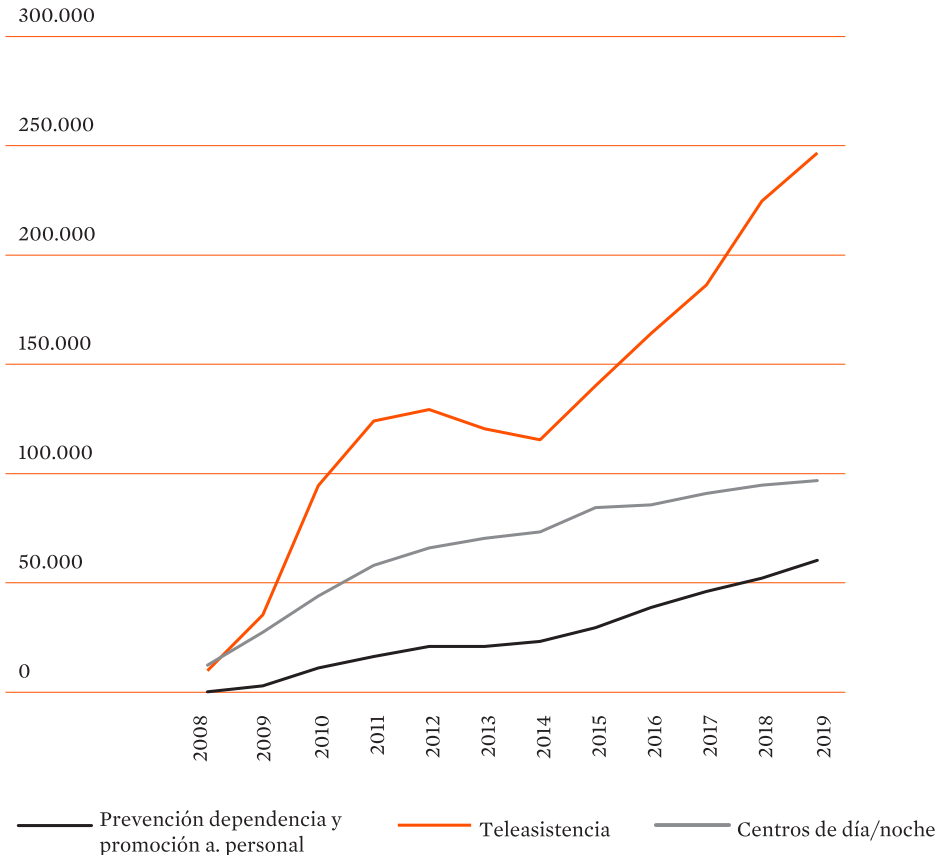
Pese a tratarse de un servicio con un marcado soporte tecnológico, su verdadero aporte de valor está en la central de respuesta, donde la atención es prestada por profesionales que atienden la central 24 horas, 365 días al año. El elevado volumen de llamadas que se atienden anualmente en las centrales de respuesta las convierten en una potente herramienta preventiva de detección de problemas sociales en fase embrionaria, que no siempre encuentran respuesta en los servicios sociosanitarios y que acaban agrandándose y convirtiéndose en urgencias.

El número de prestaciones por teleasistencia fue en aumento entre 2008 y 2012. Durante los años 2013 y 2014 descendió para posteriormente, desde 2015, retomar la anterior tendencia de crecimiento. A 31 de diciembre de 2019 se encontraban en vigor en España 246.617 prestaciones por teleasistencia.

La definición tanto del servicio de teleasistencia básica como la del servicio de teleasistencia avanzada se recoge en la Resolución de 15 de enero de 2018, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo de 19 de octubre de 2017 del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación del contenido del servicio de teleasistencia básica y avanzada, que contempla también el régimen jurídico tanto de la teleasistencia básica como de la avanzada, la descripción detallada de sus servicios, tecnología asociada a los mismos, personas usuarias de estos y su complementariedad y compatibilidad con otras prestaciones. Cabe señalar, respecto a este último extremo, que entre los contenidos que se han establecido, en el citado Acuerdo del Consejo Territorial, para el servicio de teleasistencia en sus modalidades de básica y avanzada, y con el fin de garantizar la atención a las personas en situación de dependencia, en función de sus necesidades, se contempla que, para las personas que tengan reconocido un grado de dependencia II o III, la prestación del servicio de teleasistencia ha de ser complementaria al resto de las prestaciones y no podrá asignarse como prestación única en los citados grados de dependencia.

Sin embargo, a pesar de ese desarrollo de su contenido a nivel normativo y de algunos avances, proyectos o experiencias prometedoras en la práctica de algunas comunidades autónomas, la teleasistencia avanzada no es todavía una realidad tangible en el conjunto del SAAD. Es necesaria una verdadera extensión de esta prestación y una optimización de las soluciones que ofrecen las nuevas tecnologías, la inteligencia artificial y la digitalización para facilitar los cuidados y la cotidianeidad de las personas en situación de dependencia, no solo como instrumento de emergencia sino de apoyo al mantenimiento de la autonomía personal en el día a día. Al mismo tiempo, es importante despejar su compatibilidad con otras prestaciones, pues las necesidades de las personas dependientes que permanecen en su entorno habitual difícilmente suelen poder colmarse con un solo tipo de atención.

GRÁFICO 41. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE OTRAS PRESTACIONES DE APOYO A LA PERMANENCIA EN EL ENTORNO, 2008-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del SISAAD, 2008-2019.

Impacto del COVID-19 en la teleasistencia

Si en el primer trimestre de 2020 el número de prestaciones por teleasistencia seguía aumentando, entre abril y mayo, ya en plena expansión de la primera ola de la pandemia y tras la declaración del estado de alarma, se produjo un importante descenso del número de prestaciones de teleasistencia, precisamente en el periodo de confinamiento en que muchas personas dependientes se encontraban en sus casas sin poder asistir a sus centros de día ni, en muchas ocasiones, recibir asistencia en forma de ayuda a domicilio o de sus propios familiares.

A partir del mes de junio, ya finalizado el estado de alarma, el número de estas prestaciones volvió a retomar el ritmo de aumento para prácticamente estancarse en septiembre, ya en plena segunda ola, volviendo a situarse a finales de octubre en un volumen de 251.393 prestaciones, ligeramente por encima de la situación a finales de

CUADRO 8. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PRESTACIONES DURANTE 2020 (ENERO-OCTUBRE)

Prestaciones	Número									
	31/1/20	29/2/20	31/3/20	30/4/20	31/5/20	30/6/20	31/7/20	31/8/20	30/9/20	31/10/20
Teleasistencia	247.603	248.883	249.254	248.279	247.346	247.917	248.837	248.948	248.905	251.393
Centros día/ noche	96.628	96.527	96.171	95.401	94.649	93.709	92.720	91.978	90.927	90.102
Preven. dep. y promo. a. personal	60.441	62.017	64.473	63.928	62.820	62.454	62.179	61.879-	61.344	61.298

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del SISAAD, 2020.

enero y apenas un 1 por 100 en comparación con los datos inmediatamente anteriores al estado de alarma (29 de febrero). Resulta paradójico que, en un contexto en que la pandemia ha hecho eclosionar el recurso a las nuevas tecnologías que facilitan la prestación de servicios a distancia en todos los ámbitos (laboral, educativo, cultural, etc.) se haya estancado la herramienta específicamente diseñada para tal fin desde el SAAD.

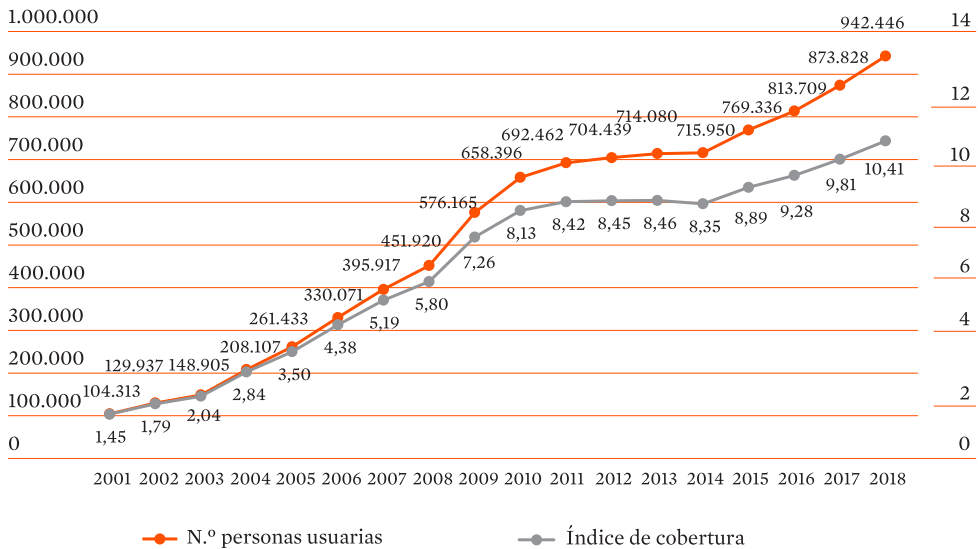
Con datos del SISAAD, a 31 de octubre de 2020, Andalucía es con bastante diferencia la región de España que registra un mayor número de prestaciones por teleasistencia (91.563), seguida ya a mucha distancia por la Comunidad de Madrid (48.735). Por contra, Ceuta y Melilla cuentan con el menor número de prestaciones reconocidas de este tipo (616). La comunidad autónoma en donde esta prestación representa un mayor porcentaje sobre el total de todas las prestaciones reconocidas en dicho ámbito territorial es Andalucía (30,09 por 100). En el lado opuesto se encuentra Canarias, en donde esta representa tan solo un 3,80 por 100 sobre el total de estas.

Las prestaciones por teleasistencia representan un 17,74 por 100 del total de prestaciones reconocidas en todo el territorio nacional, siendo la primera prestación sin alojamiento que porcentualmente más peso ostenta de entre todas (con niveles muy similares a la de ayuda a domicilio, que es la segunda). Además, se trata de la segunda prestación reconocida que porcentualmente más presencia tiene en nuestro país (la primera es la prestación económica de cuidados familiares).

Por su parte, según el IMSERSO, con datos a 31 de diciembre de 2018¹⁰⁶, la teleasistencia era el servicio de atención domiciliaria que contaba con mayor número de personas usuarias (por delante del servicio de ayuda a domicilio). Así, este servicio atendía a 942.446 personas, es decir, un 10,41 por 100 de las personas mayores. Se trataba de un servicio altamente feminizado, el 76 por 100 eran mujeres, y contaba con un elevado porcentaje de personas usuarias de 80 y más años (67 por 100).

106 Dirección General del Imsero, Unidad de Información de Mayores y Servicios Sociales, *Situación de los Servicios Sociales dirigidos a Personas Mayores en España (Informe a 31 de diciembre de 2018)*, Madrid, 5 de febrero de 2019.

GRÁFICO 42. TELEASISTENCIA. EVOLUCIÓN 2001-2018



Fuente: Dirección General del IMSERSO, Unidad de Información de Mayores y Servicios Sociales, *Situación de los Servicios Sociales dirigidos a Personas Mayores en España (Informe a 31 de diciembre de 2018)*, Madrid, 5 de febrero de 2019.

En atención a dicha fuente, Cataluña era la comunidad autónoma con un mayor número de personas usuarias atendidas (239.931) y con el índice de cobertura más alto (16,67)¹⁰⁷. En el lado opuesto se encontraban las ciudades autónomas de Melilla (774 personas usuarias atendidas y con un índice de cobertura de 8,72) y Ceuta (814 personas usuarias atendidas y con un índice de cobertura de 8,20).

Durante la pandemia del COVID-19 se ha evidenciado el potencial de la expansión tecnológica en el ámbito del SAAD y, por ello, se ha puesto de relieve la necesidad de continuar optimizando y ampliando sus aplicaciones, más allá del escenario de pandemia. Así, a pesar de la utilidad que ha venido mostrando esta prestación sobre todo como apoyo en situaciones de emergencia, la pandemia ha revelado que la teleasistencia ha de mejorarse para que sea más ágil, y accesible. Es necesario incorporar a través de la teleasistencia avanzada nuevas utilidades para facilitar la vida cotidiana y fomentar la autonomía de las personas dependientes. Las posibilidades de la digitalización y la introducción de nuevas tecnologías en los hogares, junto a la necesidad de reforzar la atención sociosanitaria, hacen necesario el desarrollo de una mayor variedad de servicios, como la telemedicina o la domótica, para la mejora de la autonomía y el bienestar, que faciliten la permanencia en el hogar. A este respecto, cabe poner de relieve que las oportunidades que brinda el plan de recuperación de

107 Índice de cobertura: (número de plazas/población \geq 65)*100.

la Unión Europea orientadas en esta dirección, son aplicables también a la mejora del SAAD a través del impulso a la digitalización en este ámbito¹⁰⁸.

Servicio de centro de día y de noche

Este servicio (art. 24 LAPAD) ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

La tipología de centros incluye centros de día para menores de 65 años, centros de día para mayores, centros de día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen y centros de noche, que se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia.

Junto con la teleasistencia, los centros de día y de noche pueden actuar de manera complementaria y hacer más eficaz los resultados del SAAD, de cara a ofrecer una atención especializada favoreciendo la permanencia de los usuarios en su entorno, y apoyando a las familias cuidadoras (compartiendo los cuidados, aliviando el estrés del cuidador/a informal y contribuyendo a su descanso, favorecer la conciliación entre cuidados y actividad laboral de la familia, cubriendo turnos de trabajo, etc.).

Se trata igualmente de un servicio que corresponde a los grados I, II y III de dependencia (art. 2 del Real Decreto 1051/2013).

La intensidad de este servicio viene establecida en el artículo 9 del Real Decreto 1051/2013. Según este, el centro de día y de noche público o acreditado ajustará los servicios establecidos en el artículo 24 de la LAPAD, a las necesidades de las personas en situación de dependencia atendidas según su grado. Teniendo en cuenta la tipología de centros establecida en el artículo 15.1.d), de la LAPAD, los centros de día se adecuarán para ofrecer a las personas en situación de dependencia atención especializada de acuerdo con su edad, los cuidados que requieran y su grado de dependencia. Los centros de noche tienen por finalidad dar respuesta a las necesidades de la persona en situación de dependencia que precise atención durante la noche. Los servicios se ajustarán a las necesidades específicas de las personas beneficiarias atendidas.

La intensidad del servicio de centro de día o de noche estará en función de los servicios del centro que precisa la persona en situación de dependencia, de acuerdo con su programa individual de atención.

¹⁰⁸ En España, a nivel estatal la puesta en marcha de proyectos de mejora de la digitalización se enmarca en la Estrategia «España Digital 2025». En el ámbito comunitario, la digitalización es uno de los pilares del Plan Europeo para la recuperación.

El régimen de incompatibilidades al que se somete este servicio, de marcado carácter preventivo, se encuentra recogido en el artículo 16 del Real Decreto 1051/2013.

La comunidad autónoma/Administración que, en su caso, tenga la competencia, determinará los servicios y programas y otras actividades de los centros de día/noche para cada grado de dependencia. A este respecto, los entes locales vienen prestando en los últimos tiempos este servicio, por delegación competencial de las comunidades autónomas, de manera reducida¹⁰⁹ (pocos ayuntamientos disponen de centros de día/noche)¹¹⁰. Por ello, entre otros extremos, el centro de día sigue siendo un gran desconocido para la sociedad en general. No son servicios sustitutivos de las residencias, ni son espacios de «aparcamiento» de personas mayores dependientes. Al igual que ocurre en las residencias, la edad media de las personas que utilizan este servicio es superior a los 80 años.

Desde 2008 hasta 2019, el número de prestaciones de centro de día/noche ha ido en aumento. Tras el natural crecimiento en los comienzos del sistema entre los años 2009 y 2010, el menor incremento tuvo lugar durante el periodo 2015-2016. El impacto de la pandemia afectó de manera importante a los centros de día, que fueron de los primeros establecimientos colectivos en cerrarse a mediados del mes de marzo y que todavía no han recuperado ni su actividad normal en la mayoría de los casos ni el ritmo de nuevas concesiones de este tipo de prestación. Así, si a 31 de diciembre de 2019 unas 96.748 personas eran usuarias de prestaciones de este tipo, habían descendido a 90.102 a 31 de octubre de 2020.

Las prestaciones de centros de día/noche representan tan solo un 6,36 por 100 del total de prestaciones reconocidas con grandes diferencias territoriales.

Con datos del SISAAD, a 31 de octubre de 2020, la Comunidad de Madrid es la región de España que registra un mayor número de prestaciones de centros de día/noche (13.494), seguida no a mucha distancia por Andalucía (13.281) y Cataluña (12.500). En el lado opuesto, se encuentran las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla que cuentan con el menor número de prestaciones reconocidas de este tipo (69). La comunidad autónoma en donde esta prestación representa —con mucha diferencia— un mayor porcentaje sobre el total de todas las prestaciones reconocidas en dicho ámbito territorial es Canarias (17,88 por 100). En el lado opuesto se encuentra la Comunidad Foral de Navarra, en donde esta representa tan solo un 0,63 por 100 sobre el total.

Según el IMSERSO, con datos a 31 de diciembre de 2018¹¹¹, la oferta de los centros de día o de atención diurna era de 96.499 plazas distribuidas en 3.603 centros, lo que

109 Véase, FEMP, Fundación Caser y Fundación Pilares para la autonomía personal, *La situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro*, 2015.

110 Hay una notable escasez de información sobre censos de centros de día a nivel estatal.

111 Dirección General del Imsero, Unidad de Información de Mayores y Servicios Sociales, *Situación de los Servicios Sociales dirigidos a Personas Mayores en España (Informe a 31 de diciembre de 2018)*, Madrid, 5 de febrero de 2019.

CUADRO 9. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO Y PESO (PORCENTUAL) DE LAS PRESTACIONES DE CENTROS DE DÍA/NOCHE, TELEASISTENCIA Y PREVENTIVAS, 2008-2019

Año	Prestaciones					
	Prevención dependencia y promoción a. personal		Teleasistencia		Centros de día/noche	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
2008	231	0,06	9.820	2,32	12.270	2,9
2009	2.963	0,57	35.372	6,79	27.361	6,25
2010	11.147	1,45	94.516	10,71	44.010	5,71
2011	16.415	1,79	124.114	13,65	58.050	6,32
2012	20.891	2,18	129.327	13,47	65.978	8,87
2013	20.994	2,22	120.467	12,76	70.343	7,44
2014	23.310	2,51	115.570	12,43	73.293	7,88
2015	29.461	2,95	140.252	14,05	84.462	8,46
2016	38.854	3,63	164.136	15,35	85.730	8,02
2017	46.078	3,91	186.276	15,81	90.959	7,72
2018	52.274	3,96	224.714	17,02	94.802	7,18
2019	60.438	4,28	246.617	17,48	96.748	6,86

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del SISAAD, 2008-2019.

implicaba un índice de cobertura muy bajo, de 1,07 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años, lo que explica tiempos de espera importantes para acceder a este servicio. De las 67.930 personas usuarias, el 70 por 100 eran mujeres y el 70 por 100 superaban los 80 años.

En atención a dicha fuente, Cataluña era la comunidad autónoma con un mayor número de estos centros (927). Por el contrario, las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla únicamente contaban con 4 centros de este tipo en sus respectivos territorios.

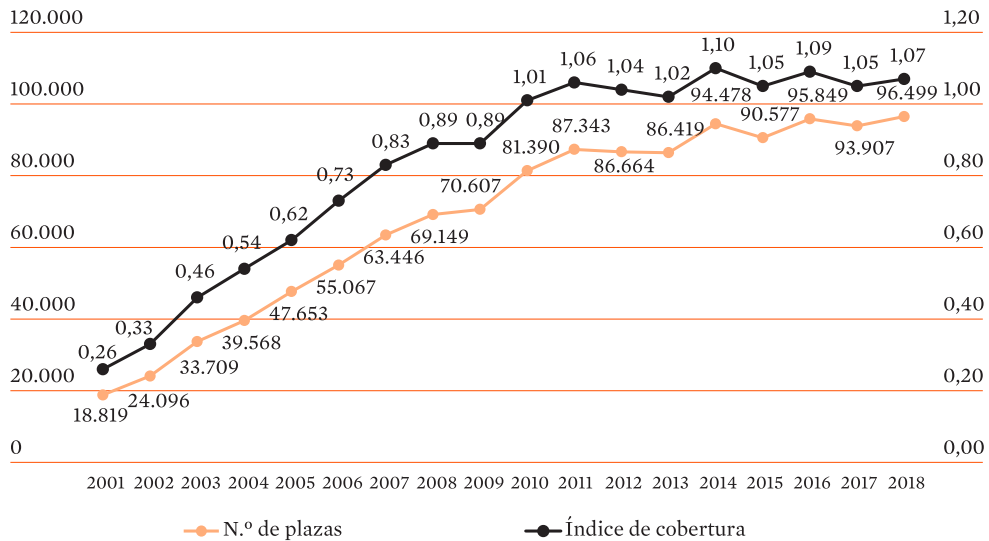
También, de conformidad con los datos del IMSERSO, cabe destacar que el mayor índice de cobertura en el ámbito de estos centros se encontraba en la comunidad autónoma de Extremadura (2,86)¹¹². En el lado opuesto, se situaba la ciudad autónoma de Ceuta (0,39).

En suma, dentro de este grupo de prestaciones orientadas a la permanencia en el entorno y a la prevención, aunque en menor medida que las residencias, los centros de día sufrieron de manera particular el impacto de la pandemia tanto en términos de contagios y fallecimientos, sobre todo durante las primeras semanas del mes de marzo hasta que se produjo su cierre preventivo (muchos de ellos todavía permanecen cerrados). Tampoco se puede obviar las consecuencia del propio perjuicio ocasionado a

Impacto del COVID-19 en los centros de día y en la prevención de las situaciones de dependencia

112 Índice de cobertura: (número de plazas/población \geq 65)*100.

GRÁFICO 43. CENTRO DE DÍA. EVOLUCIÓN 2001-2018



Fuente: Dirección General del IMSERSO, Unidad de Información de Mayores y Servicios Sociales, *Situación de los Servicios Sociales dirigidos a Personas Mayores en España (Informe a 31 de diciembre de 2018)*, Madrid, 5 de febrero de 2019.

las personas dependientes por la pérdida de este servicio, crucial para el mantenimiento de la vida social y la prevención de la dependencia de muchas personas mayores así como para la tranquilidad de sus familias.

Prevención de las situaciones de dependencia

Este servicio tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos. Con esta finalidad, el Consejo Territorial del SAAD deberá acordar criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las comunidades autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores (art. 21 LAPAD)¹¹³.

113 A este respecto, véase Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD de 16 de enero de 2013, sobre recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal, datos básicos del sistema de información del SAAD y catálogo de referencia de servicios sociales, publicado por Resolución de 23 de abril de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

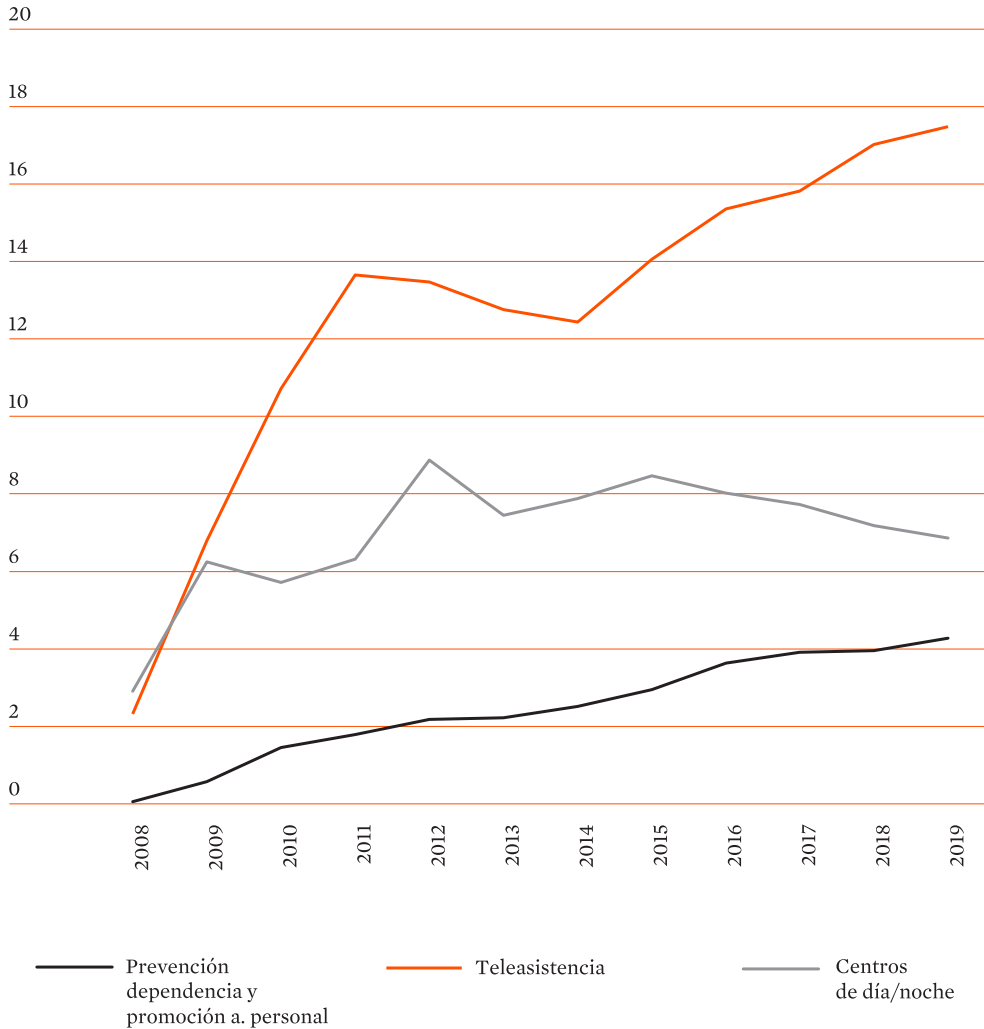
La intensidad de este servicio viene establecida en el artículo 5 del Real Decreto 1051/2013. Según este, las personas en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos, recibirán servicios de prevención con el objeto de evitar el agravamiento de su grado de dependencia, incluyendo esta atención en los programas de teleasistencia, de ayuda a domicilio, de los centros de día y de atención residencial. Además, para las personas en situación de dependencia en grado I y con el objeto de evitar el agravamiento de su grado de dependencia, la prevención será prioritaria, por lo que debe formar parte de todas las actuaciones que se realicen en el ámbito del SAAD.

En cuanto al contenido del servicio de promoción de la autonomía personal, cabe hacer mención al Acuerdo de la Comisión Delegada del Consejo Territorial del SAAD, de 26 de enero de 2011, por el que se determina el contenido de los servicios de promoción de la autonomía personal dirigidos a las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I, publicado por Resolución de 3 de agosto de 2011 de la Secretaría General de Política Social y Consumo; y al Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD de 16 de julio de 2014, sobre los criterios para determinar el contenido del servicio de promoción de la autonomía personal para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado II y III, y la evaluación anual correspondiente al ejercicio 2013 de los resultados de 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 (publicado por Resolución de 31 de julio de 2014, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad). En dichos acuerdos se contempla principalmente: la definición del servicio, las personas beneficiarias del mismo y las actuaciones de los servicios de promoción de la autonomía personal (servicio de habilitación y terapia ocupacional, servicio de atención temprana, servicio de estimulación cognitiva, servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional, servicio de habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual, y servicio de apoyos personales, atención y cuidados en alojamientos de soporte a la inclusión comunitaria).

Desde 2008 hasta 2019, el número de prestaciones por prevención de las situaciones de dependencia ha ido en aumento si bien sigue tratándose de una prestación poco extendida, siendo la que menos peso representa de las distintas prestaciones sin alojamiento y la segunda prestación reconocida que menos peso ostenta (la primera es la prestación económica de asistencia personal).

Las mayores subidas se concentraron en los periodos 2009-2010 y 2015-2016. Por contra el menor incremento tuvo lugar durante el periodo 2012-2013, en plena crisis económica. A 31 de diciembre de 2019, existían en España 60.438 prestaciones de este tipo. Se observa que desde que se decretó el estado de alarma a mediados de marzo de 2020, el número de estas prestaciones fue disminuyendo, situándose en 61.298 a 31 de octubre de 2020, un 4,33 por 100 del total de prestaciones reconocidas.

GRÁFICO 44. EVOLUCIÓN DEL PESO DE LAS PRESTACIONES SOBRE EL TOTAL DE LAS RECONOCIDAS POR EL SAAD
(En porcentajes)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del SISAAD, 2008-2019.

Con datos del SISAAD, a 31 de octubre de 2020, Castilla y León es con mucha diferencia la región de España con un mayor número de prestaciones por prevención de las situaciones de dependencia (13.011), seguida ya muy de lejos por Castilla-La Mancha (7.279). Por el contrario, Canarias cuenta con el menor número de prestaciones reconocidas de este tipo (320). La comunidad autónoma en donde esta prestación representa un mayor porcentaje sobre el total de todas las prestaciones reconocidas en dicho ámbito

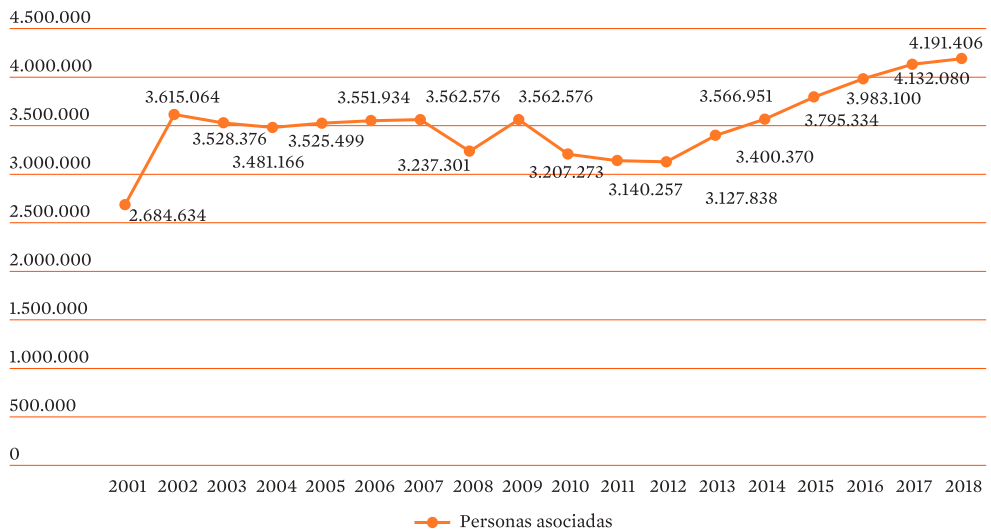
territorial es Cantabria (24,52 por 100). En el lado opuesto se encuentra Cataluña, en donde representa tan solo un 0,28 por 100 sobre el total.

Todo ello denota que también en este ámbito existe una gran disparidad entre regiones y que la configuración actual del SAAD tiende, en mayor medida, a abordar situaciones de dependencia ya declaradas que a la prevención de las mismas.

En paralelo a las prestaciones del SAAD, y entre los distintos equipamientos de los servicios sociales, la red de centros de mayores de los ayuntamientos (que no va dirigida específicamente a personas baremadas como dependientes sino que se conciben como servicio de participación social), contribuye también de manera importante al cometido de fomento de la autonomía personal y la prevención de la dependencia. Este tipo de centros, que se enmarcan en el enfoque del envejecimiento activo, tienen entre sus fines el fomento del ocio y la participación social, siendo el 60 por 100 de sus usuarios mayores de ochenta años. Según el IMSERSO, con datos a 31 de diciembre de 2018¹¹⁴, los 4.000 centros de mayores que había en España contaban con una importante implantación, 4,2 millones de personas asociadas, es decir, el 46,29 por 100 de los mayores de 65 años (gráfico 45). Se trataba del servicio con un menor grado de feminización que los centros de día del SAAD, puesto que el 54 por 100 de sus socios eran mujeres.

GRÁFICO 45. CENTROS DE MAYORES. EVOLUCIÓN 2001-2018

(Número de personas asociadas)



Fuente: Dirección General del IMSERSO, Unidad de Información de Mayores y Servicios Sociales, *Situación de los Servicios Sociales dirigidos a Personas Mayores en España (Informe a 31 de diciembre de 2018)*, Madrid, 5 de febrero de 2019.

114 Dirección General del Imsero, Unidad de Información de Mayores y Servicios Sociales, *Situación de los Servicios Sociales dirigidos a Personas Mayores en España (Informe a 31 de diciembre de 2018)*, Madrid, 5 de febrero de 2019.

