



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD

## **CAPITULO VIII**

# **INFORME SOBRE CONSULTA REALIZADA A AGENTES SOCIALES Y ECONÓMICOS, CONSEJOS CONSULTIVOS, ORGANIZACIONES PROFESIONALES Y PROVEEDORES DE SERVICIOS**

## **CAPITULO VIII. INFORME SOBRE CONSULTA REALIZADA A AGENTES SOCIALES Y ECONOMICOS, CONSEJOS CONSULTIVOS, ORGANIZACIONES PROFESIONALES Y PROVEEDORES DE SERVICIOS**

### **INTRODUCCION**

#### **– NATURALEZA DE LA CONSULTA**

En el proceso de evaluación del desarrollo e impacto del Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD) se ha realizado una consulta a 15 instituciones y organizaciones que participan de un modo u otro en el desarrollo de la LAPAD (ver ANEXO 1).

De su naturaleza significativa no cabe la menor duda ya que comprende los cuatro tipos de actores fundamentales de la sociedad civil que intervienen en el SAAD mediante el Diálogo social, la participación institucional, la provisión de servicios y la intervención profesional. Pero al mismo tiempo, en las quince consultas realizadas se resume la opinión de miles de organizaciones. Por otra parte, entre los cuatro grupos de organizaciones consultadas se producen interrelaciones profundas como puede ser, por ejemplo, las que tienen lugar Caritas Española y el Consejo Estatal de ONG de Acción Social o entre AESTE y la CEOE o entre el Consejo Estatal de Colegios de Trabajadores Sociales y la Asociación Estatal de Directores de Centros de Servicios Sociales.

La consulta se ha realizado mediante entrevista directa, cumplimentación de cuestionario y, en su caso, aportación de materiales y documentos complementarios que refuerzan las opiniones vertidas. En base a dicha consulta se ha realizado un análisis por bloques de actores sociales e institucionales con

el fin de proporcionar una visión sectorial de opiniones sobre el SAAD, dejando para este resumen ejecutivo una visión sintética del conjunto de las entrevistas.

Ha de advertirse que la valoración que realiza el conjunto de los actores sociales e institucionales es relativamente coincidente tanto en el diagnóstico como en las propuestas de mejora. En este sentido es preciso enfatizar en una opinión comúnmente compartida: **la puesta en marcha del SAAD es un avance positivo en el desarrollo de los derechos sociales que debe mantenerse y perfeccionarse en los años venideros con una cooperación más intensa entre las Administraciones Públicas y una participación más activa de los actores sociales y económicos.**

#### – VALORACIÓN GENERAL DEL SAAD

En efecto, la valoración general de todos los actores sociales e institucionales es que la LAPAD y su desarrollo mediante el SAAD es un paso histórico positivo en la construcción de los derechos sociales. Una política que era necesaria, fundada en nuevas necesidades y demandas de la sociedad española en relación con la atención a las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía, que en casi cuatro años de desarrollo supera las setecientas mil personas beneficiarias, lo que supone una respuesta social e institucional notable y que, finalmente, a pesar de las limitaciones y déficit que señalamos después, es objeto de unánime apoyo en favor de su extensión y perfeccionamiento.

Entre los elementos comunes de carácter positivo del SAAD los agentes sociales y económicos, consejos y organizaciones de proveedores y profesionales consultados destacan los siguientes:

- a) El desarrollo de un nuevo **derecho subjetivo** que refuerza el conjunto de los derechos sociales y el sistema de protección social en general. Una oportunidad de avance social en la que están comprometidos no

solo las Administraciones Públicas sino la sociedad civil organizada y los agentes sociales y económicos.

- b)** La dependencia ha entrado en la **agenda pública** y ha ganado en **visibilidad social**, un problema social que, hasta muy recientemente, se consideraba casi en exclusiva como un problema personal y familiar.
- c)** Finalmente, está contribuyendo a la **creación de empleo**, aunque en este punto la coincidencia no es plena y, en un sentido amplio, se considera una **inversión social y económica** o, si se prefiere, un gasto público y privado con amplios retornos sociales y económicos.

Esta valoración positiva viene acompañada de críticas que sin excepción se consideran superables. Entre tales críticas cabe mencionar sintéticamente las siguientes:

- a)** Un sistema que se considera en exceso centrado en las prestaciones **económicas en menoscabo del desarrollo de los servicios**. Y dentro de éstos el limitado desarrollo de los servicios de autonomía personal y prevención.
- b)** Un sistema con déficit de eficacia en lo que se refiere a los plazos administrativos y, sobre todo, a la lentitud existente entre la valoración y la realización del **Programa Individual de Atención**.
- c)** La existencia de **velocidades diferentes en el desarrollo del SAAD** entre las Comunidades Autónomas, lo cual afecta al principio de igualdad.
- d)** Una **cooperación interadministrativa que se juzga insuficiente** para contribuir con eficacia a la cohesión social y territorial. Junto a ello una limitada coordinación socio-sanitaria, el papel subordinado de las



Corporaciones Locales y un modelo de participación en los Consejos Consultivos del SAAD de carácter más informativo que proactivo.

- e) Un **sistema de financiación** que, en parte, se considera insuficiente y que arroja dudas sobre su sostenibilidad futura, agudizadas por la crisis financiera y económica actual a la vez que preocupa la transparencia financiera de las Administraciones Autonómicas. Adicionalmente preocupa la dispersión regulatoria en cuanto al copago y un sistema de colaboración pública y privada, mercantil y sin fin de lucro, que no acaba de encontrar estabilidad en su desarrollo.

#### – **OPINIÓN SOBRE LOS PILARES DEL SAAD**

La valoración general anterior se puede especificar considerando los cuatro pilares del SAAD – acceso, prestaciones, gobernanza y financiación -, en los que podemos no solo destacar las coincidencias sino también algunas de las opiniones diferenciales que tienen que ver con la naturaleza de cada actor social e institucional.

- a) Cuatro años después de la puesta en marcha del SAAD –que se inicia realmente en el verano de 2007 después de medio año de desarrollo normativo -, parecen haberse subsanado en gran medida los problemas de **información al ciudadano** en su solicitud de acceso al SAAD. Aún queda cierto recorrido para mejorar la información, homogeneizar los procesos entre Comunidades Autónomas y ganar en eficacia con el fin de que el ciudadano que solicite ser valorado no sufra largos períodos de espera entre la solicitud y el disfrute de la prestación.

El **nuevo baremo** de valoración de la situación de dependencia, aprobado en abril de 2011 y que se empezará a aplicar el 1 de enero de 2012, parece haber dado satisfacción a las demandas de las organizaciones sociales y profesionales de recoger con mayor precisión



las situaciones de la enfermedad mental a la vez que refina el método general de recogida de información. Sin embargo, aún **subsisten problemas en cuanto a quién debe valorar la situación de dependencia y asignar la prestación**. De la consulta realizada se deduce que la historia social y médica, antes del proceso de valoración, son competencia profesional del trabajador social y del médico respectivamente; que la valoración y realización del PIA deben ser realizadas por equipos multiprofesionales si bien en el caso de la valoración el protagonismo debe residir en el terapeuta profesional y en el caso del PIA en los trabajadores sociales.

- b)** En lo referente a las **prestaciones sociales** los actores sociales e institucionales observan lo siguiente. En primer lugar, existe unanimidad en que el protagonismo de las prestaciones económicas frente al desarrollo de los servicios no era la previsión de la ley. Para algunos actores no ha sido una sorpresa la preferencia de las prestaciones económicas respecto de los servicios debido a la baja oferta general de servicios, el elevado coste de algunos servicios, como el Centro de Día, la inadecuación de los servicios a las necesidades concretas de la persona afectada (lo que se denomina como falta de flexibilidad horaria, territorial y funcional), el peso de las tradiciones de cuidado familiar y, más recientemente, el peso creciente de la libertad de elección en las personas con discapacidad y del ciudadano en general. Se reconoce que la crisis económica y financiera y el coste inferior de las prestaciones económicas respecto de los servicios han favorecido esta deriva.

Para otros actores sociales, las prestaciones económicas deben ser excepcionales y el desarrollo de los servicios el objetivo fundamental del sistema tanto por razones de eficacia en la atención como por razones de creación de empleo.



Una posición intermedia es aquella que sostiene que el acceso a las prestaciones económicas, asumiendo que es una realidad, se incida en su carácter excepcional mediante un PIA en el que la opinión profesional tenga el peso adecuado, se refuerce la exigencia de las condiciones de su disfrute (formación del cuidador y habitabilidad de la vivienda) y, sobre todo, que se combinen con servicios de proximidad, particularmente en el caso de la dependencia grave a la vez que se incrementan los controles de eficacia.

El desarrollo de los servicios de prevención y de un servicio de ayuda a domicilio no simplemente instrumental sino de apoyo personal, se considera una materia pendiente en el SAAD.

Los representantes de la economía mercantil y sin fin de lucro consideran que el desarrollo de los servicios es central en el SAAD y la colaboración público-privada el mejor modo para su desarrollo, si bien los intereses son distintos y el Tercer Sector reclama su papel de colaborador preferente mediante el desarrollo de las cláusulas sociales

Finalmente, existe una clara preocupación por la cantidad y calidad del empleo en servicios de atención a la dependencia. La acreditación de centros, la mejora continua de la calidad asistencial y un empleo estable y formado son considerados aspectos centrales en la evaluación del SAAD.

- c) La **Gobernanza** del SAAD se valora de manera **ambivalente**. Por un lado, el SAAD ha puesto en marcha un sistema de cooperación y coordinación entre la AGE y las Comunidades Autónomas que antes de 2007 no existía y ha incorporado la voz de los agentes sociales y económicos y de la sociedad civil organizada en los Consejos Consultivos. En este sentido **la atención a la dependencia es más**



**sistema hoy que hace cuatro años.** Por otra parte, de la consulta se deduce una crítica intensa a un **modelo insuficiente de cooperación entre Administraciones** que se traduce en un relativo bajo nivel de Estado y velocidades de aplicación diferentes; igualmente existe una crítica al **bajo nivel de coordinación entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario.**

En relación con la participación en el SAAD todos los representantes de la sociedad civil en los consejos consultivos y en el comité consultivo, sin excepción, aprecian positivamente la misma así como el acceso a la información del sistema. Pero son críticos en la medida en que la información que reciben es a posteriori de las decisiones tomadas por el Consejo Territorial y **no existen formas de influir en el proceso de la toma de decisiones.** Todas las **organizaciones profesionales demandan una presencia institucional de participación en el SAAD** mediante un consejo consultivo ad hoc u otras formas estables de interlocución.

- d)** La **financiación** del sistema ha sido valorada desde dos puntos de vista: suficiencia y sostenibilidad futura. Respecto de la suficiencia los actores sociales e institucionales señalan que en conjunto es una **suficiencia limitada**, situación agravada por la actual crisis económica y financiera. Reconociendo el esfuerzo financiero de la AGE todos los actores consultados, casi sin excepción, demandan **transparencia financiera a las Comunidades Autónomas** en su aportación a la financiación del SAAD.

Respecto de la **sostenibilidad** futura los argumentos se centran tanto en la voluntad político-institucional de mantener y desarrollar el SAAD como en la potenciación de la capacidad financiera pública (mejora de los ingresos fiscales vía recuperación del impuesto del patrimonio e



incluso aportaciones de la Seguridad Social) y privada (extensión de los productos financieros privados de seguro de dependencia).

### – **PROPUESTAS DE PERFECCIONAMIENTO DEL SAAD**

Las propuestas de mejora y perfeccionamiento del SAAD que a continuación destacamos han sido, en gran medida, señaladas en la valoración general y en el análisis de conclusiones sobre la valoración de los pilares del SAAD. En todo caso y de cara a posibles políticas de perfeccionamiento y mejora, es obligada su precisión con el fin de especificar sintéticamente las líneas de cambio:

- a) Medidas conducentes a estabilizar el diseño y composición de los **equipos profesionales de valoración y de definición del PIA** de forma que su intervención sea eficaz a la vez que se difunden las mejores prácticas.
- b) **El desarrollo de los servicios es central para el devenir de la eficacia del sistema y su contribución al empleo.** La inversión en esta campo es obligada por parte del sector público así como mejorando las formas de colaboración entre aquél y los proveedores privados, mercantil y economía social. Reforzar la exigencia en las condiciones de acceso a la prestación económica y favorecer su combinación con servicios de proximidad es otra propuesta central. Y como principio general: que las prestaciones en servicios sean flexibles para adaptarse a las condiciones reales de la persona en situación de dependencia. El caso del Centro de Día, de elevado coste y baja flexibilidad horaria, es ejemplo de un servicio llamado a jugar un papel asistencial central y, sin embargo, con baja demanda.

La gestión del caso y la definición precisa de perfiles profesionales, junto a avances en acreditación y calidad, son elementos fundamentales para el desarrollo de una oferta eficiente de servicios asistenciales.



**Ampliar el catálogo de servicios** y su utilización en combinación con otros servicios y prestaciones económicas, junto a la **promoción de la prevención y de la autonomía personal**, son también demandas sustantivas para las organizaciones consultadas.

- c) Seguramente es la **Gobernanza del SAAD el aspecto que más preocupa a las organizaciones consultadas**. Sin fisuras se demanda una mejora de la cooperación entre la AGE y las Comunidades Autónomas, un refuerzo de la capacidad de coordinación de la AGE; avanzar en la coordinación entre servicios sociales y sanitarios; y poner en valor el papel institucional de las Corporaciones Locales.

En el marco de la Gobernanza los Consejos consultivos y miembros del Comité consultivo del SAAD demandan una participación más efectiva en el gobierno del sistema de modo que la recepción de información venga acompañada por modos de influencia real en la elaboración de la agenda pública.

- d) **La Financiación del SAAD no solo debe ser suficiente sino, sobre todo, sostenible a largo plazo**. Para garantizar la sostenibilidad los actores sociales y económicos, en general todas las organizaciones consultadas, demandan un reforzamiento de la capacidad de coordinación de la Administración Central, mejora de la capacidad fiscal del Estado así como intensificar la colaboración entre el sector público y el sector privado, mercantil y sin fin de lucro, en el seno de la red pública de servicios.

- e) **La transparencia de la Información** es otra demanda que surge de la consulta: ampliar los indicadores públicos que deben informar sobre la actividad e impacto social y económico del SAAD.

## 1. VALORACIÓN DEL SAAD POR LOS AGENTES SOCIALES Y ECONÓMICOS

### 1.1. VALORACIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DEL SAAD

Los agentes sociales, sindicatos y empresarios, valoran positivamente la puesta en marcha del SAAD. Tal afirmación viene acompañada de críticas a algunas insuficiencias en el desarrollo del sistema.