CUADRO 10. RESUMEN DE LAS PRINCIPALES MAGNITUDES: TELEASISTENCIA, CENTROS DE DÍA Y CENTROS DE MAYORES (Datos a 31 de diciembre de 2018)

Tipo de servicios dirigidos a personas mayores	Población ≥ 65 años 01/01/2019	Centros	Plazas	Índice de cobertura	Total	Personas usuarias de 65 años o más (3)							
						Hombres		Mujeres		Personas de 65 a 79 años		Personas de 80 años o más	
						Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Teleasistencia (1)	9.055.580	-	-	10,41	942.446	230.408	24,4%	712.038	75,6%	304.323	32,6%	629.905	67,4%
Centros de día (2) (*1)	3.603	3.603	96.499	1,07	67.930	20.540	30,2%	47.390	69,8%	20.326	29,9%	47.604	70,1%
Servicio de participación social	Población ≥ 65 años	Centros	Plazas	Índice de cobertura	Total	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Personas de 65 a 79 años	Personas de 80 años o más	Personas de 65 a 79 años	Personas de 80 años o más
Centros de mayores (1) (*2)	9.055.580	4.000	-	46,29	4.191.406	1.846.263	44,0%	2.345.143	56,0%	-	-	-	-

Fuente: comunidades autónomas, ciudades autónomas y diputaciones forales.

INE: BASE Datos de Población. Explotación Estadística del Padrón Municipal, datos a 01/01/2019.

Elaboración del Inersero.

(1) Índice de cobertura: $(\text{personas usuarias}/\text{población} \geq 65) * 100$.

(2) Índice de cobertura: $(\text{plazas}/\text{población} \geq 65) * 100$.

(3) Algunas de estas personas pueden disfrutar de más de un servicio social.

(*1) No se dispone del número de plazas en centros de día de Canarias.

(*2) No se dispone del número de personas asociadas de Cantabria, Galicia y Gipuzkoa.

En atención a dicha fuente, Cataluña era también la comunidad autónoma con un mayor número de estos centros (856). Por el contrario, las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla únicamente contaban con un centro de este tipo en sus respectivos territorios.

También, de conformidad con los datos del IMSERSO, cabe destacar que el mayor índice de cobertura en el ámbito de estos centros se encontraba en la ciudad autónoma de Ceuta (84,57)¹¹⁵. En el lado opuesto, se situaba la comunidad autónoma de Canarias (13,63).

En resumen, la expansión de las prestaciones del SAAD más específicamente dirigidas al mantenimiento de la autonomía personal y la prevención de situaciones de dependencia más severas es todavía muy modesta y admite un amplio margen de desarrollo. Se trata de parcelas de la atención a la dependencia que también han sufrido un impacto importante a raíz de la pandemia y cuya actividad no ha vuelto a todavía a normalizarse, en medio de un escenario todavía presidido por la transmisión del virus, siendo urgente en estos momentos articular respuestas que ofrezcan atención a las personas dependientes que han dejado de recibir estos servicios o a las que debieran recibirlos y, al mismo tiempo, reforzarlos de cara al futuro por la importancia de su función preventiva.

2.4. LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS

Desde su creación, el SAAD optó por la atención a la población objetivo a través de servicios con el fin de garantizar unos estándares de calidad en el cuidado, con recursos profesionalizados en todo el territorio nacional. Tal fue la elección plasmada en el texto de la LAPAD, que en su capítulo correspondiente al catálogo de prestaciones y servicios afirma que los servicios tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas comunidades autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados.

Solo cuando no fuera posible la atención mediante alguno de estos servicios, en los convenios se incorporaría la prestación económica vinculada. Esta prestación irá destinada a la cobertura de los gastos del servicio previsto en el Programa Individual de Atención, debiendo ser prestado por una entidad o centro acreditado para la atención a la dependencia. Por otro lado, hasta que la red de servicios esté totalmente implantada, las personas en situación de dependencia que no pudieran acceder a los servicios por aplicación del régimen de prioridad, tendrán derecho a la prestación económica vinculada al servicio.

En cuanto a la atención no profesional, la norma es clara en su consideración del carácter subsidiario de la misma, al afirmar que el beneficiario podrá, excepcionalmente,

115 Índice de cobertura: (número de plazas/población \geq 65)*100.

recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den unas condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda.

El catálogo ofrece además una prestación de carácter económico que, al contrario de las dos anteriores, no está sujeta a excepcionalidad. Así, existe la posibilidad de recibir una prestación económica de asistencia personal con el fin de facilitar la integración de las personas en situación de dependencia en todos los ámbitos. Sin embargo, a pesar de no estar sometida a los condicionantes de las anteriores, esta prestación sí ha adquirido un perfil propiamente excepcional, por su limitada implantación.

En todo caso, como ha se puesto de manifiesto en el capítulo anterior, el carácter excepcional de casi todas las prestaciones económicas ofrecidas por el SAAD no ha sido, por diversas circunstancias, respetado en la mayor parte del territorio nacional. Al contrario, durante los primeros años de desarrollo del sistema, imbricado en la red de servicios sociales, el predominio de las prestaciones de carácter económico fue la norma y no la excepción, lo que en parte se explica por la escasa madurez de los servicios sociales para dar cobertura al voluminoso contingente poblacional con dependencia y con un recién estrenado derecho a la atención. Y en parte, por el mayor coste unitario de las prestaciones en especie, que en el contexto de la crisis, en el que nació el SAAD, inclinó la balanza hacia las de naturaleza económica, más asumibles por unos presupuestos restringidos. No en vano, de acuerdo con la estimación de la Asociación de Directores de Gerentes de Servicios Sociales (ADGSS), el coste de la atención residencial, servicio muy intensivo, supondría casi la mitad del gasto total del sistema, proporcionando cobertura a poco más del 15 por 100 de la población dependiente reconocida. Sin embargo, cuatro de cada diez personas dependientes con cobertura reciben atención a través de prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, con un gasto que no alcanzaría al 20 por 100 de los recursos del sistema.

Solo en los últimos años ha podido comprobarse un cambio de tendencia que apunta, si no al predominio incontrovertible del otorgamiento de servicios, sí a un mayor peso de estos en el panorama de la atención a la dependencia.

Por otro lado, no puede dejar de tenerse en cuenta que una parte muy importante de las prestaciones económicas del SAAD se convierten, una vez adquiridas, en servicios de atención. En el caso de las prestaciones vinculadas al servicio esta realidad es evidente, como también lo es en el de las otorgadas con el fin de contratar servicios de asistencia personal.

Por su parte, las prestaciones para la atención en el entorno familiar, cuyo fin sería la aportación de ayudas económicas que faciliten la permanencia en el hogar de las personas dependientes podrían, en la práctica, estar favoreciendo el acceso a labores de servicio doméstico remunerado o a la externalización de al menos parte de los cuidados en los hogares de las personas dependientes. Por tanto, desde el punto de

vista de la aportación del Estado a la cobertura de las necesidades de la población dependiente, la situación actual sigue marcada por las aportaciones económicas, pero la falta de información concreta sobre el destino de estas hace difícil conocer el tipo de servicios que reciben las personas beneficiarias. Desde el punto de vista de la atención recibida, parece evidente que las aportaciones económicas se traducen siempre en atención a las personas, bien mediante servicios contratados, bien a través del cuidado de personas del entorno familiar. En este último caso, quedaría relegada la asistencia profesionalizada. Tanto más cuanto que el régimen de incompatibilidad de las prestaciones, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto-ley 20/2012¹¹⁶, las prestaciones económicas serán incompatibles entre sí y con los servicios del catálogo, con la excepción de los servicios de prevención de las situaciones de dependencia, de promoción de la autonomía personal y de teleasistencia, los primeros sin apenas desarrollo y los segundos de escasa intensidad protectora.

La rápida expansión del virus en la población en situación de dependencia ha tenido su expresión más cruda, como se ha visto, en las residencias, lo que con seguridad ha desencadenado una crisis de confianza de los dependientes y sus familias en la atención residencial en todo el territorio nacional, especialmente en las comunidades autónomas más afectadas, y ha propiciado la opción por otras modalidades de atención. Entre diciembre de 2019 y octubre de 2020 el número de PIAs con atención residencial ha descendido en un 8,7 por 100 y ha pasado a suponer un 11 por 100 del total de las prestaciones, frente al 12 por 100 con el que se cerraba el año 2019. Por ello, no es extraño que las prestaciones económicas, más en concreto la prestación para cuidados en el entorno familiar, hayan aumentado su peso sobre el conjunto. Así, entre diciembre de 2019 y octubre de 2020 el número de PIAs con esta modalidad de atención se incrementó en un 4,5 por 100, ganando un punto porcentual en el conjunto de las prestaciones del SAAD, lo que rompe con la tendencia a la reducción que venía siendo observada en los últimos años.

Las consecuencias de la pandemia sobre las prestaciones económicas

El riesgo de «sustitución» de las prestaciones residenciales (servicios profesionalizados, con alto coste unitario) por cuidados familiares (prestaciones económicas, con coste muy inferior para las Administraciones), en un contexto en el que la corriente de preferencia por la «atención en el hogar» frente a la «institucionalización» parece estar cobrando fuerza, aconseja observar la evolución de estas dos opciones. No debe olvidarse que el propósito de la atención de calidad requiere, entre otras, de profesionalización de los cuidadores, y en todo caso, de prioridad de los servicios, frente a las prestaciones económicas.

116 Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

La prestación económica vinculada al servicio

Para los casos en los que el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado no es posible, el sistema prevé la posibilidad de obtener una prestación económica vinculada a servicios concretos. Dicha prestación se concede teniendo además en cuenta el grado de dependencia y la capacidad económica del beneficiario y es recibida por este de forma periódica.

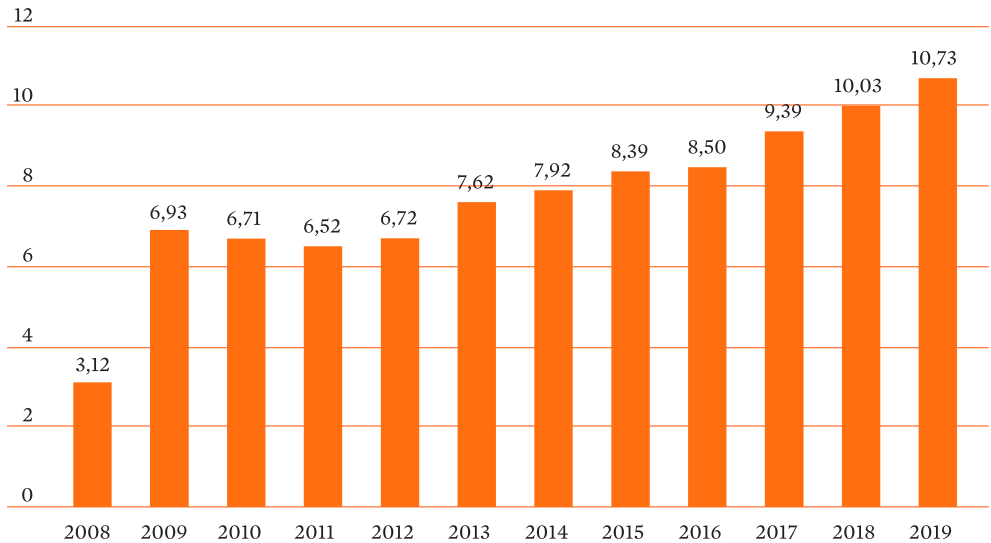
Tal como se admite en el texto de la Ley, el objetivo de la prestación es contribuir a la financiación del coste de servicios como la atención en Centro Residencial, el Centro de Día o el Servicio de Ayuda a domicilio, según lo dispuesto en el Plan Individual de Atención. Su provisión corre a cargo de entidades privadas, debidamente acreditadas. Es significativo el hecho de que la propia norma alude a una contribución a la financiación del coste, en lugar de referirse a una financiación completa, ya que en la práctica, de acuerdo con las estimaciones del sector, las cuantías abonadas son muy insuficientes, obligando a los usuarios a asumir una parte muy importante del coste total de los servicios contratados. De hecho, si se tiene en cuenta que estas prestaciones están sujetas a copago en función de la renta y el patrimonio, el hecho de que los beneficiarios deban abonar una parte sustancial del servicio atribuido en el PIA, constituye en la práctica un segundo copago.

Aunque el sistema no ofrece información cuantitativa acerca de los servicios en los que se materializan las prestaciones, existen algunas estimaciones que apuntan a un predominio de la atención residencial, que compone precisamente el servicio de mayor intensidad desde todos los puntos de vista (atención a las personas dependientes, generación de empleo y de retornos económicos), por lo que la producción y publicación de datos desde el sistema constituye una necesidad pendiente de cara a una cabal evaluación del funcionamiento del conjunto del SAAD.

Por sus especiales características, estas prestaciones económicas están sujetas a la supervisión de las Administraciones públicas competentes, que deben velar porque su destino y utilización se ciña al cumplimiento de la finalidad para la que fueron concedidas. Sin embargo, su papel podría ir más allá fomentando pactos con el sector relativos a los precios, asegurando el acceso de todos ciudadanos y limitando el efecto que sobre la igualdad de acceso producen las significativas diferencias en los precios en las comunidades autónomas, entre otras.

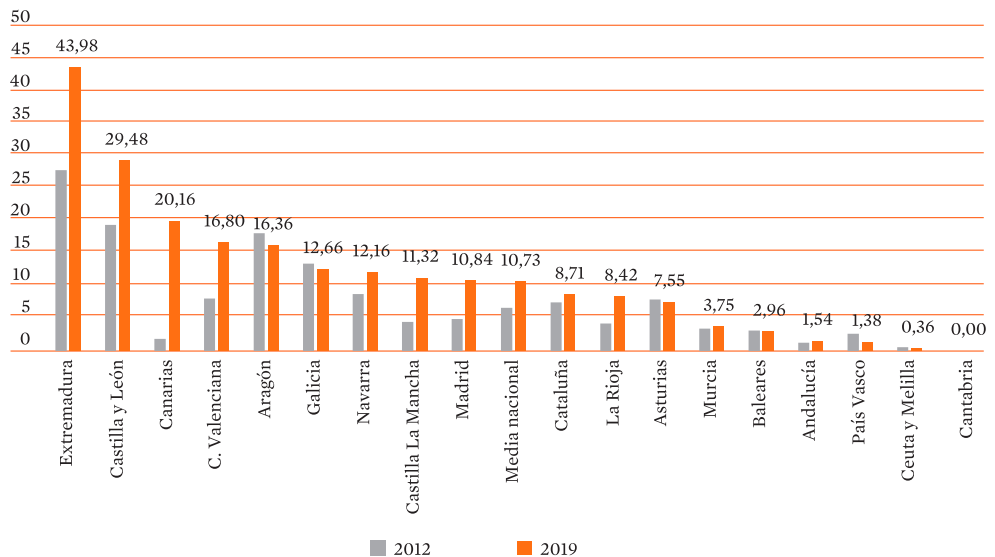
Con más de 150.000 prestaciones, en la actualidad, las de carácter económico vinculadas al servicio constituyen el 11 por 100 de todas las concedidas por el sistema, habiéndose registrado un incremento constante desde los primeros pasos del SAAD (gráfico 46). En efecto, después de los primeros años de comprensible aumento (registrado en todas prestaciones, pues todas partían de cero), los PIAs que reconocen la prestación económica vinculada a un servicio han mantenido una tasa de crecimiento anual en torno al 15 por 100.

GRÁFICO 46. EVOLUCIÓN DEL PESO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO (En porcentajes)



Fuente: SISAAD, 2020.

GRÁFICO 47. PESO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO EN LAS CCAA (En porcentajes)



Fuente: SISAAD, 2020.

No obstante, como ocurre con el resto de las prestaciones, su distribución territorial es muy desigual, de forma que casi dos terceras partes de ellas se disfrutaran en cuatro

comunidades autónomas: Castilla y León, Madrid, Cataluña y Comunidad Valenciana. Desde el punto de vista de su importancia relativa en el conjunto de la atención recibida en cada comunidad autónoma, los datos del SISAAD muestran un claro predominio en Extremadura, donde suponen un 43 por 100 de todas las prestaciones concedidas y en Castilla y León, con un 30 por 100. En cambio, en otras comunidades como Andalucía, Cantabria o el País Vasco, son prácticamente inexistentes (gráfico 47).

En lo que respecta a las cuantías abonadas en concepto de prestaciones económicas vinculadas al servicio, la falta de información oficial obliga a recurrir a las estimaciones parciales adelantadas por el sector. Evidentemente son muy variables en función del servicio para el que están destinadas, pero se calcula que en las vinculadas a la atención residencial, el importe medio se sitúa algo por encima de los 500 euros mensuales, cantidad muy insuficiente teniendo en cuenta los precios de mercado en el sector de las residencias, que triplican esa cantidad, obligando a un nuevo copago.

La prestación económica para cuidados en el entorno familiar

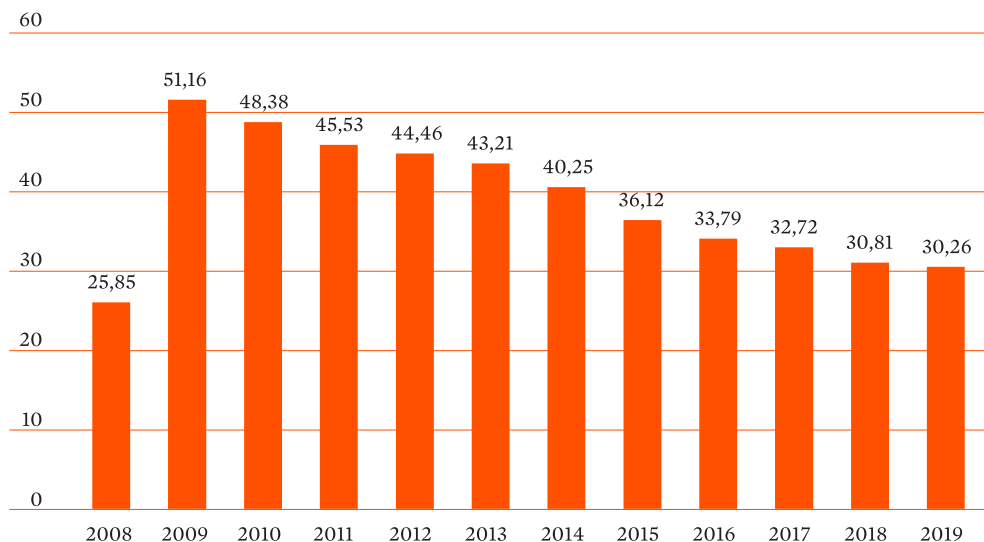
Concebida como un instrumento para la atención al que recurrir excepcionalmente, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar ha sido desde el nacimiento del SAAD uno de los principales elementos para satisfacer la demanda de atención a la población dependiente. Tal como recoge la Ley de 2006, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, podrá serle reconocida una prestación económica que, en todo caso, estaría sujeta a ciertas condiciones, como las relativas a la habitabilidad de la vivienda o unas circunstancias de convivencia adecuadas.

Uno de los elementos más interesantes en la regulación de esta prestación fue el reconocimiento del cuidador familiar, figura de gran arraigo en España, como en todos los países que comparten las pautas culturales familiaristas, y su visibilización, más allá del entorno privado en el que ha venido desarrollándose la atención a las personas con necesidad ayuda. En este sentido, la norma de 2006, y su posterior desarrollo, estableció las condiciones sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social¹¹⁷ del cuidador familiar, condiciones que fueron modificadas sustancialmente en el Real Decreto-ley de 2012. Los cambios introducidos por esa norma, unidos a la modificación del sistema de reparto del Nivel Mínimo, que incentiva el incremento de los servicios en detrimento de la prestación por cuidados familiares, motivaron una notable reducción de los programas individuales de atención con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

En efecto, en los primeros años de despliegue del SAAD se registraron incrementos anuales sucesivos que derivaron en un claro predominio de las prestaciones por cuidados familiares sobre el resto (el año 2012 se cerró con un volumen total de 426.800 prestaciones), llegando a suponer la mitad de todas las prestaciones y servicios concedidos. Sin

117 Para un mayor desarrollo de esta cuestión, puede consultarse el apartado 2 de este capítulo.

GRÁFICO 48. EVOLUCIÓN DEL PESO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS FAMILIARES (En porcentajes)



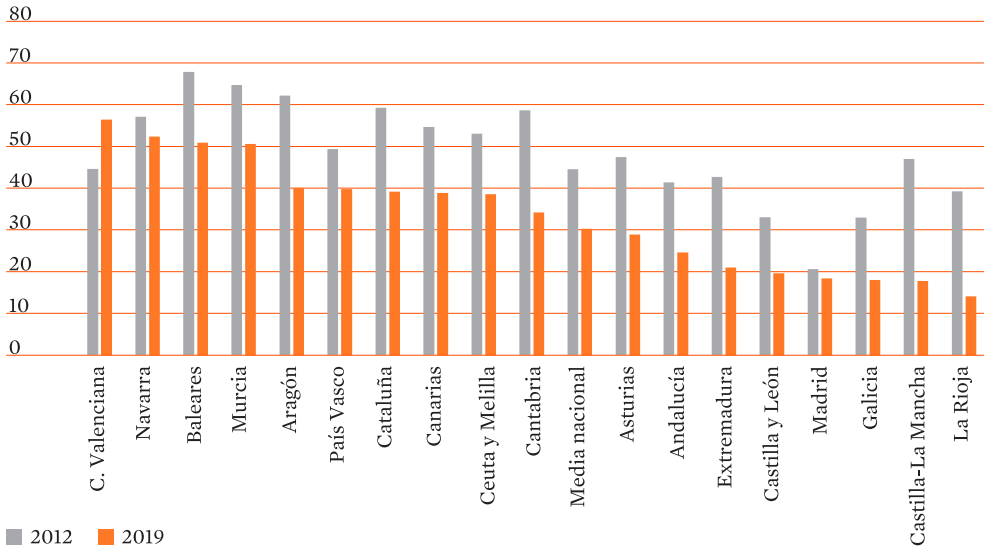
Fuente: SISAAD, 2020.

embargo, a partir de ese año y hasta 2016 la concesión de PIAs con cuidados familiares se redujo a un ritmo anual del 5,5 por 100. Pero a partir de ese año la prestación comienza a recuperar las tasas de aumento, con un saldo de 427.000 en 2019. Sin embargo, en un contexto de incremento del volumen total de prestaciones concedidas (al margen de su intensidad protectora), la trayectoria seguida por la importancia relativa de esta prestación es de claro descenso. Así, entre 2009, año prácticamente inaugural, y 2019 ha perdido más de veinte puntos porcentuales, pasando del 51 al 30 por 100 de todas las prestaciones concedidas por el sistema.

En la mayor parte de las comunidades autónomas se ha optado por reducir el número de estas prestaciones con relación al resto. Así algunas han registrado disminuciones importantes del porcentaje y en otras se ha optado por reducciones menos drásticas. Únicamente la Comunidad Valenciana se ha decantado por incrementar la importancia relativa de las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar. Casi seis de cada diez PIAs en esta comunidad reconocen la prestación familiar. En cambio, en otras como La Rioja, Castilla-La Mancha o Extremadura los datos reflejan una realidad muy distinta, siendo aquella un recurso casi minoritario en la atención a la dependencia.

Más allá de la extensión de estas prestaciones en el conjunto del sistema, —de mayor amplitud que otras, como se ha visto—, para completar el mapa de la atención a la dependencia sería necesario conocer el alcance de su acción como instrumento de atención en cada caso. Hasta el momento presente, el IMSERSO no ha hecho pública

GRÁFICO 49. PESO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADOS FAMILIARES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS (En porcentajes)



Fuente: SISAAD, 2020.

información sobre la intensidad de las prestaciones en términos de cantidades de dinero abonadas ni de horas de prestación de servicios.

La prestación económica de asistente personal

Una de las prestaciones que más interés han suscitado desde el nacimiento del SAAD ha sido la asistencia personal, que se ofrece como pago vinculado a ese servicio en particular. Sin embargo, pese a las expectativas generadas, esta prestación apenas ha logrado convertirse en un recurso minoritario, sin desarrollo normativo de su contenido, prácticamente inexistente en la mayor parte de las comunidades autónomas y de escaso peso en las que sí han desarrollado el contenido de la prestación.

De acuerdo con la Ley de dependencia, la prestación económica de asistencia personal tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados (hasta 2011 únicamente se preveía para dependientes de grado III), siendo su objetivo contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

Si bien constituye un elemento casi residual en el ámbito de la atención a las personas en situación de dependencia por su escasa implantación en comparación con otras prestaciones, la prestación económica de asistente personal anuncia una considerable

potencialidad como servicio de apoyo a la vida independiente y la promoción de la autonomía de las personas dependientes, y en la mejora de sus oportunidades para alcanzar una plena participación social en los todos los ámbitos.

La figura del profesional de la asistencia personal se encuentra aún, como se ha dicho, escasamente desarrollada, si bien parece existir cierto consenso en torno a sus funciones. En este sentido, se trataría de una persona que realiza o ayuda a realizar las tareas de la vida diaria a otra persona que por su situación de dependencia no puede encargarse por sí misma o tiene grandes dificultades, haciendo posible la vida independiente del beneficiario. El asistente personal, al contrario de lo que ocurre con otros profesionales de la atención a personas dependientes, no tendría la función de tomar decisiones concretas, siendo el beneficiario quien decide las acciones de apoyo a realizar. Y las tareas encomendadas estarán definidas por las dificultades funcionales así como por las preferencias del usuario, ya sean de atención personal, ayuda a domicilio, acompañamiento y soporte a actividades dentro y fuera del hogar, u otras actividades definidas por las necesidades vitales del beneficiario.

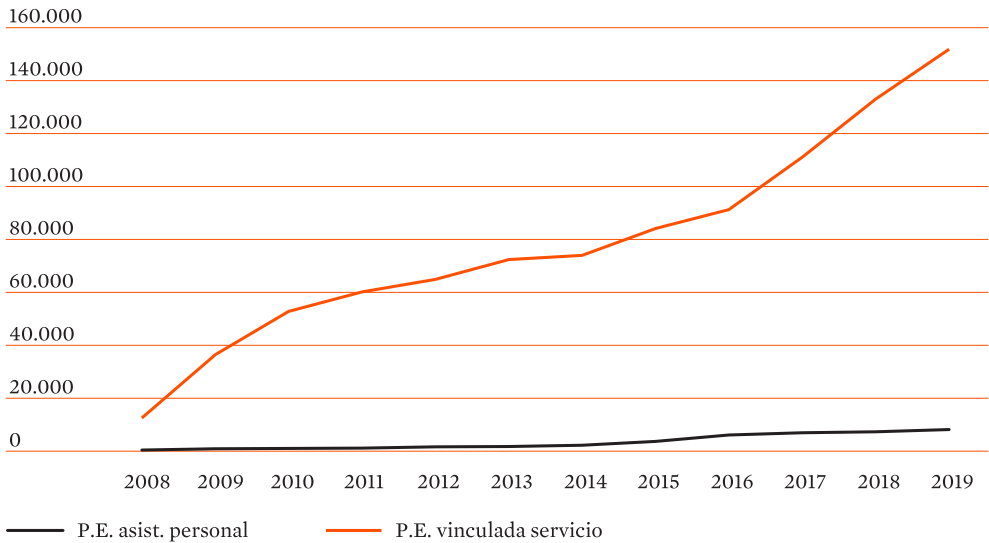
Por otro lado, las Administraciones autonómicas disponen de margen para completar el perfil de esta figura, encontrándose ciertas variaciones en el catálogo de condiciones exigibles a los asistentes personales a lo largo del territorio nacional. Así, mientras unas se limitan a recoger el perfil básico definido en la ley de dependencia, otras, por ejemplo, imponen restricciones en torno a las relaciones de parentesco, como en el País Vasco, donde se prohíbe expresamente el ejercicio de la asistencia personal a los cónyuges o parejas de hecho, así como a los familiares hasta el tercer grado, incluidos el tutor y la persona acogedora del dependiente.

La información recogida por el SAAD pone de relieve la escasa implantación de esta prestación, que supone apenas un 0,5 por 100 del conjunto de las prestaciones del sistema, con un total de 7.837 servicios efectivos. Además únicamente diez comunidades autónomas ofrecen realmente la posibilidad de contar con un asistente personal, si bien, en la mayor parte de ellas su importancia en el conjunto de las prestaciones concedidas no pasa de ser meramente testimonial. Así, en las comunidades de Castilla y León, Galicia y Navarra, territorios en los que la asistencia personal, aunque de forma muy minoritaria, es una realidad con proporciones que no llegan a alcanzar el 1 por 100.

Solo una comunidad autónoma ha optado por desarrollar esta alternativa, compatible solamente con el servicio de teleasistencia, de modo que buena parte de las prestaciones económicas de asistente personal en España se concentran en esa comunidad. En efecto, de las 7.837 prestaciones concedidas en todo el territorio nacional 6.300 se concentran en el País Vasco, lo que supone un 80 por 100 del total nacional. El resto se reparte entre Castilla y León (1.192 prestaciones), y en menor medida en Galicia y Madrid (en torno a 100). Por tanto, únicamente en el País Vasco cuenta con cierta representatividad (7 por 100 del total de los servicios y prestaciones concedidos) (gráfico 51).

GRÁFICO 50. EVOLUCIÓN DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENTE PERSONAL

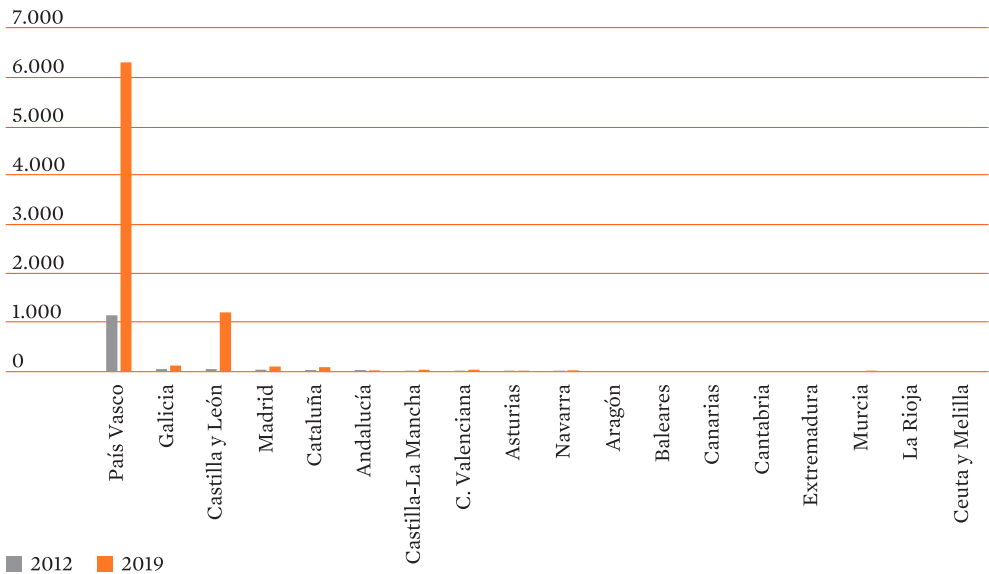
(Total de prestaciones económicas vinculadas al servicio y número de prestaciones de asistente personal concedidas)



Fuente: SISAAD, 2020.

GRÁFICO 51. EVOLUCIÓN DE LA PRESTACIÓN DE ASISTENTE PERSONAL EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

(Número de prestaciones)



Fuente: SISAAD, 2020.

En definitiva, la prestación económica por asistente personal no se encuentra todavía entre las principales herramientas de atención dentro del sistema, en parte debido a la falta de demanda y de la ausencia de una regulación específica, que es necesario desarrollar cuanto antes. Además, el recurso a la utilización de contratos de «servicio doméstico» para la contratación de servicios que serían desarrollados de manera más adecuada en el marco de una asistencia personal propiamente dicha disuelve el perfil profesional de la protección pretendido por la Ley.

3. Panorámica del sector de la atención a la dependencia

Entre los retornos que viene generando la puesta en marcha del sistema de atención a la dependencia desde la aprobación de la LAPAD resulta destacable su contribución al crecimiento económico y al dinamismo empresarial, tanto actual como potencial en el futuro, que tiene su traducción directa en el empleo, como se verá en el apartado 4 de este capítulo.

Unido a lo anterior, el desarrollo del sector se sustenta también en la existencia de un determinado volumen de oferta puramente privada, es decir, sin financiación pública, de servicios de promoción de la autonomía personal y de atención a situaciones de dependencia (ya sea por cuestiones de edad, discapacidad u otras causas) no susceptibles de ser cubiertas o, aun siéndolo, todavía no reconocidas y garantizadas por el SAAD.

Como en otros ámbitos de análisis de la atención a la dependencia, las posibilidades de aproximarse a este entramado a partir de las fuentes estadísticas oficiales son limitadas. Por un lado, el SISAAD incorpora información relativa exclusivamente a algunos aspectos de gestión y al perfil de las personas atendidas y no a las instituciones o empresas que gestionan o prestan el servicio ni a los equipamientos y recursos disponibles. Por otro, las fuentes habituales de análisis de los sectores de la actividad económica no incorporan información que encaje exactamente en lo que constituyen actividades de cuidado personal vinculados a la atención a la dependencia, de acuerdo con la conceptualización legal de esta última¹¹⁸.