#### A) Las dimensiones positivas del SAAD.

Así, para la CEOE la LAPAD es un **avance social** ya que establece un derecho a la atención a la dependencia para todos los ciudadanos. Se trata de una gran oportunidad que es necesario explotar. Se destaca también el hecho de que algunas Comunidades Autónomas han agilizado los procesos de implantación en los últimos años.

Por su parte, los sindicatos CCOO y UGT destacan también el valor añadido del SAAD tanto en su faceta de nuevo **derecho social subjetivo** como en su desarrollo concreto: la rápida extensión de la población en situación de cobertura que contribuye a consolidar el SAAD, la regulación de los tiempos de gestión para que no excedan de 6 meses entre la valoración y la percepción efectiva de la prestación por parte del beneficiario, la creación de empleo en un contexto de crisis económica y, finalmente, la creación de órganos institucionales de gobierno interadministrativo y de participación en el sistema.

En general, los Agentes sociales y económicos vienen a coincidir en una valoración positiva de la implantación del SAAD por sus consecuencias sociales y económicas.

## **B) Factores que limitan el desarrollo del SAAD**

Esta valoración general positiva del desarrollo del SAAD está acompañada de una crítica a aquellos factores que limitan el desarrollo y perfeccionamiento del sistema. De manera sintética cabe señalar los siguientes:

- Por parte de la CEOE se enfatiza en que el SAAD se basa en **exceso en las prestaciones económicas**, en la ausencia de criterios de acreditación homogéneos en el conjunto del Estado en la red pública de servicios, en una regulación insuficiente del copago y, finalmente, en una cierta lentitud en el desarrollo de los productos privados derivados de la financiación que harían sostenible el sistema de dependencia.
- Los sindicatos señalan que el desarrollo del SAAD plantea **problemas de eficacia** como son: la elevada lista de espera de personas valoradas que están pendientes del PIA, la preponderancia de la prestación de cuidado familiar y la lentitud en el reconocimiento de la experiencia y la oferta de certificados de profesionalidad. En un plano más general los sindicatos destacan la escasa inversión pública para promover y desarrollar la red pública de servicios, la limitada responsabilidad directa de la Administración en el diseño y ampliación de la red de servicios y, en general, una limitada autoexigencia por parte de las AAPP en el cumplimiento de aspectos definatorios del SAAD.

### **1.2. VALORACIÓN DEL SISTEMA DE ACCESO, PRESTACIONES, GOBERNANZA Y FINANCIACIÓN**

Junto a la valoración general antes descrita los Agentes Sociales han hecho una valoración concreta de las dimensiones fundamentales del SAAD como son el acceso al sistema, la naturaleza de las prestaciones percibidas, la gobernanza

del sistema y la financiación. A través de dicho análisis los Agentes Sociales no solo destacan los problemas concretos del desarrollo del SAAD sino que realizan propuestas que de manera global sintetizaremos en el apartado siguiente.

### **A) El acceso al sistema: demanda, valoración de la dependencia y PIA**

Después de los dos primeros años de implantación de la ley se considera que en la actualidad, y en general, existe una información suficiente al ciudadano para poder acceder al SAAD. A esta mejora de la información han contribuido y suelen contribuir los Agentes Sociales a través de sus organizaciones sectoriales y territoriales.

Dicho esto los Agentes Sociales hacen varias observaciones:

- Que no siempre se identifica con claridad la Administración Pública que puede dar contestación a todos los problemas y el usuario suele ser derivado de una Administración a otra; en el mismo sentido no suele haber un adecuado conocimiento de las prestaciones. Por otra parte la información sobre el SAAD ha llevado al imaginario colectivo solicitante a pensar que se puede percibir una prestación, una vez valorado, al margen de la prescripción profesional (PIA), tal como señala CEOE.
- Los sindicatos difieren entre sí en cuanto a la información al ciudadano. Para UGT ha habido una mejora de la información aunque subsistan algunos problemas. CCOO es más crítica con la eficacia del sistema de información y señala que su difusión no ha sido la misma ni con el mismo detalle en todo el territorio del Estado y ello depende tanto del grado de implantación del SAAD en cuanto a desarrollo normativo y prestaciones como por el hecho de que en muchas ocasiones son las entidades privadas las que proporcionan la información generando sesgos y equívocos en los solicitantes.

## **B) Las prestaciones sociales: prestaciones económicas versus servicios**

El catálogo de prestaciones de la LAPAD se considera como un adecuado punto de partida así como las previsiones de la ley en cuanto al desarrollo de una red pública de servicios. De hecho se considera que el catálogo no varía mucho de los catálogos preexistentes en la rama de los servicios sociales. El valor añadido del nuevo sistema es el derecho subjetivo a la atención y la creación de una red pública de servicios de atención a la dependencia.

De ahí que el problema no sea el **catálogo** sino su aplicación: su adaptación a las situaciones concretas y una mayor flexibilidad (CCOO), la descoordinación entre los recursos y lentitud de trámites así como la necesidad de mejoras en coordinación si se desea que la persona afectada permanezca en su entorno (CEOE) o la suficiencia para dar una respuesta integral y hacer compatibles las prestaciones sociales (UGT).

Existe común acuerdo entre los Agentes sociales y económicos en que **los servicios de proximidad, caso del servicio de ayuda a domicilio (SAD), son deficitarios** así como los servicios residenciales de personas en situación de dependencia con discapacidad y enfermedad mental (aunque se observa que existen muchas plazas vacías de residencia). No existe acuerdo en cuanto a los Centros de día y de noche respecto de los que se considera que hay infraocupación (CEOE) o déficit (CCOO y UGT).

Los Agentes sociales y económicos se preguntan si la sobreoferta actual de algunos servicios, caso de Residencias y Centros de día, no se debe sólo a los elevados precios sino también a que en muchos casos no se ajustan a las expectativas y necesidades de las personas afectadas (UGT). Este planteamiento supone superar el dualismo entre prestaciones económicas y

servicios y preguntarnos **si realmente los servicios que se ofertan se ajustan a las necesidades y demanda de los ciudadanos.**

La superior importancia de las **prestaciones económicas** en el desarrollo del SAAD, frente al **desarrollo de los servicios** es valorada como negativa (CEOE). También los sindicatos consideran que el superior desarrollo de las prestaciones económicas respecto de los servicios es negativo (CCOO) o descompensado (UGT). Esta crítica de todos los Agentes sociales y económicos se considera que es una vulneración de la previsión de la LAPAD en la que las prestaciones económicas se regulan como excepcionales (caso de CEOE) pero, también, se explica como consecuencia del déficit inicial de servicios, de su bajo coste en comparación con el de los servicios y de la inmediatez de su concesión (UGT), factores todos ellos que no justifican pero si explican en parte el desequilibrio no previsto entre prestaciones económicas y servicios.

Aunque no se conoce aún cuál es la valoración que hacen los beneficiarios de las prestaciones económicas preocupa el hecho de que el cuidador no justifique en ciertos casos los requisitos para su ejercicio por ser cuidador de edad avanzada o que el cuidador informal tenga una jornada de trabajo a tiempo completo fuera del hogar.

Cabría, señala la CEOE, el hacer compatible y más flexible en los grados y niveles más moderados de dependencia, la atención no profesional con la profesional de forma que se refuercen mutuamente.

En cuanto a la **creación de empleo** las expectativas iniciales no se han materializado según lo esperado. Para la CEOE la creación de empleo es insuficiente; considera que más que fomentar la creación de nuevos empleos se están utilizando los que existían antes de la puesta en marcha del SAAD. Incluso apunta esta organización que se está destruyendo empleo neto en el sistema de servicios sociales que se explica por la deriva de las prestaciones



reconocidas hacia las prestaciones económicas. Se recuerda que por cada dos personas en situación de dependencia atendidas en residencia se crean dos puestos de trabajo estables y un puesto de trabajo por cada 6 horas de ayuda a domicilio.

Para los sindicatos la creación de empleo es insuficiente si bien preocupa también la calidad en el empleo, las cualificaciones profesionales la acreditación y la formación (UGT), organización esta última que no considera que los cuidadores no profesionales en alta de Seguridad Social deban ser considerados empleos. En el mismo sentido para CCOO la capacidad de generación del empleo del SAAD no está en cuestión y puede desarrollarse. En todo caso esta organización sindical observa que la puesta en marcha del SAAD ha generado empleo a pesar del contexto de crisis económica y financiera mientras se ha destruido empleo en otros sectores de la economía. En cualquier caso el actual volumen de prestaciones económicas, que es excepcional según la previsión de la ley, impide optimizar la capacidad real de creación de empleo.

Finalmente en relación con el **copago** los sindicatos afirman que se ha dejado excesiva discrecionalidad reguladora a las Comunidades Autónomas (CCOO) o que es una asignatura pendiente (UGT). Para la CEOE el copago debería ser igual para todos los ciudadanos en cualquier lugar de residencia. El que cada Comunidad Autónoma tenga su propia regulación genera, según esta organización empresarial, injusticias y desigualdades; además debe impulsarse la regulación de la fiscalidad de los instrumentos privados o seguros de dependencia para hacer posible el copago.

### **C) El gobierno del SAAD y la necesaria cooperación entre Administraciones Públicas.**

Los Agentes Sociales opinan que los órganos de **gobernanza** del SAAD – cooperación institucional, comité consultivo y consejos consultivos -, son



teóricamente suficientes para articular la cooperación interadministrativa y la buena gobernanza del sistema. Sin embargo, la actual gobernanza no es suficiente y en cierto modo es débil debido a factores de tipo político, financiero o de concepción de la puesta en marcha del SAAD (CCOO) que ésta última organización considera como un problema de fondo en el que late una falta de convicción y voluntad política para desarrollar la ley en todos sus términos. En el mismo sentido se posiciona UGT para la que la puesta en marcha del SAAD es una operación difícil en que se tienen que conjugar fuertes intereses económicos y políticos. Por su parte la CEOE califica de incierta la gobernanza del SAAD y en la misma destaca aspectos positivos (como es la propia colaboración de los proveedores mercantiles con el SAAD) y negativos (ya que se considera que no existe sostenibilidad económica, ni coordinación interadministrativa ni coordinación sociosanitaria suficientes)

La participación en el **Comité Consultivo** del SAAD es valorada de manera positiva pero crítica. Para la CEOE es un órgano de información, que no consultivo, en que se presentan las propuestas ya cerradas y acordadas entre la AGE y las Comunidades Autónomas, sin haber participado en su elaboración o sin apenas tiempo para influir en las mismas. En todo caso destaca esta organización que es un espacio para aportar información al sistema por parte de los Agentes Sociales.

Para UGT la participación en el Consejo Consultivo es positiva pero la influencia real en los acuerdos limitada.

Igualmente CCOO considera que la información que se recibe en el Comité Consultivos es suficiente y adecuada; la participación permite poner en común valoraciones y propuestas sobre el desarrollo del SAAD. Sin embargo, los temas no se debaten para alcanzar acuerdos que, casi siempre, vienen dados previamente entre la AGE y las Comunidades Autónomas en el seno de la Comisión Delegada del Consejo Territorial. A pesar de ello existen márgenes de

mejora para lograr que el Comité Consultivo sea un espacio de reflexión y debate sin que ello conlleve tomar decisiones inmediatas.

En cuanto al actual modelo de **cooperación entre la AGE y las Comunidades Autónomas** las valoraciones de los Agentes sociales y económicos se sitúan en la misma dirección pero con matices. Así, para CCOO el actual modelo tiene elementos positivos y negativos y en realidad el verdadero problema reside en la práctica de un relativo bajo nivel de autoexigencia en la construcción del SAAD. Para UGT el modelo tiene igualmente factores positivos (existe una regulación que antes no existía así como una política de Estado) y negativos (déficit o desigual grado de confianza institucional que limita la operatividad de un sistema necesario de cooperación según la LAPAD). Finalmente la CEOE valora más negativamente el modelo de cooperación no tanto por razones políticas cuanto técnicas (el modelo de convenios que debería ser plurianual), financieras (las diferencias que implica la financiación del nivel mínimo según se trate de prestaciones económicas o servicios) y estructurales (las excesivas diferencias existentes entre las Comunidades Autónomas en cuanto al nivel de desarrollo de los servicios sociales y de la propia aplicación del SAAD).

#### **D) La sostenibilidad del sistema**

En cuanto a la **suficiencia** del sistema de financiación del SAAD la CEOE afirma que los recursos públicos son limitados y que quizás deberían incrementarse pero en la actual situación de crisis una vía para garantizar la suficiencia sería intensificar la colaboración pública-privada en cuanto a la provisión de servicios (acreditación, tarifas, reglas de estabilidad y criterios de calidad). Se juzga como insuficiencia del sistema la diferencia entre el volumen de personas beneficiarias con derecho a prestación y el volumen de personas que efectivamente las están recibiendo.

Para CCOO existe una falta de suficiencia de financiación pública que la crisis actual ha agudizado. Pero igualmente importante son la opacidad y falta de información de los presupuestos de las Comunidades Autónomas en materia de dependencia y sobre el incremento real que se ha producido al reconocer el derecho subjetivo respecto de la situación previa a la ley. Para esta organización es necesaria una mayor dotación presupuestaria para la creación y prestación de servicios. El ajuste, adecuación y suficiencia del nivel acordado se plantea como un objetivo necesario.

Para UGT debería analizarse si el sistema es suficiente para atender todas las necesidades, lo que no parece que sea así. De todos modos, y al igual que CCOO, considera necesario mejorar la transparencia y, en concreto conocer qué aportan realmente las Comunidades Autónomas a la financiación del SAAD y cómo incentivan el desarrollo de las prestaciones en servicios.

- Sobre la **sostenibilidad** futura del SAAD

El problema de la sostenibilidad no es solo financiero sino político-institucional, tal es la opinión de UGT y de CCOO. La voluntad política es lo que hará sostenible a largo plazo el SAAD.

Por su parte la CEOE considera que la sostenibilidad a futuro pasa por la colaboración y corresponsabilidad de todos los agentes: Administraciones Públicas, prestadores de servicios y ciudadanos

### **1.3. PROPUESTAS DE PERFECCIONAMIENTO DEL SAAD**

La valoración general positiva del SAAD que hacen los Agentes sociales y económicos, junto con las críticas antes señaladas respecto del acceso, prestaciones, gobernanza y financiación, se traduce finalmente en un conjunto de propuestas de perfeccionamiento del SAAD para hacerlo sostenible a largo plazo en la medida en que consideran que la atención a las situaciones de

dependencia es una política social que efectivamente está contribuyendo al bienestar de los ciudadanos en el contexto de una sociedad en proceso de envejecimiento y longevidad.

Cuatro son los ámbitos de propuesta de mejora: de carácter general, la mejora de la gobernanza del SAAD, participación en el Comité Consultivo y medidas adicionales.

#### **a) Propuestas de carácter general:**

Básicamente se reducen a dos: el refuerzo de los servicios de atención a la dependencia y la mejora de la financiación orientada hacia los servicios.

En cuanto a **prestaciones** se propone desarrollar los servicios profesionales de calidad mediante una mayor colaboración pública-privada (CEOE) a la vez que reduciendo el peso de las prestaciones económicas (que podrían toparse según la organización empresarial). CCOO plantea la necesidad de crear un Plan para la promoción de los servicios de dependencia y la creación de empleo lo que exige corregir el diferencial de costes entre las prestaciones económicas y los servicios. Para UGT el fomento de los servicios exige que se refleje en los convenios firmados entre la AGE y las Comunidades Autónomas y en una reorientación de la financiación hacia los mismos, a la vez que deberían incrementarse la exigencia en las condiciones de acceso a la prestación de cuidador no profesional.

Mejoras en **financiación** del sistema, sobre todo en cuanto a inversión en servicios para hacer viable un modelo de servicios de dependencia (CCOO y UGT) completada (CEOE) con seguros privados complementarios con incentivos fiscales.



## **b) Propuestas para mejorar la gobernanza del SAAD:**

Con carácter general se plantea la necesidad de un mayor compromiso con la LAPAD que se traduzca en mayor autoexigencia, voluntad política y corresponsabilidad entre Administraciones.

Los Agentes sociales y económicos vienen a coincidir en la necesidad de avanzar hacia una verdadera coordinación interadministrativa que cohesione el SAAD, liderada por la AGE (CEOE), la mejora de los instrumentos de cooperación entre la AGE y las Comunidades Autónomas, previo refuerzo de la voluntad política, y un mayor peso de las Corporaciones Locales en el gobierno del SAAD (CCOO y UGT).

También es necesario avanzar hacia una mayor coordinación socio-sanitaria que en unos casos (CEOE) se entiende como la implementación de una red socio-sanitaria para la alta dependencia y por parte de los sindicatos (CCOO y UGT) como el refuerzo de la colaboración entre los servicios sociales y los sanitarios sin pérdida de su naturaleza propia, para lo que sería necesario un diseño de coordinación institucional *ad hoc*.

Finalmente, se demanda por parte de los Agentes sociales y económicos, sobre todo por parte de los sindicatos, la necesidad de una mayor transparencia de las Comunidades Autónomas en materia de gasto y de financiación del SAAD.

## **c) Propuestas para mejorar la participación en el Comité Consultivo:**

Los tres Agentes sociales y económicos, CEOE, CCOO y UGT, están de acuerdo en que la participación en el Comité Consultivo sea más intensiva, no solo para ser informados sino para influir en la agenda

política y poder contribuir realmente en el desarrollo del SAAD. Para ello es necesario establecer un modelo de trabajo de participación estructurado y estable.

**d) Otras propuestas de mejora:**

Seguimiento y evaluación del desarrollo normativo que realizan las Comunidades Autónomas.

La mejora del SISAAD para conocer con mayor detalle el desarrollo y resultados del SAAD.

**CUADRO 1: SÍNTESIS DE LAS OPINIONES DE LOS AGENTES SOCIALES Y ECONÓMICOS DEL CONSEJO CONSULTIVO DEL SAAD**

	<b>CEOE</b>	<b>COMISIONES OBRERAS</b>	<b>UGT</b>
<b>VALORACIÓN GENERAL DEL SAAD</b>	POSITIVA: Una gran oportunidad con déficit en cuanto al excesivo desarrollo de las prestaciones económicas, ausencia de criterios de acreditación y escaso desarrollo de productos privados de financiación	POSITIVA: desarrollo de un nuevo derecho subjetivo.  Consolidación del sistema; creación de empleo; desarrollo de órganos institucionales de gobierno.  Déficit en cuanto excesivo peso de las prestaciones económicas.	POSITIVA: desarrollo de un nuevo derecho subjetivo a la atención a la dependencia.
<b>ACCESO AL SISTEMA</b>	Desarrollo desigual del SAAD  Los ciudadanos no identifican con claridad la Administración de referencia  Lentitud de trámites  No existe igualdad en los criterios y aplicación del SAAD en las Comunidades Autónomas.	Diferencias en la calidad de información al ciudadano en función del grado de implantación del SAAD.	Información actualmente adecuada al ciudadano después de un primer inicial de desajustes entre Comunidades Autónomas
<b>PRESTACIONES</b>	Catálogo adecuado pero desarrollo excesivo de las prestaciones económicas en detrimento de los servicios.  Déficit en el desarrollo de la prestación de autonomía personal y en prevención.	Catálogo de prestaciones adecuado inicialmente que debe quedar abierto a un desarrollo flexible. Lo importante es la creación de una red pública de servicios suficiente, actualmente de baja cobertura.  Excesiva lista de espera entre dictamen y	Oferta de servicios de proximidad aún insuficiente y de baja intensidad horaria en muchos casos y escasa flexibilidad. Elevados precios en muchos casos y desajustes entre demanda y oferta territorial de servicios.



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD

	<p>Descoordinación entre recursos</p> <p>Escasa generación de empleo, incluso destrucción de empleo neto en servicios sociales.</p> <p>Limitado fomento de productos privados financieros para complementar el copago</p>	<p>PIA.</p> <p>Desarrollo excesivo de las prestaciones económicas lo que afecta a la creación de empleo y a la propia calidad asistencial.</p> <p>Se requiere una regulación del copago en base a norma superior</p>	<p>Excesivo desarrollo de las prestaciones económicas.</p> <p>Retraso en la resolución de los PIA</p> <p>Bajo nivel de creación de empleo y problemas de calidad del empleo.</p> <p>Excesivas desigualdades en cuanto a copago entre Comunidades Autónomas.</p>
<b>GOBERNANZA</b>	<p>Bajo nivel de coordinación interadministrativa y de cooperación entre Comunidades Autónomas.</p> <p>Órganos consultivos como meros órganos de información de decisiones adoptadas previamente</p>	<p>Una gobernanza apoyada en órganos consultivos pero de desarrollo limitado.</p> <p>Bajo nivel de autoexigencia de las AAPP en la configuración del SAAD.</p> <p>Comité consultivo limitado a la recepción de información.</p>	<p>Gobernanza compleja con aspectos positivos y negativos en cuanto a la participación en el comité consultivo</p>
<b>FINANCIACIÓN</b>	<p>Suficiencia limitada de financiación pública que puede mejorarse mediante la colaboración público-privada.</p> <p>La sostenibilidad del SAAD en el futuro pasa por intensificar la colaboración público-privada</p>	<p>Presupuestos insuficientes pero sobre todo opacidad y falta de información de los presupuestos de las Comunidades Autónomas.</p> <p>Sostenibilidad del SAAD es posible si existe voluntad política.</p>	<p>La suficiencia del sistema está abierta al conocimiento de la aportación real de las Comunidades Autónomas al sistema.</p> <p>La sostenibilidad es posible, es una opción política.</p>
<b>PROPUESTAS DE MEJORA</b>	<p>Mejora de la coordinación Inter.-</p>	<p>Plan para la promoción de servicios y</p>	<p>Intensificar el desarrollo de los servicios frente a prestaciones y reforzar la</p>





GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD

	<p>administrativa.</p> <p>Optimización de los recursos existentes.</p> <p>Implementar la coordinación socio-sanitaria</p> <p>Desarrollo de servicios profesionales de calidad mediante la colaboración público- privada</p> <p>Potenciar el papel del comité consultivo y consejos consultivos</p>	<p>creación de empleo</p> <p>Desarrollo de servicios de proximidad</p> <p>Configuración más nítida en cuanto a la regulación de la red pública de servicios</p> <p>Seguimiento y evaluación del desarrollo normativo de las Comunidades Autónomas.</p> <p>Mayor autoexigencia y corresponsabilidad entre Administraciones Públicas y mejora de la transparencia financiera por parte de las Comunidades Autónomas.</p> <p>Incidencia real del comité consultivo y consejos consultivos en el gobierno del SAAD</p>	<p>exigencia en las condiciones de acceso a la prestación de cuidador no profesional.</p> <p>Mejora de la transparencia de la financiación autonómica.</p> <p>Mejora de información estadística.</p> <p>Reforzar el papel del comité consultivo y de los consejos consultivos.</p>
--	--	--	--



## 2. VALORACIÓN DEL SAAD POR LOS CONSEJOS CONSULTIVOS DEL SAAD

### 2.1. VALORACIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DEL SAAD

La valoración que realizan los Consejos Consultivos del SAAD: **Consejo Estatal de Personas Mayores (CEPM), Consejo Nacional de la Discapacidad (CND) y Consejo Estatal de Organizaciones No Gubernamentales de Acción Social (CONGAS)**, es claramente positiva y se orienta hacia el perfeccionamiento del sistema actual que se considera como un logro histórico en el desarrollo de los derechos sociales.

#### A) Las dimensiones positivas del SAAD

Entre las dimensiones positivas se señala, en primer lugar y de manera enfática, que el principal avance de la LAPAD es el reconocimiento del derecho subjetivo, opinión que comparten los tres Consejos Consultivos. La dependencia ha entrado en la agenda política de manera definitiva ganando en visibilidad (CND). La creciente y rápida cobertura de la población en situación de dependencia se considera un logro sobre todo en el caso de las personas mayores en situación de dependencia que son casi el 80 por cien del total de personas beneficiarias (CEPM). Para el CONGAS la ley es un paso adelante en favor de la integración social de las personas con dificultades de autonomía.

En conjunto se valora que lo realizado en los últimos cuatro años en el desarrollo del SAAD es un paso positivo. Incluso se afirma que no hay queja social sobre el modelo. Problema distinto es que las prestaciones sean suficientes o exista una adecuación entre la demanda y la oferta de servicios en casos concretos.

En suma, los tres Consejos Consultivos valoran positivamente la implantación del SAAD tanto en su dimensión de nuevo derecho subjetivo como en su dimensión práctica de cobertura protectora.

## **B) Factores que limitan el desarrollo del SAAD**

Entre los factores que limitan el desarrollo del SAAD los Consejos Consultivos mencionan los siguientes:

- En primer lugar, y como problema general, las **distintas velocidades** en la aplicación del sistema (CND) o disparidad entre territorios en la aplicación de la ley de la dependencia (CEPM). Dicho esto, y aunque parezca paradójico, entienden que no debería hablarse de diecisiete sistemas puesto que la LAPAD ha permitido ahorrar lo que antes de la misma existía de manera dispersa en materia de dependencia y, además, ha impulsado una coordinación institucional entre AAPP, que antes de la ley no tenía una naturaleza institucional como la regulada en la LAPAD. En cierto modo los diecisiete sistemas son cada vez más un sistema aunque su consolidación requiere tiempo y voluntad política.
- En segundo lugar, y en coincidencia con la mayoría de las consultas realizadas, se considera negativo no tanto la extensión de las **prestaciones económicas** cuanto el fácil recurso a las mismas **en detrimento de los servicios** (CEPM). En el caso de este último Consejo los servicios son en principios más eficaces que las prestaciones económicas. Además, éstas han sido en cierto modo insuficientes en relación a las expectativas creadas que, sin duda, fueron excesivas en el inicio de la aplicación del SAAD. En todo caso la opción por las prestaciones económicas forma parte de la tradición o cultura de las prestaciones en nuestro sistema de protección social (CONGAS).



- En tercer lugar, la **financiación** del SAAD plantea dos problemas: uno de suficiencia a largo plazo del que quizás no hay excesiva conciencia y otro de **transparencia** por parte de las Comunidades. En este último punto existe una total coincidencia por parte de los Consejos Consultivos en el sentido de que no sabemos cuál es la aportación financiera de algunas de las Comunidades Autónomas. De ahí que se plantee la necesidad de una mayor transparencia: que efectivamente el mínimo aportado por aquellas sea para la creación de nuevas prestaciones y no para financiar servicios ya existentes.
- Finalmente, se destaca que a pesar de las sustanciales mejoras en cuanto a la **información** al ciudadano sobre el acceso al SAAD persisten diferencias entre territorios y barreras administrativas que limitan el acceso a las personas con mayores dificultades de movilidad y exclusión social (CONGAS).

### **3. VALORACIÓN DEL SISTEMA DE ACCESO, PRESTACIONES, GOBERNANZA Y FINANCIACIÓN**

#### **A) El acceso al sistema: demanda, valoración de la dependencia y PIA**

Los Consejos consultivos afirman que la información necesaria para la solicitud de valoración de acceso al SAAD y, en general, del proceso de entrada en el sistema, es en la actualidad suficiente con algunas diferencias entre territorios. En el caso de las personas en situación de discapacidad el nuevo sistema se ha superpuesto en cierto modo a otros tipos de prestaciones ya existentes lo que ha supuesto cierta complejidad en el despliegue inicial del SAAD (CND) que hoy se considera relativamente superada.

De hecho, el ritmo de crecimiento de solicitudes, dictámenes y beneficiarios ha sido creciente. En lo que se refiere a las personas con discapacidad, no ha

habido desajustes entre las previsiones de la LAPAD y el perfil de dependencia de una parte del colectivo con discapacidad, a pesar de las limitaciones iniciales que suponía el baremo de valoración de la dependencia.

En el mismo sentido se posiciona el CEPM: en el inicio de la aplicación del SAAD la información fue desigual entre Comunidades Autónomas; incluso fue entendida como una ayuda económica más que como una prestación en servicios. En la actualidad la información es adecuada y bien organizada. Y ello se refleja en el intenso proceso de incorporación de las personas en situación de dependencia en el SAAD, con desigualdades entre Comunidades que no se consideran comprensibles. Se observa que en algunas Comunidades Autónomas se frena el proceso de acceso al SAAD de las personas en situación de dependencia (CONGAS).

## **B) Las prestaciones sociales: prestaciones económicas versus servicios**

- Se considera que el **catálogo de prestaciones** es relativamente suficiente por parte del CEPM pero corto para el CND. Pero todos los Consejos consultivos vienen a coincidir en que el problema del actual catálogo es su **falta de flexibilidad** y, por tanto, es necesario aumentar la compatibilidad entre los actuales servicios y dejar abierta la puerta a otras formas de prestar servicios, sobre todo en el ámbito comunitario (CEPM y CONGAS).

El CND es más contundente al afirmar que el actual catálogo de servicios es corto y poco flexible. Su opción es promover la libertad de elección de las personas en situación de dependencia en el marco de un catálogo de prestaciones que sea flexible, integrar en el catálogo los productos de apoyo o ayudas técnicas y hacer de la promoción del servicio de **prevención** una política más incisiva y concreta. Se observa que la



**prestación de asistente personal** tiene un carácter residual tanto por la baja demanda, pues no parece haber conciencia de su importancia, como por su baja oferta y amplias diferencias entre Comunidades en cuanto a los requisitos concretos de acceso.