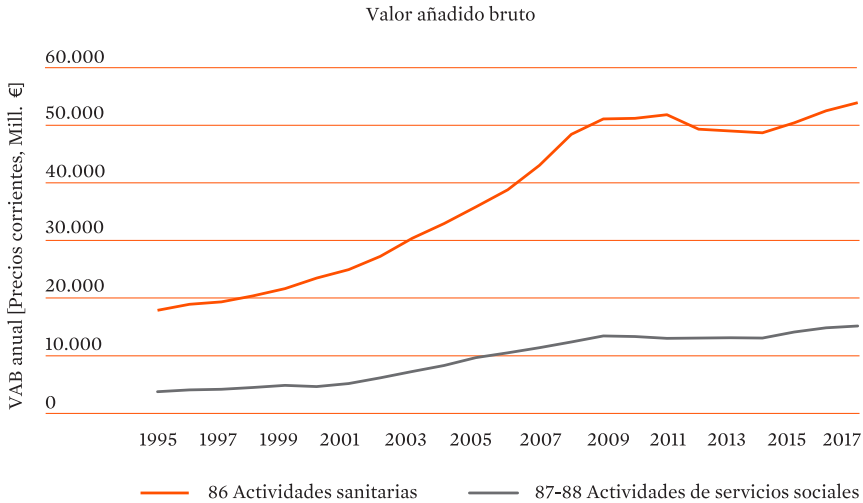
Sin embargo, algunos indicadores de la Contabilidad Nacional de España (INE) y del Directorio de Empresas (DIRCE) permiten acercarse en términos aproximados a la contribución del sector de los cuidados a las personas dependientes a la economía y el tejido empresarial y a las características de este último.

Así, resulta de interés observar la evolución de las principales magnitudes económicas de las actividades de servicios sociales¹¹⁹ —las más relacionadas con el grueso

118 Así, ni la Estadística sobre indicadores de actividad del sector servicios ni la Estadística estructural de empresas: sector servicios (INE) incorporan el grupo de actividades de la CNAE («Q»: actividades sanitarias y de servicios sociales) en que se encuadrarían las actividades de servicios sociales residenciales y no residenciales, que comprenden el grueso del sector.

119 Dentro del grupo Q (actividades sanitarias y de servicios sociales) de la Clasificación Nacional de Actividades (CNAE 2009), las actividades de Servicios Sociales comprenderían tanto la asistencia en establecimientos residenciales (87) como las actividades de servicios sociales sin alojamiento (88).

GRÁFICO 52. EVOLUCIÓN DEL VAB DE SERVICIOS SANITARIOS Y SERVICIOS SOCIALES
(A precios corrientes)



Nota: los datos de las actividades 87 (actividades de servicios sociales con alojamiento) y 88 (actividades de servicios sociales sin alojamiento) de la CNAE 2009 no están disponibles por separado, por lo que se presentan agrupados.
Fuente: INE, Contabilidad Nacional.

de prestaciones de la atención a la dependencia— y de las actividades sanitarias, dadas las similitudes y la estrecha relación existente entre ambos sectores, los cuales, desde comienzos de siglo, han vivido una notable expansión¹²⁰ (gráfico 52).

El grupo de actividades de los servicios sociales, en el que se integran las más relacionadas con la atención a la dependencia, intensificó el crecimiento de su aportación a la economía durante el periodo 1995-2017, especialmente a partir de 2007 coincidiendo con la puesta en marcha del sistema de atención a la dependencia. No obstante, la evolución muestra un claro estancamiento durante los años de crisis, remontando en los últimos ejercicios. Así, el valor añadido bruto de estas actividades en 2017 (15.180 millones de euros) triplicaba al del año 2000, habiendo aumentado su participación sobre el VAB total de la economía desde el 0,8 por 100 al 1,4 por 100 (gráfico 53). Por su parte, el VAB de las actividades sanitarias se duplica en este mismo periodo, hasta alcanzar los 53.928 millones de euros en 2017, con una participación sobre el VAB total del 5,1 por 100, frente al 4 por 100 que suponía a comienzos de siglo.

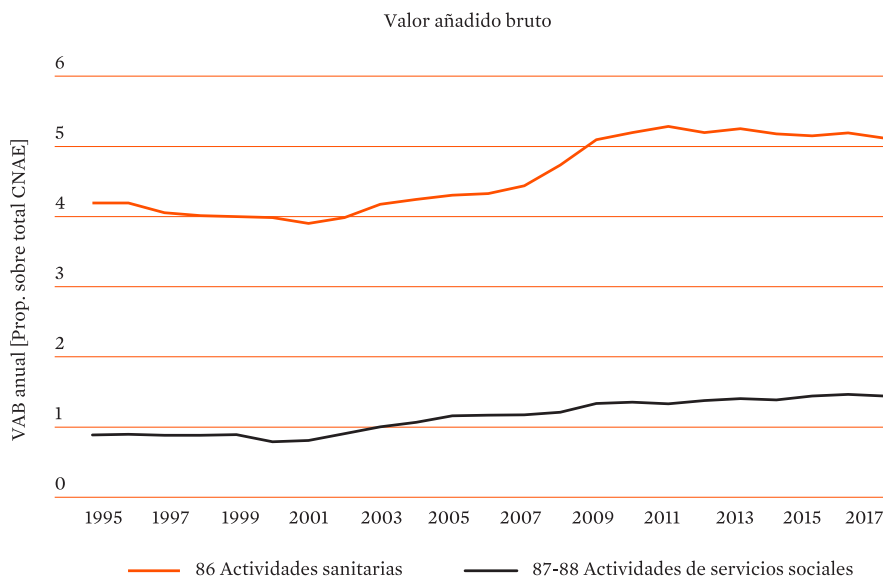
Dentro de las actividades de servicios sociales, cabe comparar la evolución de las empresas del sector durante el periodo 2008-2018¹²¹ en aspectos tales como su volumen, su estrato de asalariados y su condición jurídica. Como aproximación al sector de la

¹²⁰ Véase nota metodológica en el anexo a este informe.

¹²¹ Periodo al que alcanza la información contenida en el Directorio Central de Empresas (DIRCE) en cuyos resultados se basa el análisis.

GRÁFICO 53. APORTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS SANITARIOS Y SERVICIOS SOCIALES AL CONJUNTO DEL VAB

(En porcentaje)



Nota: los datos de las actividades 87 (actividades de servicios sociales con alojamiento) y 88 (actividades de servicios sociales sin alojamiento) de la CNAE 2009 no están disponibles por separado, por lo que se presentan agrupados.

Fuente: INE, Contabilidad Nacional.

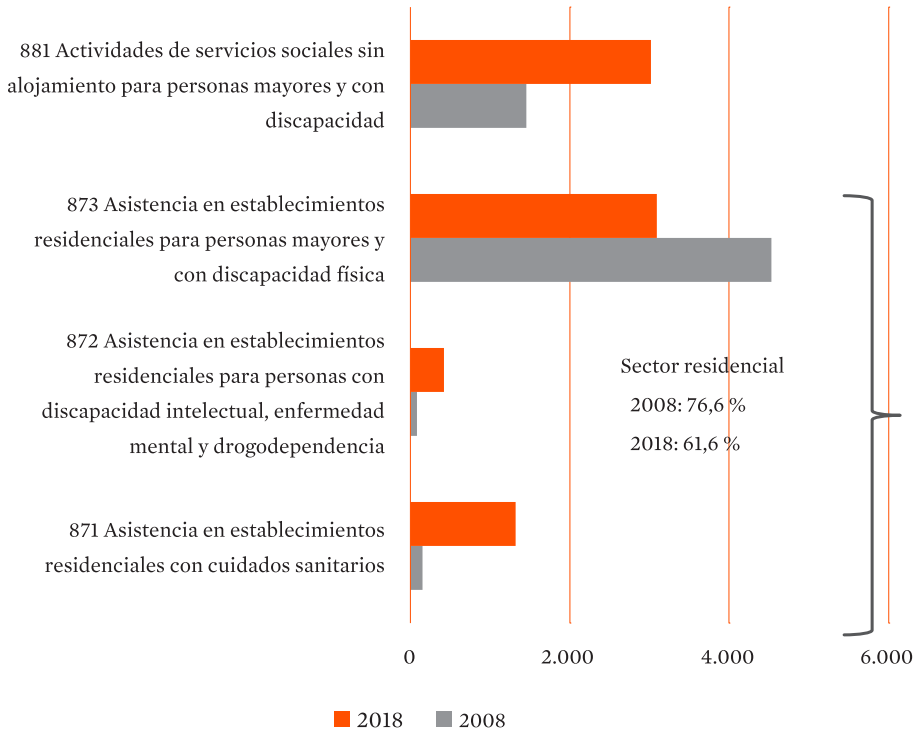
dependencia, y al igual que se hará en el apartado dedicado al empleo en el sector, se han tomado aquí los subgrupos de actividad 871, 872, 873 y 881 descartando los subgrupos correspondientes a «Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales» (subgrupo 8790 de la CNAE 2009)¹²² así como el de «Otras actividades de servicios sociales sin alojamiento»¹²³ por alejarse su contenido de los cometidos del sistema de atención a la dependencia.

Bajo los anteriores criterios, el volumen de empresas del sector de atención a la dependencia habría pasado de 6.204 a 7.889. Son mayoritarias las empresas del subsector residencial, en sus diferentes tipologías. No obstante, se observa un reseñable

122 Actividades que comprenden instituciones residenciales como los orfanatos, centros de acogida y hogares infantiles; los centros de acogida temporal para las personas sin hogar o las instituciones que atienden a las madres solteras y a sus hijos; centros residenciales de reinserción para personas con problemas sociales y personales o los reformatorios residenciales para jóvenes, entre otros.

123 Subgrupo 8891 CNAE 2009 (actividades de las guarderías diurnas para niños) y 8892 CNAE 2009 (se trata de las actividades más propiamente relacionadas con las funciones de los servicios sociales excluida la atención a la dependencia en campos como el asesoramiento, bienestar social, asilo, orientación de niños y adolescentes, adopción y prevención de malos tratos a la infancia; auxilio a víctimas de catástrofes, refugiados, inmigrantes, etc.; la determinación de las personas con derecho a recibir asistencia social, ayudas para el alquiler de viviendas o cupones para comprar alimentos, los centros de día para personas sin hogar y otros grupos socialmente desfavorecidos, servicios de mediación cultural, entre otros).

GRÁFICO 54. EMPRESAS VINCULADAS A LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA, 2008-2018
(En número de empresas)



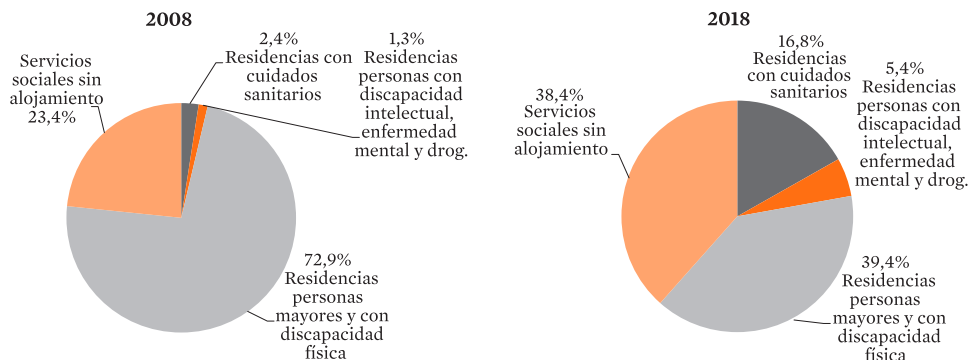
Fuente: elaboración propia a partir de INE, Directorio Central de Empresas (DIRCE).

crecimiento de las empresas del sector no residencial, que entre 2008 y 2018 habían doblado su número (gráfico 54).

Se observa asimismo una cierta dinámica de cambio dentro del sector residencial por tipologías de atención, con un considerable aumento del peso de los establecimientos residenciales que incluyen cuidados sanitarios, un crecimiento también reseñable de los destinados a personas con discapacidad intelectual y mental, así como una disminución de los establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad (sin cuidados sanitarios) (gráfico 55). Ello puede ser indicativo de una tendencia a la ampliación de actividades de las empresas del sector residencial, que se habría ido reconfigurando para incluir cada vez más la oferta de cuidados sanitarios, probablemente en respuesta a los cambios en el perfil de la demanda, con una población más envejecida que requiere servicios de carácter integral.

Considerando el volumen de asalariados, las empresas vinculadas a la atención a la dependencia se caracterizan por su intensidad en el empleo. Así, si las empresas sin empleados predominan tanto en el total de empresas registradas como en el sector

GRÁFICO 55. ESTRUCTURA DEL SECTOR DE EMPRESAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA, POR FINALIDAD, 2008-2018



Fuente: elaboración propia a partir de INE, Directorio Central de Empresas (DIRCE).

sanitario, que se toma como referente de comparación, en las cuatro actividades de servicios sociales hay un mayor peso de empresas de más de 50 trabajadores que en los dos grupos anteriores. De hecho, las empresas sin empleados solo tienen un peso destacado en los grupos de la CNAE 873 y 881. No obstante, el tamaño más frecuente en las actividades residenciales es el de 10 a 49 trabajadores, aunque a lo largo del periodo de comparación se observa en este grupo una tendencia al incremento de la presencia de empresas grandes, de más de 200 trabajadores. En las actividades sin alojamiento el tamaño más frecuente es inferior (de 1 a 9 trabajadores) (gráfico 56).

En cuanto a la condición jurídica de estas empresas, frente a los grupos de total de las empresas y al sector sanitario, que sirven de referencia, en los que predomina la condición jurídica de persona física, en las cuatro actividades de servicios sociales hay un mayor peso de «otras»¹²⁴ condiciones jurídicas diferentes de la sociedad anónima, la sociedad limitada y las personas físicas. En los grupos 872 (residencias para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia) y 881 (servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y con discapacidad) la categoría «otras» es la más frecuente. Las personas físicas solo tienen un peso destacado en el grupo 881. La sociedad de responsabilidad limitada es la forma jurídica más frecuente de las 871 y 873. Lamentablemente, la clasificación del DIRCE y la no desagregación de la categoría «otras», la más frecuente en los servicios sin alojamiento, impide aproximarse a la posición en el sector de determinados tipos de empresas, como algunas del ámbito de la economía social y del tercer sector de acción social, que tradicionalmente han estado vinculadas a la atención a la dependencia.

124 Según la Metodología del DIRCE (INE), el grupo «Otras» estaría conformado por las siguientes formas jurídicas: sociedades comanditarias, comunidades de bienes, sociedades cooperativas, asociaciones y otros tipos, organismos autónomos, organizaciones e instituciones religiosas.

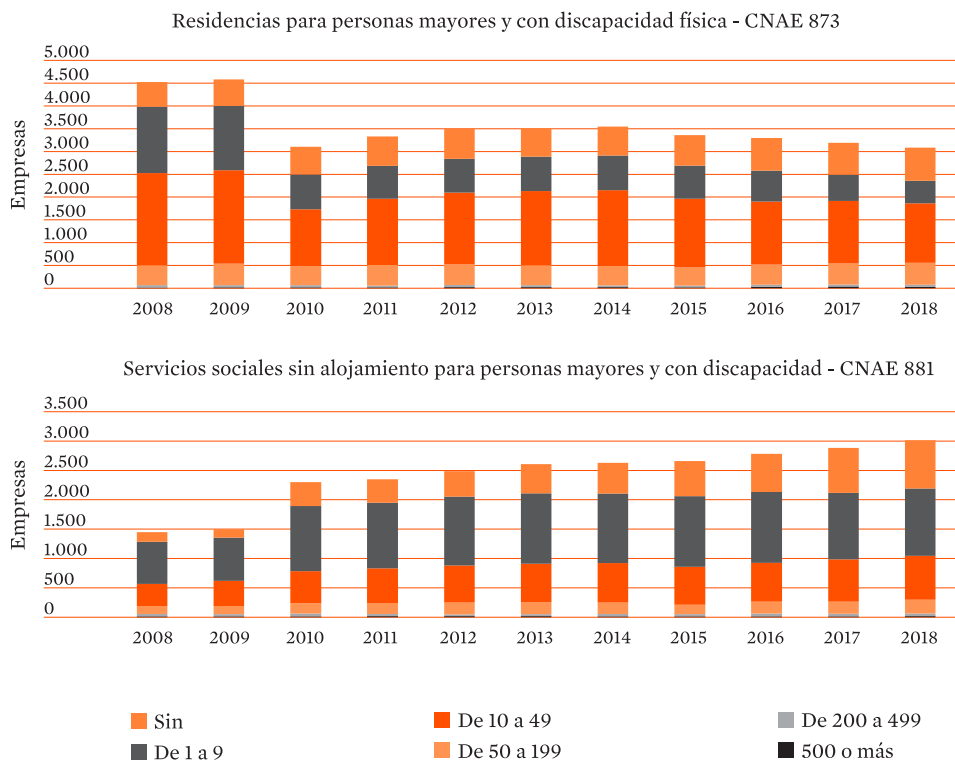
GRÁFICO 56. EMPRESAS ACTIVAS POR ASALARIADOS

Total CNAE, actividades sanitarias (CNAE 86) y actividades servicios sociales vinculadas a la atención a la dependencia (CNAE 871, 872, 873 y 881)



GRÁFICO 56. EMPRESAS ACTIVAS POR ASALARIADOS

(continuación)

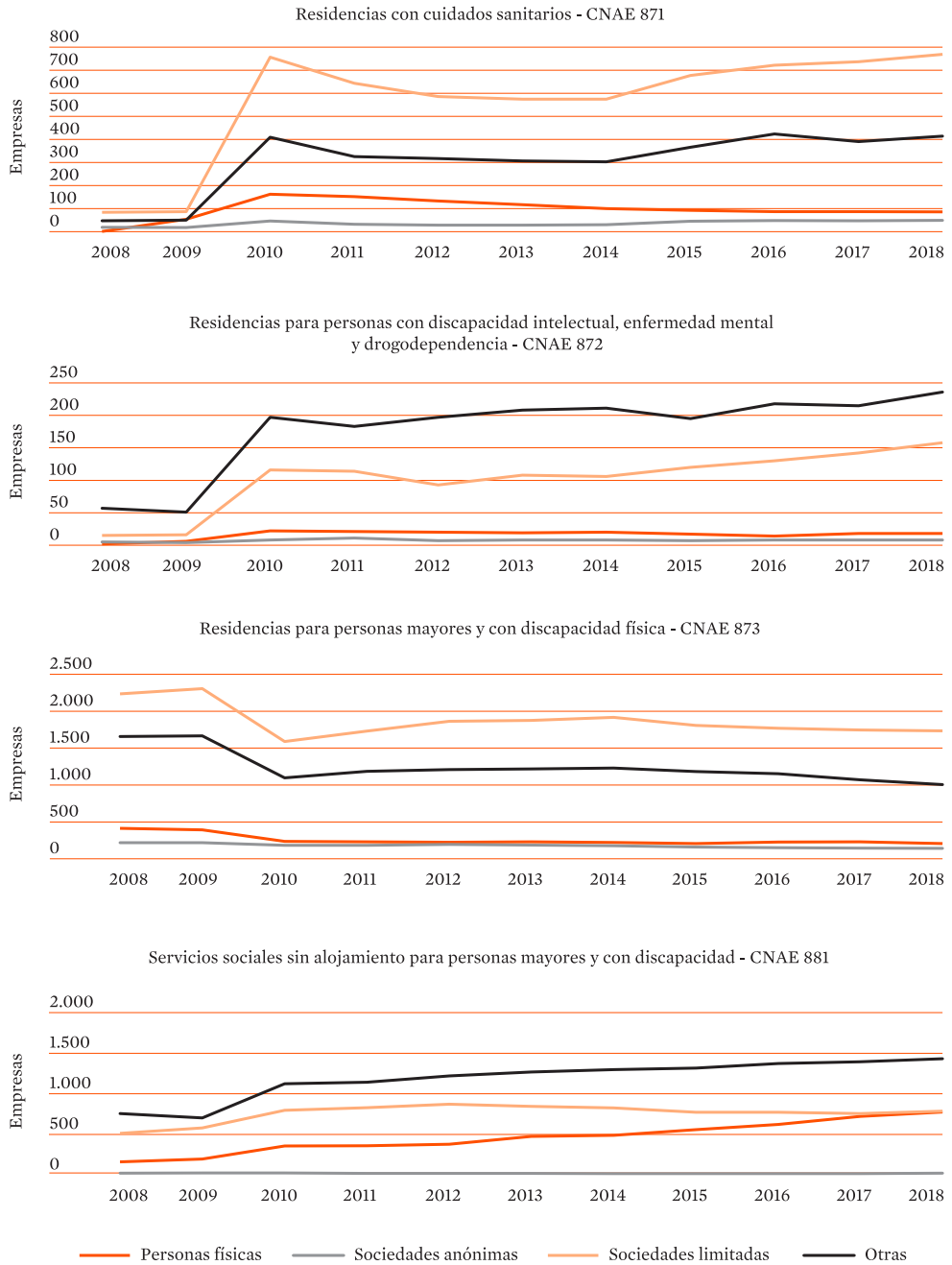


Fuente: INE, DIRCE.

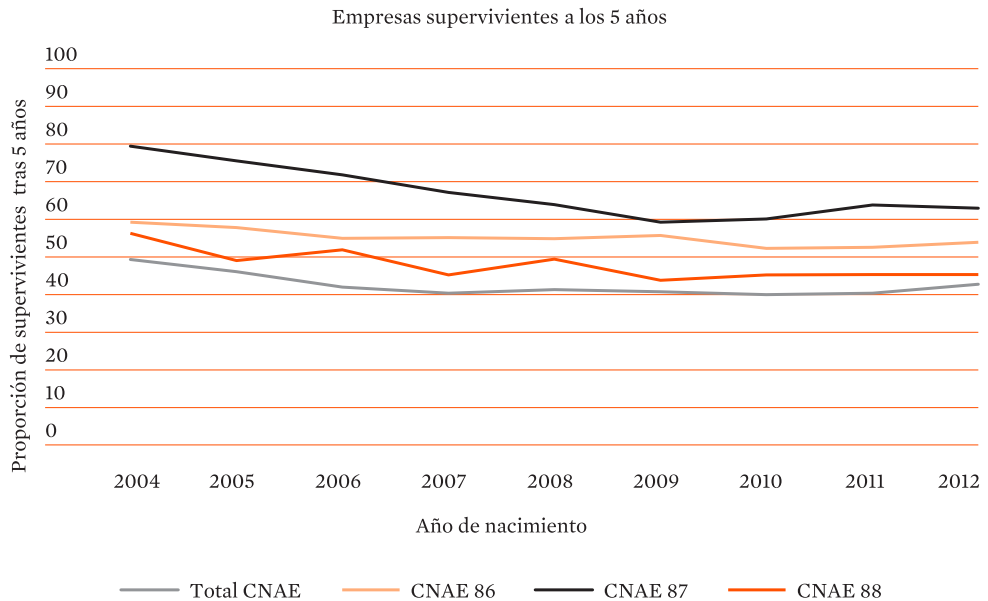
Por último, considerando como un indicador representativo de la demografía empresarial, el de la proporción de empresas que se mantienen en activo cinco años desde su creación, cabe destacar la mayor supervivencia de las empresas de atención a la dependencia con respecto al conjunto de la economía, sobre todo en las ramas de servicios residenciales (87), que supera también a los servicios sanitarios (86) aunque con tendencia a la baja para las empresas nacidas hasta 2009 (gráfico 58).

En suma, el sector de las empresas vinculadas a la atención a la dependencia ha vivido una importante expansión en paralelo a la puesta en funcionamiento del SAAD, por lo que cabe interpretar que la creación del mismo, contemporáneo al propio avance del envejecimiento y las necesidades de atención, contribuyó a la dinamización del sector y al aumento de la demanda de este tipo de servicios entre la población. Además, es importante destacar que se trata de un sector heterogéneo e intensivo en empleo, que parece haber experimentado una importante reconfiguración interna, con una incipiente mayor presencia de grandes empresas en algunas de sus ramas.

GRÁFICO 57. EMPRESAS VINCULADAS A LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA POR CONDICIÓN JURÍDICA



Fuente: INE, DIRCE.

GRÁFICO 58. PROPORCIÓN DE EMPRESAS SUPERVIVIENTES A LOS 5 AÑOS SEGÚN AÑO DE NACIMIENTO

Fuente: INE, Demografía empresarial.

Total CNAE: todas las actividades económicas.

CNAE 86: actividades sanitarias.

CNAE 87: asistencia en establecimientos residenciales.

CNAE 88: actividades de servicios sociales sin alojamiento.

Fuente: INE, Demografía armonizada de empresas.

En cualquier caso, el sistema de atención a la dependencia es una de las vertientes de la protección social donde la colaboración público-privada está más extendida, a través de los sistemas de contratación pública y el sistema de concierto. De ahí que el conocimiento de las dinámicas sectoriales revista especial importancia, siendo deseable que desde el propio SAAD se propicie el análisis de su evolución y características, haciendo hincapié en evaluar los aspectos de sus relaciones con las empresas del sector que puedan revertir en la mejora de la calidad de las distintas prestaciones y servicios.

4. El empleo vinculado al SAAD

La puesta en marcha del SAAD vino acompañada de importantes expectativas en torno a su potencial como yacimiento de empleo. Recuérdese que en el año 2004, el Libro Blanco de la dependencia un potencial de generación de empleo neta tan solo entre 2005 y 2010 de 262.735 empleos nuevos equivalentes a jornada completa y un total de 330.432 nuevos puestos, incluyendo también los de jornada parcial¹²⁵. Considerando

125 Véase, IMSERSO, *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*, 2004.

los efectos indirectos e inducidos de la actividad en la creación de empleo, así como la afluencia de trabajo sumergido, el efecto potencial sobre el empleo se habría cifrado en más de 450.000 empleos equivalentes a jornada completa. Quince años después de aquellas previsiones, parece oportuno realizar una aproximación al grado de cumplimiento de aquellas expectativas, generadas en un contexto todavía ajeno a la crisis económica que arrancó en paralelo a la puesta en marcha del sistema.

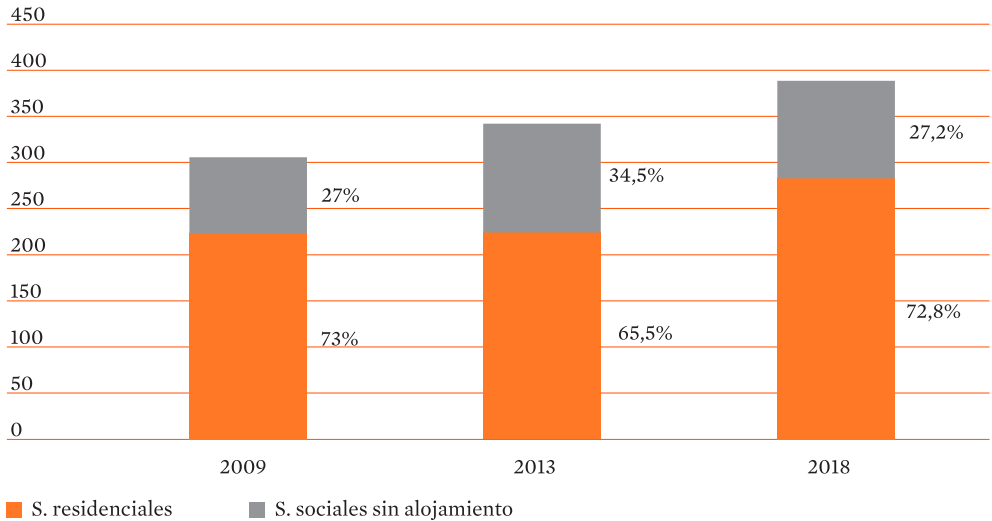
A diferencia de lo que acontece en el sistema sanitario, no existe un registro de profesionales del SAAD y, hasta muy recientemente,¹²⁶ no se ha ofrecido información oficial desagregada sobre los trabajadores que prestan sus servicios en esta rama de la protección social, que no se corresponde con el sector de las actividades de servicios sociales, sino que constituye un subconjunto del mismo. Por ello, para abordar un estudio longitudinal de la evolución de esta variable desde los comienzos de la puesta en marcha del sistema, en línea con los objetivos de este informe, resulta obligado acudir a otras fuentes. Así, se aborda aquí un análisis más detallado a partir de la EPA de las actividades más vinculadas estrictamente con la atención a las personas dependientes, tanto del sector residencial como de los servicios sociales sin alojamiento, contrastando la situación con la del subsector sanitario y la del conjunto de los ocupados, tal y como se explica en el apéndice metodológico (recuadro 12).

Conforme a esta metodología, el impulso dado por la creación del SAAD a las actividades de atención a la dependencia habría dado lugar a la creación neta de algo más de 80.000 empleos (82.900 en media anual) entre 2009 y 2018. En ese último año, las personas ocupadas en las actividades de servicios sociales vinculadas a la atención a la dependencia se acercarían a las 400.000 (388.400 en media anual), es decir, todavía por debajo de las previsiones del Libro Blanco para 2010. En torno al 73 por 100 trabaja en el subsector residencial y el 27 por 100 en el no residencial, porcentajes muy similares a los del inicio del periodo (gráfico 59).

La evolución de la ocupación en las actividades de atención a la dependencia corrobora el avance del empleo en el sector, que aguantó algo mejor que el resto de la ocupación durante la crisis, si bien con distinto comportamiento en el caso de los servicios residenciales o no residenciales. Así, entre 2009 y 2013, mientras que el conjunto de la ocupación disminuyó en torno al 10 por 100 y la sanidad lo hizo un 3 por 100, los ocupados en servicios sociales residenciales se mantuvieron prácticamente al mismo nivel, mientras en servicios no residenciales (partiendo de niveles muy bajos) aumentaron en torno al 43 por 100. En 2018, mientras el conjunto de la ocupación

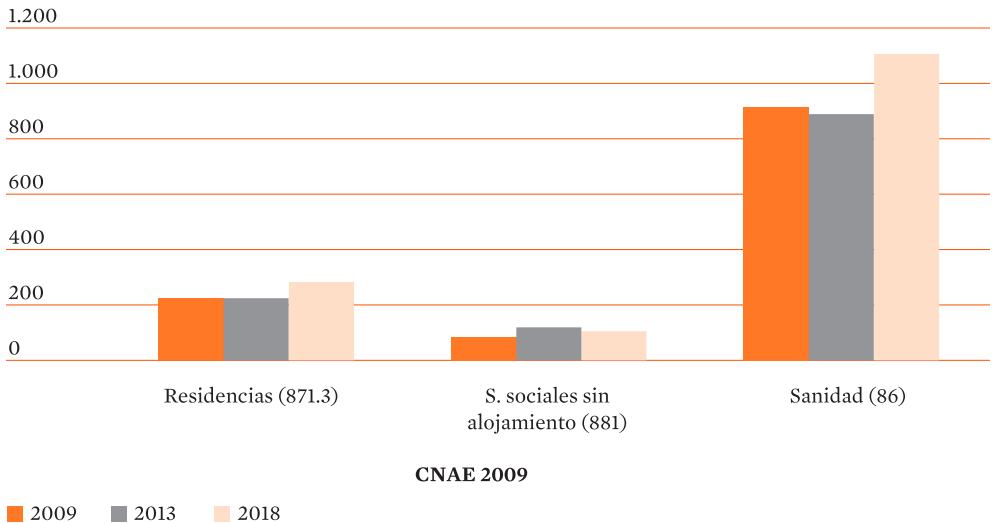
126 En vísperas de la aprobación de este informe, el IMSERSO comenzó a publicar un informe trimestral sobre el empleo en el sector de los servicios sociales con datos de afiliación a la Seguridad Social a partir del año 2020. El informe adopta una metodología similar a la utilizada aquí con los datos de la EPA, identificando como trabajadores del SAAD a las personas ocupadas en las divisiones 87 (Asistencia en establecimientos residenciales) y 88 (Actividades de servicios sociales sin alojamiento) de la Sección Q (Actividades sanitarias y servicios sociales). Véase Ministerio de Derechos Sociales Agenda 2030, *Informe de Empleo en sector Servicios Sociales*, 16.10.2020.

GRÁFICO 59. PERSONAS OCUPADAS EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA, 2009-2018
(Cifras absolutas en miles y porcentaje de cada subsector)



Fuente: elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (Microdatos de submuestra a 3 dígitos CNAE y CNO).

GRÁFICO 60. OCUPACIÓN EN ACTIVIDADES DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y SANIDAD, 2009, 2013 Y 2018
(Número de personas ocupadas, en cifras absolutas)



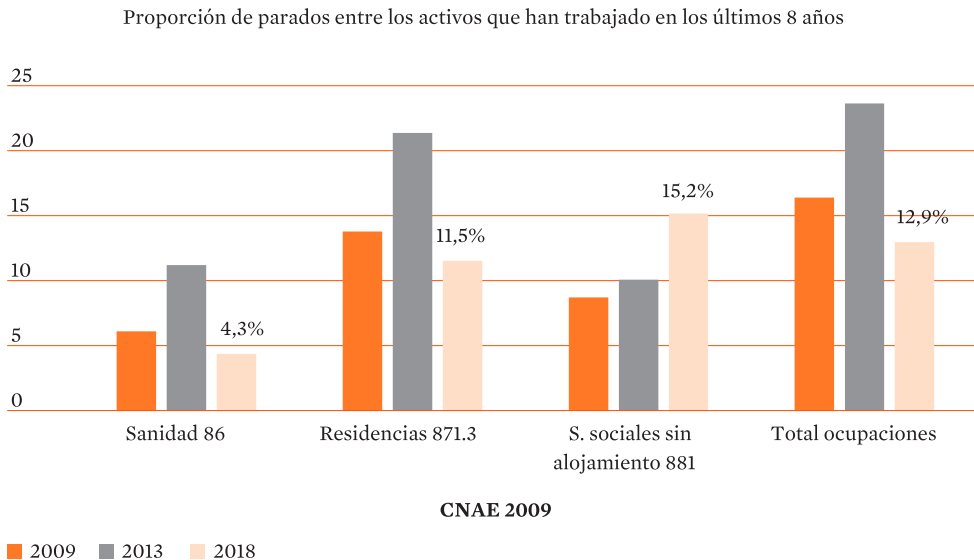
Fuente: elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (Microdatos de submuestra a 3 dígitos CNAE y CNO).

había aumentado alrededor del 13 por 100 con respecto a 2013 —más del 24 por 100 en el caso de las actividades sanitarias— el empleo en los servicios residenciales había crecido un 26,7 por 100 con respecto a 2013, mientras en el caso de los servicios no residenciales el volumen de ocupados no había logrado recuperarse e incluso reflejaba un valor algo menor que en aquel año (gráfico 60).

La incidencia del desempleo en las ramas de actividad de los servicios sociales relacionadas con la atención a la dependencia muestra también un comportamiento diferente según se considere el subsector residencial o el de servicios sin alojamiento (gráfico 61). En 2018, la tasa de paro del sector¹²⁷ era algo superior a la del conjunto de la ocupación en el caso de los servicios sociales sin alojamiento y algo inferior en el caso del subsector residencial. En 2018, llaman la atención las diferencias con el bajo desempleo en la sanidad, lo que podría estimular la fluidez de los vasos comunicantes existentes entre el sector de atención a la dependencia y el sector sanitario puesto que, como se verá más adelante, parte de los trabajadores en atención a la dependencia poseen formación sanitaria.

Desde el punto de vista de la evolución temporal, resulta especialmente llamativo el comportamiento del desempleo en el sector de servicios sociales sin alojamiento donde, a diferencia de los otros, la frecuencia del desempleo parece haber continuado subiendo incluso terminada la crisis (gráfico 61). En cualquier caso, hay que interpretar estas proporciones en conexión con la evolución de la temporalidad y rotación en el sector, como se verá a continuación, que pueden traducirse en frecuentes entradas y salidas del desempleo.

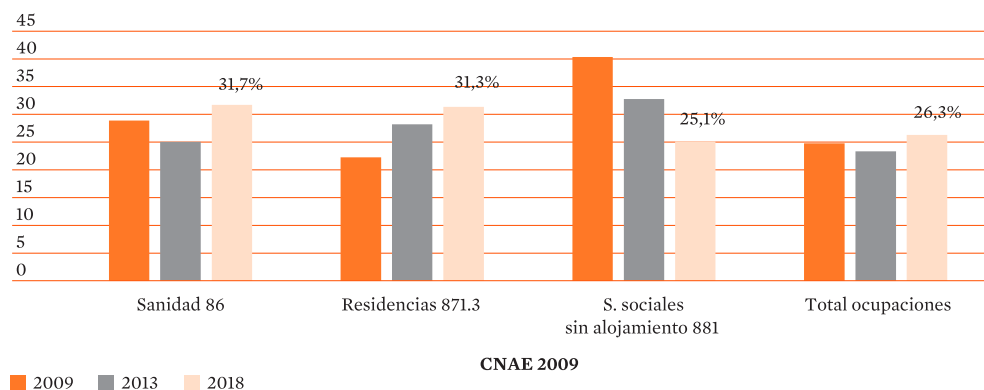
GRÁFICO 61. INCIDENCIA DEL DESEMPLEO EN EL SECTOR DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA



Fuente: elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (Microdatos de submuestra a 3 dígitos CNAE y CNO).

127 Según actividad en el último empleo.

GRÁFICO 62. PERSONAS ASALARIADAS CON CONTRATO TEMPORAL 2009, 2013 Y 2018



Fuente: elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (Microdatos de submuestra a 3 dígitos CNAE y CNO).

En cuanto al tipo de contrato más habitual, en proporciones similares a las registradas para el conjunto de la ocupación, la temporalidad afecta en torno a una cuarta parte de los ocupados en los servicios sociales sin alojamiento. No obstante, a diferencia de la evolución para el conjunto de la ocupación y en los otros sectores de referencia, la temporalidad ha descendido desde 2009. En cambio, la proporción de contratos temporales es algo superior en el caso de las residencias donde aparece aproximadamente en tres de cada diez casos, en línea con lo que acontece en la sanidad, habiendo aumentado en la última fase del periodo, coincidiendo con la recuperación del empleo en estos subsectores (gráfico 62). En cuanto a la duración de los contratos temporales, supera el mes en prácticamente el 90 por 100 de los casos, en ambos subsectores, situándose en los seis meses en la mayoría de los casos.

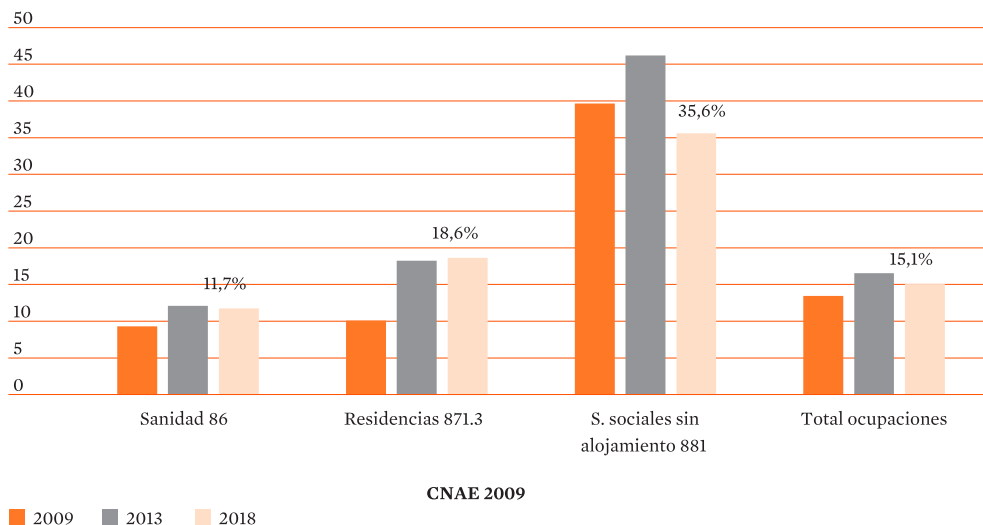
La frecuencia de la jornada a tiempo parcial en las actividades vinculadas a la dependencia es superior a los otros sectores considerados aunque la situación varía mucho, una vez más, en función del subsector que se considere. Así, en las residencias la tasa de parcialidad (cerca del 19 por 100) se sitúa por encima de la media del conjunto de la ocupación (15 por 100) así como del sector sanitario (12 por 100) (gráfico 63). Sin embargo, esas diferencias son mucho más acusadas en el caso del subsector de servicios sin alojamiento, llegando a doblar con creces la media del total: la jornada parcial se da ahí en más de un tercio de los casos (gráfico 63).

El grado de involuntariedad¹²⁸ de la jornada parcial es bastante más elevado que para el conjunto de los trabajadores (55 por 100), así como que en el sector sanitario (42 por 100): cerca de 2 de cada 3 personas trabajando en residencias y 3 de cada 4 de las que lo hacen en servicios sin alojamiento trabajan a tiempo parcial en 2018

128 Entendido como el porcentaje de las personas ocupadas con jornada parcial que señalan como motivo de la misma el no haber podido encontrar un trabajo de jornada completa.

GRÁFICO 63. JORNADA A TIEMPO PARCIAL

(Proporción de personas ocupadas con jornada a tiempo parcial)



Fuente: elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (Microdatos de submuestra a 3 dígitos CNAE y CNO).

por no haber encontrado un puesto a tiempo completo. Como segundo motivo más mencionado de la jornada parcial, aunque a mucha distancia de la preferencia por el tiempo completo (14 por 100 en residencias y 7 por 100 en servicios sin alojamiento) aparece el cuidado de niños o de adultos enfermos, incapacitados o mayores. En el conjunto de la ocupación, los cuidados aparecen como principal motivo para trabajar a tiempo parcial en el 12,3 por 100 de los casos, siendo bastante más frecuente entre las personas trabajadoras del sector sanitario (24,3 por 100).

Resulta destacable en 2018, asimismo, la frecuencia con que siguen buscando empleo a pesar de estar trabajando las personas ocupadas en el sector de los servicios sociales sin alojamiento (11 por 100), por encima de la media de los ocupados (6,5 por 100) y, sobre todo, del sector sanitario (3,4 por 100). En cuanto al sector residencial, se sitúa más en línea con el total de ocupados (7,6 por 100). Para más del 60 por 100 de las personas trabajadoras de los servicios sin alojamiento y casi la mitad del sector residencial que buscan otro empleo, el motivo principal de búsqueda radica en la insuficiencia de horas trabajadas. Como segundo motivo, aparecía el deseo de mejorar los ingresos por hora, también más elevado entre los trabajadores del sector no residencial que buscan trabajo (43,5 por 100) que en el residencial (32,8 por 100) el total de ocupados (35,5 por 100) y los trabajadores del sector sanitario (19,0 por 100).

En cuanto a otras condiciones de trabajo que se apartan de las habituales, cabe destacar la elevada frecuencia del trabajo en domingos y nocturno en el sector residencial (68 por 100 y 23 por 100 respectivamente), proporciones más similares a las del sector

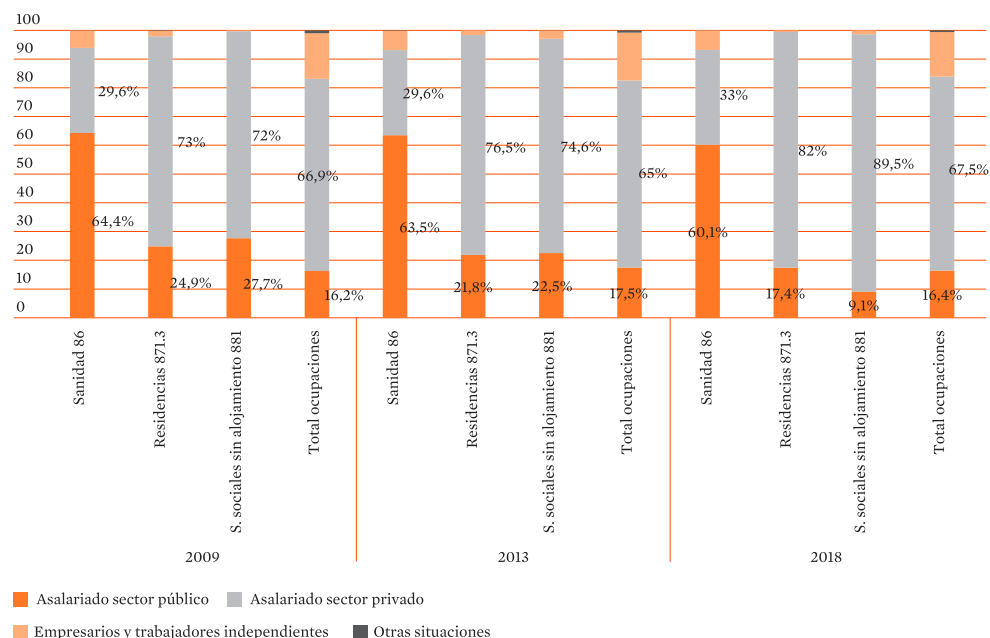
sanitario (40 por 100 y 28 por 100) y muy por encima de los servicios sin alojamiento (16 por 100 y 5 por 100) y del total de la ocupación (24 por 100 y 13,6 por 100).

La pertenencia a uno u otro subsector parece marcar también claras diferencias en cuanto a la situación profesional y los perfiles personales de las personas ocupadas en el sector, aunque también hay rasgos claramente compartidos. Entre estos últimos, destaca el elevado nivel de asalarización tanto de los servicios residenciales como no residenciales, por encima, por ejemplo, del sector sanitario (donde hay una presencia algo mayor de profesionales independientes y empresarios) y del total de actividades CNAE 2009.

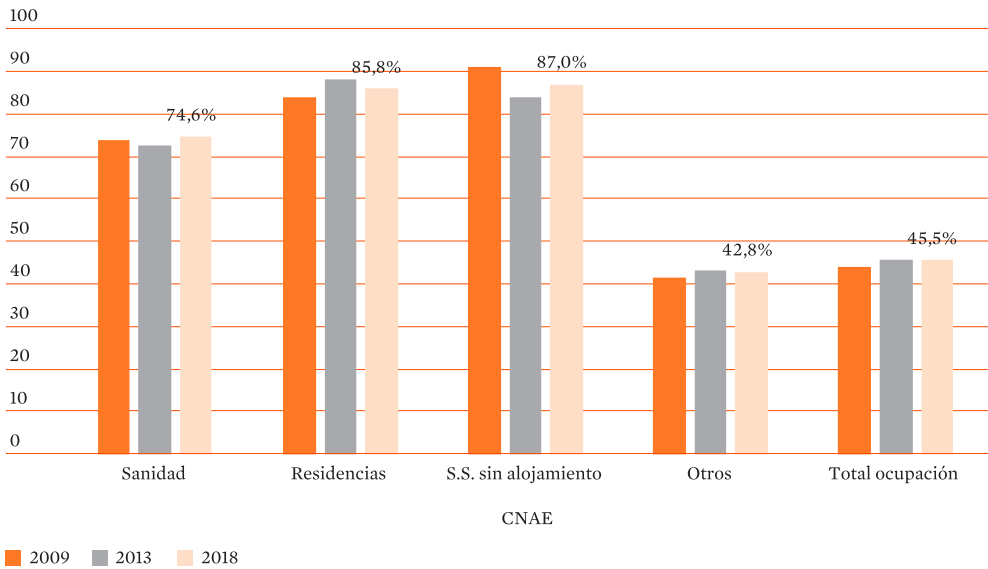
Otra característica compartida por todo el sector de la atención a la dependencia es el elevado peso de las personas asalarizadas del sector privado, rasgo que ha ido en aumento desde 2009 y que llega a superar el 80 por 100 en el sector residencial, alcanzando al 90 por 100 del empleo en el no residencial (gráfico 64). Las ganancias en el empleo a lo largo del tiempo que se han referido con anterioridad son atribuibles a la evolución del sector privado que, como se ha visto en el apartado anterior (II.3), ha sido especialmente dinámico en la creación de empresas en este ámbito durante el periodo. En cambio, desde 2009 a 2018 han disminuido las personas asalarizadas del sector público en servicios sociales tanto residenciales (-10 por 100) como especialmente los no residenciales (-58 por 100).

GRÁFICO 64. SITUACIÓN PROFESIONAL DE LAS PERSONAS OCUPADAS

(En porcentaje sobre el total de personas ocupadas)



Fuente: elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (Microdatos de submuestra a 3 dígitos CNAE y CNO).

GRÁFICO 65. PROPORCIÓN DE MUJERES ENTRE LAS PERSONAS OCUPADAS, 2009-2018

Fuente: elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (Microdatos de submuestra a 3 dígitos CNAE y CNO).

Unido a lo anterior, otro rasgo distintivo que comparten las distintas actividades de atención a la dependencia, residenciales y no residenciales, es la rotunda preponderancia de mujeres entre las personas ocupadas en el sector, superior al 80 por 100 en 2018. Se trata de un valor por encima de la ya de por sí muy alta tasa de feminización del sector sanitario, más marcada aún si se compara con la del conjunto de las personas ocupadas (gráfico 65).

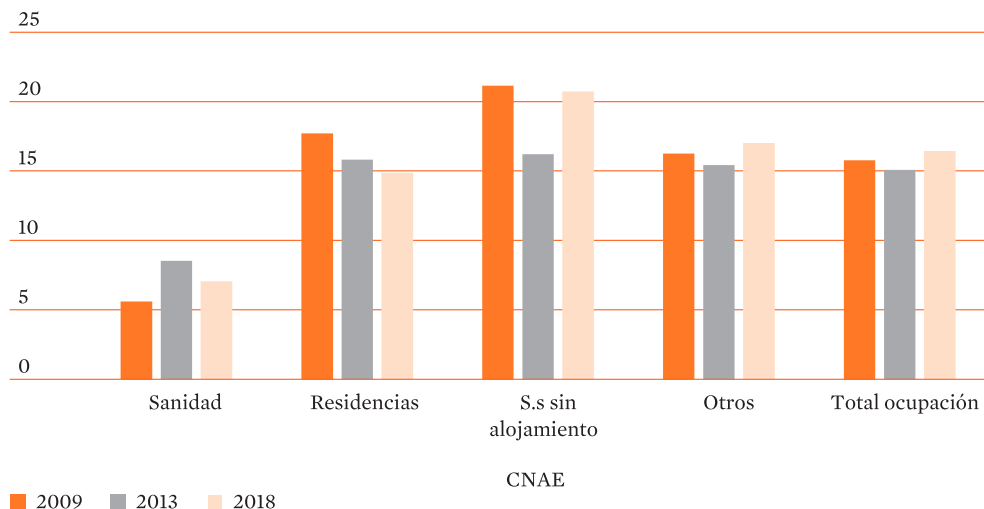
Otra variable de interés viene dada por la presencia de trabajadores de origen extranjero en el sector pues, como puso de relieve el CES¹²⁹ recientemente, la necesidad de valorar su aportación en el horizonte de la previsible crisis de los cuidados ligada al envejecimiento de la población se relaciona con la importancia de la profesionalización y dignificación de este tipo de tareas. En el sector no residencial, la proporción de personas de origen extranjero (por encima del 20 por 100)¹³⁰ es superior a la registrada en el conjunto de la ocupación, contrastando con su escasa presencia en el sector sanitario (gráfico 66).

129 Véase Informe CES 2/2019, *La inmigración en España: efectos y oportunidades*, pag. 240.

130 Para evaluar los efectos de la inmigración en el sector de los cuidados, se han tomado los trabajadores «nacidos en el extranjero», indicador que a estos efectos se considera más fiable que el de «trabajadores de nacionalidad extranjera», dada la intensidad de los procesos de nacionalización en los últimos años.

GRÁFICO 66. PERSONAS DE ORIGEN EXTRANJERO OCUPADAS

(En porcentaje sobre el total de personas ocupadas en cada grupo de actividades)



Fuente: elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (Microdatos de submuestra a 3 dígitos CNAE y CNO).

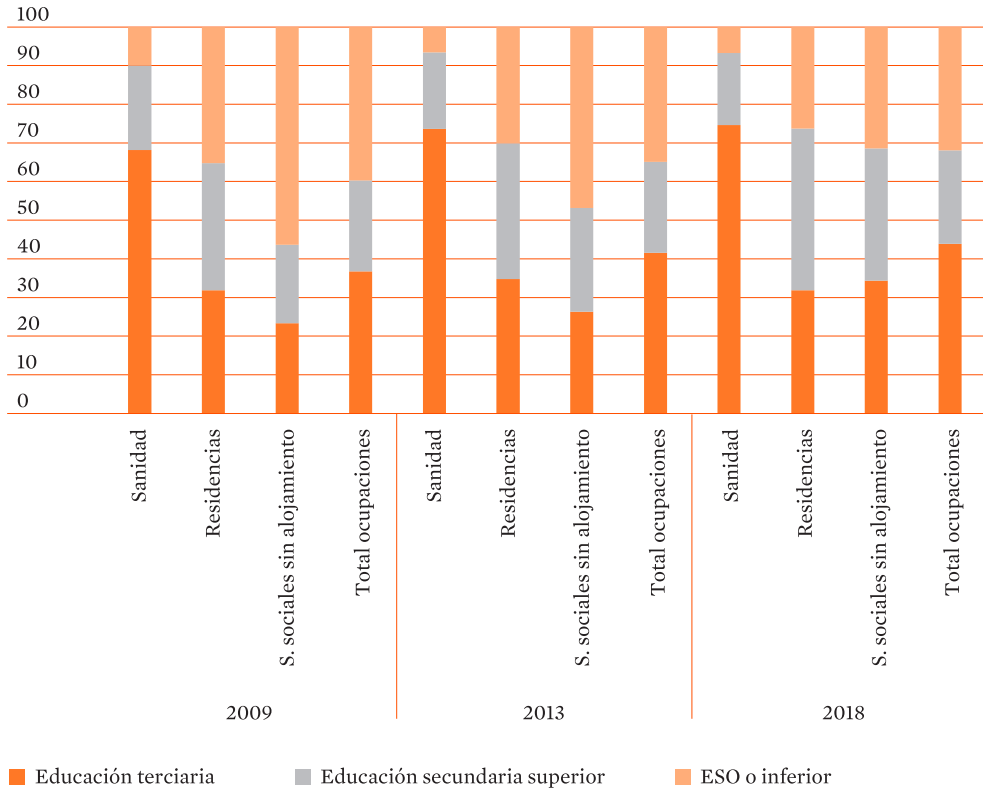
En 2018, la media de edad en el sector de la atención a la dependencia era de alrededor de 45 años, en línea con la del sector sanitario y en el entorno de la del total de personas ocupadas (43 años).

En cuanto al nivel de estudios, considerando la situación en 2018, cerca del 70 por 100 de los ocupados en servicios sin alojamiento cuenta como máximo con educación secundaria superior, en línea con el conjunto de la ocupación. En el sector residencial esta proporción es incluso algo superior, aunque lejos del sector sanitario, donde supera el 90 por 100. Sin embargo, considerando solo a los que además tienen educación terciaria, en los sectores de la atención a la dependencia se sitúan alrededor de un tercio de los ocupados, por debajo del conjunto de la ocupación (alrededor del 44 por 100) y, sobre todo, del sector sanitario (75 por 100). La proporción de personas que solo cuenta con niveles formativos básicos (en torno a un tercio del total) es similar en los servicios sin alojamiento a su peso en el conjunto de la ocupación, superior al que tienen en el sector residencial (26, 3 por 100) y muy por encima del que representan en el sector sanitario (gráfico 67).

De entre quienes tenían en 2018 alguna formación distinta de la general básica, los sectores de estudios reglados más frecuentes en la atención a la dependencia eran los relacionados con la salud: en torno al 40 por 100 de las personas ocupadas en el sector residencial y el 20 por 100 del sector no residencial. Otro grupo de estudios relativamente habitual aunque menos que el anterior venía dado por el de los servicios sociales, que agrupaba a algo menos del 10 por 100 del total (gráfico 68).

GRÁFICO 67. NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS PERSONAS OCUPADAS

(En porcentaje sobre el total de ocupados de cada sector)



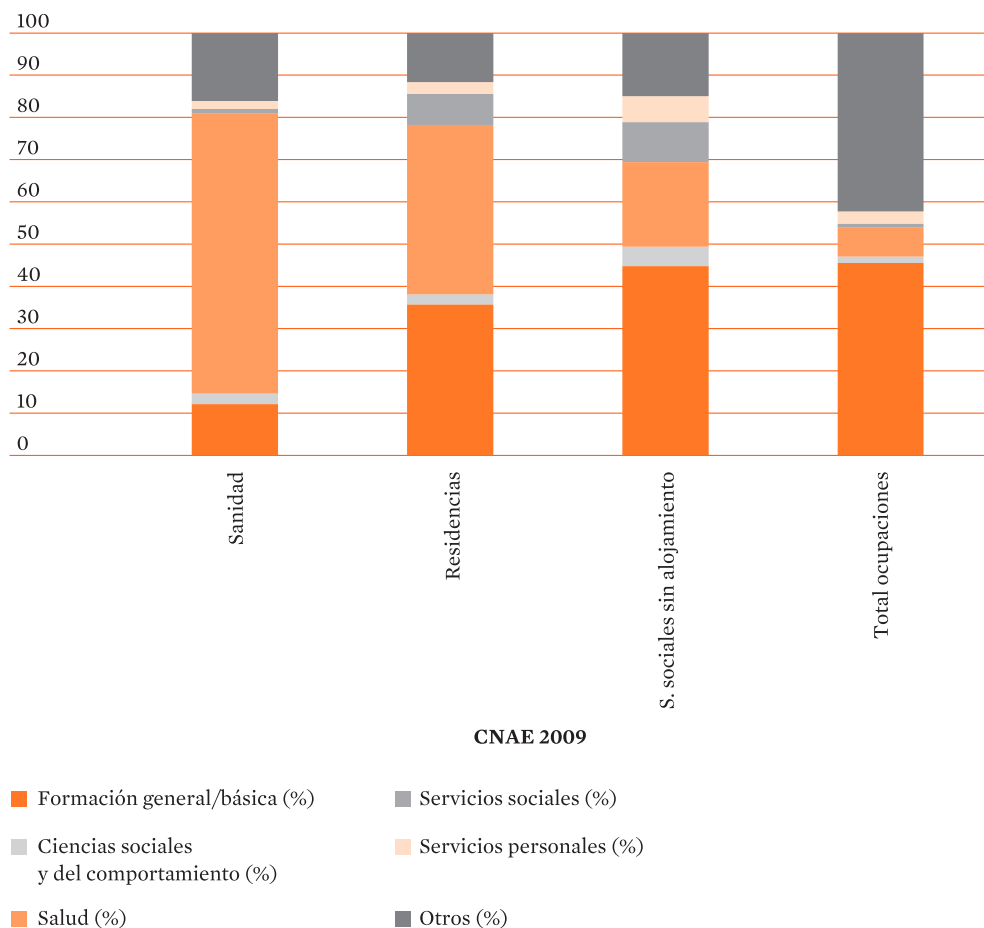
Fuente: elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (Microdatos de submuestra a 3 dígitos CNAE y CNO).

La participación en actividades formativas se sitúa algo por debajo del 5 por 100 en el caso de los estudios reglados y alrededor del 10 por 100 en el caso de los estudios no reglados (gráfico 69).

Buena parte de la participación en actividades formativas no regladas llevada a cabo por los trabajadores del sector guarda relación con la ocupación que desempeñan o con un eventual cambio de trabajo (gráfico 70). En 2018, según la EPA la empresa participó en aproximadamente la mitad de la formación no reglada en las actividades de atención a la dependencia, proporción similar a la observada en el sector sanitario.

Como señalaba el CES en su Informe 3/2018, *El futuro del trabajo*, el denominado «cuarto sector» o economía de los cuidados profesionalizados reviste un gran potencial de crecimiento. El necesario impulso a este sector debe basarse en el concepto de calidad, tanto de los servicios prestados como del empleo vinculado a los mismos. Por ello, la profesionalización del empleo en el sector de la atención a la dependencia, una

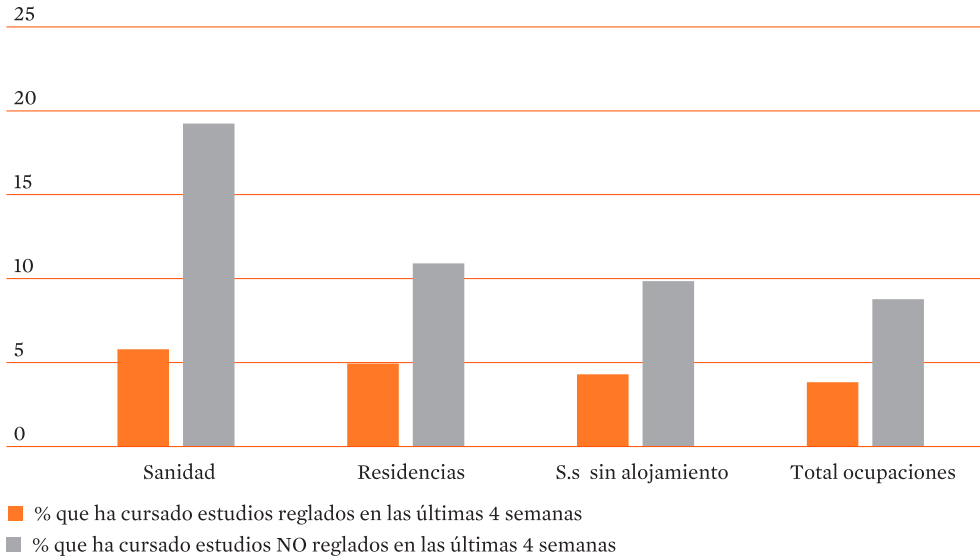
GRÁFICO 68. TIPO DE FORMACIÓN POR SECTOR DE ESTUDIOS, 2018



Fuente: elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (Microdatos de submuestra a 3 dígitos CNAE y CNO).

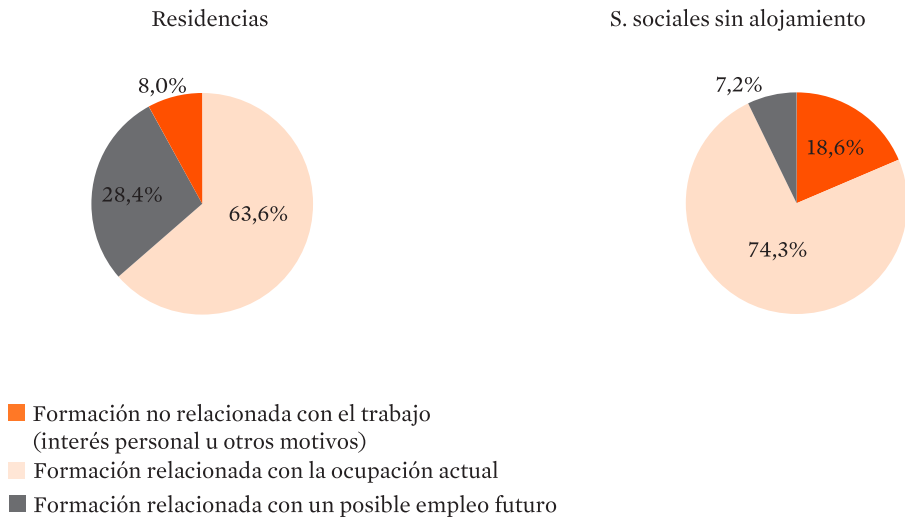
mejora de las cualificaciones y, muy especialmente, por la acreditación de los profesionales que ya prestan servicios en este ámbito. En este sentido, uno de los hitos más importantes del sistema vino dado por la aprobación del Acuerdo de 17 de octubre de 2017 del Consejo Territorial del SAAD, que daba pie a la culminación del proceso de acreditación iniciado en 2008 (Acuerdo de 27 de noviembre de 2008), estableciendo que todas las personas que trabajen o pretendan trabajar cuidando a personas mayores y/o en situación de dependencia tanto en las empresas privadas como públicas, deberían disponer o estar cursando el certificado de profesionalidad a 31 de diciembre de 2017. Junto a quienes cuentan con un título formativo habilitante para desarrollar su trabajo en este sector, según el IMSERSO, unas 132.320 personas trabajadoras habrían obtenido la certificación entre 2010 y 2019 mediante las convocatorias dirigidas a la

GRÁFICO 69. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FORMATIVAS



Fuente: elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (Microdatos de submuestra a 3 dígitos CNAE y CNO).

GRÁFICO 70. OBJETIVOS DE LA FORMACIÓN NO REGLADA ENTRE LAS PERSONAS OCUPADAS



Fuente: elaboración propia a partir de microdatos de la EPA (Microdatos de submuestra a 3 dígitos CNAE y CNO).

obtención del certificado de profesionalidad a través del reconocimiento de la experiencia laboral.

Desde la perspectiva de la garantía de la calidad de las prestaciones, cabe recordar la importancia del seguimiento y evaluación del proceso de acreditación de centros y

servicios, uno de los compromisos incluidos en el mencionado Acuerdo del Consejo Territorial que contemplaba a tal fin la creación de una Comisión de Seguimiento.

Asimismo, es necesario avanzar en la definición de los perfiles profesionales más idóneos para las distintas prestaciones, algunas de las cuales, como la del asistente personal, carecen todavía de desarrollo.

La calidad de las prestaciones del sistema es inseparable de la calidad del empleo. Sin embargo, factores observados como la alta temporalidad, la rotación en el empleo, la escasa duración de los contratos, el elevado nivel de tiempo parcial involuntario y el porcentaje de personas ocupadas en el sector que están buscando otro trabajo por escasez de horas trabajadas o por razones salariales están indicando que queda mucho camino por recorrer para dotar de la necesaria estabilidad a las plantillas y mejorar el atractivo del sector. Las importantes diferencias con el sector sanitario, hacia el que se dirigen muchos profesionales de los servicios sociales en busca de mejores condiciones laborales, no parecen razonables, especialmente cuando se trata de profesionales con perfiles equivalentes y dependientes del mismo nivel de la Administración. Precisamente en un contexto en que, como se ha visto, es urgente el refuerzo de la coordinación sociosanitaria y la construcción de espacios comunes de actuación entre ambos sistemas, es necesario abordar estas cuestiones en el marco del diálogo social con los interlocutores sociales.