- Para el CEPM y CONGAS existe un **déficit** en cuanto a la oferta de **servicios comunitarios**, sobre todo del servicio de ayuda a domicilio (SAD). También existe un cierto déficit en cuanto a la oferta de Centros de Día pero en la práctica parecer existir una cierta subocupación ya que al ser centros con precios elevados y poco flexibles en horarios muchas personas en situación de dependencia prefieren la prestación económica por cuidados familiares. Cuando se habla del SAD se hace referencia a un tipo de SAD de apoyo a la persona y no solo instrumental lo que requiere un mayor compromiso de los servicios sociales y el sistema sanitario para mantener a la persona afectada en su domicilio hasta donde sea posible. De ahí la importancia de que el SAD incorpore la atención socio-sanitaria. Situación relativamente distinta es la de las personas con discapacidad, ya que antes de la LAPAD existía una relativa oferta de servicios y prestaciones aunque sin rango de derechos. El SAAD lo que hace es estabilizar como derecho subjetivo lo que antes existía (CND). En este sentido las prestaciones de dependencia para personas con discapacidad se han consolidado con el SAAD. Sigue siendo un reto pendiente la promoción de la autonomía personal; la mitad de dichas prestaciones son ofertadas en el País Vasco. En todo caso su contenido sigue siendo materia de debate.
- La relación entre las **prestaciones económicas y los servicios** es valorada de manera parecida por parte de los Consejos consultivos aunque con matices entre organizaciones. Así, para el CEPM, el peso de las prestaciones económicas, que de ser excepcionales en la LAPAD



constituyen la mitad de las personas beneficiarias, se considera una ruta negativa pero explicable debido a la concurrencia de la crisis económica, la tradición de cuidados en el seno de la familia, la preferencia de una gran parte de los beneficiarios por vivir en casa o bajo cuidados familiares y la propia presión de las Comunidades Autónomas por reducir el coste de la dependencia. Las prestaciones económicas han tenido una gran aceptación entre la población y ello no debe juzgarse solo negativamente (CONGAS) dado el peso cultural de los cuidados familiares en el hogar y la propia importancia de la elección de la persona afectada entre las distintas prestaciones. Una oferta creciente y flexible de servicios puede alterar esta deriva a medio plazo, sobre todo de los servicios de proximidad.

Por su parte, el CND apoya la libertad de elección de prestaciones por el beneficiario en la medida en que defiende que las personas con discapacidad en situación de dependencia deciden libremente su modo de vida. Por ello, aceptan las consecuencias no previstas de la aplicación de la ley. Además, era obvio que con la oferta de servicios existente no era posible desarrollar las previsiones de la LAPAD en el corto plazo. En cualquier caso y en base a la Convención de la ONU de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Art 19) – elección individual sobre el modo de vida-, la apuesta del sector de la discapacidad está en favor de una amplia libertad de elección con un catálogo enriquecido y flexible de prestaciones.

- Los Consejos Consultivos consideran que se están cumpliendo relativamente las expectativas sobre la contribución del SAAD a la **creación de empleo** si bien no con la intensidad que cabría esperar de una ley orientada a los servicios. La evolución creciente de la población en situación de dependencia y el desarrollo de la oferta de servicios



seguramente hará crecer el volumen de empleo en servicios sociales para la atención a la dependencia.

- En relación con el **copago**, los Consejos Consultivos no lo cuestionan en sí mismo, pero sí su actual regulación. Por una parte, el CEPM y el CONGAS consideran que al no existir una norma general, cada Comunidad ha establecido su propio método de copago que está generando amplias diferencias territoriales. Por su parte, el CND observa que el copago, presente en todos los modelos europeos de dependencia, es aceptable para contribuir a la sostenibilidad del sistema con la condición de que no sea confiscatorio.

### **C) El gobierno del SAAD y la necesaria cooperación entre Administraciones Públicas.**

- La **gobernanza** del SAAD es valorada de manera **ambivalente**. Por una parte se considera positiva en la medida en que el Consejo Territorial y los Consejos del SAAD están contribuyendo al fortalecimiento del sistema mediante su participación en forma de opinión y consulta. Pero por otra parte, se considera que la actual gobernanza es insuficiente en la medida en que aún no existe una idea de Estado en materia de dependencia, como sucede en educación y sanidad (CEPM). Para que el gobierno del SAAD sea efectivo y coherente es necesario que la política de atención a la dependencia sea percibida como una política social de importancia y de largo recorrido.

En este buen gobierno la relación que exista entre la AGE y las Comunidades Autónomas, de mayor o menor cooperación, es la clave del arco de la gobernanza (CND). La participación de los Consejos Consultivos no es determinante de dicha gobernanza, solo una influencia relativa.





- La **participación de los Consejos consultivos** es valorada positivamente en lo que se refiere a información pero críticamente en cuanto a participación o consulta que se traduzca en algún tipo de influencia efectiva. Las decisiones adoptadas entre la AGE y las Comunidades Autónomas son comunicadas a los Consejos consultivos lo cual se considera como una participación más ritual que política (CEPM). Idea que es compartida por todos los Consejos consultivos. Así, el CND insiste en que la **participación es una consulta *expost*** a las decisiones adoptadas; en realidad se opina sobre lo ya decidido, es un ritual de comunicación más que un proceso de consulta. Con ello no se pretende que la consulta sea vinculante, que ni lo es ni lo puede ser, pero sí que tenga alguna influencia en el proceso de toma de decisiones. En todo caso y aunque predomina la transmisión de información en la consulta también se modula en formas de negociación previas o posteriores que tienen una cierta influencia en la elaboración de la agenda política. La experiencia del CND es que, al menos, la AGE suele situarse en una posición positiva de asunción de las demandas de las entidades sociales. El problema es que si a nivel central el proceso de consulta es modesto en resultados a nivel autonómico lo es más aún, prácticamente inexistente.

Existe un nivel de consulta que el CND destaca por su importancia que es el referente al papel de los proveedores de servicios de la economía social. El papel preferente que la LAPAD reconoce al Tercer Sector de Acción Social no se acaba de materializar ni en la preferencia en la contratación mediante las cláusulas sociales (CONGAS) ni en la eliminación de barreras económicas, como es el efecto distorsionador que supone el tener que repercutir el IVA pero no poder deducirlo. No se trata de discriminar a ningún proveedor pero sí de facilitar dicha



preferencia en los pliegos de contratación de servicios de atención a la dependencia.

- Aunque comparado con el pasado reciente el SAAD ha supuesto una mayor racionalización y coordinación en materia de dependencia, lo cierto es que la diversidad política y los modelos históricos de servicios sociales a nivel autonómico suponen que la cooperación entre AGE y Comunidades Autónomas sea compleja y desigual (CND). Ciertamente que el SAAD ha facilitado la puesta en común de los programas autonómicos de atención a la dependencia y ha abierto una vía común, una política de Estado. En cuatro años de existencia el balance, por tanto, es que la cooperación entre la AGE y las Comunidades Autónomas ha creado la idea de que la dependencia es una política para todos y en todo el Estado pero que es aún insuficiente dicha cooperación (CEPM). Sin negar los desequilibrios territoriales existentes en cuanto a recursos lo cierto es que en la actualidad el principal desequilibrio es de naturaleza política, en las diferencias en cuanto a voluntad política de desarrollar el SAAD, diferencias que deben superarse para evitar la crisis del sistema (CONGAS).

#### **D) La sostenibilidad del sistema**

- Los Consejos consultivos afirman que la financiación del SAAD es insuficiente y lastrada de cierta precariedad a pesar del esfuerzo notable realizado hasta la actualidad. La crisis económica y financiera y las políticas de ajuste económico han frenado el esfuerzo financiero que afecta a la suficiencia y sobre todo reorienta las prestaciones sociales hacia las de tipo económico.
- En todo caso más que la suficiencia preocupa la sostenibilidad futura del SAAD. En este punto los Consejos consultivos son explícitos en cuanto a



su posición política y financiera. Desde el punto de vista político sostienen que la atención a la dependencia es prioritaria en los años venideros. El SAAD es sostenible si existe voluntad política para su desarrollo. Se trata de un esfuerzo-país (CND) que es deseable y posible, de un relativo bajo coste comparado y con importantes beneficios sociales y económicos. La sostenibilidad financiera del SAAD solo es posible mediante la mejora de las fuentes de financiación. En este sentido se considera como un paso atrás las rebajas de impuestos de los últimos años. No bajar los impuestos, recuperar otros desaparecidos, como el impuesto sobre el patrimonio, e incluso una cierta aportación de la Seguridad Social, son algunas de las propuestas. Se recuerda por parte de los Consejos consultivos que en los modelos europeos de dependencia basados en la Seguridad Social la financiación de la dependencia es mixta, en base a impuestos, cotizaciones sociales y copago

En suma, preocupa que la suficiencia del SAAD se vea afectada por la crisis actual y se intensifique la precariedad del sistema y, sobre todo, que la sostenibilidad futura se vea afectada por las políticas de ajuste y la tendencia a la rebaja de impuestos. Más allá de estos condicionamientos financieros los Consejos consultivos destacan el valor social y económico del SAAD y la importancia de la dimensión político-institucional para su sostenimiento futuro.

## 4. PROPUESTAS DE PERFECCIONAMIENTO DEL SAAD

### 4.1. PROPUESTAS DE CARÁCTER GENERAL:

- Las propuestas se matizan en función del tipo de Consejo Consultivo. Así, para el CEPM la mayoría de las propuestas se orientan al desarrollo de un sistema de **servicios** que facilite la atención en el domicilio de la



persona mientras sea posible, los servicios de proximidad. Por ello, si bien reconocen la importancia de la prestación económica al cuidador no profesional, demandan una mayor exigencia en el acceso a la misma y un mayor control de su efectividad. Al mismo tiempo apuestan por una mayor “profesionalización” del cuidador no profesional mediante cursos de **formación y apoyo** a una intervención efectiva.

En este mismo sentido el CEPM defiende un mayor peso de la intervención profesional en el PIA sin detrimento de la libertad de elección de la persona valorada. Se defiende la idea de un cierto endurecimiento de las exigencias técnicas en el PIA.

- En esta misma dirección, el mencionado Consejo sostiene la necesidad de desarrollar la coordinación entre los servicios sociales y el sistema sanitario en el ámbito de la atención domiciliaria y, en general, en la atención a las personas en situación de dependencia.
- Por su parte, el CND apuesta por una ampliación del catálogo de servicios; que la prevención tenga un papel más concreto como prestación y como política general; que los productos de apoyo formen parte de las prestaciones sociales. Y sobre todo una mayor flexibilidad para combinar prestaciones sociales.

Desde otro punto de vista se propone la intervención de la AGE para la corrección de los desequilibrios territoriales en cuanto al ritmo del proceso de implantación del SAAD y diferencias en problemas como copago y oferta de servicios.

- Por su parte, el CONGAS plantea la necesidad de avanzar hacia una mayor imbricación entre la AGE y las Comunidades Autónomas en los próximos años con el fin de consolidar una gobernanza sólida del SAAD

que favorezca el desarrollo del derecho a la autonomía personal y atención a la dependencia.

#### **4.2. PROPUESTAS PARA MEJORAR LA GOBERNANZA DEL SAAD:**

Fundamentalmente son de dos tipos:

- La mejora de la cooperación entre Administraciones basada en la transparencia y la confianza institucional;
- El desarrollo de la coordinación socio-sanitaria.

#### **4.3. PROPUESTAS PARA MEJORAR LA PARTICIPACIÓN EN EL COMITÉ CONSULTIVO.**

Existe una unánime opinión en que la participación de los Consejos Consultivos en el SAAD es insuficiente y susceptible de desarrollo. Siendo conscientes de que la naturaleza consultiva no tiene carácter vinculante se considera que la consulta no se limite a una simple comunicación a posteriori de las decisiones previamente tomadas por el Consejo Territorial o sus órganos permanentes (Comisión Delegada), tal como afirma el CND. Se destaca la idea de programar la consulta y manejar tiempos más amplios entre convocatoria y celebración de los Consejos (CONGAS). En el mismo sentido se posiciona el CEPM si bien considera que es posible hacer aportaciones positivas y lograr alguna influencia en el Consejo Territorial, aunque casi siempre es limitada. Señalan que dicha participación no ha sido replicada en la mayoría de las Comunidades Autónomas mediante consejos consultivos territoriales, desarrollo que consideran tan importante o más que la participación a nivel estatal.

#### **4.4. OTRAS PROPUESTAS DE MEJORA**

Los Consejos Consultivos plantean, más que propuestas adicionales, una serie de reflexiones sobre el devenir del SAAD. Así, el CEPM plantea la necesidad de que el SAAD no “derive” en programas o modelos regionales. Sería necesario buscar un “equilibrio” entre el necesario nivel de coordinación por parte del Estado y las competencias autonómicas en materia de autonomía y dependencia. Son dos competencias que gobiernan el SAAD que deben concluir en formas perfectibles de cooperación institucional.

Por su parte el CND valora como positivo el baremo reformado en abril de 2011, un baremo más afinado pero a la vez más selectivo cuyo impacto es limitado en cuanto a las personas con discapacidad que sufren algún tipo de dependencia. Una vez logrado el avance en el desarrollo del derecho subjetivo a la atención de la dependencia se ha abierto un camino de desarrollo de otros derechos subjetivos en el ámbito de los servicios sociales que están reflejando ya las nuevas leyes de servicios sociales y que sería deseable que de manera efectiva se recogieran en todas las existentes, de modo que, no solo la dependencia, sino el derecho subjetivo a la integración y no discriminación quede recogido con nitidez.