Aumentar el atractivo de estas profesiones actuando sobre las condiciones de trabajo debería ser un objetivo prioritario, a fin de evitar las dificultades de reclutamiento de personal en el sector, que se han visto severamente agravadas durante la pandemia, y la merma en la calidad de los servicios. La elevadísima feminización del personal en estas actividades, superior al 85 por 100, obliga a reflexionar sobre los efectos de las características del empleo creado en la atención a la dependencia desde la perspectiva de género. Unido a lo anterior, la más desfavorable situación laboral de las personas ocupadas en el sector de servicios sin alojamiento que se desprende de este apartado, identificable principalmente con la situación de las personas trabajadoras en la ayuda a domicilio, merecería ser tomada especialmente en consideración.

5. Gasto y financiación

Las políticas de atención a la dependencia derivadas de la aplicación de la LAPAD se encuentran subsumidas en los presupuestos de servicios sociales de las comunidades autónomas, sin que por el momento exista un sistema de cuentas específico, con sus propios códigos, que permita conocer y cuantificar los gastos y los ingresos estrictamente asociados al SAAD.

Existen, no obstante, algunas estimaciones de gasto total del SAAD (cuadro 11) basadas en la información oficial sobre el número y la tipología de las prestaciones y los servicios reconocidos por las distintas comunidades, a las que se les asigna valor a partir de estimaciones de la cuantía media de las prestaciones económicas y del coste medio de los servicios.

CUADRO 11. ESTIMACIONES DE GASTO TOTAL DEL SAAD (Millones de euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Comisión de Sostenibilidad/ IMSERSO (1)				6.895	6.848	7.089	7.449	7.986	8.626		
Prada y Borge (2)					6.509	7.052					
Montserrat (3)								7.277	7.685	8.289	
AEDGGSS (4)	3.875	5.634	6.517	6.567	6.385	6.357	6.607	7.181	7.654	8.252	8.891

(1) Informe de la Comisión para el Análisis de la situación del sistema de dependencia (2017).

(2) Prada, M. D. y Borge, L. M., *Una aproximación al coste de la dependencia en España y su financiación*. Fundación Caser, 2014.

(3) Montserrat, J., «Sostenibilidad del sistema de atención a la dependencia», *Papeles de Economía Española*, 161, 2019.

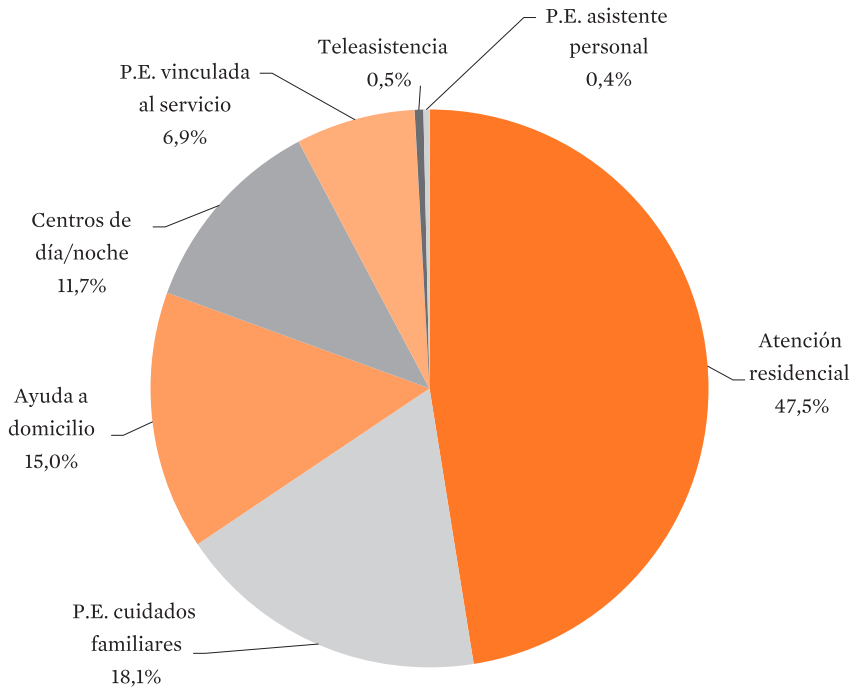
(4) Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, *XX Dictamen del Observatorio*, 2020.

De las distintas estimaciones se deduce, por un lado, que tras una evolución muy positiva durante los primeros años de implantación del sistema, el gasto ligado al mismo sufrió retrocesos a partir de 2013, como consecuencia de los recortes aprobados en 2012, hasta que en 2015 comenzó a crecer de nuevo, en paralelo a la recuperación de la economía y de cierto margen fiscal de las Administraciones públicas. Por otro lado, que la magnitud actual del gasto asociado al SAAD no supera los 8.300 millones de euros, lo que equivale tan solo al 0,7 por del PIB. Teniendo en cuenta, además, que una parte de este gasto total es financiada por los usuarios a través de copagos, cofinanciación que se estima en el 20 por 100 del total como mínimo, el gasto público que actualmente se destina al SAAD se limitaría a poco más de 6.600 millones de euros, el equivalente al 0,55 por 100 del PIB.

En cuanto a la distribución del gasto total por tipo de prestación, tres cuartas partes corresponden a servicios, con gran protagonismo de la atención residencial, que absorbe casi la mitad del gasto total. Entre las prestaciones económicas destacan las concedidas por cuidados familiares, que explican el 18 por 100 del gasto total del SAAD (gráfico 71).

Por lo que respecta a las fuentes de financiación del gasto del SAAD, en línea con lo establecido en la LAPAD, existen en las comunidades autónomas modelos mixtos de financiación público-privada, de manera que los beneficiarios participan en la financiación de los costes de los servicios a través de distintos modelos de copago que deben tener en cuenta su capacidad económica. Cada comunidad autónoma ha establecido su propio sistema de copago para cada uno de los servicios, con criterios diferentes y esquemas contables y presupuestarios también heterogéneos, lo que arroja una elevada dispersión de resultados y dificulta su comparación, como ponen de manifiesto los datos oficiales sobre precios y copagos ofrecidos por primera vez recientemente por el IMSERSO (cuadro 12).

GRÁFICO 71. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO TOTAL DEL SAAD EN 2016 POR TIPO DE PRESTACIÓN
(En porcentaje sobre el total)



Fuente: Informe de la Comisión para el Análisis de la situación del sistema de dependencia, 2017.

Comenzando por los precios, los datos muestran que en todas las comunidades la atención residencial presenta el precio o coste por usuario y año más alto de todos los servicios, con diferencia, seguida de los centros de día, la ayuda a domicilio y la teleasistencia. Sin embargo, para un mismo servicio, la variabilidad de precios entre las comunidades es muy abultada. Así, el coste por usuario anual se sitúa para la teleasistencia en una horquilla que va desde los 83,3 euros (Navarra) a los 260,6 (Canarias). Para la ayuda a domicilio el precio por hora oscila entre 10,5 euros de Murcia y los 20,5 del País Vasco, y el tiempo de atención domiciliaria mensual que se presta va desde las 9,5 horas en Navarra hasta las 28,7 en Andalucía. Por su parte, el rango de precios de los centros de día públicos va de 3.786 (Navarra) a 11.067 euros (Baleares). En el caso de los centros de día concertados, en la mayoría de las comunidades el precio concertado coincide o es solo ligeramente mayor que el público, una pauta de la que se apartan claramente tres comunidades, País Vasco, Navarra y La Rioja, donde los precios concertados son sustancialmente más altos que los precios públicos. Por lo que respecta al coste por usuario de las residencias públicas, la horquilla va de los 10.449 euros en La Rioja a los 25.262 en el País Vasco, sin que se aprecien diferencias

CUADRO 12. PRECIO ANUAL POR USUARIO Y COPAGO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN 2018, POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Comunidades autónomas	Teleasistencia				Ayuda a domicilio				Centros de día				Residencias					
	Precio público		Precio público		Precio público		Precio público		Precio concertado		Precio público		Precio concertado		Precio público		Precio concertado	
	Euros/año	Copago %	Euros/hora	horas/mes	Euros/año	Copago %	Euros/año	Copago %	Euros/año	Copago %	Euros/año	Copago %	Euros/año	Copago %	Euros/año	Copago %	Euros/año	Copago %
Andalucía	216,0	11,5	13,2	28,7	4.540,8	1,6	-	-	10.351,7	32,1	-	-	-	-	19.169,9	33,4	-	-
Aragón	135,0	16,3	16,9	12,8	2.589,6	17,3	9.610,5	-	9.610,5	-	-	-	-	-	18.713,6	43,7	-	-
Asturias	190,3	42,9	13,1	16,1	2.538,0	10,8	10.187,9	23,0	10.187,9	-	-	-	-	-	16.339,2	-	-	-
Baleares	183,3	88,9	16,6	22,4	4.441,2	26,0	11.067,2	36,4	12.757,9	18,3	-	-	-	-	23.436,0	32,0	-	-
Canarias	260,6	8,3	13,0	24,0	3.744,0	-	-	-	8.914,2	-	-	-	-	-	24.724,2	-	-	-
Cantabria	232,8	58,3	14,7	24,5	4.323,6	37,4	8.281,9	21,8	8.281,9	21,8	-	-	-	-	17.071,6	46,1	-	-
Castilla y León	151,3	64,9	16,0	20,0	3.847,2	14,4	7.102,5	34,6	7.102,5	34,6	-	-	-	-	16.068,5	45,9	-	-
Castilla-La Mancha	144,0	0,0	12,4	16,0	2.380,8	24,1	7.620,7	-	7.431,9	-	-	-	-	-	16.380,8	-	-	-
Cataluña	110,4	-	16,3	9,9	1.929,6	9,2	10.241,9	18,0	10.241,9	18,0	-	-	-	-	19.602,8	34,0	-	-
C. Valenciana	246,5	0,0	14,0	20,1	3.376,8	-	-	-	9.386,0	0,0	-	-	-	-	18.000,0	27,7	-	-
Extremadura	103,9	0,0	10,9	-	-	90,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Galicia	239,0	25,1	13,7	27,1	4.441,2	15,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madrid	209,2	9,9	16,3	18,9	3.704,4	10,6	8.157,1	18,7	9.172,7	17,6	-	-	-	-	19.571,0	34,1	-	-
Murcia	171,0	51,7	10,5	14,6	1.849,2	29,6	10.428,0	9,4	10.428,0	9,4	-	-	-	-	19.200,0	44,5	-	-
Navarra	83,3	78,0	14,9	9,5	1.694,4	21,4	3.786,0	99,9	12.827,0	29,5	-	-	-	-	20.571,7	52,6	-	-
País Vasco	150,4	28,1	20,5	19,9	4.894,8	18,2	6.025,2	86,0	19.218,5	21,2	-	-	-	-	31.739,3	37,5	-	-
Arabaja/Álava	-	-	22,7	18,9	5.144,4	20,3	6.040,0	91,7	15.818,0	34,9	-	-	-	-	37.218,0	35,5	-	-
Bizkaia	-	-	-	-	-	-	-	-	15.590,6	17,9	-	-	-	-	31.207,5	37,4	-	-
Gipuzkoa	-	-	18,9	20,6	4.682,4	16,3	6.023,0	85,6	23.670,0	21,9	-	-	-	-	31.553,0	38,2	-	-
La Rioja	179,3	0,0	14,0	-	-	24,0	7.459,2	37,6	13.996,8	20,0	-	-	-	-	22.962,3	25,4	-	-
Ceuta	191,2	0,0	13,0	37,2	5.776,8	0,0	-	-	8.133,4	30,7	-	-	-	-	18.394,6	39,4	-	-
Melilla	205,1	0,0	14,8	24,0	4.270,8	0,0	7.800,0	19,5	-	-	-	-	-	-	14.356,0	49,1	-	-
España	178,7	17,1	15,0	19,6	3.534,0	11,7	8.360,3	26,2	10.020,2	22,1	19.192,5	42,4	19.184,1	38,6				

Fuente: IMSERSO, Servicios Sociales dirigidos a las personas mayores en España, Informe a 31/12/2018, 2019.

significativas entre precios públicos y concertados, excepción hecha aquí también de País Vasco, Navarra y La Rioja, donde los precios de concierto son significativamente más elevados.

Si el coste de los servicios presenta una elevada dispersión entre comunidades, otro tanto sucede con el porcentaje del precio que es sufragado por el beneficiario de los mismos. Por término medio, en el conjunto de España el copago de la teleasistencia asciende al 17 por 100, el de la ayuda a domicilio al 11,7 por 100, el de los centros de día públicos al 26,2 por 100, y al 22,1, en el caso de los concertados, mientras que en el caso de las residencias el copago asciende al 42,4 por 100 en las públicas y al 38,6 en las concertadas. Sin embargo, estas medias esconden abultadas diferencias entre territorios del peso relativo de la financiación privada de cada uno de los servicios, reflejo de la heterogeneidad de los sistemas de copago que cada comunidad ha implantado para cada tipo de servicio.

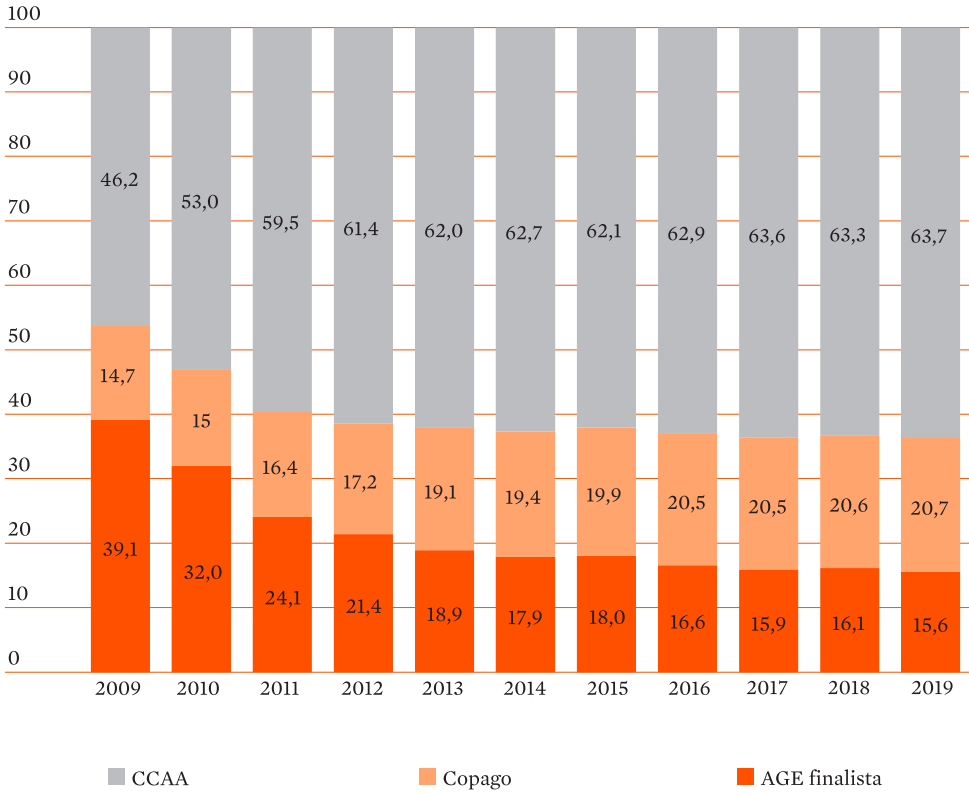
En cuanto a la financiación pública, el Estado realiza una transferencia finalista a cada comunidad autónoma para financiar el Nivel Mínimo de protección de los beneficiarios respectivos, según su grado de dependencia y la prestación reconocida. Hasta 2011 el Estado transfería además a las comunidades el denominado Nivel Acordado, una financiación adicional finalista acordada bilateralmente con cada comunidad para impulsar el arranque del sistema, cuya aplicación se suspendió en 2012, tres años antes de lo previsto por la Ley. Descontada la aportación de los beneficiarios y la del Estado, el resto del gasto en dependencia se financia con cargo a los presupuestos autonómicos.

Según las últimas estimaciones de la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales correspondientes a 2019, la financiación finalista del Estado cubre el 15,6 por 100 del gasto total del SAAD, los copagos de los beneficiarios el 20,7 por 100, y los presupuestos de las comunidades autónomas el restante 63,7 por 100 (gráfico 72). De los datos se desprende, asimismo, que la aportación finalista del Estado ha ido perdiendo peso a lo largo de los años, primero por los recortes de 2012 (se redujo la financiación del nivel mínimo en un 13 por 100 y se suspendió la transferencia del nivel acordado) y segundo porque el incremento del gasto en el SAAD que se observa desde 2015 no ha ido acompañado de un aumento proporcional de la financiación estatal, que ha registrado incrementos muy modestos en los últimos años, de manera que el grueso de la financiación adicional la han aportado las comunidades autónomas y los propios beneficiarios del sistema.

No obstante lo anterior, hay que tener en cuenta que desde la reforma del Sistema de Financiación de las comunidades autónomas de Régimen común de 2009, el Estado viene inyectando fondos adicionales para la dependencia en el Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales, la pieza central del sistema de financiación autonómico. Estos fondos adicionales se reparten entre las comunidades en función de su población dependiente, reconocida y potencial, por lo que, aunque se trate de financiación no finalista, deben considerarse financiación estatal de la dependencia,

GRÁFICO 72. FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL SAAD

(En porcentaje sobre el total)

Fuente: Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, *XX Dictamen del Observatorio*, 2020.

una interpretación que hace suya el Tribunal de Cuentas en su último informe de fiscalización del SAAD¹³¹. De acuerdo con este planteamiento, y según estimaciones del IMSERSO que alcanzan hasta 2015, la participación del Estado en la financiación del sistema sería sensiblemente más alta, del 53 por 100, mientras que el 28 por 100 correspondería a los beneficiarios y el restante 19 por 100 a las comunidades autónomas (cuadro 13).

Por otro lado, en la financiación estatal del SAAD habría que incluir también la asunción de las cotizaciones de las personas cuidadoras en el entorno familiar, un derecho que se recuperó en abril de 2019 y que supuso en dicho ejercicio un desembolso de 68,5 millones de euros que en 2020 se habría elevado en torno a los 150 millones de euros. Como se ha explicado en el apartado 2 del capítulo I el número de

131 Tribunal de Cuentas, Informe 1.035 de Fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las comunidades autónomas para la adecuada aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, 2014.

CUADRO 13. GASTO TOTAL DEL SAAD POR FUENTES DE FINANCIACIÓN

	2012		2013		2014		2015	
	Mill. euros	% total	Mill. euros	% total	Mill. euros	% total	Mill. euros	% total
Financiación pública	5.047	73,2	4.911	71,6	5.194	73,2	5.370	72,1
Estado	3.526	51,1	3.874	56,5	3.730	52,6	3.919	52,6
Nivel mínimo (finalista)	1.404	20,4	1.208	17,6	1.140	16,1	1.189	16,0
Fondos adicionales SFCA (no finalista)	2.122	30,8	2.666	38,9	2.590	36,5	2.730	36,6
Comunidades autónomas	1.521	22,1	1.037	15,1	1.464	20,6	1.451	19,5
Financiación privada (copago)	1.848	26,8	1.947	28,4	1.900	26,8	2.079	27,9
Total gasto SAAD	6.895	100,0	6.858	100,0	7.094	100,0	7.449	100,0

Fuente: Beitía, R. y Pardavila, B., «La ley de dependencia: costes reales y financiación total durante el periodo 2012-2015», *Revista Española de Discapacidad*, 4 (2), 2016.

personas acogidas a este convenio especial, tras un repunte inicial, se ha estancado en torno a las 60.000 personas, muy lejos del volumen que se observaba en 2011 antes de su supresión.

En todo caso, existe un amplio consenso en considerar que, a la vista de las necesidades reales y potenciales, que la pandemia ha visibilizado de manera dramática, es necesario inyectar recursos públicos adicionales en el sistema para aumentar la tasa de cobertura y eliminar la lista de espera, así como para aumentar el nivel de protección, proporcionando a la población dependiente una mayor intensidad asistencial, servicios de mayor calidad y prestaciones económicas de mayor cuantía.

Es interesante a este respecto reseñar el trabajo de Montserrat (2019), que incluye distintas proyecciones de gasto público según diversos escenarios de mejora estructural del sistema, en términos de ampliación del número de usuarios y/o de reversión de los recortes del importe de las prestaciones económicas y de las horas de la ayuda a domicilio que se adoptaron en 2012 (cuadro 14). El escenario más costoso, que supondría atender a 1.500.000 personas (frente a los 995.000 actuales) junto con la reversión de los mencionados recortes de 2012, exigiría aumentar el nivel de gasto público actual en 5.176 millones de euros, hasta los 11.808 millones de euros (0,98 por 100 del PIB frente al 0,55 actual).

A la vista de estas cifras, la financiación extraordinaria de 300 millones de euros transferida por el Estado a las comunidades para gasto social, que se aprobó de manera sobrevenida en marzo de 2020 para paliar los devastadores efectos que está causando la COVID-19 entre la población más vulnerable (recuadro 11), aunque permite a las Administraciones territoriales reforzar de manera coyuntural y urgente sus sistemas de atención a la dependencia para hacer frente a la pandemia, resultan del todo insuficientes para lograr mejoras estructurales de los mismos.

CUADRO 14. PROYECCIONES DE GASTO PÚBLICO EN EL SAAD SEGÚN EL NÚMERO DE USUARIOS Y EL NIVEL DE PROTECCIÓN

Nivel de protección			Número de usuarios			
			Dato 2018		Potenciales	
			995.466	1.100.000	1.300.000	1.500.000
Vigente en 2018	Mill. euros	6.632	7.313	9.430	9.973	
	% PIB	0,55	0,61	0,78	0,83	
Con reversión de recortes de 2012*	Mill. euros	7.852	8.659	10.234	11.808	
	% PIB	0,65	0,72	0,85	0,98	

* Aumento de las horas de ayuda a domicilio y del importe de las prestaciones económicas (15%) para situarlas en el nivel asistencial previo a Ley 20/2012.

Fuente: Montserrat, J., «Sostenibilidad del sistema de atención a la dependencia», *Papeles de Economía Española*, 161, 2019.

RECUADRO 11. CRISIS COVID-19: FINANCIACIÓN EXTRAORDINARIA PARA SERVICIOS SOCIALES

1. Fondo Social Extraordinario estatal de 300 millones de euros para transferencias a las comunidades y ciudades autónomas

Destino del fondo: financiación de proyectos y contrataciones laborales necesarias para el desarrollo de prestaciones sociales que tengan por objeto exclusivamente hacer frente a situaciones extraordinarias derivadas del COVID-19. Concretamente:

- Reforzar los servicios de proximidad de carácter domiciliario para garantizar los cuidados, el apoyo, la vinculación al entorno, la seguridad y la alimentación, especialmente los dirigidos a personas mayores, con discapacidad o en situación de dependencia, compensando así el cierre de comedores, centros de día, centros ocupacionales y otros servicios similares, considerando el mayor riesgo que asumen estas personas en caso de contagio. Estos servicios comprenden la ayuda a domicilio en todas sus modalidades y cualquier otro de análoga naturaleza que se preste en el domicilio de la persona usuaria.
- Incrementar y reforzar el funcionamiento de los dispositivos de teleasistencia domiciliaria de manera que incrementen el ritmo de contactos de verificación y la vigilancia de la población beneficiaria de dicho servicio.
- Trasladar al ámbito domiciliario, cuando sea considerado necesario, los servicios de rehabilitación, terapia ocupacional, servicios de higiene, y otros similares, considerando la suspensión de atención diurna en centros.
- Reforzar los dispositivos de atención a personas sin hogar, con el personal y medios materiales adecuados, asegurando que tanto ellas como quienes las atienden estén debidamente protegidas, y posibilitar la ampliación, tanto en el tiempo de estancia como en intensidad, de los mismos.
- Reforzar las plantillas de centros de servicios sociales y centros residenciales en caso de que sea necesario realizar sustituciones por prevención, por contagio o por prestación de nuevos servicios o sobrecarga de la plantilla.
- Adquisición de medios de prevención (EPI).
- Ampliar la dotación de las partidas destinadas a garantizar ingresos suficientes a las familias, para asegurar la cobertura de sus necesidades básicas, ya sean estas de urgencia o de inserción.

- h) Reforzar, con servicios y dispositivos adecuados, los servicios de respiro a personas cuidadoras y las medidas de conciliación para aquellas familias (especialmente monomarentales y monoparentales) que cuenten con bajos ingresos y necesiten acudir a su centro de trabajo o salir de su domicilio por razones justificadas y/o urgentes.
- i) Otras medidas que las comunidades autónomas, en colaboración con los servicios sociales de las entidades locales, consideren imprescindibles y urgentes para atender a personas especialmente vulnerables con motivo de esta crisis, y sean debidamente justificadas.

Distribución del Fondo Social Extraordinario

CCAA/Ciudad	Mill. euros	CCAA/Ciudad	Mill. euros
Andalucía	51,72	Extremadura	7,81
Aragón	9,91	Galicia	17,01
Asturias	6,64	Madrid	38,76
Baleares	7,45	Murcia	9,28
Canarias	14,09	Navarra	4,52
Cantabria	3,98	País Vasco	13,40
Castilla y León	17,65	La Rioja	4,50
Castilla-La Mancha	14,60	Ceuta	1,60
Cataluña	45,51	Melilla	1,60
C. Valenciana	29,99	Total	300,0

Consejo de Ministros de 24 de marzo de 2020.

Criterios de distribución del fondo y ponderación: población 90 por 100; dispersión 1,5 por 100; grandes urbes (ciudades de más de 500.000 habitantes) 0,7 por 100; población dependiente (mayores de 65 y menores de 16) 2,3 por 100; superficie 5 por 100; insularidad 0,5 por 100. A La Rioja se le garantiza el 1,5 por 100 y a Ceuta y Melilla el 0,5 por 100 más 100.000 euros adicionales a cada una.

2. **Habilitación a las entidades locales para destinar 300 millones de su superávit de 2019 a gasto social**

Destino del superávit: gastos de inversión en servicios sociales y promoción social, más los gastos en prestaciones que tengan por objeto exclusivamente hacer frente a situaciones extraordinarias derivadas del COVID-19, en los términos establecidos para el Fondo social extraordinario de las comunidades autónomas.

Fuente: Real Decreto-ley 8/2020, de 17 marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19.

Por su parte, el proyecto de Presupuestos Generales del Estado para 2021 contempla un incremento de 603 millones de euros de la financiación estatal finalista al SAAD, lo que supone un aumento del 34,4 por 100. De esa cantidad, se prevé destinar 290 millones a aumentar el nivel mínimo con el fin de hacer frente al crecimiento de los beneficiarios y aumentar las cuantías mínimas asignadas a cada grado de dependencia

CUADRO 15. CUANTÍAS DEL NIVEL MÍNIMO DE PROTECCIÓN

(Euros)

Grado de dependencia	Actual	PGE2021	Var. %
Gran dependencia III	190,13	235	23,6
Dependencia severa II	84,49	94	11,3
Dependencia moderada I	47,38	60	26,6

Fuente: Proyecto de PGE para 2021. Libro Amarillo.

(cuadro 15). Otros 283 millones de euros se destinarán a transferencias a las comunidades con cargo al nivel acordado, recuperando así la vigencia, ampliamente demandada, de esta herramienta de financiación del sistema.

Adicionalmente, los PGE para 2021 contemplan un gasto estatal de 705 millones de euros en dependencia con cargo al Fondo de Recuperación y Resiliencia de la Unión Europea y que tiene como objetivo declarado propiciar la reorientación de la arquitectura residencial del sistema hacia un modelo más centrado en el hogar.

De lo expuesto en este apartado se derivan algunas conclusiones. En primer lugar, las comunidades autónomas, que tienen la competencia exclusiva en esta materia, no proporcionan la información necesaria para desgajar de la función «Asuntos sociales» los gastos e ingresos vinculados estrictamente a la Dependencia en aplicación de la LAPAD, por lo que no existen datos oficiales sobre el gasto en servicios y prestaciones, ni sobre la contribución relativa a la financiación de los mismos por parte de los usuarios y las diferentes Administraciones públicas. Es necesario subsanar esta carencia creando un sistema común de información contable del SAAD, basado en un sistema de cuentas específico y criterios homogéneos de imputación y clasificación de los gastos y los ingresos. Ello aumentaría la transparencia, facilitaría la rendición de cuentas de las Administraciones responsables de la asignación del gasto y permitiría hacer

CUADRO 16. ACTUACIONES EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA FINANCIADAS CON CARGO AL FONDO DE RECUPERACIÓN UE

(Millones de euros)

Actuación	Cuantía
Dotación de nuevos equipamientos públicos para cuidados de larga duración	300
Remodelación y adaptación de las estructuras residenciales existentes hacia modelos convivenciales centrados en la persona	179
Incorporación de las NTIC al servicio de los cuidados	80
Otras actuaciones en este ámbito	146
Total	705

Fuente: Proyecto de PGE para 2021. Libro Amarillo.

evaluaciones rigurosas del funcionamiento del sistema y sus diferentes elementos, así como de las necesidades de financiación de las distintas comunidades autónomas.

En segundo lugar, aun con todas las cautelas derivadas de la falta de información oficial, todas las estimaciones sobre el gasto público en dependencia arrojan cifras muy modestas si se compara con las necesidades de cuidados de la población dependiente, que en su mayor parte se siguen atendiendo a costa del trabajo realizado por las personas cuidadoras en el entorno familiar, en las condiciones que ya se han visto¹³². Por ello es necesario que todas las Administraciones públicas redoblen sus esfuerzos para aumentar sustancialmente la financiación del sistema.

En este sentido, el aumento de la financiación estatal del sistema previsto en el Proyecto de Presupuestos Generales del Estado para 2021, si bien es notable en términos relativos y revierte una parte de los recortes sufridos en 2012, resulta del todo insuficiente para dar una respuesta eficaz a los problemas y carencias que el sistema tiene planteados, por lo que sería deseable que en el curso del trámite parlamentario se acordaran ulteriores incrementos.

Asimismo, ante una eventual reforma del sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común, se debería acordar un aumento de los fondos adicionales para la dependencia que el Estado incorpora, como financiación incondicionada, al Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales.

En cualquier caso, y en línea con las demandas de los agentes sociales¹³³, se deberían mejorar los criterios de distribución territorial de los fondos estatales, los finalistas y los no finalistas, de manera que el sistema de reparto, que debe acordarse en el marco de los órganos de gestión y participación del SAAD, genere incentivos para la mejora del sistema por parte de las comunidades. En concreto, además del número de personas atendidas en cada comunidad, se debería ponderar el coste de las prestaciones y servicios efectivamente reconocidos y prestados en cada una de ellas, generando por esta vía incentivos para el desarrollo y fortalecimiento de los servicios públicos autonómicos, más caros pero mucho más eficaces que las prestaciones económicas. Asimismo, debería reconocerse financieramente el esfuerzo realizado en la reducción de las listas de espera, en el cumplimiento efectivo de los estándares de calidad de los servicios (ratios de plantilla, profesionalización de la atención, cumplimiento de convenios colectivos, etc.), en la mejora de los precios de concierto vinculada al cumplimiento de los estándares de calidad del empleo señalados anteriormente, y en la provisión equilibrada de la red de servicios públicos de acuerdo con los costes reales de los servicios y las inversiones en innovación requeridas para el mantenimiento y desarrollo de dichos estándares de calidad.

132 Véase apartado 2 del capítulo I de este informe.

133 CEOE, CEPYME, UGT y CCOO: *Propuestas de los interlocutores sociales en relación a la puesta en marcha de un Plan de Choque para el impulso del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (6 de octubre 2020)*.

Pero además de aumentar la inyección estatal de recursos, es necesario también que las Administraciones territoriales, en especial las comunidades autónomas que son las competentes, hagan un mayor esfuerzo presupuestario para incrementar la financiación del SAAD, priorizando esta política frente a otras de su competencia de menor rendimiento social y haciendo uso de la autonomía tributaria de que disponen para aumentar sus ingresos propios.

Por último, se debería hacer un esfuerzo en el seno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para mejorar los sistemas de copago, acordando criterios comunes y transparentes de cálculo y de consideración de la capacidad económica de los usuarios, aportándoles una mayor certeza sobre sus expectativas de derecho. Asimismo, debería avanzarse en medidas para simplificar la gestión administrativa, para introducir progresividad y, en general, para limitar sustancialmente su peso en la financiación de los servicios de manera que no desincentive la solicitud o aceptación de las prestaciones por parte de las personas dependientes.

CAPÍTULO III
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Una de las principales aspiraciones de las personas es conseguir vivir el mayor número de años, con el menor número de limitaciones y la mayor autonomía posible. Constituye un verdadero desafío para los poderes públicos apoyar este objetivo, en medio de un agudo proceso de envejecimiento de la población, de cronificación de las enfermedades y de avance de los cambios sociodemográficos y culturales que acompañan al declive del modelo tradicional de cuidados en los hogares. En este contexto, la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) supuso un hito muy importante en el sistema de protección social español que es preciso poner en valor y reforzar para satisfacer efectivamente el derecho de todas las personas en situación de dependencia a una atención integral de calidad, accesible y en condiciones de equidad.