**CUADRO 2: SÍNTESIS DE LAS OPINIONES DE LOS CONSEJOS CONSULTIVOS DEL SAAD**

	<b>Consejo Estatal de Personas Mayores</b>	<b>Consejo Nacional de Discapacidad</b>	<b>Consejo Estatal de ONG de Acción Social</b>
<b>VALORACIÓN GENERAL DEL SAAD</b>	<p>Positiva: un nuevo derecho subjetivo que se traduce en una amplia cobertura de la población en situación de dependencia, sobre todo de personas mayores de 80 años.</p> <p>Negativa: A la vez elevadas desigualdades entre Comunidades Autónomas en el acceso al SAAD</p>	<p>Positiva: un paso adelante de los derechos sociales en general y para las personas con discapacidad y dependencia en concreto.</p> <p>Negativa: Las distintas velocidades en su aplicación y la falta de transparencia en la financiación de las Comunidades Autónomas son factores que están en el deber.</p>	<p>Positiva ya que desarrolla un nuevo derecho subjetivo que supone, además, mejorar la lucha contra la exclusión social.</p> <p>Negativo: los desequilibrios territoriales en el despliegue del SAAD</p>
<b>ACCESO AL SISTEMA</b>	<p>La información actual parece adecuada. El problema son los ritmos diferentes entre las distintas CCAA</p>	<p>Hoy día la información es suficiente para acceder al sistema. El nuevo baremo es más ajustado a la realidad de la dependencia si bien puede limitar parcialmente el acceso de una parte de la población dependiente</p>	<p>Acceso universal en el que parece se han reducido los problemas de información al ciudadano. No así en cuanto a la lentitud en el paso de la valoración al PIA. A ciertos colectivo excluidos no acaba de llegar el SAAD</p>
<b>PRESTACIONES</b>	<p>Catálogo de servicios adecuado. El problema es la compatibilidad entre prestaciones y flexibilidad en su utilización.</p> <p>Necesidad de desarrollar un SAD de tipo menos instrumental y más centrado en la atención.</p> <p>Se valora negativamente el predominio de las</p>	<p>Catálogo de prestaciones insuficiente y poco flexible.</p> <p>La oferta de servicios de atención a la dependencia estabiliza la red preexistente.</p> <p>La promoción de la autonomía y la prevención son un</p>	<p>Se considera el catálogo de prestaciones como suficiente. El problema es el desarrollo de los servicios de proximidad con el fin de facilitar que la persona dependiente viva en casa siempre que sea posible.</p> <p>La economía social proporciona como valor añadido calidad y</p>



	prestaciones económicas respecto de los servicios aunque haya razones que expliquen por qué lo excepcional se ha convertido en norma.	déficit del SAAD.  Se valora como avance la libertad de elección combinada con un catálogo de prestaciones ampliado y flexible	calidez y esto no se refleja en las previsiones de preferencia de la LAPAD a favor del Tercer Sector
<b>GOBERNANZA</b>	Un sistema de muchos acuerdos cuya aplicación real se ve limitada por el partidismo. Aún no existe una concepción de Estado sólida de la atención a la dependencia como en sanidad y educación. Es necesario consolidar una vía común en materia de dependencia.  La participación en el SAAD de los Consejos Consultivos es limitada, se recibe información pero la influencia real es limitada.	Se considera determinante la cooperación entre la AGE y las CCAA para el éxito del SAAD.  La participación de los actores sociales fluctúa entre el formalismo y cierta capacidad de negociación.  La preferencia por el Tercer Sector en la provisión de servicios no se materializado de manera clara.	La gobernanza del SAAD se basa en la colaboración entre la AGE y las CCAA. Es necesario un pacto para imbricar ambas Administraciones.  Los consejos consultivos reciben información y solo escasamente influyen en la toma de decisiones
<b>FINANCIACIÓN</b>	Financiación insuficiente a pesar del esfuerzo realizado. Necesidad de incrementar los presupuestos en dependencia. Será sostenible el SAAD si existe voluntad política y no se rebajan los impuestos	La financiación del sistema es un esfuerzo-país asumible.  Reforzar la financiación mediante el recurso a nueva fiscalidad y aportaciones de la Seguridad Social	La financiación del SAAD seguramente es escasa para la actual demanda. Para hacer sostenible el sistema es necesario mejorar los ingresos fiscales y aprovechar adecuadamente los recursos existentes.
<b>PROPUESTAS DE MEJORA</b>	Aumentar las exigencias de acceso a la prestación económica y el control de su utilización mediante inspección.  Mayor profesionalización de los cuidadores familiares mediante cursos de formación.  Avanzar en materia de	Ampliación del catálogo de servicios.  Corregir los desequilibrios territoriales.  Reforzar el rol de los Consejos Consultivos	Reforzar el papel de la coordinación entre las AAPP.  Reforzar el papel de los consejos consultivos.  Reforzar el Tercer sector en la provisión de servicios





GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD

	<p>coordinación socio-sanitaria.</p> <p>El SAD debe cambiar de orientación e integrar lo sanitario.</p> <p>“Endurecer” las exigencias del PIA de forma que la libertad de elección no cuestione ciertas exigencias de atención técnica ineludibles.</p>		
--	---	--	--



## **5. VALORACIÓN DEL SAAD POR LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS SOCIALES**

### **5.1. VALORACIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DEL SAAD**

#### **A) Las dimensiones positivas del SAAD**

La puesta en marcha del SAAD es valorada muy positivamente por los proveedores tanto mercantiles como no lucrativos.

Para éstos la LAPAD supone un gran avance social que dignifica e iguala en derechos a los ciudadanos creando un derecho subjetivo para la atención a la dependencia (Cáritas). Se considera que ha sido un modelo de Ley muy participativo cuya pretensión de apostar por los servicios de atención es acertada (EULEN) a pesar de que en la práctica todavía no esté teniendo el efecto esperado.

Se trata de un hito en el Estado de Bienestar que, por su novedad quizás todavía no sea percibido en toda su dimensión por la ciudadanía, la cual todavía no exige su aplicación como si fuese un derecho universal equiparable a otros como la sanidad o la educación (ASISPA).

Con el tiempo ha ido mejorando la información sobre el SAAD y se ha ido creando empleo, aunque menos del esperado. La cobertura a la población se ha ido consolidando progresivamente y de una manera razonable para el tiempo que lleva en vigor.

## B) Factores que limitan el desarrollo del SAAD

Esta valoración general positiva requiere, no obstante, ser matizada por una serie de factores que están limitando su desarrollo entre los cuales destacaríamos los siguientes:

- Existe un amplio acuerdo entre los proveedores en la existencia de **fallos de coordinación** entre los distintos niveles de gobierno y áreas de bienestar, sobre todo servicios sociales y sanidad. Una consecuencia de ello es la heterogeneidad en el conjunto del Estado en criterios de acreditación por grado y nivel de dependencia.
- Del mismo modo, tanto proveedores no lucrativos como mercantiles coinciden en señalar la **excesiva prevalencia de las prestaciones económicas** sobre la prestación de servicios, lo que supone un efecto más limitado sobre la creación de empleo de lo que cabía esperar y un escaso avance en el desarrollo de los servicios de atención a la dependencia.
- En términos de eficacia se destaca la **lentitud en la reasignación de prestaciones** ante cambios en grados y niveles de dependencia de las personas beneficiarias así como la **falta de seguimiento y control del destino de la prestación económica recibida**. Esto último podría conllevar un doble efecto perverso: por un lado, un posible efecto desplazamiento de aquellos servicios que ya recibían antes de percibir la prestación económica (ASISPA) y que, una vez recibida, suelen abandonar y, por otro lado, la omisión de situaciones de “abandono remunerado” (Cáritas) cuando la prestación la percibe una persona infracualificada, máxime en un contexto donde la **formación reglada a los profesionales y a los familiares es insuficiente** y poco potenciado desde el SAAD.



- Se produce cierta **escenificación del carácter consultivo** de las entidades proveedoras en el sistema (EULEN, Cáritas) donde pasan a ser meras receptoras de información y de decisiones ya tomadas. Ello limita la capacidad de mejora y evaluación continua del sistema al no tener en cuenta las limitaciones de su aplicación efectiva sobre el terreno de la provisión de los servicios.
- Desde el sector mercantil, se considera que la prevalencia de las prestaciones monetarias está suponiendo una infraocupación de servicios residenciales y un desincentivo al esfuerzo inversor del sector privado en los últimos años. Del mismo modo, se apunta el incompleto desarrollo de los seguros complementarios y demás productos privados derivados para la financiación del copago que podrían contribuir a hacer más sostenible el sistema de dependencia.

## **5.2. VALORACIÓN DEL SISTEMA DE ACCESO, PRESTACIONES, GOBERNANZA Y FINANCIACIÓN**

Además de la valoración general comentada con anterioridad las entidades consultadas también han puesto de manifiesto una serie de aspectos temáticos articulados en torno a las siguientes dimensiones fundamentales del SAAD: el acceso al sistema, la naturaleza de las prestaciones percibidas, la gobernanza del sistema y la financiación.

### **A) El acceso al sistema**

En general, se considera que la información sobre el acceso al sistema ha mejorado con el desarrollo de la Ley, si bien todavía es insuficiente, heterogénea y poco accesible.

Según los proveedores no lucrativos hay un desconocimiento mayoritario sobre la Ley, de modo que buena parte de los beneficiarios suelen acceder a la

información cuando acuden a los servicios sociales por alguna razón no necesariamente relacionada con la dependencia (Cáritas).

Según los proveedores mercantiles, falta un esquema común de información en las Comunidades Autónomas ya que mientras unas gestionan la demanda desde los servicios sociales municipales de base otras lo gestionan de manera más directa. También han constatado desde su experiencia que existe una percepción ciudadana de poder decidir al margen de prescripción profesional (AESTE).

Ante la ausencia de convenios con la Administración Pública para explicitar la demanda social, estas entidades suelen actuar por iniciativa propia dando información y asesorando en la tramitación de las solicitudes a sus usuarios

## **B) Las prestaciones sociales: prestaciones económicas versus servicios**

En general se considera que el **catálogo de servicios** es adecuado para atender las situaciones prevista de dependencia. Sin embargo, las principales limitaciones del catálogo proceden de su aplicación debido a las siguientes razones:

- Las prestaciones concedidas no siempre son las más adecuadas para el grado de dependencia valorado, dando una prioridad excesiva a las prestaciones económicas en aquellos casos en los que un servicio sería más aconsejable.
- Algunas prestaciones contempladas en el catálogo como el SAD y la Teleasistencia deben replantearse en cuanto a su dimensión y provisión. Habría que concebirlas en clave sociosanitaria, complementarlas con mas medidas de mejora de la habitabilidad de los hogares (Cáritas) adaptando dichos servicios a situaciones específicas de dependencia

incluyendo tareas domésticas y atención personal de baja intensidad (EULEN)

- La adecuación del catálogo depende de la rapidez con la que se atienden las necesidades. En general hay cierto consenso en apuntar la lentitud de las respuestas en la concesión así como la escasa flexibilidad para adaptar la asignación de prestaciones a la evolución de la enfermedad (ASISPA).
- La existencia de desajustes territoriales entre oferta y demanda por la falta armonización y planificación territorial y la escasa concertación en algunos territorios (Caritas).

Existe un alto grado de acuerdo en que los **servicios de atención a domicilio son los servicios más deficitarios** lo cual contrasta con la situación de algunos territorios en los que suelen darse situaciones de sobreoferta en los servicios residenciales.

Por el contrario, no existe acuerdo en cuanto a los Centros de Día (CD): uno de los proveedores no lucrativos cree que está teniendo lugar menos demanda de la esperada en algunos territorios, sobre todo por ciertos prejuicios de las personas mayores a permanecer en espacios compartidos fuera del hogar. Del mismo modo considera que a pesar de la escasez de centros de noche y de fines de semana apenas existe una demanda sólida para un desarrollo extenso (Cáritas). El resto de proveedores consideran que los CD son deficitarios incluidos los centros de noche, de fines de semana y en entornos rurales.

En cuanto al **perfil profesional más deficitario**, todos los proveedores ponen de manifiesto que con la crisis la carestía de profesionales se ha ido resolviendo parcialmente, sobre todo porque antes de la crisis había mucha movilidad hacia el sector sanitario, en general, más generoso en retribuciones y

en reconocimiento social. Sin embargo, aunque la movilidad es menor que antes todavía siguen siendo necesarios **auxiliares gerocultores y médicos geriatras de perfil sociosanitario**. En este sentido, todos los proveedores también constatan un déficit importante en medidas que potencien desde las administraciones una formación reglada de los profesionales.

Más consenso, si cabe, se produce entre los distintos tipos de proveedores sobre el **excesivo peso que tienen las prestaciones económicas en comparación con los servicios**. Factores como la crisis, la tradición familiar, la inmediatez de estas prestaciones, su menor coste, la falta de servicios, incluso en su momento, la retroactividad en la concesión de las prestaciones económicas han favorecido dicha circunstancia (EULEN). Todo ello tiene implicaciones negativas para el modelo de atención a la dependencia inicialmente previsto en la medida en la que buena parte de los cuidados, aunque remunerados, siguen recayendo sobre las familias, no se está favoreciendo la extensión de los servicios de atención y está afectando negativamente a los retornos previstos en términos de creación de empleo.

### **C) El gobierno del SAAD y la necesaria cooperación entre Administraciones Públicas.**

Se considera que el gobierno de SAAD está correctamente planteado en la LAPAD pero que en la práctica resulta complejo al estar sometido a fuertes tensiones económicas y políticas. Como consecuencia de ello se producen fallos de coordinación entre los distintos niveles de gobierno, falta de capacidad de intervención en el ámbito local y descoordinación entre las áreas de bienestar de servicios sociales y sanidad.

Las reglas del juego en lo relativo a las acreditaciones son poco claras y muy heterogéneas en cuanto a criterios de acreditación por grado y nivel de dependencia entre las distintas Comunidades Autónomas. Se traslada la

sensación de falta de armonía en el sistema por la existencia de muchos “modelos” autonómicos.

Esto también se traslada al ámbito de la concertación de plazas, donde las tarifas son poco acordes al coste real de las mismas y donde las Administraciones tienden a primar la concurrencia de propuestas de menor coste sin analizar la calidad del servicio ofertado. Faltan criterios homogéneos de concertación por lo que se considera necesario que la Administración Central elabore un marco general de recomendaciones y un modelo de contratación de servicios para las Comunidades Autónomas a fin de evitar una excesiva heterogeneidad en los criterios concursales y de acreditación.

En lo que se refiere a los Consejos Consultivos tiende a primarse la escenificación y buenas formas sobre una verdadera interacción con los proveedores donde prevalece la información sobre las decisiones ya tomadas por encima de la consulta sobre los procesos. Las entidades no lucrativas entienden que debería potenciarse el papel consultivo y la consideración preferente al Tercer Sector contempladas en la Ley y que en la práctica está siendo muy limitada (Cáritas).

#### **D) La sostenibilidad del sistema**

En general, los proveedores de servicios consideran que la suficiencia y la sostenibilidad del sistema son limitadas y más cuestionables, si cabe, con la actual crisis económica.

En la práctica se observa que tanto las prestaciones económicas concedidas a las familias como las tarifas de concertación son claramente limitadas para garantizar una cobertura suficiente y de calidad de las necesidades de la población dependiente sobre todo en un contexto donde el copago es más limitado en una situación de alto desempleo como la actual.



Desde los proveedores mercantiles se plantea que dicha sostenibilidad dependerá de la colaboración entre todos los agentes (ciudadanos, AAPP y proveedores de servicios) ante el limitado alcance de las AAPP para garantizar un sistema de amplia cobertura. Para reforzar la sostenibilidad del sistema proponen potenciar los seguros complementarios y abaratar costes sin perder calidad ofertando servicios menos complejos en residencias y CD y sectorializando el mercado en servicios básicos, medios y especializados donde no todos los proveedores deben proveer todo tipo de servicios.

Desde los proveedores no lucrativos se cree que la suficiencia del SAAD y la sostenibilidad del sistema mejorará potenciando la coordinación sociosanitaria, racionalizando el sistema de valoraciones y aumentando la dotación presupuestaria de las Comunidades Autónomas en las que se han constatado claras disparidades a la baja.