El grave impacto de la pandemia por la enfermedad COVID-19 entre la población de mayor edad, la más vulnerable a las consecuencias del contagio, ha puesto en evidencia importantes debilidades que ya aquejaban al sistema de atención a la dependencia así como nuevos desafíos de cara al futuro. Al margen de las soluciones que reclama la urgencia del momento y de la ineludible evaluación rigurosa e independiente de todo lo ocurrido que deberá llevarse a cabo, sigue resultando necesario conocer la situación del SAAD con anterioridad a la irrupción del coronavirus, pues será la referencia básica para cualquier tipo de comparación en los próximos años.

Antes de abordar las principales conclusiones que se extraen de los distintos capítulos de este informe, resulta necesario reflexionar sobre algunas cuestiones o aspectos transversales que se proyectan sobre la situación de la atención a la dependencia en España.

Cada vez más población consigue llegar a las edades que convencionalmente se consideraban como de entrada en la senectud, conservando además un buen estado de salud durante más tiempo. Es la pérdida de autonomía y no el cumplir una determinada edad lo que se perfila cada vez más como el factor determinante del paso de una fase vital a otra. Existen importantes diferencias en el grado de autonomía y la prevalencia de limitaciones entre personas de la misma edad de modo que la situación de dependencia no aparece como una consecuencia inevitable de la edad, sino

*La prevención
es prioritaria:
fomentar la salud
y la autonomía
personal en todos los
ámbitos*

que guarda relación con otras variables en algunas de las cuales cabe intervenir, tanto para retrasar su surgimiento como para atenuar su evolución hacia un grado más grave.

La prevención de la pérdida de autonomía emerge como una vertiente esencial y a menudo olvidada en la consideración de las perspectivas del sistema de atención a la dependencia. Se trata de un desafío social y económico de primer orden de cara al futuro que afecta a numerosos ámbitos de las políticas públicas. La creación del SAAD supuso el reconocimiento de esta necesidad, el surgimiento de un nuevo derecho universal y la implantación de un sistema dirigido a su satisfacción.

Sin embargo, el fomento de la autonomía personal, lo que constituiría la vertiente preventiva del SAAD resulta ser una de las menos desarrolladas, a pesar de su capital importancia para la calidad de vida de las personas y para la sostenibilidad económica del propio sistema.

Es importante reforzar las prestaciones de carácter preventivo, hasta ahora muy residuales y reforzar la intensidad y la profesionalización de los apoyos a la permanencia en el entorno familiar, tendentes a prevenir o retrasar la institucionalización de la persona dependiente.

El objetivo del mantenimiento de un buen estado de salud durante el mayor tiempo posible, incluyendo las políticas de fomento del envejecimiento activo y saludable, debería impregnar de forma transversal y con mayor intensidad los distintos ámbitos de la realidad educativa, científica, económica y laboral.

Al mismo tiempo, es necesario alinear los objetivos y recursos del SAAD en este ámbito con los marcados en el terreno de las políticas sanitarias y de salud pública, apostando además por una mejor articulación de las estrategias sociosanitarias hasta ahora no suficientemente desarrolladas, como se verá más adelante.

Sin embargo, es evidente que ni la capacidad del SAAD ni la del sistema sanitario, por sí solas, bastan para dar respuesta a la necesidad de fomentar la salud en todas las etapas de la vida.

Uno de los primeros obstáculos que surgen a la hora de aproximarse a la situación de la atención a la dependencia en España es la ausencia de fuentes estadísticas

Necesidad de evaluación y de superar las carencias del sistema de información

adecuadas. Ello afecta en particular al propio sistema de información con que se dotó en SAAD pero, antes de detenerse en sus carencias específicas, conviene llamar la atención sobre la falta de consideración de esta realidad en la mayoría de las fuentes oficiales habitualmente utilizadas, que no la recogen conforme a su identidad propia

ni con la suficiente desagregación (lo que es aplicable a las clasificaciones estadísticas de la CNAE y a estadísticas del INE como la EPA, el DIRCE o la Contabilidad Nacional) o no lo hacen con la suficiente periodicidad (como ocurre con la Encuesta de

Discapacidad y Autonomía Personal o la Encuesta de Usos del Tiempo (INE) o los Estudios de opinión del CIS).

Es necesaria una consideración diferenciada de los cuidados a las personas en situación de dependencia en el conjunto del sistema nacional de fuentes estadísticas, acorde con su entidad en el conjunto de la sociedad, la economía y la protección social.

Unido a lo anterior, en opinión del CES, para abordar cualquier tipo de mejoras en el SAAD se requeriría un mecanismo permanente, transparente e independiente de evaluación de su actividad en términos de accesibilidad, eficiencia y calidad. Hasta el momento, esto no se ha llegado a articular a pesar de la aprobación por el Consejo Interterritorial de criterios comunes y estándares de calidad en los servicios y de la publicación de algunos informes de evaluación elaborados por el propio IMSERSO hace ya varios años.

Las carencias del Sistema de Información del SAAD (SISAAD), que se han ido concretando a lo largo del informe, hacen necesaria una revisión en profundidad de su diseño, de modo que permita conocer efectivamente aspectos como la cobertura, la intensidad de las prestaciones, el perfil de las personas beneficiarias, las características del empleo, los equipamientos y servicios propios y concertados del sistema, así como, sin ánimo de exhaustividad, la información sobre las diferentes fuentes de financiación, el coste de los servicios y el gasto asociado.

En los meses anteriores al estallido de la pandemia se anunció precisamente una modificación de los contenidos que incorpora el SISAAD, que es de esperar que se lleve a término y responda a las expectativas de mejora en materia de información aquí señaladas. Aunque se han producido algunos avances, como la divulgación de información sobre el impacto de la pandemia en el sistema en términos de estimación de fallecimientos (MoMo de Servicios Sociales) o la publicación de informes trimestrales sobre el empleo en los Servicios Sociales, es necesario construir un verdadero sistema de información y continuar incorporando sistemáticamente más variables cuantitativas y cualitativas que permitan evaluar la situación.

Por otro lado, a lo largo de todo el Informe se ha podido comprobar que el sistema de atención a la dependencia en España tiene un componente de género evidente. Las mujeres engrosan buena parte de los beneficiarios del sistema, y lo seguirán haciendo debido a sus mayores perspectivas de supervivencia así como a su peor estado de salud en edades avanzadas. Además, las mujeres constituyen el grueso de las personas que proveen los cuidados a la población dependiente, ya sean formales o informales.

El fortalecimiento de la atención a la dependencia pasa por integrar la perspectiva de género

En consecuencia, las deficiencias del sistema que se han ido detectando en este Informe, tanto las de carácter estructural, como las más surgidas en el contexto de la pandemia, afectan a las mujeres de manera más acusada. En este sentido, todos los esfuerzos dirigidos a mejorar la atención conforme a los principios inspiradores de la LAPAD, especialmente la profesionalización de los cuidados y la primacía de los servicios frente a las prestaciones económicas, revertirán positivamente en la igualdad entre mujeres y hombres.

La mejora del acceso y la calidad de los servicios de cuidado y atención a la dependencia constituye pues un reto ineludible y de gran trascendencia, no solo para garantizar el derecho social a la atención a la dependencia, sino para evitar situaciones de desigualdad y favorecer un desarrollo económico y social más igualitario, en el que los cuidados sean compatibles con el pleno desarrollo personal, familiar y laboral de las mujeres.

En la adopción de todas y cada una de las medidas en el ámbito del SAAD debe considerarse específicamente su impacto de género.

1. Dependencia y cuidados de larga duración

EL RETO DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN EL CONTEXTO EUROPEO

Los retos del sistema español de atención a la dependencia requieren ser contemplados en el contexto comparado más próximo de los países europeos, inmersos en las mismas tendencias sociodemográficas que nuestro país, y expuestos igualmente a los desafíos más recientes que ha supuesto el SARS-Cov-2 para la atención de la población dependiente.

La denominada «crisis de los cuidados» ha pasado así a constituir uno de los retos más importantes para los sistemas de protección social. La atención a la dependencia en el ámbito comunitario, encuadrada en el concepto más amplio de «cuidados de larga duración» (CLD), ha ido ganando protagonismo en los últimos años, hasta su reconocimiento como derecho subjetivo esencial de la ciudadanía europea en el Pilar Europeo de Derechos Sociales.

Dentro de la diversidad de modelos de atención a la dependencia imperante se pueden observar algunas tendencias comunes, como la expansión de los servicios de cuidados con una orientación prioritaria a la asistencia a domicilio; la similitud de los criterios de definición de las situaciones de dependencia; la privatización de los servicios y la convergencia hacia modelos mixtos de financiación. También parece ser frecuente la concurrencia dentro de cada país de estructuras institucionales divididas, tanto vertical (territorial) como horizontalmente (servicios de salud y servicios sociales), generando importantes retos para la coordinación de los sistemas. A este respecto, la Unión Europea señala la necesidad de mejorar la gobernanza de los distintos servicios de CLD mediante una adecuada integración sociosanitaria.

En sus documentos institucionales más recientes, la Unión Europea apuesta por que los Estados garanticen la *accesibilidad* universal, la *calidad* y la *sostenibilidad* de los cuidados de larga duración, enfatizando la necesidad de desarrollar indicadores de medición de la situación adecuados y comparables, así como fomentando el intercambio de buenas prácticas.

La política comunitaria se orienta a priorizar los cuidados en el hogar, lo que choca con el carácter deficitario e insuficiente que caracteriza a la provisión de este tipo de servicios en la mayor parte de los países europeos, sobre todo de las personas con mayores grados de dependencia. El servicio se provee en muchas ocasiones a través de organizaciones del tercer sector, mientras siguen siendo frecuentes los cuidados informales, mayoritariamente prestados por las mujeres del entorno familiar y delegados en ocasiones a otras mujeres, en muchos casos de origen inmigrante.

Como alternativa a las residencias, se observa especialmente en el norte de Europa el surgimiento de otros modelos de asistencia diferentes al tradicional, en especial para las situaciones de dependencia moderada, basados en el enfoque conocido como «modelo hogar». No obstante, el desarrollo de este tipo de soluciones es todavía incipiente en la mayoría de los países.

El aumento de la demanda de los CLD genera, a su vez, una presión añadida para garantizar su calidad, en un contexto de problemas de falta de personal adecuadamente cualificado así como de escasa valoración social de estas profesiones, refrendada por unas condiciones laborales poco atractivas en la mayoría de los países.

En todo caso, reforzar la atención domiciliaria, tal y como se preconiza desde instancias comunitarias, sin que suponga una mayor sobrecarga a las redes familiares requeriría una mayor asunción de responsabilidad por los poderes públicos en la mayoría de los países, incluyendo el nuestro, si se pretende lograr que la atención a la dependencia constituya un verdadero derecho social.

La irrupción del SARS-CoV-2 ha evidenciado las deficiencias estructurales de los sistemas de provisión de cuidados a la población dependiente y la necesidad de superarlos. La respuesta comunitaria para hacer frente a los importantes efectos económicos y sociales de la pandemia constituye una oportunidad para que los Estados miembros fortalezcan las políticas de cuidados y atención a la dependencia y avanzar para que constituyan un verdadero derecho social.

CAMBIOS SOCIODEMOGRÁFICOS, DEPENDENCIA Y CUIDADOS EN ESPAÑA

España es uno de los países que más se verá afectado por el envejecimiento de su población en los próximos años, debido al importante volumen de su generación de

babyboomers. Según las Proyecciones del INE 2020-2070, el punto álgido del proceso de envejecimiento de la población se alcanzará previsiblemente alrededor del año 2050, para empezar a declinar a partir de entonces. Aunque es prematuro estimar el impacto de la pandemia en todos los fenómenos demográficos, el INE ha avanzado ya que se producirá una disminución coyuntural de la esperanza de vida que, no obstante, se recuperaría en 2021. Considerando tan solo el horizonte más cercano de los próximos quince años, cruciales para el desarrollo del SAAD, hay que tener en cuenta que entre 2020 y 2035 el volumen de mayores de 65 años pasaría de representar el 19,6 por 100 de la población en 2020, al 26,5 por 100 en 2035. Dentro de este grupo, los mayores 70 años pasarían de representar el 14,4 por 100 en 2020 al 19,4 por 100 en 2035 y los mayores de 80 años pasarían de representar el 6 por 100 al 8,1 por 100 en el mismo periodo. Con todo, los mayores de 65 y menores de 80 años, es decir, el grueso del colectivo de *babyboomers*, constituyen todavía en ambos años de referencia el grupo más numeroso. En esta primera fase, los mayores incrementos en volumen de población dentro del grupo de mayores de 64 años se situarían en la franja de edades inferior a los 85 años, lo que tiene repercusiones en el sistema desde el punto de vista de las expectativas de entrada al mismo en función del grado esperable de pérdida de autonomía.

Incluso sin considerar las proyecciones de envejecimiento de la población a largo plazo, por la incertidumbre intrínseca a las mismas, el importante aumento de la población potencialmente dependiente que se va a producir en los próximos quince años (especialmente de los mayores de 80 y de 90 años) apunta a la necesidad de anticiparse al aumento de la demanda que va a experimentar el SAAD.

Con esta perspectiva, es importante avanzar una planificación a corto y medio plazo de la inversión que el sistema va a requerir y de los recursos necesarios para financiarla.

Desde la perspectiva de los tipos de hogar, aunque la forma de convivencia que se va haciendo más habitual en la vejez es la pareja, debido fundamentalmente a los avances en la supervivencia de los hombres, hay que tener en cuenta que, según la Encuesta Continua de Hogares del INE, en 2019 vivían solas algo más de dos millones de personas mayores de 65 años, siendo mujeres el 72,3 por 100 de ellas. Ello da una idea del reto que supone el objetivo de lograr una atención de calidad basada, en la medida de lo posible, en la permanencia en el entorno de las personas en situación de dependencia. La experiencia del confinamiento y la supresión de servicios de atención a la dependencia que se prestaban en el hogar, que todavía no se han normalizado en muchos territorios, ha servido para poner en evidencia la gravedad de muchas situaciones de soledad no deseada, especialmente cuando se acompaña de un deterioro importante de la salud o de la capacidad funcional.

Aunque la mayor parte de las personas mayores vive en las ciudades, su peso entre la población rural es mucho más elevado. Las condiciones particulares de este medio, como la dispersión o el pequeño tamaño de algunos municipios, unidas a la insuficiencia de servicios, pueden derivar en dificultades para hacer efectivo el acceso a toda la tipología de prestaciones del catálogo de servicios del SAAD en condiciones de equidad, en especial respecto a algunas prestaciones.

*El territorio importa:
la importancia
de mayor atención
al mundo rural*

En el mundo rural, al que no se ha prestado la suficiente atención hasta ahora, la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y sus familiares cuidadores requeriría un mayor impulso al desarrollo de la red de servicios sociosanitarios, así como adaptar la normativa a las peculiaridades de este entorno.

Es ostensible la preponderancia de mujeres a medida que se asciende en la pirámide de edad, de modo que en los grupos mayores de 80 años hay más del doble de mujeres que de hombres, llegando a ser la relación de cuatro a uno entre el todavía pequeño pero creciente grupo de centenarios. Este mayor peso de las mujeres en los grupos de edad más avanzada se mantendrá según las proyecciones, a pesar de los avances constatables en la supervivencia de los hombres.

Junto con el sistema de pensiones, la atención a la dependencia está llamada a constituir una columna fundamental de la protección social en la vejez que, dada la preponderancia de mujeres tanto entre las beneficiarias como entre las personas que cuidan tal y como ya se ha mencionado, debe ser considerada también en perspectiva de género.

LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

Pese a las señaladas limitaciones del sistema de información, una de las aportaciones más interesantes del SAAD ha sido la visibilización de la dependencia en España con cifras concretas, arrojando luz sobre aspectos muy relevantes de esa realidad. En lo concerniente al elemento primordial, esto es, el número de personas que precisan atención (1,3 millones de solicitudes a las que se les ha reconocido el derecho en 2019), el sistema de información del SAAD ofrece periódicamente datos actualizados. Sin embargo, se trata de una cifra resultante de la aplicación del baremo de valoración de la dependencia, que puede ofrecer algún margen de interpretación en las evaluaciones. Al mismo tiempo, no puede desestimarse la existencia de un cierto número de personas que, a pesar de cumplir con las condiciones necesarias para beneficiarse de las prestaciones del sistema, no han llegado a presentar solicitud por diferentes motivos.

En este contexto, la aproximación al volumen de la población dependiente merece ampliar el ángulo de visión de manera que se tenga en cuenta todas las personas con algún grado de falta de autonomía. En este sentido, cabe poner de relieve el hecho de que cerca de 1,7 millones de personas mayores de 65 años (casi dos de cada diez), muestran dificultad para la realización de alguna actividad básica de la vida diaria, según los últimos datos de la Encuesta Nacional de Salud. El indicador aporta una buena aproximación a la población «potencialmente dependiente», revelando un volumen superior al que muestran los datos del sistema.

Con respecto a las personas efectivamente atendidas, los datos muestran un perfil marcado por la edad: la mayor parte de la población beneficiaria (siete de cada diez) se encuentra en el tramo de edad superior a los 65 años, y más de la mitad ha alcanzado ya los ochenta años. Sin embargo, no puede olvidarse la existencia de un volumen notable de población menor de esa edad con problemas de autonomía. En España, de hecho, viven 66.600 menores de 18 años (2.466 niños con menos de tres años) en situación de dependencia reconocida por el sistema, lo que representa el 6 por 100 de la población dependiente. Otras 239.000 personas dependientes se encuentran en la amplia franja de los mayores de 18 y menores de 65 años, suponiendo el 21,5 por 100 del conjunto.

También en este caso sería interesante contrastar los datos del sistema con los aportados por otras fuentes, como la Encuesta sobre discapacidades, autonomía y situaciones de dependencia, que en cualquier caso, requeriría de una mayor actualización (la última data de 2008), con el fin de conocer con precisión el volumen de la población con necesidades de atención.

Al mismo tiempo, la amplitud del fenómeno de la dependencia en la población joven, fruto de la mayor supervivencia a eventos que en otro tiempo resultaban fatales, señala a la necesidad de afrontar el cuidado incluyendo en el diseño de las políticas de atención a ese amplio segmento, y superando la visión «edadista» de la dependencia.

En todo caso, la mayor incidencia de trastornos de la salud a partir de ciertas edades, que se manifiesta en términos demográficos en una esperanza de vida con buena salud a partir de los 65 años más corta en las mujeres, unido a su mayor esperanza de vida, explica el hecho de que la mayor parte de la población beneficiaria esté compuesta por mujeres (65 por 100). Es decir, como las mujeres viven más años y con peor estado de salud, suponen la parte más abultada de población a atender por el sistema.

Teniendo en cuenta que la diferencia en los niveles de salud entre mujeres y hombres es menos acusada en algunos países que presentan, como España, altas cifras de esperanza de vida, la posibilidad de reducir esa distancia en nuestro país, mejorando la salud de las mujeres, debe ser un objetivo en las políticas sanitarias. Por ello parece necesario reforzar las medidas de prevención desde una perspectiva de género.

LOS CUIDADOS INFORMALES

Históricamente la responsabilidad de los cuidados a las personas se ha venido cubriendo en el seno de las familias, principalmente por parte de las mujeres. A pesar del avance que supuso la puesta en marcha del SAAD, las limitaciones en su desarrollo y la intensidad de los cuidados que se siguen prestando de manera informal en el entorno familiar pone de relieve lo mucho que queda por avanzar en el desarrollo efectivo del derecho a la atención a la dependencia.

El impacto de la pandemia ha alterado profundamente las estrategias familiares de cuidados. El cierre de muchos centros de día, comedores para mayores o la supresión o reducción de los servicios a domicilio y, más adelante, el miedo al contagio, ha supuesto un repliegue de la población dependiente en el hogar; un aumento de la carga de cuidados para las personas cuidadoras en el ámbito familiar, cuando estas existían, y un claro empeoramiento de las condiciones de vida de las personas dependientes, especialmente si vivían solas o en el caso cada vez más frecuente de parejas de personas de avanzada edad que se cuidan entre ellos.

Hay que tener en cuenta que en el seno de los hogares, los cuidados a las personas que requieren apoyo para las actividades de la vida diaria siguen mayoritariamente a cargo de las mujeres, según el INE (2016) en un 60 por 100 de los casos, dándose esta situación más frecuentemente a partir de los 45 años. No obstante, en el perfil del círculo de personas cuidadoras se aprecian algunos cambios, de modo que, cada vez más, los hombres también se van incorporando a las tareas de cuidados a las personas. Ello es resultado de diversas circunstancias, como los cambios culturales y educativos pero, sobre todo, por la mejora de su supervivencia en edades avanzadas, de modo que cada vez es más frecuente la convivencia en pareja en esa etapa frente a los hogares unipersonales (generalmente viudas), que era el tipo de hogar más habitual en este grupo de edad hasta hace pocos años.

Llama la atención la muy escasa intensidad con que los hogares con personas que requieren cuidados los reciben desde el ámbito de los servicios sociales, muy por debajo de otras opciones como «otros familiares o amigos» o «empleados». Las estrategias de atención múltiple se han ido volviendo más comunes, así como la externalización de los cuidados y los servicios complementarios, incluyendo tanto la atención formal, exclusiva o combinada, como la atención informal provista desde fuera del hogar, principalmente a través de «empleadas de hogar». La aportación de estas últimas a los cuidados informales a la dependencia en el seno de los hogares, pese a su importancia para muchos de ellos, es una realidad que no ha encontrado hasta el momento reflejo en las estadísticas.

Durante la pandemia, la preferencia de muchas familias por mantener a sus familiares dependientes en el hogar en un contexto de incertidumbre sobre la evolución de los contagios, ha podido impulsar un aumento transitorio de la demanda de este tipo de servicios. Resulta difícil conocer en qué medida la evolución de este sector,

aparte de lo ocurrido en las circunstancias extraordinarias de la pandemia, se relaciona con las características del sistema de atención a la dependencia o más bien con otros factores socioculturales.

Sería deseable mejorar las fuentes de información para el conocimiento de esta compleja realidad.

Existe una relación directa entre la calidad de vida de las personas mayores y el contacto estrecho con sus redes familiares y sociales, que son las dimensiones más valoradas por los adultos mayores, así como su deseo de permanencia en su entorno. Por eso, hay que tener en cuenta el importante impacto en la salud y el deterioro de la autonomía personal que la soledad no deseada, la pérdida de contacto social y el impacto emocional de toda la situación está teniendo en las personas dependientes que permanecen en sus hogares y han dejado de recibir servicios o no han logrado acceder a ellos.

Las nuevas circunstancias exigen nuevos planteamientos desde el SAAD para adaptar su respuesta a los nuevos requerimientos de los cuidados a las personas dependientes en su entorno, tanto en el escenario de pandemia como en adelante.

Hay que reiterar una vez más la necesidad de articular eficazmente la coordinación entre el sistema sanitario y el de la atención a la dependencia, pues es necesaria una respuesta integral a las necesidades sociosanitarias que acarrea la pérdida de autonomía.

La experiencia de la pandemia ha puesto aún más de relieve la importancia de iniciativas para hacer de las ciudades y municipios lugares amigables con los distintos grupos de edad, y especialmente por lo que respecta a las personas mayores y/o con limitaciones funcionales, en términos de accesibilidad y otras facilidades de proximidad.

Hasta ahora, la principal medida que se ha adoptado desde el SAAD para apoyar a las personas cuidadoras familiares de las personas en situación de dependencia fue

El convenio especial para cuidadoras no profesionales

su inclusión en el Régimen General de la Seguridad Social en situación asimilada al alta, mediante la posibilidad de suscripción de un convenio especial. Tras los primeros cuatro años de funcionamiento de esta figura, el Real Decreto-ley 20/2012, entre otras importantes medidas que afectaron al desarrollo del SAAD, estableció que fueran los propios cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia quienes se hicieran cargo de las cotizaciones. Como consecuencia de esta medida, la mayoría de cuidadores dejó de cotizar. Con la aprobación del Real Decreto-ley 6/2019, de medidas urgentes para garantizar la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación se restableció de nuevo el convenio especial y el abono por parte de la Administración General del Estado de las cotizaciones a la Seguridad Social.

Desde su recuperación, la afiliación media mensual en alta de cuidadores no profesionales ha tenido una acogida muy inferior al nivel máximo alcanzado en diciembre de 2011, cuando se registró un volumen de más de 170.000 personas en alta, situándose en torno a las 60.000 personas cuidadoras no profesionales afiliadas en alta a fin de mes. Durante la primera mitad del 2020, la evolución del convenio se ha caracterizado por la estabilidad en niveles similares a los del periodo anterior a la crisis sanitaria, con una tendencia muy ligera al alza.

Es preciso seguir observando la evolución de esta figura e indagar en las causas de su evolución y en su adecuación a las necesidades de las personas cuidadoras y de las dependientes.

En todo caso, la responsabilidad de los cuidados en muchas ocasiones merma la calidad de vida, la salud física y emocional así como la rutina y trayectoria laboral de quien los presta, especialmente en el caso de las mujeres que ya de por sí acusan mayores dificultades de acceso al empleo. Además, el envejecimiento afecta cada vez más a la propia población cuidadora y es cada vez más frecuente la coexistencia en un mismo hogar de parejas de elevada edad que se cuidan entre ellos. Salta a la vista el riesgo de situaciones de precariedad en los cuidados por carencia o pérdida de las habilidades necesarias y surgimiento de necesidades de atención entre los propios cuidadores.

*Necesidad
de más apoyo a las
personas cuidadoras
en el entorno
familiar*

Son todavía insuficientes las medidas de asesoramiento, apoyo y respiro a las personas cuidadoras en el ámbito familiar, siendo esta una debilidad del sistema que requeriría ser abordada cuanto antes.

Asimismo, en otros órdenes de las políticas, cobra relevancia la necesidad de seguir profundizando en las medidas de conciliación de la vida laboral y familiar, a fin de no desincentivar la participación laboral de las personas cuidadoras.

Ello no obsta para que el objetivo principal siga siendo reforzar el propio sistema, pues la imposibilidad de sostenerlo principalmente sobre la base de los cuidados informales es ostensible. Las personas cuidadoras externas a la red familiar van a ser cada vez más necesarias y su profesionalización es un imperativo de calidad del SAAD.

En los próximos tiempos será necesario prestar atención a los cambios que podrían producirse en el sistema de cuidados informales a las personas en situación de dependencia por la confluencia de un contexto de aumento del desempleo por el COVID-19, disminución de las rentas de las familias, incertidumbre sobre la propia

evolución de la pandemia y crisis reputacional del modelo residencial y de los centros para personas mayores.

Para evitar un posible resurgir de los cuidados informales en el seno de las familias que recaerían muy probablemente en las mujeres, algo que no hay que descartar, la imagen y la oferta del SAAD requerirán un ímprobo esfuerzo de rehabilitación.

EL DESARROLLO DEL MARCO NORMATIVO DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

Al igual que la mayoría de los países del entorno europeo, desde principios de siglo también en España se fue abriendo paso la necesidad de afrontar la atención a la dependencia desde el sistema de protección social. Diversas iniciativas condujeron el debate sobre cómo debería garantizarse la atención a la dependencia en España, lo que finalmente cuajó en 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 (LAPAD). Hasta la entrada en vigor de la LAPAD el sistema español de protección social carecía de un modelo integral y universal de atención a la dependencia, aunque diversos dispositivos públicos (estatales, autonómicos y locales) ofrecían respuestas parciales a esta situación, sin estar concebidos específicamente para ello. Estas ayudas públicas, de carácter fragmentario, algunas de ellas subsistentes hoy en día, no bastaban para satisfacer la demanda de cuidados a las personas en situación de dependencia, siendo su alcance desigual e insuficiente.

La aprobación de la LAPAD constituyó, por lo tanto, un hito en la evolución del sistema español de protección social. La configuración de un nuevo derecho universal subjetivo a la atención a la dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio español, y la creación de un sistema institucionalizado para su satisfacción, el SAAD, suponían un importante salto cualitativo respecto a la citada protección que se venía prestando en el ámbito de la atención a la discapacidad y a las personas mayores. Un rasgo especialmente destacable de la creación del SAAD vino dado por la intensa participación de los interlocutores sociales a través del diálogo social.

A diferencia de otros sistemas europeos, el SAAD carece de vinculación directa con el sistema de Seguridad Social y con el sistema sanitario, puesto que su diseño se incardinó en las estructuras de servicios sociales preexistentes, competencia de las comunidades autónomas. La LAPAD es, de hecho, la única ley básica en vigor en el ámbito de los sistemas de servicios sociales autonómicos que se regulan con arreglo a su normativa propia.

El SAAD nació con el propósito declarado de garantizar a los ciudadanos, y a las propias comunidades autónomas, un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia. Sin embargo, esta pretensión no ha conseguido alcanzarse plenamente por diversas circunstancias, especialmente a raíz de las restricciones presupuestarias

*Un despegue
truncado por
la crisis y sus
consecuencias
presupuestarias*

y del alcance de algunas medidas adoptadas durante los años de crisis económica, a través de diversos reales decretos ley que vinieron a modificar la LAPAD, entre los que destaca el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, que afectaron de lleno al calendario de aplicación de la LAPAD y a los contenidos y principios del derecho subjetivo a la atención a la dependencia, debilitando, en general, la intensidad de su acción protectora.

La LAPAD requería una importante labor de desarrollo reglamentario, por parte del Gobierno, para fijar los criterios mínimos comunes en aspectos esenciales para la equidad interterritorial, como el baremo de valoración de la dependencia. Se puede afirmar que, en la actualidad, la LAPAD se ha desarrollado formalmente en todos los aspectos previstos. No obstante, los criterios comunes en los distintos ámbitos se fijaron, con carácter general, de una manera bastante abierta, lo que ha dado lugar a una disparidad en la casuística de las regulaciones autonómicas. Y es que en la práctica el despliegue de la LAPAD se vio condicionado desde sus inicios por el título competencial elegido por el legislador, del cual deriva un sistema cooperativo y complejo de reparto competencial. Ello ha derivado en dificultades de interpretación y de conjugación de dicho título con la reconocida exclusividad competencial autonómica sobre los servicios sociales proclamada en sus Estatutos. Las comunidades autónomas han aprobado abundante normativa con la finalidad de desarrollar y aplicar la LAPAD que, entre otros extremos, ha tenido por objetivo la regulación de los baremos y procedimientos para que los derechos de las personas en situación de dependencia fuesen efectivamente reconocidos en el ámbito territorial, la determinación de las prestaciones económicas o el establecimiento de la intensidad protectora y las compatibilidades de los servicios del SAAD. A ello hay que añadir los servicios que también prestan los entes locales (municipios) en este ámbito por delegación de las comunidades autónomas en la gestión de las prestaciones básicas de servicios sociales o de atención a la dependencia.

Como resultado de este entramado, más de catorce años después de la aprobación de la LAPAD persisten importantes diferencias territoriales en la aplicación, orientación o implantación de la misma, sobre la base de los distintos modelos autonómicos de desarrollo de la atención a la dependencia. Esta disparidad de los modelos puede estar planteando problemas de equidad interterritorial, plasmándose en las mayores dificultades de acceso al SAAD en unas comunidades que en otras, en la aplicación de diferentes criterios a la hora de valorar a las personas solicitantes o en las distintas

atenciones que se reciben en cada territorio. De hecho, la importante distancia en el desarrollo de los diferentes sistemas autonómicos se traduce, concretamente, en tasas de cobertura muy dispares o en importantes diferencias en los niveles de calidad de la estructura prestacional de las diferentes comunidades autónomas.

En conjunto, como coinciden en señalar la mayoría de los estudios, a lo largo de estos años se han puesto en evidencia una serie de problemas o disfunciones del sistema. Entre ellos se suele destacar el carácter excesivamente profuso, complicado y desigual de la normativa que, sin embargo, ha avanzado en la estructuración de los mecanismos jurídicos para la implantación del SAAD. Asimismo, subrayan la complejidad del sistema y una gestión burocrática y lenta; ambigüedad en los ámbitos competenciales; dificultades para aplicar la cooperación interadministrativa; escaso reconocimiento del papel de las corporaciones locales; insuficiencia de las prestaciones de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía; disfunciones en el encaje de la LAPAD y la normativa de servicios sociales autonómica; dificultades en la coordinación y/o integración sociosanitaria; y dispersión de las prestaciones y ayudas con otras del ámbito de la discapacidad. Todo ello ha producido, fundamentalmente, una importante desigualdad en la aplicación de la LAPAD.

Las diferentes normas de desarrollo de la LAPAD configuran un complejo entramado que puede llegar a dificultar su interpretación, por ello, sería recomendable realizar un esfuerzo codificador y de simplificación de las mismas.

Es necesario abordar un ejercicio de mayor transparencia en cuanto a la difusión de los criterios de concesión de las prestaciones en función de la situación de dependencia y económica de las personas potencialmente beneficiarias, de modo que estas obtengan una mayor certidumbre sobre sus expectativas de derecho y el posible alcance de las prestaciones que les corresponderían.