### **5.3. PROPUESTAS DE PERFECCIONAMIENTO DEL SAAD**

Tomando como punto de partida la anterior valoración crítica del sistema de acceso, prestaciones, gobernanza y financiación, las entidades proveedoras de servicios consultadas han planteado una serie de propuestas de mejora y perfeccionamiento del sistema con el fin de ir corrigiendo los posibles efectos adversos que puedan producirse en el SAAD en un futuro. Destacamos las siguientes:

#### **5.3.1 Propuestas de carácter general:**

Entre las propuestas de carácter más general destacan las relativas a la financiación y a conseguir un mayor equilibrio en el sistema de prestaciones contempladas en la Ley.

En lo que se refiere a la **financiación** los proveedores mercantiles proponen un mayor desarrollo de productos privados de financiación (previsión y ahorro) de la dependencia con desgravaciones fiscales.

En cuanto a las **prestaciones**, los proveedores mercantiles plantean diferenciar la teleasistencia social de la estrictamente definida para dependencia y sobre todo reducir el peso de las prestaciones económicas en el conjunto de las prestaciones topando la financiación de éstas (a un máximo del 15%) en los acuerdos anuales AGE-Comunidades Autónomas o asociando obligatoriamente unas horas (de 2 a 4 aproximadamente) de atención profesional obligatorias a los perceptores de prestaciones económicas.

### **5.3.2 Propuestas para mejorar la gobernanza del SAAD:**

Uno de los aspectos más criticados por los proveedores han sido los fallos de coordinación entre los distintos niveles de gobierno y la descoordinación entre los servicios sociales y sanitarios.

Como propuesta compartida por todos los proveedores se considera necesario mejorar la capacidad de intervención de los Ayuntamientos en el sistema, así como formalizar las relaciones de la Administración con los proveedores de modo que puedan participar de manera más directa en la gestión de la demanda.

En cuanto a la coordinación sociosanitaria desde los proveedores no lucrativos se proponen como medidas mejorar dicha coordinación a nivel de ambulatorios y centros de salud y potenciar el aspecto sanitario de los centros residenciales incorporando también cuidados paliativos.

Desde los proveedores mercantiles se plantea la necesidad de incorporar la "gestión de casos" y la figura del gerente sociosanitario apoyado en un equipo multidisciplinar que defina caso a caso las necesidades de los beneficiarios en

una doble vertiente social y sanitaria. Del mismo modo se considera necesario comenzar definiendo perfiles sociosanitarios básicos para ir avanzando hacia modelos más precisos implicando a sanidad en dicho proceso.

### **5.3.3 Propuestas para mejorar la participación en el Comité Consultivo.**

Hay plena coincidencia entre los proveedores en la necesidad de dotar a los órganos consultivos del sistema de una verdadera capacidad participativa.

Desde los proveedores mercantiles, para mejorar la participación en el consejo consultivo se considera necesario que se separen el nivel técnico, centrado más en los modelos de atención, en la prestación de servicios o en la calidad, del nivel político, orientado hacia la normativa y la financiación, y que se realicen consultas efectivas en el consejo consultivo de modo que no sean meros órganos de transmisión de información y de comunicación de decisiones ya tomadas.

Desde los proveedores no lucrativos se considera necesario poner en práctica el papel consultivo y la consideración preferente al Tercer Sector contemplada en la Ley.

### **5.3.4 Otras propuestas de mejora**

Entre otras propuestas de mejora destacar la necesidad de crear “foros a futuro” para debatir cómo será la ley en un futuro y dar mayor importancia y dotar de más recursos las políticas de prevención de la dependencia.

**CUADRO 3: SÍNTESIS DE LAS OPINIONES DE LOS PROVEEDORES DEL SISTEMA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

PROVEEDORES	AESTE	EULEN	ASISPA	CARITAS
<b>VALORACIÓN GENERAL DEL SAAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>POSITIVA: se establece un derecho de atención para los ciudadanos</li> </ul>	<p>POSITIVA: crea un derecho subjetivo. El modelo de Ley ha sido participativo y apuesta por los servicios de atención</p>	<p>POSITIVA. Crea un derecho universal, aunque todavía no es percibido como tal por ciudadanía. No exigen sus derechos.</p>	<p>POSITIVA. Un gran avance social. Dignifica e iguala en derechos a los ciudadanos</p>
<b>ACCESO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de información adecuada. Percepción ciudadana de poder decidir al margen de prescripción profesional.</li> <li>Colaboración informal: información y asesoría en solicitudes a sus usuarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ha mejorado. Falta un esquema común de información en las CCAA: una CCAA gestionan desde Serv. Sociales municipales y base otras control directo.</li> <li>No colaboran en gestión demanda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de información adecuada.</li> <li>Desconocimiento mayoritario sobre la Ley</li> <li>Colaboración informal: información y asesoría en solicitudes a sus usuarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de información adecuada, accesible y comprensible. No llega al gran público salvo cuando acceden a los servicios sociales por alguna razón y un profesional se lo explica.</li> <li>Colaboración informal: información y asesoría. Sus agentes y trabajadores sociales contactan con la admón. .</li> </ul>
<b>PRESTACIONES SOCIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Catalogo adecuado, prestaciones otorgadas inadecuadas</li> <li>Servicio más deficitario: CD y noche, SAD y Teleasistencia.</li> <li>Perfil deficitario: menos con la crisis. Antes faltaban médicos y enfermeras</li> <li>Calidad desigual: sobreoferta en grados medios y bajos y déficit en alta dependencia.</li> <li>Demasiado peso de prestación informal familiar. Deseable una combinación de CD-SAD-TAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Catalogo adecuado. Necesario replanteamiento de dimensión y provisión de SAD y TAD para adaptarlo a dependencia (incluir hogar, tareas domésticas y atención personal baja intensidad).</li> <li>Servicio más demandado: CD y SAD.</li> <li>Servicio más deficitario: CD y SAD. Este <i>mix</i> será lo más demandado</li> <li>Perfil deficitario: médicos y enfermeras. Sobre todo auxiliares gerocultores de AD sociosanitaria.</li> <li>Demasiado peso prestac. econ. de atención informal familiar. Causas: crisis, tradición, gestión CCAA, retroactividad prestac. econ. No tienen retornos en empleos.</li> <li>Insuficiente coordinación sociosanitaria: celos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La adecuación del catálogo depende de la rapidez de la respuesta según fecha de solicitud y de la evolución de la enfermedad.</li> <li>Reasignación de servicios lenta. Ahora es más ágil.</li> <li>Servicio más demandado: Residencias y SAD.</li> <li>Servicio más deficitario: Centros de noche y de fin de semana y en entornos rurales.</li> <li>Perfil deficitario: menos con la crisis. Especialmente auxiliares enfermeras especializadas en</li> </ul>	<p>Adecuación insuficiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Residencias: Desajustes entre oferta y demanda por falta armonización y planificación territorial, y escasa concertación en algunos territorios.</li> <li>SAD: insuficiente. debería incrementarse y replantearse más integrado con lo sociosanitario y con la habitabilidad de los hogares. Mucha concertación y poca rentabilidad.</li> </ul>



	<p>para dependencia moderada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiente coordinación sociosanitaria.</li> </ul>	mutuos	<p>geriatría y médicos geriatras (bajos salarios comparados con ámbito sanitario).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demasiado peso prestac. econ. de atención informal familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ CD: menos demanda de la esperada, prejuicios personas mayores.</li> <li>• Servicio más demandados: SAD y residencias.</li> <li>• Servicio más deficitario: SAD y gran lentitud en la adjudicación de plazas residenciales.</li> <li>• Perfil deficitario: profesionales sociosanitarios en SAD y en Residencias y Centros de Día.</li> <li>• Demasiado peso prestac. econ. de atención informal familiar.</li> </ul>
<b>GOBERNANZA</b>	<p>En colaboración con AAPP: Falta de recompensa de esfuerzo inversor: tarifas poco acordes al coste real (perjuicio para la calidad), dilaciones en cobros, incluso morosidad.</p>	<p>Reglas de juego poco definidas en acreditaciones</p> <p>Estado debe crear un marco general de recomendaciones, un modelo e contratación de servicios para las CCAA</p>	<p>En colaboración con AAPP: a través de los concursos se abaratan precios, y ello no puede ir en detrimento de la calidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escasa colaboración con las AAPP: escenificación y buenas formas, pero escasa interacción.</li> <li>• Falta de capacidad de intervención en el ámbito local</li> </ul>
<b>FINANCIACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suficiencia financiera limitada: tarifas insuficientes en relación al coste real.</li> <li>• Sostenibilidad dependerá de colaboración entre todos los agentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiencia financiera: las AAPP no llegan. Potenciar los seguros complementarios.</li> <li>• Insostenibilidad financiera. Necesario abaratar costes sin perder calidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofertando servicios menos complejos en residencias y CD</li> <li>• Sectorializar el mercado: mercado de servicios básico, medio y especializados. No todos los proveedores deben proveer todo</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiencia financiera: prestación económica es más barata pero insuficiente.</li> <li>• Sostenibilidad dependerá de si se mejora la coordinación sociosanitaria y se evita dobles valoraciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiencia financiera: en último ejercicio se evidencian claras disparidades en prestaciones en CCAA. Razones: desviación en previsiones de población e insuficiente dotación presupuestaria de CC. AA.</li> <li>• Duda sostenibilidad: es un derecho no susceptible de ser suprimido o recortado.</li> </ul>

## **6. VALORACIÓN DEL SAAD POR LOS COLEGIOS Y ORGANIZACIONES PROFESIONALES**

### **6.1. VALORACIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DEL SAAD**

#### **A) Las dimensiones positivas del SAAD.**

La valoración general del SAAD por parte de las organizaciones profesionales es positiva. Se considera uno de los mayores avances en la protección social de los últimos años, sobre todo porque, con ello, se amplía un derecho subjetivo por el cual las familias tienen mejor atendidas las necesidades relacionadas con la dependencia, ayuda a concienciar a la opinión pública sobre el problema social que significa y podría extender su influencia a los servicios sociales en general.

En términos de empleo, en general se considera que no se han cumplido del todo las expectativas iniciales salvo en los colectivos de trabajadores sociales y auxiliares de clínica, cuyo efecto sobre su empleabilidad ha sido muy positivo. La adecuación del catálogo a las necesidades de dependencia se considera suficiente si bien los problemas se derivan más de la escasez en la oferta de prestaciones en servicios y de la combinación de prestaciones resultante de dicha escasez.

#### **B) Factores que limitan el desarrollo del SAAD**

Esta valoración general positiva habría que contextualizarla dentro de una serie de factores o déficit en el desarrollo del SAAD. Aunque nos referiremos a ellos con más detalle en cada una de las dimensiones fundamentales del SAAD, a nivel general existe una mayoritaria coincidencia entre las organizaciones profesionales en los siguientes factores:

- **Débil coordinación sociosanitaria.**



- **Sobredimensionamiento de las prestaciones económicas.** Se consideran un medio de apoyo familiar sin control ni seguimiento por parte de la Administración (Asociación de Directores). Su prevalencia pone de manifiesto la escasez en la oferta de servicios y la asignación de prestaciones anteponiendo criterios de coste para la administración a criterios de calidad (es más barata) (Consejo Estatal de Colegios de Trabajadores Sociales). Además, su elección puede estar muy condicionada por la propia familia, que suele preferir la prestación económica.
- **-Gobernanza débil y desigual entre las administraciones públicas,** diferentes velocidades de implementación en la aplicación del SAAD en las Comunidades Autónomas y un débil papel de lo local. Limitado papel de la Administración General del Estado en la articulación de un sistema cohesionado a nivel de todo el Estado
- **-Escaso peso de las medidas orientadas a la prevención.**
- **-Insuficiente nivel de participación de las organizaciones profesionales en el SAAD.** Falta de representación estable y participación meramente ritual basada en opiniones con escaso impacto en la agenda institucional.
- **-Negativa valoración de las organizaciones profesionales sobre la aplicación del Plan Individualizado de Atención.**

## **6.2. VALORACIÓN DEL SISTEMA DE ACCESO, PRESTACIONES, GOBERNANZA Y FINANCIACIÓN**

Las organizaciones profesionales consultadas, siguiendo el esquema de entrevista propuesto, han realizado una valoración del SAAD en torno a las

siguientes dimensiones fundamentales del SAAD: el acceso al sistema, la naturaleza de las prestaciones percibidas, la gobernanza del sistema y la financiación.

### **A) El acceso al sistema**

Con respecto a la información del sistema las organizaciones profesionales creen que está mejorando con el tiempo si bien es muy heterogénea entre las distintas Comunidades Autónomas y entidades locales. Alguna organización profesional considera que el acceso a la información ha tenido mejores resultados en aquellas Comunidades que se han apoyado en los servicios sociales municipales (Asociación de Directores). Aún así, todavía persiste cierto desconocimiento de la Ley entre la ciudadanía en cuanto a los modos de acceso, plazos y sistemas de reclamación.

Las organizaciones profesionales no tienen canales de colaboración con la Administración en la gestión de la demanda.

En lo referente al **nuevo baremo** existe una amplia coincidencia en que es más preciso y responde mejor a las demandas sociales emergentes, en particular, recoge mejor la salud mental y la discapacidad psíquica. No obstante, aparecen algunos matices a considerar:

- Se produce una mayor "medicalización" o "sanitarización" del baremo en detrimento de lo social (Asociación de Directores, Consejo Estatal de Colegios de Trabajadores Sociales).
- Se considera innecesarias las comisiones de control de las comisiones de valoración.
- El nuevo baremo da una mejor accesibilidad a la enfermedad mental





- En cuanto a la **composición ideal de los equipos de valoración** existe plena coincidencia en la necesidad de su **multidisciplinariedad**. En los equipos ideales propuestos por las organizaciones profesionales tanto los **trabajadores sociales como los terapeutas ocupacionales** aparecen como las figuras centrales. También se consideraría necesaria la presencia de un personal sanitario (enfermero) y en menor medida de un psicólogo.

## **B) Las prestaciones sociales: prestaciones económicas versus servicios**

La **valoración de las organizaciones profesionales sobre la aplicación del Plan Individualizado de Atención es mayoritariamente negativa**, sobre todo por la desigual aplicación entre las Comunidades Autónomas. Según los Directores de centros de servicios sociales la aplicación del PIA suele funcionar mejor y los plazos son más ajustados en aquellas Comunidades donde el PIA es elaborado por los servicios sociales municipales (Castilla y León, Castilla-La Mancha, Aragón, Andalucía y País Vasco). En otras Comunidades, por el contrario, la asignación se hace sin protocolos técnicos de modo que el proceso pasa a estar más condicionado por los recursos realmente existentes (Asociación de Terapeutas). En la práctica la aplicación del PIA es relativa por cuanto suele prevalecer en muchos casos la elección del usuario hacia las prestaciones económicas.