Toda esta complejidad de la gobernanza del sistema de atención a la dependencia se ha manifestado en su máxima expresión durante la gestión de la pandemia, donde las habituales dificultades para alcanzar consensos sobre criterios comunes de gestión han entorpecido la inmediatez en la toma de decisiones requerida por una situación de estas características. La situación se ha complicado aún más en este caso, por el hecho de tener que actuar en este ámbito de forma coordinada y al mismo tiempo liderada por las autoridades sanitarias, a su vez aquejadas de similares problemas para la adopción de decisiones de forma consensuada entre los distintos Servicios de Salud. No ha sido posible suplir la ausencia de unas estructuras previas de coordinación sociosanitaria que llevaban haciéndose esperar desde los comienzos del sistema.

*Medidas adoptadas
en el contexto
de la pandemia
por COVID-19*

En este contexto, durante los primeros meses de 2020, se adoptaron medidas con carácter de urgencia para hacer

frente al impacto de la pandemia entre la población de edad avanzada, entre las que cabe destacar el cierre de comedores para mayores, centros de día, centros ocupacionales y otros servicios similares ante la especial afectación de algunos de ellos ya desde los comienzos de la propagación del virus. También se aprobaron medidas de refuerzo de la atención, en especial ante la grave situación de falta de personal provocada por los contagios, entre las numerosas medidas que se fueron adoptando en cascada durante el estado de alarma.

Posteriormente, durante los meses de junio y julio de 2020, ya en un contexto de menor propagación del virus, si bien en vísperas de la segunda ola de la pandemia, se tomaron una serie de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para seguir haciendo frente y controlar los contagios durante la situación de crisis sanitaria.

Al mismo tiempo, con el propósito de sentar las bases de la reconstrucción del país, se constituyó la Comisión parlamentaria del mismo nombre, que a finales del mes de julio aprobó una serie de actuaciones, buena parte de ellas dedicadas a los cambios necesarios en el sistema sanitario y la salud pública. En el apartado dedicado a esta última se incorporaron una serie de objetivos y medidas orientadas a la mejora de algunos servicios que forman parte de la oferta del SAAD, cuya concreción normativa y presupuestaria no debe hacerse esperar.

Con independencia de la evaluación de la eficacia de las medidas coyunturales antes citadas, una vez superada la emergencia resultará inevitable una urgente revisión en profundidad del sistema de cuidados a las personas dependientes en nuestro país.

Dicha revisión deberá concitar el máximo nivel de consenso entre los actores implicados, por lo que cabe destacar por su importancia la constitución, a finales de julio de 2020 de la Mesa de Diálogo Social para abordar los desafíos presentes y futuros del SAAD y acordar estrategias que permitan paliar las ya citadas debilidades del Sistema evidenciadas a lo largo de estos últimos años y, en particular, a consecuencia de la crisis del COVID-19.

2. Situación del SAAD

Transcurridos ya más de catorce años desde la creación del SAAD y habiendo entrado ya en el mismo todos los niveles y grados de dependencia, parece oportuno abordar la adecuación de su normativa, los instrumentos y los recursos existentes del sistema a la hora de dar respuesta a las necesidades de las personas en situación de dependencia, en atención a los objetivos establecidos por la Ley 39/2006, de 16 de diciembre (LAPAD). Tras la enorme disrupción en el sistema sufrida a raíz de la expansión del coronavirus desde los primeros meses de 2020, ese esfuerzo resulta aún más necesario.

El impacto de la pandemia ha puesto en evidencia las limitaciones del alcance, la intensidad y la calidad de las prestaciones ofrecidas por el sistema de atención a la dependencia. El COVID-19, en este sentido, marca un punto de inflexión que obligará en futuros ejercicios de evaluación a considerar el antes y el después de esta tragedia. Resulta oportuno recordar a continuación, por tanto, la situación anterior a la primera oleada de contagios y la evolución experimentada hasta entonces.

EL ALCANCE DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Los datos registrales procedentes del sistema aportan una valiosa información sobre su evolución y su situación actual, pero también muestran notables deficiencias en lo relativo a parámetros muy importantes, como ya se ha anticipado.

Por otro lado, la información relativa a la mayor parte de sus dimensiones hace visible una situación muy desigual a lo largo del territorio nacional empezando por los aspectos básicos. Así, en lo tocante a las solicitudes se aprecian diferencias entre las comunidades autónomas, que hasta cierto punto parecen responder a la composición por edades de las poblaciones en cada territorio. Pero la explicación puramente demográfica no encaja con algunos casos, como Andalucía, Castilla-La Mancha o Cataluña, donde la proporción de solicitudes superaba en 2018 a la media, no así la edad promedio de sus habitantes, lo que anima a pensar en otras causas como la generación de expectativas desde las propias Administraciones públicas. Además es posible que otros elementos como la esperanza de vida en salud, muy ligada a la riqueza de cada territorio, intervenga en alguna medida en la variabilidad de un parámetro que, como se ha visto, no depende exclusivamente del nivel de envejecimiento de una población.

Además, el sistema no ofrece información relativa al flujo de solicitudes, proporcionando solamente el volumen acumulado de aquellas, lo que unido a la falta de información sobre altas y bajas en el SAAD hace que el análisis de su funcionamiento desde una perspectiva dinámica sea muy difícil. Por ello sería deseable que el SISAAD incorporara esa información de manera sistematizada.

A todo ello hay que sumar la conmoción que ha supuesto la pandemia de COVID-19 en un sistema que no había terminado de desplegar todos los instrumentos de atención ni había cubierto toda la demanda, en términos de población y de intensidad protectora. La mayor parte de los parámetros de análisis han acusado el impacto de la crisis sanitaria, con descensos de solicitudes, de beneficiarios, de prestaciones y también, de manera dramática, de listas de espera. Sin embargo, lo abrupto de la aparición del nuevo escenario y el hecho de que la crisis de salud pública no haya sido aún superada, añade incertidumbre sobre el devenir del SAAD y en todo caso, aconseja tener presente la trayectoria anterior a marzo de 2020.

Terminado el año 2019, en lo relativo a la población reconocida como dependiente, el SISAAD mostraba que un 3 por 100 de la población en España había solicitado ayuda al sistema y había sido baremada y reconocida como dependiente. Sin embargo, en la práctica, la cobertura del sistema alcanzaba a 1,1 millones de personas, lo que supone el 81 por 100 del total de personas valoradas como dependientes por el SAAD.

*Casi un 20 por 100
de personas en lista
de espera
para ser atendidas*

Por tanto, casi un 20 por 100 de la población en situación de dependencia reconocida no recibía atención, conformando la llamada «lista de espera» para ser atendido (bolsa integrada por las personas que han sido valoradas y de las que se ha emitido un dictamen con grado concreto de dependencia pero no han obtenido resolución de la/las prestaciones a las que tienen derecho). En 2019, después de varios años de descensos consecutivos, el volumen de la lista de espera se incrementó en un 8 por 100 (casi 20.000 personas más) con respecto a 2018.

Este indicador muestra también notables diferencias a lo largo del territorio nacional, de modo que algunas comunidades autónomas presentan niveles de cobertura superiores a la media.

A ello habría que añadir el número de personas en espera de valoración, que hasta 2019 se elevaba a 159.193, de las que unas 127.000 podrían ser en realidad personas en situación de dependencia que no reciben ninguna atención (y que ni siquiera son aún consideradas como tales), formando también parte del colectivo que no ha visto satisfecho su derecho a la atención. La suma de las dos magnitudes arroja un saldo de 397.000 personas en espera para ser valoradas y para recibir atención.

Sin embargo, este dato no es aportado específicamente por el sistema de información del SAAD que, a pesar de los avances realizados en los últimos años, dispone aún de un amplio margen de mejora en el suministro de datos precisos sobre el funcionamiento del sistema público de atención.

Entre las carencias de información oficial relativa a las listas de espera, merece destacarse la relativa a los tiempos medios de tramitación, aspecto sobre el que el sistema no ofrece datos. Tratándose de una cuestión cuyo conocimiento resulta imprescindible para evaluar el funcionamiento del SAAD, sería deseable que el sistema de información elaborara y publicara datos concretos sobre los plazos que transcurren desde que se presentan las solicitudes hasta que los dependientes reciben atención. Algunas estimaciones procedentes del sector (AEDGS) sitúan el plazo medio en 426 días, lo que supera ampliamente el plazo máximo establecido legalmente en 180 días, en especial en algunas comunidades autónomas, en las que se duplica y se triplica, según estimaciones recientes.

Desde sus comienzos, la asignación de prestaciones ha mostrado un predominio de las de índole económica, en contra del carácter excepcional que les atribuía la LAPAD. En 2019, último año del que se dispone de datos completos, las prestaciones económicas

siguieron mostrando crecimientos, si bien más moderados que en los años precedentes, en sus dos vertientes, de cuidados familiares y vinculados a servicios. En todo caso, cabe destacar el incremento desde 2016 de las prestaciones en especie, visible sobre todo en el caso de la teleasistencia y la ayuda a domicilio, opciones predominantes en los casos de menor afectación.

Se aprecia, también, una clara inclinación de algunas comunidades hacia la concesión de prestaciones económicas para el cuidado en el entorno familiar de la persona dependiente, alejándose del objetivo original de la LAPAD, que priorizaba los servicios profesionales por encima de las prestaciones económicas.

SITUACIÓN DE LAS DISTINTAS PRESTACIONES DEL SAAD

El alcance y la tipología de las prestaciones reconocidas por el SAAD depende en gran medida de la forma de implantación del sistema en cada comunidad autónoma que tiene que ver, entre otros aspectos sociodemográficos, económicos y culturales, con las características de los distintos sistemas de servicios sociales, un ámbito de su competencia exclusiva. El predominio de unas u otras prestaciones ha ido cambiando a lo largo del tiempo, a medida que el sistema ha ido adquiriendo madurez y se han ido incorporando beneficiarios de todos los grados posibles. Con las cifras más recientes, es posible observar significativas diferencias en las pautas territoriales especialmente cuando se atiende al peso de las distintos tipos de prestaciones entre las reconocidas. Las principales diferencias parecen radicar en el peso de las prestaciones económicas (tanto para el cuidado familiar como vinculadas al servicio), así como en las importantes disparidades en la proporción de prestaciones sin alojamiento.

A diferencia de otros sistemas de información equiparables en el ámbito de la protección social, como el sanitario, que cuentan con series estadísticas accesibles de dotación de recursos, personal, actividad y gasto, el sistema de información del SAAD no incorpora datos sobre la mayoría de estos aspectos esenciales vinculados a sus cometidos, por lo que, de momento, cualquier intento de aproximación algo más detallada a las distintas prestaciones requiere acudir a otras fuentes.

Como ya se ha mencionado, sería necesario que esta carencia se subsanara cuanto antes.

La situación de las distintas prestaciones viene marcada por el todavía insuficiente desarrollo de la red de servicios, sustentada en buena medida en la oferta desde el sector privado bajo el régimen de conciertos, así como la asimetría en la implantación territorial de los servicios, que puede estar influyendo en la diferente propensión de las comunidades autónomas hacia la concesión de una tipología u otra de prestaciones. A ello se une el escaso desarrollo de la red de servicios en el medio rural y las importantes dificultades en este entorno de cumplir con los requisitos

exigidos con carácter general para los centros y servicios, que no tienen en cuenta sus peculiaridades.

Es necesario un mayor impulso al desarrollo de infraestructuras y servicios vinculados a la satisfacción del derecho a la atención a la dependencia, teniendo en cuenta las perspectivas demográficas. El sector de los cuidados sigue estando llamado a ser un elemento dinamizador de la economía y del empleo, especialmente necesario en el entorno rural.

Otra circunstancia que influye en la calidad y la integralidad de la atención prestada es la adecuada combinación de prestaciones requerida en cada caso. A este respecto, la limitada compatibilidad entre prestaciones, unido a la baja intensidad de algunas de ellas, puede estar obstaculizando la plena efectividad del derecho a la atención a la dependencia en muchos casos.

En opinión del CES, sería necesario considerar los efectos de las incompatibilidades en vigor desde el punto de vista del enfoque integral de la atención y centrado en la persona que debería impregnar el tratamiento de cada caso.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que el SAAD vino a completar y coordinar los sistemas de protección preexistentes desde el ámbito de los servicios sociales pero estos, ya sea a través de las comunidades autónomas o de las corporaciones locales, siguen desempeñando actividades muy similares a las del SAAD, dirigidas a personas mayores con necesidad de apoyo pero no necesariamente en situación de dependencia en el sentido de la LAPAD. Se trataría principalmente, por tanto, de actuaciones más bien de carácter preventivo y en el terreno de las prestaciones de apoyo a la permanencia en el entorno familiar y en la comunidad, (como la ayuda a domicilio prestada a través del Plan Concertado de Servicios Sociales, la teleasistencia o los centros de mayores de los ayuntamientos), sin que se haya producido en todos los casos una integración o una articulación de ambos niveles de actuación.

Sería necesaria una evaluación del conjunto de actuaciones que se llevan a cabo, tanto desde el SAAD, como por parte de los sistemas de servicios sociales y de las actividades desplegadas desde el ámbito local, con vistas a alinear prioridades de actuación y a reforzar la eficacia del conjunto de este tipo de acciones.

En pocos espacios de la realidad social como en el de la atención a las personas dependientes confluyen tan frecuentemente necesidades sanitarias y sociales. La atención centrada en la persona en la que se pretenden basar los cuidados de larga duración de calidad, según las

*El ineludible impulso
a la coordinación
y la atención
socio sanitaria*

recomendaciones europeas, pasa ineludiblemente por un reforzamiento de la atención sociosanitaria de carácter integral y continuada, independientemente de si los cuidados se lleven a cabo en el domicilio o en centros especializados.

Aun contando con base normativa y pese a tratarse de una necesidad unánimemente reconocida, los intentos de construir un modelo integral de atención sociosanitaria en nuestro país desde hace varias décadas han resultado bastante infructuosos, a pesar de las diversas iniciativas en esa dirección. Por su parte, las experiencias autonómicas de coordinación del sector sanitario y el social son de lo más dispar en su implantación, enfoque, intensidad y resultados.

Los obstáculos para conformar un espacio común sociosanitario enlazan con la propia complejidad de la gobernanza del SAAD, a la que ya se ha hecho alusión. Las trágicas consecuencias de la pandemia no han hecho sino visibilizar la desatención a la necesaria complementariedad de lo sanitario y lo social que ha caracterizado el desarrollo de ambas dimensiones de la protección social en nuestro país. La falta de coordinación intersectorial es uno de los distintos factores explicativos de la magnitud alcanzada por la crisis, a que apuntan los primeros análisis sobre la gestión de la pandemia.

Es ineludible un impulso efectivo a la coordinación sociosanitaria y la creación de un marco político común en este ámbito. La reactivación del diálogo social en atención a la dependencia brinda la ocasión para abordar de manera consensuada estrategias de coordinación sociosanitaria en el marco del SAAD, tal y como propusieron los interlocutores sociales en su documento de julio de 2020.

LA ATENCIÓN RESIDENCIAL

La institucionalización es la opción con menor aceptación entre la población potencialmente dependiente, a pesar de que la propia LAPAD prioriza el objetivo de la permanencia en el entorno. Sin embargo, la atención residencial es una solución a menudo inevitable por las circunstancias personales y del entorno de las personas dependientes, especialmente las de mayor edad, siendo una prestación particularmente importante por la mayor intensidad de la atención, horaria y de recursos que la caracterizan, así como por la vulnerabilidad en términos de salud de la población que reside en estos centros, lo que requiere una estrecha coordinación sociosanitaria.

El dramático impacto del COVID-19 en las residencias ha aflorado importantes debilidades que, lejos de estar resueltas, requieren una reflexión sobre los cambios necesarios para satisfacer el derecho a una atención integral de calidad centrada en la persona dependiente.

La atención residencial seguía teniendo un peso considerable en el conjunto de las prestaciones, pues representaban a finales de 2019 el 12 por 100 del total de prestaciones reconocidas. Dejando al margen las prestaciones económicas, la prestación residencial suponía el 21 por 100 de las prestaciones en vigor a finales de 2019, por detrás de la teleasistencia y la ayuda a domicilio.

Como en el resto del sistema, la información oficial disponible sobre la red de servicios residenciales y sus características es limitada, especialmente por lo que hace a indicadores sobre aspectos cualitativos de la atención prestada. En el conjunto del territorio, según el IMSERSO, en 2018 la oferta de servicios residenciales se elevaba a 6.240 centros, con un total de 391.475 plazas, y un índice de cobertura de la población mayor de 65 años de 4,32 por 100, muy variable territorialmente. En cuanto a la tipología, se contarían 5.457 centros residenciales y 783 viviendas para mayores, fórmula que parecería encajar en los modelos alternativos al asistencial tradicional institucionalizado y de la que no se dispone de mayor información que esta. El 81,8 por 100 de las personas usuarias de centros residenciales tenía más de 80 años, porcentaje que se reducía al 59,7 por 100 en el caso de las viviendas para mayores.

Según el IMSERSO, se cuenta con 5.457 centros residenciales para personas mayores mientras la oferta de plazas asciende a 381.158. Aunque el informe no se adentra en todas las características de los centros y su tipología, la realidad del sector es muy heterogénea en cuanto a tamaño, titularidad, hábitat urbano o rural, disponibilidad o no de servicios sanitarios propios, la relación o la cercanía con la atención primaria y el centro hospitalario local, el perfil socioeconómico, etáneo, de apoyo familiar y de salud de sus usuarios y sus niveles de satisfacción¹³⁴.

*Centros
residenciales,
cobertura dispar
y escasa información
cualitativa*

En cualquier caso, la dotación de plazas es muy variable territorialmente, así como su titularidad (pública o privada). En general, hay un predominio de las plazas de titularidad privada que, en media sobre el total, tienen un peso del 73 por 100. El 63 por 100 de las plazas era de financiación pública, mientras que el 40 por 100 se sufraga de forma privada, con importantes diferencias por comunidades autónomas.

La mayoría de las plazas se sitúan en centros de tamaño inferior a cien plazas, si bien en los últimos años se ha producido un aumento de las residencias de mayor tamaño, que constituyen ya más de una quinta parte del total de centros. No obstante, en este aspecto también se observan importantes diferencias territoriales.

Los requerimientos mínimos para la acreditación, autorización y funcionamiento de los centros residenciales (ratio de personal, figuras profesionales requeridas, intensidades horarias, etc.) se encuentran regulados en la normativa aprobada por las

134 Véase apartado 3 del capítulo II sobre la panorámica del sector, sobre la evolución de los distintos tipos de establecimientos residenciales de servicios sociales.

comunidades autónomas, al igual que las condiciones de la concertación. Ello genera un panorama de precios de concierto muy diferentes, generalmente inferiores a los de mercado, que podría presionar sobre determinados aspectos relacionados con la calidad de los servicios y su adecuación a las necesidades de las personas, como las características del empleo en el sector.

En línea con lo expresado en el apartado dedicado a la dinámica sectorial, sería deseable que desde el propio SAAD y sus órganos de participación se evaluaran las posibilidades de aproximación de criterios en aquellos aspectos de funcionamiento del sistema de contratación pública que puedan revertir en una mejora de la calidad de las prestaciones y en una mayor equidad interterritorial.

Otra peculiaridad del sector residencial atañe al IVA por este tipo de servicios, diferente en función de que la plaza esté subvencionada o no.

En general, sigue llamando la atención el importante peso de esta prestación dentro del sistema, habida cuenta de las preferencias de las personas mayores que, con mucha diferencia, se muestran partidarias de permanecer en su domicilio y ser atendidas allí el mayor tiempo posible. Recientemente el IMSERSO ha comenzado a ofrecer información cuantitativa sobre el número de «viviendas para mayores» que aparentemente se corresponderían con fórmulas distintas del modelo asistencial tradicional institucionalizado, más centrados en las personas y que procuran una mayor integración del mayor en un entorno comunitario y más similitud con su lugar de vida habitual, muy concentradas de momento en algunas comunidades autónomas. En cualquier caso, el bajo nivel de cobertura junto al desembolso que suponen para los usuarios las convierten en una solución de momento muy minoritaria.

El CES echa en falta más información sobre el abanico de nuevas realidades residenciales emergentes, como apartamentos tutelados y nuevas formas de convivencia comunitaria. Aunque se trate en muchos casos de modelos no exportables a todo tipo de hábitats y territorios, el SAAD debería monitorizar este tipo de experiencias diferentes del modelo residencial clásico, ponderando sus ventajas e inconvenientes y, en su caso, procurando su encaje en el sistema.

Asimismo, en línea con lo ya expresado al principio, para una mejor garantía del derecho a la atención a la dependencia, sería deseable la existencia de mecanismos homogéneos e independientes de evaluación permanente de la calidad de la atención prestada en los centros residenciales.

El impacto del COVID en los centros residenciales

La pandemia por COVID-19 ha surtido efectos trágicos en los centros residenciales, especialmente en los primeros meses tras su aparición en España: entre marzo y julio

la mortalidad estimada por el IMSERSO habría afectado a 18.911 personas, entre el 7,6 por 100 de las personas dependientes atendidas en residencia con prestación reconocida por el SAAD. La gravedad del impacto de la letalidad en las residencias no ha sido homogénea, en coherencia con la enorme heterogeneidad del propio sector, como destacan los primeros informes al respecto. La incidencia de los contagios ha sido diversa no solo entre regiones, sino también dentro de una misma comunidad autónoma, de modo que hay centros residenciales que se han visto afectados muy duramente, mientras que otros no han registrado fallecimientos.

En cualquier caso, la falta de información sobre la morbilidad por COVID-19 entre residentes y personal en todo el territorio dificulta en el momento actual extraer conclusiones sólidas sobre la prevalencia de la enfermedad en los distintos tipos de establecimientos, las vías de contagio y su relación con otros factores como la propia incidencia regional, el perfil de las personas atendidas, aspectos relacionados con la gestión o la eficacia y la celeridad de las medidas adoptadas por las Administraciones responsables en cada caso.

Todo ello contrasta con la estigmatización cuando no criminalización de que ha sido objeto el sistema residencial en su conjunto y con la necesidad de su existencia misma, sin perjuicio de la necesaria evaluación de sus debilidades y fortalezas de cara a la implementación de los cambios y mejoras necesarias en el futuro.

La gravedad de lo sucedido en su conjunto requerirá una evaluación en profundidad, si bien los primeros diagnósticos coinciden en señalar la confluencia de diversos factores, como, sin ánimo de exhaustividad, el desconocimiento inicial sobre el virus y su capacidad de infección en los inicios, la facilidad del contagio en establecimientos colectivos, la elevada vulnerabilidad de las personas residentes así como, particularmente, la falta de coordinación a todos los niveles (inter e intra Administraciones, e intersectorial), especialmente de coordinación sociosanitaria, que contribuyó al retraso en la adopción de las medidas y la indefensión de las personas usuarias que en demasiados casos no pudieron tener una atención sanitaria adecuada ni una muerte digna.

En el trasfondo de este cúmulo de circunstancias, cabe recordar el papel que ha podido jugar el edadismo imperante en la sociedad actual, que le quitaba importancia en sus inicios a la epidemia, puesto que «solo» afectaba gravemente a los ancianos, lo que concuerda con la escasa y tardía prioridad que se ha concedido a la atención a la dependencia en toda la gestión de la crisis.

Pese a que todas las dimensiones del sistema también se hayan visto afectadas por la pandemia, aunque en menor medida, el impacto del coronavirus en las residencias ha focalizado la atención, centrándose en ellas la mayor parte de los primeros análisis sobre la pandemia, como el reciente Informe del Defensor del Pueblo,

que realiza una serie de recomendaciones centradas en los aspectos estrictamente vinculados a la gestión de la misma, pone de relieve también otras debilidades de carácter más estructural de esta parcela, como la carencia del número suficiente de plazas, la insuficiencia de personal o la conveniencia de plantear la viabilidad de un modelo de residencias propiamente sociosanitario, con suficiente atención médica y de enfermería.

Con vistas al futuro, es importante enmarcar el lugar que le corresponde a la atención residencial y los cambios que requiera en una reflexión más amplia sobre el conjunto del sistema y sus prestaciones. En este contexto, deberá jugar un papel destacado el resultado de los trabajos de la Mesa de Diálogo Social en atención a la dependencia abierta en estos momentos, pues solo sobre la base del consenso con todos los agentes implicados es posible abordar reformas que redunden efectivamente en la garantía de los derechos de las personas en situación de dependencia.

LOS SERVICIOS SIN ALOJAMIENTO: EL APOYO A LA PERMANENCIA EN EL ENTORNO

Las prestaciones en forma de servicio sin alojamiento (ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día/noche y prevención) contribuyen a la permanencia de las personas en su entorno habitual de vida. En su conjunto, tienen el potencial de ofrecer una atención integral centrada en la persona si bien el esquema de incompatibilidades en vigor obstaculiza en algunos casos la complementariedad que podrían tener unas y otras, circunstancia agravada por la escasa intensidad horaria que suele caracterizar a la ayuda a domicilio.

Un rasgo común de estas prestaciones es el hecho de ser ofrecidas en numerosos casos por los ayuntamientos y corporaciones locales, tanto en el marco del SAAD en virtud de convenios de colaboración entre la Consejería competente y las entidades locales y otras entidades de Derecho Público, como en desarrollo de sus competencias propias de gestión de los Servicios Sociales Básicos de su ámbito territorial (financiados al menos parcialmente con arreglo al Plan concertado de Servicios Sociales).

Como ya se ha mencionado al principio, sería deseable visibilizar el conjunto de actuaciones preventivas, de fomento de la autonomía personal y de apoyo a la permanencia en el entorno que se llevan a cabo desde las distintas Administraciones, con el fin de reforzar la eficacia en la consecución de estos objetivos.

El impacto del COVID-19 entre las personas atendidas con apoyos domiciliarios se tradujo en un exceso de fallecimientos en el periodo marzo-julio de 9.715 personas, es decir, un 1,1 por 100 sobre un total de 872.358 de personas atendidas en marzo.

EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

La LAPAD estableció que el SAD debía integrarse en la red de servicios sociales como una prestación específica de dependencia. No obstante, parece que todavía persisten dificultades administrativas/procedimentales y problemas de concepto para encajar esta prestación del SAAD en las estructuras autonómicas de servicios sociales, lo cual posiblemente conlleva problemas de cobertura y de eficiencia —tanto económica como organizativa—.

En la última década el servicio de ayuda a domicilio (SAD) ha mostrado un desarrollo positivo en términos de peso relativo en el conjunto de prestaciones del SAAD. Tras el pequeño retroceso observado a finales de 2013, su importancia cuantitativa en el total de prestaciones reconocidas ha ido en aumento, siendo mayor su crecimiento desde 2015 —año en el que se hizo efectivo el derecho a prestaciones de muchas personas valoradas como dependientes de grado I—.

A 1 de diciembre de 2019, el peso del SAD en el conjunto de prestaciones del SAAD se sitúa en un 17,7 por 100, porcentaje ligeramente inferior al observado en 2018 (17,9 por 100). Estos datos agregados sobre el peso relativo del SAD son el resultado de un desarrollo muy heterogéneo entre las comunidades autónomas, que muestran una evolución y unos porcentajes de lo más dispares.

La ayuda a domicilio específicamente ofrecida desde el Sistema de atención a la dependencia se configura a partir de una serie de elementos que condicionan su calidad y suficiencia así como su viabilidad y alcance, como el propio contenido de la prestación, su intensidad horaria, el régimen de incompatibilidades, la participación del receptor en la financiación (copago) o la profesionalización de la personas que proporcionan la ayuda a domicilio.

La información que ofrece el SISAAD a este respecto es muy parca en su contenido, aunque recientemente se han comenzado a ofrecer algunos datos de interés sobre intensidad de la prestación que vienen a confirmar su insuficiencia en promedio. Así, según datos del IMSERSO, la intensidad horaria media al mes en todo el territorio sería de 19,6 horas, incluyendo tanto tareas de cuidados personales, como tareas domésticas. La media de horas dedicada estrictamente a cuidados personales sería de 12,7. Una vez más, las diferencias interterritoriales son muy llamativas.

La necesaria mejora del servicio de ayuda a domicilio pasa por el establecimiento de una intensidad horaria que permita una atención digna y de calidad; la necesidad de una mayor profesionalización y acreditación de las cualificaciones del personal; el impulso a la coordinación sociosanitaria y a la colaboración con los equipos de atención primaria, además de, como ya se ha mencionado, al aumento del atractivo del empleo en el sector, que ya registra problemas de reclutamiento de personal, especialmente en el medio rural.

Estas últimas dificultades se han agudizado de forma particularmente grave durante la fase más aguda de la pandemia, suprimiéndose el servicio en muchos casos y dando

lugar a medidas urgentes de apoyo a los municipios y flexibilización de los requisitos de profesionalidad y fomento de las contrataciones, entre otras medidas.

Hay que tener en cuenta las propias consecuencias de la interrupción del servicio, que se dejó de prestar en muchos casos, en la salud y el bienestar de las personas dependientes, siendo necesario no solo la recuperación de la normalidad anterior a la pandemia en su prestación, sino una verdadera apuesta por la mejora de su intensidad, su calidad y su profesionalización.

LA TELEASISTENCIA

El servicio de teleasistencia tiene por finalidad atender a las personas beneficiarias mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, dando respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento, con el fin de favorecer la permanencia de las personas usuarias en su medio habitual. El servicio de teleasistencia proporciona seguridad y tranquilidad a las personas usuarias y sus familias, presentando por tanto un carácter eminentemente preventivo y que puede ser complementario de la ayuda a domicilio. Los entes locales (ayuntamientos) vienen prestando, de manera bastante habitual este servicio. Se trata de una prestación con un importante potencial de detección de problemas sociales en fase embrionaria, evitando que se agraven.

Al igual que ocurre con la ayuda a domicilio y otras prestaciones, la teleasistencia viene siendo prestada por distintos niveles administrativos (ayuntamientos y comunidades autónomas) en unos casos integrada en el esquema del SAAD y en otros en el de los Servicios Sociales Básicos, lo que puede generar diferencias en el tipo de servicios y cierta descoordinación en la cobertura de necesidades de la población.

Tras los años de crisis, el volumen de prestaciones por teleasistencia viene creciendo desde 2015, siendo la tercera prestación más extendida tras la ayuda económica para cuidados en el entorno familiar y la ayuda a domicilio. A 31 de diciembre de 2019 se encontraban reconocidas 246.617 prestaciones por teleasistencia del SAAD. Si en el primer trimestre de 2020 el número de prestaciones por teleasistencia seguía aumentando, entre abril y mayo, ya en plena expansión de la primera ola de la pandemia, y tras la declaración del estado de alarma, se produjo un importante descenso de las mismas, precisamente en el periodo de confinamiento en que muchas personas dependientes se encontraban en sus casas sin poder asistir a sus centros de día ni, en muchas ocasiones, recibir asistencia en forma de ayuda a domicilio o de sus propios familiares.

A partir del mes de junio, ya finalizado el estado de alarma, el número de estas prestaciones volvió a retomar el ritmo de aumento para prácticamente estancarse en septiembre, ya en plena segunda ola, lo que resulta paradójico en un contexto en que

la pandemia ha hecho eclosionar el recurso a las nuevas tecnologías que facilitan la prestación de servicios a distancia en todos los ámbitos.

Además, se observa que, a pesar del desarrollo de su contenido a nivel normativo y de algunos avances, proyectos o experiencias prometedoras en la práctica de algunas comunidades autónomas, la teleasistencia avanzada no es todavía una realidad tangible en el conjunto del SAAD.

Es necesaria una verdadera extensión de esta prestación y una optimización de las soluciones que ofrecen las nuevas tecnologías, la inteligencia artificial y la digitalización para facilitar los cuidados y la cotidianeidad de las personas en situación de dependencia, no solo como instrumento de emergencia sino de apoyo al mantenimiento de la autonomía personal en el día a día.

Al mismo tiempo, es importante despejar su compatibilidad con otras prestaciones, pues las necesidades de las personas dependientes que permanecen en su entorno habitual difícilmente suelen poder colmarse con un solo tipo de atención.

Las posibilidades de la digitalización y la introducción de nuevas tecnologías en los hogares, junto a la necesidad de reforzar la atención sociosanitaria, hacen necesario el desarrollo de una mayor variedad de servicios, como la telemedicina o la domótica, para la mejora de la autonomía y el bienestar, que faciliten la permanencia en el hogar de las personas dependientes. A este respecto, cabe poner de relieve que las oportunidades que brinda el plan de recuperación de la Unión Europea orientadas en esta dirección, son aplicables también a la mejora del SAAD a través del impulso a la digitalización en este ámbito.

Durante la pandemia del COVID-19 se ha evidenciado el potencial de la expansión tecnológica en el ámbito del SAAD y, por ello, se ha puesto de relieve la necesidad de continuar optimizando y ampliando sus aplicaciones, más allá del escenario de pandemia. Es preciso prestar atención a las oportunidades que brindan los nuevos fondos europeos para la recuperación en este ámbito.