En este sentido, la mayoría de las organizaciones profesionales consideran que la **participación del beneficiario y de la familia en la asignación de las prestaciones es positiva** y es **imprescindible en la elección del lugar de atención pero no** debería serlo **en el modo el que deben ser atendidos**. Se observa cierta condicionalidad en el PIA por parte de las familias, las cuales suelen preferir una prestación económica en un contexto de crisis como el

actual (Asociación de Terapeutas), además de la inmediatez de estas prestaciones y su menor coste al no exigirse un copago específico frente al que probablemente tendrían que realizar si recibieran un servicio de atención.

Esta **prevalencia de las prestaciones económicas pone en evidencia varias deficiencias del SAAD**. En particular:

1. Puede poner **en entredicho la calidad del sistema de atención** por cuanto son un medio de apoyo sin control y con ellas no siempre se garantiza la calidad de la atención por la falta de formación de los cuidadores familiares.
2. Del mismo modo pone de manifiesto la **contradicción subyacente entre la libertad de elección del usuario y la pretendida excepcionalidad de las prestaciones económicas** contemplada en la Ley (Asociación de Terapeutas). En este sentido, los trabajadores sociales consideran que la prestación económica debe ser para aquellos que realmente lo necesiten y hay que valorar cada caso combinando la libertad de elección con el diagnóstico social.
3. Y por último sitúa en una **encrucijada a los servicios de atención** (Consejo Estatal de Trabajadores sociales) por cuanto su mayor coste y menor inmediatez en comparación con las prestaciones económicas están suponiendo un obstáculo a su crecimiento futuro.

Por el contrario, existe plena coincidencia en señalar al **SAD como el servicio más deficitario del sistema**. Se hacen propuestas de mejora en este servicio como una mayor vinculación con la prestación del cuidador familiar y la necesidad de potenciar no tanto los aspectos relacionados con el cuidado y la limpieza sino aquellos aspectos más directamente relacionados con al apoyo a la autonomía personal.

Otros servicios deficitarios apuntados por algunas de las organizaciones consultadas serían los servicios de promoción de autonomía personal y las unidades de cuidados paliativos y de personas con trastorno cognitivo y conductual.

En lo relativo a los **Centros de día**, también se les considera **deficitarios pero en la práctica son un servicio menos demandado de lo esperado** por su limitada flexibilidad horaria y alto coste.

En términos de empleo, salvo en los trabajadores sociales y auxiliares de clínica, se considera que no se cumplen las expectativas generadas sobre todo por el peso excesivo de las prestaciones no profesionales y, en menor medida, por la insuficiencia de las tarifas de concertación y el riesgo percibido por el sector privado en realizar nuevas inversiones (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología). En algunas Comunidades Autónomas, se advierte que las prestaciones económicas de familiares que no cotizan (por ser mayores de 65 años) no deberían contarse como empleo.

En lo que se refiere al copago, la percepción sobre su dimensión es muy diferente entre las organizaciones profesionales. Para una de ellas el copago es excesivo, para otras es muy limitado bien porque las pensiones son muy bajas o bien porque este gasto al final suele ser asumido por las Comunidades Autónomas. Otra de las organizaciones rechaza la existencia del copago. Buena parte de esta discrepancia puede deberse a la falta de información adecuada sobre este aspecto de la financiación, lo cual nos debe llevar a reflexionar sobre la necesidad de profundizar en este aspecto en un futuro.

### **C) El gobierno del SAAD y la necesaria cooperación entre Administraciones Públicas.**

En lo relativo a la gobernanza las organizaciones profesionales coinciden en afirmar las siguientes limitaciones:

- **Débil coordinación sociosanitaria.** No existe un modelo claro y coherente de coordinación sociosanitaria a pesar de que existen experiencias concretas positivas. Según una de las organizaciones profesionales falta voluntad por ambas partes y la unión de las áreas de Sanidad y Servicios sociales bajo un mismo Ministerio apenas ha supuesto una mejora en la coordinación sociosanitaria en la atención a la dependencia.
- En general, el **papel de las entidades locales es marginal y subordinado** a las Comunidades Autónomas, algunas de las cuales llegan incluso a mantener estructuras paralelas a las municipales sin existir un acceso común a la información.
- **Heterogeneidad en los ritmos de aplicación de la Ley entre las Comunidades Autónomas.** Se atribuye especialmente a un excesivo peso de aquellas en el desarrollo del SAAD y a la falta de un modelo operativo de articulación de una sola política de Estado en las políticas autonómicas. Dos de las organizaciones consultadas coinciden en afirmar literalmente que hay “poco Estado y excesivos modelos” en el SAAD cuyo desarrollo está excesivamente condicionado por vaivenes políticos. Es necesario superar esta fase de politización desigual para estabilizar el SAAD (Asociación de Terapeutas).

En lo que se refiere a la gobernanza del PIA, se considera que los acuerdos tomados por unanimidad en este aspecto no están siendo

vinculantes y existe demora en otorgar prestaciones a personas cuya situación de dependencia ya ha sido valorada (Asociación de Directores).

- **Insuficiente participación de las organizaciones profesionales.** Faltan mecanismos institucionalizados de representación estable en órganos consultivos y de representación.

#### **D) La sostenibilidad del sistema**

La suficiencia financiera del SAAD es valorada de manera contradictoria entre las organizaciones profesionales. Por un lado se considera que la crisis económica no ha impedido el normal desarrollo del SAAD y que dicha suficiencia hay que ponerla en relación con los retornos conseguidos en términos de empleos y calidad de vida. Por el otro, la suficiencia financiera del SAAD es puesta en entredicho porque se considera que la AGE no está contribuyendo con la mitad de la financiación (36% frente al 50% de las Comunidades Autónomas y el 14% de copago, según la Asociación Estatal de Directores de Centros de Servicios Sociales) y, sobre todo, porque algunas Comunidades suelen emplear la aportación mínima de la Administración General del Estado para financiar recursos ya existentes (según el Consejo Estatal de trabajadores sociales, Asociación de Directores de Centros y Asociación de Terapeutas ocupacionales) justificando como nuevo un gasto que ya existía y obviando que antes de la Ley de dependencia ya se recibían transferencias del Plan Concertado. En todo caso, las organizaciones consultadas esperan que de la evaluación actual se deriven explicaciones precisas y transparentes sobre la financiación actual y su reparto.

En cuanto a la sostenibilidad financiera se considera que, por encima de criterios económicos, la sostenibilidad del SAAD dependerá de la "sostenibilidad" política y de la voluntad de las Administraciones para que el sistema se desarrolle a buen ritmo.

### **6.3. PROPUESTAS DE PERFECCIONAMIENTO DEL SAAD**

A partir de las limitaciones expuestas las organizaciones entrevistadas hacen las siguientes propuestas de perfeccionamiento del SAAD:

#### **6.3.1 Propuestas de carácter general:**

En cuanto a las **prestaciones**, se propone mejorar el seguimiento y perfeccionamiento del PIA consiguiendo un mayor equilibrio entre las prestaciones económicas y los servicios. Para ello se precisaría conceder un creciente peso al diagnóstico social en la definición de las prestaciones, y el establecimiento de nuevos criterios de asignación de recursos dando mayor significación a la prestación de servicios.

Por tipos de prestaciones, se propone reforzar el SAD, considerado el servicio más deficitario del sistema, dotándole de un carácter más profesionalizado y orientado al desarrollo de la autonomía de la persona.

Por último se considera necesario establecer un sistema de seguimiento y control de las prestaciones, sobre todo las relacionadas con los cuidados familiares.

#### **6.3.2 Propuestas para mejorar la gobernanza del SAAD.**

Se considera necesario reforzar el papel de la AGE en desarrollo de la ley en aspectos como el control, la coordinación y la supervisión del desarrollo del SAAD sobre todo en las Comunidades Autónomas donde no desarrollan adecuadamente la ley con la intensidad y coberturas suficientes.

Debería dotarse al sistema de mecanismos que refuercen la equidad entre territorios, la coordinación estatal y el papel municipal así como contemplar un

mayor grado de compromiso del Consejo Territorial por la aplicación efectiva de los acuerdos alcanzados. En suma, se debe mantener cierta descentralización del sistema pero con ciertos límites para garantizar la efectividad y equidad en el desarrollo del SAAD.

En cuanto al papel de las organizaciones profesionales en la gobernanza se propone dotarlas de mayor protagonismo en la evaluación de la competencia de los profesionales, certificando la capacitación de los profesionales y los estándares de buenas prácticas a través de guías de práctica clínica y asistencial.

### **6.3.3 Propuestas para mejorar la participación en el Comité Consultivo.**

Las organizaciones profesionales coinciden en señalar su débil participación en el sistema. Para superar esta limitación proponen institucionalizar el papel de las organizaciones profesionales en consejos u órganos de consulta y ampliar la presencia de los colegios profesionales en la conformación de la agenda de la dependencia reconociéndolas como consejo consultivo en el Consejo Territorial.

#### CUADRO 4: SÍNTESIS DE LAS OPINIONES DE LAS ASOCIACIONES Y COLEGIOS PROFESIONALES DEL SISTEMA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

PROVEEDORES	CONSEJO ESTATAL COLEGIOS DE TRABAJADORES SOCIALES	ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORES DE CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES	SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA
<b>VALORACIÓN GENERAL DEL SAAD</b>	Valoración positiva: amplía un derecho subjetivo extensible a los servicios sociales en general y en las nuevas leyes de servicios sociales de las CCAA; mayor visibilidad de lo social para los ciudadanos.	Valoración positiva: es uno de nuestros mayores avances en protección social. Comparable con lo que supuso la L.G. Sanidad de 1986.	Valoración positiva: la propia existencia de la ley es un valor en positivo
<b>ACCESO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información: al principio la información fue limitada, la reglamentación la ha ido mejorando</li> <li>• No colabora en la gestión de la demanda. Solo en la formación de profesionales para evaluar la dependencia y concreción del PIA.</li> <li>• Última reforma baremo si responde adecuadamente a la demanda social: mayor peso de la salud mental y mayor importancia al “informe social” en la evaluación. Al mismo tiempo cierta “sanitarización” de la valoración; lo social queda más relegado en el baremo que antes.</li> <li>• Composición de los equipos de valoración adecuada. Ideal: Equipo multidisciplinar con 1 trabajador social y 1 personal sanitario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información: Existe información adecuada pero de manera desigual según CCAA. En materia de información que aquellas CCAA que se han apoyado en los servicios sociales municipales son las que han tenido más éxito en la captación de la demanda o solicitudes: Castilla y León, Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha.</li> <li>• No colabora en la gestión de la demanda.</li> <li>• La fase de valoración es la que mejor funciona hasta ahora a diferencia del PIA. Nuevo baremo, habrá que esperar un tiempo pero preocupan: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Una mayor medicalización en detrimento de lo social;</li> <li>○ Se crean comisiones de control para controlar las comisiones de valoración. No lo ven necesario.</li> <li>○ Es positivo que traten de recoger mejor la discapacidad psíquica y la enfermedad mental.</li> </ul> </li> <li>• Composición de los equipos de valoración adecuada. Ideal: 1 terapeuta, 1 enfermero, 1 trabajador social y 1 psicólogo pero en la práctica no hace falta un equipo tan completo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información: moderada, desconocimiento general de la ley, los derechos que conlleva, modos de acceso, plazos y sistemas de reclamación.</li> <li>• No colabora en la gestión de la demanda.</li> <li>• Última reforma baremo: más precisa y unificada entre CCAA. Por mejorar la relación entre baremo-grado y nivel-PIA.</li> <li>• Composición de los equipos no adecuada; existen muchas diferencias entre CCAA. Ideal: trabajador social, terapeuta ocupacional, enfermero, médico y psicólogo.</li> </ul>
<b>PRESTACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación PIA desigual y en ciertas CCAA negativa: por falta de proximidad en algunos casos se ha sustituido el</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación PIA: Negativa. Grave retraso en su elaboración (hay CCAA con plazo medio resolución-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación PIA: Negativa. Aplicación relativa, pues al final es una elección</li> </ul>





<b>SOCIALES</b>	<p>PIA profesional directo por un PIA “telefónico”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación beneficiario/familia en asignación prestaciones: Positiva en general “flotando” lo sociosanitario.</li> <li>• Sí existe adecuación catálogo y necesidades.</li> <li>• Servicios deficitarios: sobre todo de ayuda a domicilio, prevención y la aplicación de las nuevas tecnologías.</li> <li>• Prestaciones familiares y prestaciones en servicios: SAD en una encrucijada: p.eco. más barata, más rápida (tiempos entre el dictamen y la prestación son elevados) - una baja oferta relativa de servicios-</li> <li>• SAAD está cumpliendo las expectativas de creación de empleo en trabajadores sociales y auxiliares (+1000 en Andalucía y el doble que antes en Castilla –León).</li> <li>• Dispersión municipal y CCAA baremos excesiva. Excesivo copago. Con la desaparición del impuesto patrimonio se ha perdido información.</li> </ul>	<p>prestación pasa 1 año (Canarias). Positiva donde PIA es elaborado por servicios sociales municipales (C.León, C.Mancha, Aragón, Andalucía y País Vasco) todo proceso tiene duración inferior a 6 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación beneficiario/familia: la crisis, el abaratamiento de los costes, el copago y la cultura mediterránea están favoreciendo en exceso las prestaciones familiares.</li> <li>• Sí existe adecuación catálogo y necesidades lo importante es la realidad práctica: pequeña dimensión del SAD y los CD.</li> <li>• Servicios deficitarios: Déficit en SAD. Habría que vincularlas a la prestación del cuidador familiar. La red de centros de día ha fracasado por pequeña, poco flexible y elevado coste. Las plazas residenciales han tocado techo por: mucha plaza vacía, son caras y alejadas de los centros urbanos. Asistente personal muy caro y las CCAA son renuentes a su desarrollo</li> <li>• Prestaciones familiares y prestaciones en servicios: prestaciones familiares son un medio de apoyo sin control sobre sus efectos en el bienestar.</li> <li>• Empleo: fracaso de expectativas de generación de empleo del SAAD por peso excesivo de prestaciones no profesionales. Prestaciones económicas de familiares que no cotizan (por ser mayores de 65 años) no deben contarse como empleo (hay CCAA que las contabilizan).</li> <li>• Copago: El copago es muy limitado ya que las pensiones son bajas. Según Asociación :13,78%.</li> </ul>	<p>del usuario y prevalecen prestaciones económicas; baremos no recoge todas áreas necesaria para el PIA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación beneficiario/familia: es imprescindible en la elección del lugar de atención pero no en el modo de ser atendidos. La prestación econ. no garantiza la calidad y se detecta falta formación de cuidadores familiares.</li> <li>• Adecuación catálogo y necesidades: catalogo muy general.</li> <li>• Servicios deficitarios: SAD, servicios de promoción de autonomía personal; unidades de cuidados paliativos y de personas con trastorno cognitivo y conductual. Desajustes entre demanda de servicios y actual oferta.</li> <li>• Prestaciones familiares y prestaciones en servicios: peso prestaciones familiares muy elevado.</li> <li>• Empleo: fracaso de expectativas por peso excesivo de prestaciones no profesionales, cuantías insuficientes para coste plazas residenciales, tarifas de concertación insuficientes, riesgos para inversión sector privado, recortes presupuestarios por la crisis.</li> <li>• Copago: inferior a lo previsto y recae en mayor financiación por CCAA.</li> </ul>
<b>GOBERNANZA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distintos ritmos desarrollo en CCAA. Demasiada licencia a las CCAA en el desarrollo del SAAD y ello ha supuesto distintos ritmos.</li> <li>• Papel municipal y diputaciones muy marginales. Es un déficit institucional.</li> <li>• Mucha negociación entre AGE y CCAA, mucho debate pero poco Estado. no existe un modelo fuerte de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En función de sus datos parece un boicot del SAAD de algunas CCAA. U un doble problema económico y político</li> <li>• Coordinación sociosanitaria negativa: pacto de silencio para no “entrometerse” mutuamente.</li> <li>• Papel entidades locales marginal: fracaso en Madrid y Valencia. Papel activo en País Vasco y C y León.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cooperación AGE-CCAA negativa: 17 modelos diferentes de atención. Necesario organismo común junto a CT que regule según criterios técnicos y de sostenibilidad y no de signo político.</li> <li>• Coordinación sociosanitaria negativa a pesar de unidad de Ministerios.</li> </ul>



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD

	<p>coordinación que articule una sola política de Estado todas las políticas autonómicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación socio-sanitaria: no se ha avanzado. Existen experiencias puntuales positivas pero no un modelo claro y universal. En el fondo nadie habla de lo mismo. Diversidad de experiencias y ausencia de un modelo común.</li> <li>• Insuficiente participación org. Profesionales: consultas pero sin representación estable en consejos u órganos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiente participación directores centros. Participan con sus propios medios</li> </ul>	<p>Conflictos de intereses en algunas CCAA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papel entidades locales negativa. Queda a criterio de CCAA. Algunas mantienen estructuras paralelas a las municipales sin acceso común a información.</li> <li>• Participación meramente opinativa sin aplicación de las sugerencias.</li> </ul>
<b>FINAN- CIACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suficiencia financiera: positiva, a pesar de la crisis económica, no ha impedido su desarrollo; el presupuesto de la AGE de 2011 por primera vez contiene el gasto con una pequeña reducción. Algunas CCAA no han invertido en el SAAD y han justificado el mínimo AGE con el gasto que ya existía. Muchas CCAA justifican un gasto desde "cero" como si no hubieran recibido antes transferencias (Plan Concertado, por ejemplo). Ocultan el anterior al que hay sumar "lo nuevo".</li> <li>• Sostenibilidad financiera: positiva "por ahora" al final es una opción o sostenibilidad política y no solo financiera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostenibilidad financiera :sostenible y hay que ponerlos en relación con los retornos: empleo, calidad de vida, nuevas tecnologías</li> <li>• Nuestra estimación: aportación AGE 36%, 50% las CCAA y 14% copago. La AGE no está poniendo la mitad. Algunas CCAA (Madrid) hacen caja con el mínimo de la AGE para financiar lo que había</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suficiencia financiera negativa: no se adapta a los objetivos de la ley</li> </ul>
<b>ASPECTOS SUCEPTIBLES DE MEJORA Y PROPUESTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferentes velocidades en la aplicación del SAAD.</li> <li>• Excesivo papel de las prestaciones económicas.</li> <li>• Déficit en prevención.</li> <li>• La crisis está justificando retroceso en servicios de dependencia y en servicios sociales.</li> <li>• El Consejo territorial es un foro que recomienda pero que no es ejecutivo. Sus decisiones no se traducen en un RDL</li> </ul> <p style="text-align: center;">MEDIDAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismos que refuercen la equidad entre territorios, la coordinación estatal y el papel municipal</li> <li>• Mayor peso del control y supervisión del desarrollo del SAAD por parte de la AGE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• el sobredimensionamiento de las prestaciones económicas (58%), es una perversión del sistema</li> <li>• Desarrollo desigual de ley por diversidad voluntad política entre CCAA</li> <li>• Gobernanza débil en conjunto y desigual en cuanto a la participación del gobierno local.</li> <li>• sistema de financiación desequilibrado entre AGE y CCAA</li> <li>• Papel creciente sector mercantil en oferta de servicios sociales. Riesgo de generar sistema dual (servicios sociales insuficientes para personas sin recursos y servicios sociales privados para personas con recursos).</li> </ul> <p style="text-align: center;">MEDIDAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retrasos en el proceso</li> <li>• Necesidad de seguimiento y control de prestaciones</li> <li>• Carencias en el sistema de acreditación de centros.</li> <li>• Falta de información durante el proceso.</li> <li>• Déficit de coordinación sociosanitaria.</li> </ul> <p style="text-align: center;">MEDIDAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer un sistema de mínimos</li> <li>• Revisión del baremo.</li> </ul>



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mejorar el seguimiento y perfeccionamiento del PIA.</li><li>• -Mayor equilibrio entre prestaciones económicas y servicios con un mayor peso del diagnóstico social en la definición de las prestaciones.</li><li>• Ampliar la presencia de los colegios profesionales en la conformación de la agenda.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Refuerzo prestaciones en servicios sobre todo SAD</li><li>• Financiación en función del coste real de los servicios.</li><li>• Eliminar la demora en la resolución de los procedimientos, sobre todo cuando los solicitantes son personas mayores 80 años.</li><li>• Mayor compromiso del CT por la efectividad aplicación de los acuerdos que toman.</li><li>• Reorganizar el IMSERSO para adaptarse a los requerimientos del desarrollo de la ley.</li><li>• Reforzar el papel de la AGE en desarrollo de la ley.</li><li>• Reforzar el papel de lo local: mayor protagonismo en los servicios de proximidad La FEMP tiene un papel "endebled".</li><li>• Institucionalizar papel de las organizaciones profesionales en consejos u órganos de consulta.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Definir mejores criterios de asignación de recursos dando mayor peso a prestación de servicios.</li><li>• Creación de un organismo coordine servicios sociales y sanitarios, presupuesto regulación y control en materia de dependencia.</li><li>• Mayor transparencia en información y aplicación ley en las CCAA.</li><li>• Establecer un sistema de seguimiento de las prestaciones.</li></ul>
--	--	--	---



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD

PROVEEDORES	ASOCIACIÓN DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES DE ESPAÑA	CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA
<b>VALORACIÓN GENERAL DEL SAAD</b>	Valoración general positiva desarrolla derechos sociales, conciencia a la opinión pública del problema social de la dependencia ( SAAD como campaña de publicidad de la dependencia); ha llegado ya a una parte importante de la población.	Valoración positiva. Las familias están viendo atendidas mejor las necesidades relacionadas con la dependencia.
<b>ACCESO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Información aún persiste cierta confusión porque la colaboración entre Estado y CCAA es desigual. Habría que lograr que la información fuera igual en todos los ayuntamientos de una CCAA.</li><li>• No colabora en la gestión de la demanda</li><li>• Última reforma del baremo es más ajustada a la realidad social y más precisa</li><li>• Composición de los equipos no adecuada; los trabajadores sociales aportan la historia social previa y son centrales en el PIA pero no en la valoración. El terapeuta valora la capacidad de autonomía y, posteriormente, ayuda a la misma en el domicilio, centros de día y residencias. Ideal: ser multidisciplinares y el terapeuta ocupacional como figura central. Es quien tiene el conocimiento global de la autonomía y dependencia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Información adecuada, los ciudadanos están solicitando las prestaciones.</li><li>• No colabora en la gestión de la demanda</li><li>• Última reforma baremo es adecuada. Equipo ideal: médico/a-enfermero/a</li></ul>
<b>PRESTACIONES SOCIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aplicación PIA desigual en el territorio En la práctica el PIA ha sido en unos territorios un diseño técnico serio para asignar recursos. En otros una simple asignación sin protocolos técnicos de ningún tipo condicionado el proceso por los recursos realmente existentes.</li><li>• Participación beneficiario/familia: positiva aunque condicionada por la propia familia que prefiere la prestación económica a un servicio. La crisis ha favorecido una estrategia familiar hacia las prestaciones económicas. Libertad de elección condicionada por la familia y por los recursos.</li><li>• Adecuación catálogo y necesidades: Catálogo suficiente aunque con problemas de oferta suficiente y de forma de combinar las prestaciones.</li><li>• Servicios deficitarios: servicios de proximidad como SAD, no instrumental (cuidado y limpieza) sino de apoyo a la autonomía. CD son deficitarios pero en la práctica no se llenan debido a su precio elevado y rígidos horarios.</li><li>• Prestaciones familiares y prestaciones en servicios: cierta contradicción subyacente entre libertad de elección y excepcionalidad de prestaciones económicas. Prevalencia de estas por tradiciones, la crisis y las diferencias en</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Valoración PIA positiva: por ejemplo, en Castilla y León, ha funcionado bien.</li><li>• Participación beneficiario/familia: ni positiva ni negativa.</li><li>• Adecuación catálogo y necesidades correcta.</li><li>• Servicios deficitarios en el medio rural, sobre servicios de prevención, centros de promoción de la autonomía personal, Servicios de Ayuda a Domicilio, plazas en centros de día / noche</li></ul>



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD

	<p>la oferta de servicios entre territorios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empleo: expectativas cumplidas; se han creado miles de puestos de trabajo de trabajadores sociales, auxiliares de clínica, etc.</li> <li>• Copago: valoración negativa, no deber haber copago en prestaciones técnicas o servicios salvo en los gastos de hostelería, etc</li> </ul>	
<b>GOBERNANZA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gobernanza no positiva: hay poco Estado y excesivos modelos Necesaria un mayor peso de la AGE, para dar cohesión y mayor igualdad al conjunto del SAAD.</li> <li>• Coordinación sociosanitaria: no se han producido avances.</li> <li>• Relación AGE y CCAA: desigual según la CCAA. El desarrollo del SAAD no puede estar al vaivén de la política.</li> <li>• Papel entidades locales muy subordinado a las CCAA.</li> <li>• Participación Org. Profesionales: se hacen consultas pero no están institucionalizadas ni reguladas. El consejo de trabajadores sociales está indirectamente en el CT porque la FEMP se lo facilita pero no otras profesiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuestas muy ágiles; la coordinación de lo Sanitario (donde se inicia el proceso de valoración) y lo social donde se da la respuesta ha funcionado muy bien.</li> <li>• Relación AGE y CCAA positiva</li> <li>• Papel entidades locales positiva.</li> <li>• Participación Org. Profesionales: En algunas CCAA hay varios consejos compuestos por equipos multidisciplinares de profesionales que recogen las opiniones de los profesionales y que luego las trasladan de nuevo a los equipos donde se valoran y aportan soluciones a las discrepancias</li> </ul>
<b>FINANCIACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El esfuerzo de la AGE, aunque modesto, no siempre es acompañado por el de las CCAA que suele utilizar el mínimo de la AGE para financiar recursos ya existentes.</li> <li>• Será sostenible si hay voluntad de que el sistema se desarrolle y que se maximicen los servicios y recursos públicos ya existentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suficiencia y sostenibilidad financiera negativa</li> </ul>
<b>ASPECTOS SUSCEPTIBLES DE MEJORA Y PROPUESTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de un modelo único y coherente</li> <li>• La debilidad del Estado o AGE como agente de cohesión debido al sistema competencial existente.</li> <li>• Perfiles profesionales inadecuados en valoración sobre todo y en PIA.</li> <li>• Amplias diferencias en el funcionamiento del SAAD entre los Ayuntamientos de una misma CCAA.</li> </ul> <p style="text-align: center;">MEDIDAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Débil coordinación sociosanitaria.</li> <li>• Escasez de servicios en el medio rural.</li> </ul> <p style="text-align: center;">MEDIDAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para reforzar el papel de las organizaciones profesionales en la gobernanza: mayor protagonismo en la evaluación de la competencia de los profesionales, certificando la capacitación de los</li> </ul>



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Más peso de la valoración de la dependencia por parte de los terapeutas ocupacionales.</li><li>• Reforzamiento de SAD más profesionalizado y orientado al desarrollo de la autonomía de la persona.</li><li>• Fortalecer el papel de coordinación del Estado.</li><li>• Reforzar la igualdad del ejercicio del derecho en toda España.</li><li>• canalizar institucionalmente la voz de las organizaciones profesionales. Reconocer institucionalmente como consejo consultivo a las organizaciones profesionales en el CT</li><li>• Reforzar la presencia de los Ayuntamientos.</li></ul>	<p>profesionales, y los estándares de buenas prácticas profesionales a través de guías de práctica clínica y asistencial.</p>
--	--	---

## ANEXO I

### CONSULTAS DE EVALUACIÓN REALIZADAS

PERSONA ENTREVISTADA	ORGANIZACIÓN
<b>Agentes sociales y económicos</b>	
Alfonso de la Lama-Noriega Lorenzo	<b>CEOE</b>
Rosana Costa	<b>Comisiones Obreras</b>
Almudena Fontecha	<b>UGT</b>
Gemma Ramón	
<b>Consejos Consultivos</b>	
Vicepresidente Tercero	<b>Consejo Estatal Personas Mayores</b>
Luis Carlos Martín Pindado	<b>FOAM</b>
Manuel Ataide	
Luis Cayo Bueno	<b>Consejo Estatal Personas de la discapacidad</b>
Presidente Juan Lara	<b>Consejo Estatal de ONG de Acción Social: Plataforma de ONG de Acción Social</b>
<b>Proveedores servicios</b>	
Secretario General	<b>Caritas Española</b>
José Ramón Solanillas	
Directora General	<b>Asispa</b>
Jaime Guarner	<b>Aeste</b>
Alicia Azaña	
Alfredo Bohórquez Rodríguez	<b>Eulen</b>



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD

<b>Organizaciones profesionales</b>	
Ana Lima	<b>Consejo Estatal de Colegios de Trabajadores Sociales (1)</b>
Presidente	<b>Sociedad Española de Geriátría y Gerontología</b>
Asociación Estatal de Directores de Centros de Servicios Sociales	<b>Asociación Estatal de Directores de Centros de Servicios Sociales</b>
Presidente	<b>Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España</b>
Presidenta Ana Vicente	<b>Asociación de Terapeutas Ocupacionales de España</b>

**(1)** Además de la entrevista y cuestionario del Consejo Estatal de Colegios de Trabajadores Sociales la consulta ha contado con cuestionarios complementarios de los Colegios de Trabajadores Sociales de Aragón, Castilla-La Mancha, Málaga, Palencia, Sevilla y Tenerife.