SERVICIO DE CENTRO DE DÍA Y DE NOCHE

Con el fin de favorecer la permanencia de las personas usuarias en su medio habitual, este tipo de centros ofrecen una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. Desde un enfoque biopsicosocial, cubren las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal. Se estima que la edad media de las personas que utilizan este servicio es superior a los 80 años.

Desde 2008 hasta 2019, el número de prestaciones de centro de día/noche ha ido en aumento. Sin embargo, ya en 2020 el número de estas ha ido descendiendo, situándose en 90.102 a 31 de octubre. Dicha tendencia descendente fue más pronunciada a partir del inicio de la pandemia del COVID-19, debido al confinamiento domiciliario de la población y a las medidas adoptadas por las distintas Administraciones públicas en este terreno.

Se trata, tras las prestaciones preventivas, del servicio con menos personas beneficiarias: representa tan solo un 6,36 por 100 del total de prestaciones reconocidas, con grandes diferencias territoriales.

Así, a 31 de octubre de 2020, llama la atención el elevado peso de esta prestación en el total de prestaciones reconocidas en Canarias (donde, en cambio, no está desarrollada la ayuda domicilio) y el menor en la Comunidad Foral de Navarra.

Es necesario mejorar la información sobre la red de centros de día/noche del SAAD, su adecuación a las demandas de las personas usuarias y las razones de su aparentemente desigual acogida en unos territorios y otros.

El impacto de la pandemia afectó de manera importante a los centros de día, que fueron de los primeros establecimientos colectivos en cerrarse a mediados del mes de marzo y que todavía no han recuperado, ni su actividad normal en la mayoría de los casos, ni el ritmo de nuevas concesiones de este tipo de prestación. Así, si a 31 de diciembre de 2019 unas 96.748 personas eran usuarias de prestaciones de este tipo, habían descendido a 90.102 a 31 de octubre de 2020. No cabe obviar las consecuencias del perjuicio ocasionado a las personas dependientes por la pérdida de este servicio, crucial para el mantenimiento de la vida social y la prevención de la dependencia de muchas personas mayores, así como para la tranquilidad de sus familias.

PREVENCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA

Este servicio tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos.

Desde 2008 hasta 2019, el número de prestaciones por prevención de las situaciones de dependencia ha ido en aumento. Sin embargo, desde que se decretó el estado de alarma a mediados de marzo de 2020, como consecuencia de la pandemia del COVID-19, el número de estas prestaciones fue disminuyendo, situándose en 61.298 a 31 de octubre de 2020, lo que representa un 4,33 por 100 del total de prestaciones reconocidas en todo el territorio nacional. La misma, es la prestación sin alojamiento

que menos peso ostenta de entre todas estas en el total estatal. Además, se trata de la segunda prestación reconocida que menos peso ostenta en nuestro país (la primera es la prestación económica de asistencia personal).

Existe gran disparidad territorial, con Cantabria como la comunidad autónoma en donde esta prestación representa un mayor porcentaje sobre el total de todas las prestaciones reconocidas en dicho ámbito territorial y, en el lado opuesto, Cataluña.

Todo ello denota también que la configuración actual del SAAD tiende, en mayor medida, a abordar situaciones de dependencia ya declaradas que a la prevención de las mismas.

En línea con lo anteriormente expuesto, esta prestación debería ir cobrando mayor importancia en los próximos años a medida que se consolide la entrada en el sistema de personas con menor grado de dependencia.

En conjunto, es necesario dotar de mayor relevancia a la vertiente preventiva del SAAD, entendiendo como tal no solo esta prestación propiamente dicha, sino el conjunto de servicios y prestaciones orientados a favorecer la permanencia en el entorno de la persona dependiente, evitando o retrasando su institucionalización: ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día y prestaciones preventivas.

Hay que insistir en la importancia de articular una efectiva coordinación e interacción con el sistema sanitario, especialmente con los equipos de atención primaria, así como de conformar una atención de carácter integral centrada en la persona.

Cabe recordar la importancia de reforzar la complementariedad con otros servicios prestados en el ámbito de los servicios sociales de las comunidades autónomas y por las corporaciones locales, como los centros de mayores, que contribuyen asimismo al mantenimiento de la autonomía y la prevención de la dependencia.

LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS

Desde su creación, el Sistema para la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia optó por la atención a la población objetivo a través de servicios, con el fin de garantizar unos estándares de calidad en el cuidado, con recursos profesionalizados en todo el territorio nacional. Solo cuando no fuera posible la atención mediante alguno de estos servicios, se incorporaría la prestación económica vinculada. La realidad muestra que estos términos se invirtieron desde el principio.

Existen tres tipos de prestaciones de carácter económico: para cuidados en el entorno familiar, vinculadas a un servicio y vinculadas a la contratación de un asistente personal.

Pese a su excepcionalidad, estas prestaciones han sido las más habituales hasta hace poco tiempo. Solo en los últimos años ha podido comprobarse un cambio de tendencia que apunta, si no al predominio incontrovertible del otorgamiento de servicios, sí a un mayor peso de estos en el panorama de la atención a la dependencia.

No obstante, desde el punto de vista de la aportación del Estado a la cobertura de las necesidades de la población dependiente, la situación actual sigue marcada por las aportaciones económicas, pero la falta de información concreta sobre el destino de estas hace difícil conocer el tipo de servicios que reciben las personas beneficiarias.

Desde el punto de vista de la atención recibida, parece evidente que las aportaciones económicas se traducen siempre en atención a las personas, bien mediante servicios contratados, bien a través del cuidado de personas del entorno familiar. En este último caso, quedaría relegada la asistencia profesionalizada.

La crisis generada por la pandemia parece traducirse en un repunte de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar. El riesgo de «sustitución» de las prestaciones residenciales (servicios profesionalizados, con alto coste unitario) por cuidados familiares (prestaciones económicas, con coste muy inferior para las Administraciones), en un contexto en el que la corriente de preferencia por la «atención en el hogar» frente a la «institucionalización» parece estar cobrando fuerza, aconseja observar la evolución de estas dos opciones. No debe olvidarse que el propósito de la atención de calidad requiere, entre otras, de profesionalización de los cuidadores, y en todo caso, de prioridad de los servicios, frente las prestaciones económicas.

En lo tocante a la prestación económica vinculada al servicio, en la práctica, de acuerdo con las estimaciones del sector, pues no se han publicado datos oficiales,

*Pocos datos
sobre la prestación
económica vinculada
al servicio*

como sería deseable, las cuantías abonadas son muy insuficientes, obligando a los usuarios a asumir una parte muy importante del coste total de los servicios contratados. De hecho, si se tiene en cuenta que estas prestaciones están sujetas a copago en función de la renta y el patrimonio, el hecho de que los beneficiarios deban abonar una parte sustancial del servicio atribuido en el PIA, constituye en la práctica un segundo copago.

Aunque el sistema no ofrece información cuantitativa acerca de los servicios en los que se materializan las prestaciones ni sobre las cuantías medias, existen algunas estimaciones que apuntan a un predominio de la atención residencial, por lo que la producción y publicación de datos desde el sistema constituye una necesidad pendiente de cara a una cabal evaluación del funcionamiento del conjunto del SAAD.

Además, el fomento de pactos con el sector relativos a los precios máximos, asegurando el acceso de todos los ciudadanos y limitando el efecto que sobre la igualdad de acceso producen las significativas diferencias en los precios en las comunidades autónomas, redundaría en una clara mejora desde el punto de vista de la equidad en el acceso.

Con más 150.000 prestaciones, en la actualidad, las de carácter económico vinculadas al servicio constituyen el 11 por 100 de todas las concedidas por el sistema, habiéndose registrado un incremento constante desde los primeros pasos del SAAD.

Concebida como un instrumento para la atención al que recurrir excepcionalmente, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar ha sido, desde el

nacimiento del SAAD, uno de los principales elementos para satisfacer la demanda de atención a la población dependiente. Uno de los elementos más interesantes en la regulación de esta prestación fue el reconocimiento del cuidador familiar, figura de gran arraigo en España.

Estas han llegado a suponer la mitad de todas las prestaciones y servicios concedidos. Sin embargo, en los últimos años su peso ha ido reduciéndose hasta suponer el 30 por 100 del total.

Hasta el momento presente, el IMSERSO no ha hecho pública información sobre la intensidad de las prestaciones en términos de cantidades de dinero abonadas ni de horas de prestación de servicios, sin embargo, es posible adelantar algunos datos (procedentes de la información divulgada sobre los datos contenidos en un proyecto de nuevo sistema de información del SAAD), de acuerdo con el cual, el valor medio de las prestaciones abonadas asciende a 247 euros al mes.

Si se tiene en cuenta que la prestación económica para el cuidado en el entorno familiar pretende constituir una compensación a la merma de la actividad laboral del cuidador, estas cantidades se encontrarían lejos de cumplir su objetivo. En todo caso, la recopilación y publicación de información oficial sobre las cuantías de estas prestaciones resulta imprescindible para poder valorar la capacidad del sistema en la atención a los beneficiarios.

Pese a las expectativas generadas, esta prestación no ha llegado a ser desarrollada en el marco del Consejo Territorial del SAAD. De ahí que la prestación económica de asistente personal solo ha logrado convertirse en un recurso minoritario, prácticamente inexistente en la mayor parte de las comunidades autónomas, y de escaso peso en las que sí han desarrollado el contenido de la prestación.

El asistente personal, un recurso minoritario, sin desarrollar

La información recogida por el SAAD pone de relieve la escasa implantación de esta prestación, que supone apenas un 0,5 por 100 del conjunto, con un total de 7.837 servicios efectivos. Además únicamente diez comunidades autónomas ofrecen realmente la posibilidad de contar con un asistente personal, si bien, en la mayor parte de ellas su importancia en el total de las prestaciones concedidas no pasa de ser meramente testimonial.

Es probable que buena parte de la atención que podría ser dispensada a través de este tipo de prestación se esté canalizando a través de contratos de «servicio doméstico» en el sector privado, al margen de la profesionalidad de los cuidados pretendida por la ley.

Por tanto, parece especialmente necesario aprobar cuanto antes la normativa específica que desarrolle la figura del asistente personal, que establezca el carácter ordinario de su relación laboral y se regulen los perfiles profesionales así como la formación requerida para este tipo de prestaciones, favoreciendo así la atención de calidad.

PANORÁMICA DEL SECTOR DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

Entre los retornos que viene generando la puesta en marcha del sistema de atención a la dependencia desde la aprobación de la LAPAD resulta destacable su contribución al crecimiento económico y al dinamismo empresarial, tanto actual como potencial en el futuro, que tiene su traducción directa en el empleo.

Las prestaciones en que se materializa el derecho a la promoción y la atención a la dependencia, de carácter público y universal, se ofrecen a través de un sistema mixto de gestión, provisión y colaboración en el que participan diferentes tipos de entidades. Hay una parte de la red de servicios de atención a la dependencia de naturaleza y provisión pública, mientras que otra parte importante de las prestaciones reconocidas por el SAAD, tanto en el sector residencial como no residencial, se proveen a los usuarios en régimen de concierto con el sector privado por parte de diferentes tipos de empresas, entidades de la economía social y del tercer sector de acción social.

El grupo de actividades de los servicios sociales, en el que se integran las más relacionadas con la atención a la dependencia, intensificó el crecimiento de su aportación a la economía durante el periodo 1995-2017, especialmente a partir de 2007 coincidiendo con la puesta en marcha del sistema de atención a la dependencia. No obstante, la evolución muestra un claro estancamiento durante los años de crisis, remontando en los últimos ejercicios. Así, el valor añadido bruto de estas actividades en 2017 (15.180 millones de euros) triplicaba al del año 2000, habiendo aumentado su participación sobre el VAB total de la economía desde el 0,8 por 100 al 1,4 por 100.

El volumen de empresas del sector de atención a la dependencia habría pasado de 6.204 a 7.889 entre 2008 y 2018 (INE; DIRCE). Son mayoritarias las empresas del subsector residencial, en sus diferentes tipologías. No obstante, se observa un reseñable crecimiento de las empresas del sector no residencial, que entre 2008 y 2018 habían doblado su número.

Considerando el volumen de asalariados, las empresas vinculadas a la atención a la dependencia se caracterizan por su intensidad en el empleo, con un mayor peso de empresas de más de 50 trabajadores que el que se da en el conjunto de empresas y en otros sectores comparables, como el sanitario. En las actividades residenciales, el tamaño más frecuente es de 10 a 49 trabajadores, aunque a lo largo del periodo de comparación se observa en este grupo una tendencia al incremento de la presencia de empresas grandes, de más de 200 trabajadores. En las actividades sin alojamiento, el tamaño de empresa más frecuente es inferior al anterior (de 1 a 9 trabajadores).

Cabe destacar, asimismo, la mayor supervivencia de las empresas de atención a la dependencia con respecto al conjunto de la economía, sobre todo en las ramas de servicios residenciales.

De esta evolución, cabe interpretar que la creación del SAAD, contemporáneo al propio avance del envejecimiento y las necesidades de atención, contribuyó a la dinamización del sector y al aumento de la demanda de este tipo de servicios entre la población. Además, es importante destacar que se trata de un sector intensivo en

empleo, que parece haber experimentado una importante reconfiguración interna, con una incipiente mayor presencia de grandes empresas en algunas de sus ramas.

En cuanto a la condición jurídica de estas empresas, cabe destacar que en las cuatro actividades de servicios sociales hay un mayor peso de «otras» condiciones jurídicas diferentes de la sociedad anónima, la sociedad limitada y las personas físicas, cuya desagregación, sin embargo, no ofrece el DIRCE (INE).

Como en otros ámbitos de la atención a la dependencia, es necesario mejorar las fuentes estadísticas para un mayor conocimiento de la dinámica del sector y de las diferentes tipologías de empresas que operan en el mismo.

El sistema de atención a la dependencia es una de las vertientes de la protección social donde la colaboración público-privada está más extendida y buena parte de la actividad de las empresas del sector se desarrolla sobre la base del sistema de concierto de servicios.

Sería deseable que se evaluaran los aspectos del funcionamiento del sistema de contratación pública que puedan revertir en una mejora de la calidad de las prestaciones y en una mayor equidad interterritorial.

EL EMPLEO EN EL SECTOR

La puesta en marcha del SAAD vino acompañada de importantes expectativas en torno a su potencial como yacimiento de empleo, alejadas de lo que ha sido su desarrollo efectivo. Recuérdese que en 2004 el Libro Blanco de la dependencia (IMSERSO) estimaba una previsión de generación neta de un total de más de 330.000 nuevos puestos (unos 262.000 empleos equivalentes a jornada completa) vinculados directamente a la atención de personas dependientes en el horizonte de 2010. Incluyendo los efectos indirectos y la afloración de empleo sumergido, el efecto potencial sobre el empleo se habría cifrado en aquel año en más de 450.000 empleos equivalentes a jornada completa. Aquellas previsiones se generaron en un periodo de expansión en el que no se podía intuir la crisis económica que se avecinaba y que arrancó en paralelo a la puesta en marcha del sistema, truncando en buena medida sus posibilidades de avance.

En 2018, las personas ocupadas en las actividades de servicios sociales vinculadas a la atención a la dependencia según la EPA se acercarían a las 400.000. El impulso dado por la creación del SAAD a las actividades de atención a la dependencia habría dado lugar, por tanto, a la creación neta de algo más de 80.000 empleos entre 2009 y 2018. Casi tres cuartas partes de los trabajadores se ocupan en el subsector residencial y alrededor de una cuarta parte en el subsector de servicios sociales sin alojamiento. Aunque ambos subsectores comparten algunos rasgos, también muestran un compor-

tamiento diferente en la mayoría de las variables relacionadas con la evolución del empleo y las características de los puestos.

Así, si bien parece que las actividades vinculadas a la atención a la dependencia aguantaron algo mejor la crisis que otros sectores de la economía, en la primera fase de análisis (2009-2013) las residencias habrían sufrido una pérdida mayor de empleo pero, no solo se habrían repuesto, sino que habrían aumentado visiblemente (27 por 100) en 2018. En cambio, la creación de empleo en el sector no residencial, que despegó entre 2009 y 2013, no se ha logrado recuperar desde entonces.

Resulta destacable el elevado nivel de asalarización de este tipo de actividades, así como el importante peso de los asalariados del sector privado, que ha ido en aumento desde 2009 hasta superar el 80 por 100 en el sector residencial y el 90 por 100 del no residencial. Es aquí donde se han concentrado los nuevos puestos en el periodo considerado, pues en el sector público el empleo ha retrocedido, especialmente en los servicios sin alojamiento donde se ha reducido en más de la mitad.

Las condiciones de trabajo difieren también en algunos aspectos. Casi un tercio del personal en residencias y una cuarta parte de las personas ocupadas en servicios sin alojamiento tenían contratos de duración temporal. Además, resulta especialmente llamativo el peso de la jornada parcial en el sector: la tasa de parcialidad es superior a la media, tanto en las residencias como en los servicios sin alojamiento, pero es mucho más acusada en estos últimos, donde se da en más de un tercio de los casos. Ambos subsectores sobresalen por el grado de involuntariedad de este tipo de jornada, pues las personas trabajadoras preferirían un puesto a tiempo completo y, de hecho, están buscando otro empleo, por insuficiencia de horas o por insuficiencia de ingresos/hora, con mayor frecuencia que el conjunto de los ocupados o que en el sector sanitario. En cuanto a otras condiciones de trabajo que se apartan de las habituales, resulta destacable la elevada frecuencia del trabajo en domingos y nocturno en el sector residencial.

La preponderancia de mujeres entre las personas ocupadas en el sector de la atención a la dependencia es abrumadora. En 2018, su proporción se encontraba próxima al 90 por 100 tanto en residencias como en servicios sin alojamiento, lo que supone prácticamente el doble de su peso en el conjunto de la ocupación y se sitúa por encima también del sector sanitario, uno de los más feminizados.

La presencia de personas de origen extranjero entre las personas ocupadas en el sector destacaba sobre todo en los servicios sin alojamiento, donde suponían en torno al 20 por 100.

En conjunto, se trata de una población trabajadora que ha entrado ya en la madurez, con una edad media de alrededor de 45 años, en línea con la del sector sanitario y similar al del total de personas ocupadas (43 años).

En cuanto al nivel de estudios, el perfil de las personas ocupadas parece haber ido cambiando con el tiempo, tendiendo a un mayor equilibrio desde 2009, con un mayor peso de los niveles intermedios de estudios y una reducción de la proporción

de personas que cuentan como máximo con la educación obligatoria. Este último grupo está algo más presente en los servicios sin alojamiento, representando casi un 30 por 100. Por sectores de estudios, entre quienes tenían formación distinta de la básica destaca el peso de los relacionados con la salud: entorno al 40 por 100 de las personas ocupadas en residencias y el 20 por 100 en los servicios sin alojamiento.

La participación de las personas ocupadas en actividades formativas se sitúa por debajo del 5 por 100 en el caso de los estudios reglados y alrededor del 10 por 100 en el de los no reglados. En el caso de estos últimos, en la mayoría de los casos la formación guarda relación con el trabajo, siendo partícipe la empresa en aproximadamente la mitad de los casos.

La cuestión de la mejora de las cualificaciones y la acreditación de los profesionales que prestan servicios en este ámbito reviste una importancia capital en el desarrollo del SAAD, por cuanto la profesionalización del empleo en el sector es una exigencia ineludible para su calidad. Según el IMSERSO, unas 132.320 personas trabajadoras habrían obtenido el certificado de profesionalidad mediante las convocatorias para el reconocimiento de la experiencia laboral.

Es importante impulsar el seguimiento y evaluación del proceso de acreditación de centros y servicios, tal y como se contemplaba en el Acuerdo del Consejo territorial de 17 de octubre.

Asimismo, es necesario avanzar en la definición de los perfiles profesionales más idóneos para las distintas prestaciones, algunas de las cuales, como la del asistente personal, carecen todavía de desarrollo.

La calidad de las prestaciones del sistema es inseparable de la calidad del empleo. Sin embargo, la alta temporalidad, la rotación en el empleo y la escasa duración de los contratos, el elevado nivel de tiempo parcial involuntario y el no desdeñable porcentaje de personas ocupadas en el sector que están buscando otro trabajo por razones salariales, están indicando que queda mucho camino por recorrer para dotar de la necesaria estabilidad a las plantillas y dignificar sus condiciones de trabajo. Las importantes diferencias con el sector sanitario, hacia el que se dirigen muchos profesionales de los servicios sociales en busca de mejores condiciones laborales, no parecen razonables, especialmente cuando se trata de profesionales con perfiles equivalentes y dependientes del mismo nivel de la Administración.

Precisamente en un contexto en el que es urgente el refuerzo de la coordinación sociosanitaria y la construcción de espacios comunes de actuación entre ambos sistemas, es necesario abordar estas cuestiones en el marco del diálogo social con los interlocutores sociales.

La mejora de las cualificaciones y aumentar el atractivo de estas profesiones actuando sobre las condiciones de trabajo debería ser un objetivo prioritario para evitar las dificultades de reclutamiento de personal en el sector, que se han visto severamente agravadas durante la pandemia, y la merma en la calidad de los servicios.

La elevadísima feminización del personal en estas actividades, superior al 85 por 100, obliga a reflexionar sobre los efectos del despliegue del sistema de atención a la dependencia desde la perspectiva de género, en conexión con las características del empleo creado en el sector.

En este sentido, la más desfavorable situación laboral de las personas ocupadas en el sector de servicios sin alojamiento, particularmente la situación de las personas trabajadoras en la ayuda a domicilio, merecería ser tomada especialmente en consideración.

FINANCIACIÓN Y GASTO

A diferencia de las restantes funciones de la protección social en España, no es posible conocer la realidad del gasto en atención a la dependencia en estos momentos. En primer lugar, las comunidades autónomas, que tienen la competencia exclusiva en esta materia, no proporcionan la información necesaria para desgajar de la función «Asuntos sociales» los gastos e ingresos vinculados estrictamente a la dependencia en aplicación de la LAPAD, por lo que no existen datos oficiales sobre el gasto en servicios y prestaciones, ni sobre la contribución relativa a la financiación de los mismos por parte de los usuarios y las diferentes Administraciones públicas.

Es necesario subsanar esta carencia creando un sistema común de información contable del SAAD, basado en un sistema de cuentas específico y criterios homogéneos de imputación y clasificación de los gastos y los ingresos. Ello aumentaría la transparencia, facilitaría la rendición de cuentas de las Administraciones responsables de la asignación del gasto y permitiría hacer evaluaciones rigurosas del funcionamiento del sistema y sus diferentes elementos, así como de las necesidades de financiación de las distintas comunidades autónomas.

Con todo, y aun con todas las cautelas derivadas de la falta de información oficial, las estimaciones sobre el gasto público en dependencia arrojan cifras muy modestas si se compara con las necesidades de cuidados de la población dependiente, que en su mayor parte se siguen atendiendo a costa del trabajo de cuidadoras informales mal o nada retribuidas.

Por ello es necesario que todas las Administraciones públicas redoblen sus esfuerzos para aumentar sustancialmente la financiación del sistema.

En este sentido, el aumento de la financiación estatal del sistema previsto en el Proyecto de Presupuestos Generales del Estado para 2021, si bien es notable en términos relativos y revierte una parte de los recortes sufridos en 2012, resulta del todo insuficiente para dar una respuesta eficaz a los problemas y carencias que el sistema

tiene planteados, por lo que sería deseable que en el curso del trámite parlamentario se acordaran ulteriores incrementos.

Asimismo, ante una eventual reforma del sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común, se debería acordar un aumento de los fondos adicionales para la dependencia que el Estado incorpora, como financiación incondicionada, al Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales.

En cualquier caso, se deberían mejorar los criterios de distribución territorial de los fondos estatales, finalistas y no finalistas, de manera que el sistema de reparto, que deberá acordarse en el marco de los órganos de gestión y participación del SAAD, genere incentivos para la mejora del sistema por parte de las comunidades. En concreto, además del número de personas atendidas en cada comunidad, se debería ponderar el coste de las prestaciones y servicios efectivamente reconocidos y prestados en cada una de ellas, generando por esta vía incentivos para el desarrollo y fortalecimiento de los servicios públicos autonómicos, más caros pero mucho más eficaces que las prestaciones económicas. Asimismo, debería reconocerse financieramente el esfuerzo realizado en la reducción de las listas de espera, en el cumplimiento efectivo de los estándares de calidad de los servicios (ratios de plantilla, profesionalización de la atención, cumplimiento de convenios colectivos, etc.), en la mejora de los precios de concierto vinculada al cumplimiento de los estándares de calidad del empleo señalados anteriormente, y en la provisión equilibrada de la red de servicios públicos de acuerdo con los costes reales de los servicios y las inversiones en innovación requeridas para el mantenimiento y desarrollo de dichos estándares de calidad.

Pero además de aumentar la inyección estatal de recursos, es necesario también que las Administraciones territoriales, en especial las comunidades autónomas que son las competentes, hagan un mayor esfuerzo presupuestario para incrementar la financiación del SAAD, priorizando esta política frente a otras de su competencia de menor rendimiento social y haciendo uso de la autonomía tributaria de que disponen para aumentar sus ingresos propios.

Por último, se debería hacer un esfuerzo en el seno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para mejorar los sistemas de copago, acordando criterios comunes y transparentes de cálculo y de consideración de la capacidad económica de los usuarios, aportándoles una mayor certeza sobre sus expectativas de derecho. Asimismo, debería avanzarse en medidas para simplificar la gestión administrativa, para introducir progresividad y, en general, para limitar sustancialmente su peso en la financiación de los servicios de manera que no desincentive la solicitud o aceptación de las prestaciones por parte de las personas dependientes.

En suma, como conclusión final, cabe afirmar que el SAAD se enfrentaba ya a importantes desafíos con anterioridad a la pandemia que hacían urgente un replanteamiento del futuro del modelo de cuidados de larga duración, en orden a revalorizar la atención

a la dependencia dentro del esquema de la protección social en nuestro país, así como a impulsar de forma efectiva el mantenimiento de la autonomía personal a través de políticas preventivas y de fomento del envejecimiento activo y saludable. Las dramáticas consecuencias de la COVID-19 entre las personas dependientes deben suponer un punto de inflexión para abordar, sobre la base del consenso con los interlocutores sociales y los actores implicados, los cambios y reformas necesarias para hacer realidad de forma efectiva el derecho universal a la atención a la dependencia, alrededor del paradigma de calidad, haciendo de la persona el centro de las decisiones del sistema.

APÉNDICE METODOLÓGICO

RECUADRO 12. METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS EMPRESARIAL

Fuentes: INEbase (web), con algunas variables adicionales calculadas a partir de las variables disponibles en INEbase metodología del análisis del empleo.

1. Directorio Central de Empresas (DIRCE)

Actividades de estudio (según CNAE 2009):

- Total CNAE
 - 86: Actividades sanitarias
 - 871: Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios
 - 872: Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia
 - 873: Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física
 - 881: Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y con discapacidad
- Periodos de estudio: todos los años de 2008 a 2018

2. Directorio Central de Empresas (DIRCE)

Actividades de estudio (según CNAE 2009):

- Total CNAE
- 86: Actividades sanitarias
- 871: Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios
- 872: Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia
- 873: Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física
- 881: Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y con discapacidad

Periodos de estudio: todos los años de 2008 a 2018

3. Demografía Armonizada de Empresas

Actividades de estudio (según CNAE 2009; no estando los datos disponibles a tres dígitos):

- Total CNAE
- 86: Actividades sanitarias
- 87: Asistencia en establecimientos residenciales (engloba 871, 872, 873 y 879)
- 88: Actividades de servicios sociales sin alojamiento (engloba 881 y 889)

Periodos de estudio: Varía. Se indica en cada caso.

4. Contabilidad Nacional

Actividades de estudio (según CNAE 2009; no estando los datos disponibles a tres dígitos):

- Total CNAE
- 86: Actividades sanitarias
- 87 & 88: Servicios sociales (los datos no están disponibles por separado)

Periodos de estudio: todos los años de 1995 a 2017 (para total CNAE también 2018)

RECUADRO 13. METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS DEL EMPLEO**Fuente**

INE, Encuesta de Población Activa (EPA) - Microdatos de submuestra a 3 dígitos de la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE) y de la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CON). El sistema de submuestra o encuesta extendida, introducida en los cambios metodológicos de la EPA en 2005, proporciona información sobre variables de carácter estructural en media anual, cubriendo una serie de variables adicionales a las encuestadas cada trimestre, denominadas variables de submuestra.

El tamaño del fichero de submuestra es de aproximadamente 2/3 del número de hogares de la muestra de un trimestre. Para 2018, a título de ejemplo, el tamaño sería de unos 97.000 hogares. Para más información véase <https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/submuestra.pdf>

Actividades de estudio (según CNAE 2009):

Las actividades de Servicios Sociales objeto de estudio por su afinidad con los cometidos del SAAD, según los códigos numerados del grupo Q CNAE 2009 (Actividades sanitarias y de servicios sociales) serían las siguientes:

87 Asistencia en establecimientos residenciales:

871 Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios

872 Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia

873 Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física

88 Actividades de servicios sociales sin alojamiento

881 Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y con discapacidad

Actividades excluidas del estudio (según CNAE 2009)

879: Actividades que comprenden instituciones residenciales como los orfanatos, centros de acogida y hogares infantiles; los centros de acogida temporal para las personas sin hogar o las instituciones que atienden a las madres solteras y a sus hijos; centros residenciales de reinserción para personas con problemas sociales y personales o los reformatorios residenciales para jóvenes, entre otros.

889: Actividades de las guarderías diurnas para niños.

8892 Se trata de las actividades más propiamente relacionadas con las funciones de los servicios sociales, excluida la atención a la dependencia, en campos como el asesoramiento, bienestar social, asilo, orientación de niños y adolescentes, adopción y prevención de malos tratos a la infancia; auxilio a víctimas de catástrofes, refugiados, inmigrantes, etc.; la determinación de las personas con derecho a recibir asistencia social, ayudas para el alquiler de viviendas o cupones para comprar alimentos, los centros de día para personas sin hogar y otros grupos socialmente desfavorecidos, servicios de mediación cultural, entre otros.

Periodos de estudio

Se han tomado los años 2009 (por coincidir con el cambio de la CNAE y, al tiempo, por situar el estudio en los primeros años de arranque del SAAD), 2013 (un año de crisis, inmediatamente posterior a las medidas de reducción del gasto adoptadas en 2012) y 2018 (último año al que alcanzaba la submuestra en el momento de la solicitud de los datos al INE).

Grupos de contraste

Como elementos para la comparación de la situación en las actividades más identificables con la atención a la dependencia se ha tomado el conjunto de las actividades sanitarias (código 86 del grupo Q CNAE 2009) y el total de la ocupación.

INFORME SOBRE EL SISTEMA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Composición de la comisión de trabajo encargada de la elaboración del informe (*)

Presidente: Félix Martín Galicia (grupo tercero, HISPACOO)
Vicepresidente: José Manuel Morán Criado (grupo primero, UGT)

Grupo primero: Jorge Aragón Medina (CCOO)
Salce Elvira Gómez (CCOO)
Elvira Ródenas Sancho (UGT)

Grupo segundo: Eduardo Aréchaga Cilleruelo (CEOE-CEPYME)
Teresa Díaz de Terán López (CEOE-CEPYME)
Pedro C. Fernández Alén (CEOE-CEPYME)
Jordi García Viña (CEOE-CEPYME)

Grupo tercero: Juan Llovet Verdugo (Expertos)
Fernando Móner Romero (CECU)
Juan Antonio Pedreño Frutos (CEPES)

Suplentes: Ana Esperanza Beltrán Blázquez (CEOE-CEPYME)
María Jesús Cedrún Gutiérrez (UGT)
José María Goerlich Peset (Expertos)
Javier López Mora (CEOE-CEPYME)
Evangelina Naranjo Márquez (UGT)
Cecilia Sanz Fernández (CCOO)
Eva Silván Delgado (CCOO)

Coordinadores de los grupos: Jorge Aragón Medina (grupo primero, CCOO)
Ana Esperanza Beltrán Blázquez (grupo segundo, CEOE-CEPYME)
Eduardo Navarro Villarreal (grupo tercero, COAG)
Dionís Oña Martín (grupo primero, UGT)

Relación de comparecientes ante la comisión de trabajo:

Antonio Abellán García (profesor del Departamento de Población y director del Grupo de Investigación sobre Envejecimiento del Instituto de Economía, Geografía y Demografía del CSIC)

Vicente Marbán Gallego (profesor titular del Departamento de Economía de la Universidad de Alcalá de Henares)

Gregorio Rodríguez Cabrero (catedrático de Sociología de la Universidad de Alcalá de Henares)

(*) Composición de la comisión en la fecha de aprobación del informe.

Equipo técnico del área de estudios y análisis:

Nuria Moreno-Manzanaro García (coordinadora)

Emma Cerviño Cuerva

Natalia Fernández Durán

Andrea Fernández Novo

Manuel José Núñez Mateo

Carmen Vizán Rodríguez



CONSEJO
ECONÓMICO
Y SOCIAL
ESPAÑA



9 178848 188397 8