

INFORME DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (SAAD).

RESUMEN EJECUTIVO

2022

Rodríguez Cabrero, Gregorio (coord.) (UAH)

Marbán Gallego, Vicente (coord.) (UAH)

Aguilar Hendrickson, Manuel (UB)

Huete García, Agustín (USAL)

Jiménez Lara, Antonio (Intersocial)

Martínez Buján, Raquel (UDC)

Montserrat Codorniu, Julia (ESPN)

Ramos Herrera, M^a. Carmen (UAM)

Sosvilla Rivero, Simón (UCM)

Vilá Mancebo, Antoni (UAB-IGOP)

Zalakain, Joseba (SIIS)

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO	3
EVALUACIÓN DEL SISTEMA PARA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (SAAD)	3
1. INTRODUCCIÓN	3
2. METODOLOGÍA Y ENFOQUE DE ANÁLISIS	5
3. PRINCIPALES CONCLUSIONES	5
4. RECOMENDACIONES DE MEJORA Y PERFECCIONAMIENTO DEL SAAD	15

RESUMEN EJECUTIVO

EVALUACIÓN DEL SISTEMA PARA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (SAAD)

1. Introducción

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD), por la que se crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), es un hito en el desarrollo del Estado de Bienestar en España y un avance en la protección social de las personas en situación de dependencia. El SAAD es un valor añadido en términos de mejora del bienestar social, generación de empleo y extensión del sistema de protección social de España.

Transcurridos más de 15 años desde el inicio de su aplicación, la aprobación del Plan de Choque en Dependencia el 15 de enero de 2021, con el apoyo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y para la Autonomía y Atención a la Dependencia (CTSSD) y el Diálogo Social, tiene entre sus objetivos la evaluación del SAAD. Así viene recogido en el Componente 22, Reforma Primera del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de 2021 (PRTR).

En este resumen ejecutivo se destacan los resultados de la evaluación del SAAD. Tras analizar el estado de la cuestión sobre los Cuidados de Larga Duración (CLD) en el ámbito nacional y la Unión Europea, se destacan tanto las dimensiones estructurales como las transversales del SAAD¹.

Entre las dimensiones estructurales que afectan al núcleo de desarrollo del SAAD y que son objeto de análisis destacan las siguientes: la normativa estatal, territorial e internacional que regula el SAAD; en segundo lugar, el análisis del gasto público en

¹ Este informe es el resultado del trabajo de un grupo de investigación ad hoc que ha compartido las diferentes fases del diseño metodológico, análisis, resultados y recomendaciones. Los redactores de este informe son: Gregorio Rodríguez Cabrero y Vicente Marbán Gallego (coordinadores); Antoni Vilá Mancebo; Julia Montserrat Codorniu; Simón Sosvilla Rivero; María del Carmen Ramos; Manuel Aguilar Hendrickson; Joseba Zalakain; Raquel Martínez Buján; Antonio Jiménez Lara y Agustín Huete García.

dependencia, su financiación y costes; en tercer lugar, la cuantificación del empleo formal en dependencia, así como las características de la contratación, la calidad del empleo y los salarios; en cuarto lugar, se analiza la gestión del SAAD relacionada con el sistema de prestaciones y servicios y los procesos de acceso a la valoración de la situación de dependencia; en quinto lugar, se analiza la estructura de la oferta de servicios de dependencia, así como el impacto macroeconómico del gasto en dependencia; finalmente, se analiza el impacto de las prestaciones desde la perspectiva de lograr la máxima calidad de vida de las personas beneficiarias y la mejora de su autonomía personal.

Este informe analiza también dos dimensiones transversales relevantes en el desarrollo de la LAPAD: en primer lugar, la perspectiva de género mediante el análisis de la naturaleza del trabajo de cuidados informal y del empleo formal, sobre todo de las mujeres, que son la población cuidadora mayoritaria; en segundo lugar, la perspectiva de la discapacidad y la promoción de la autonomía personal, mediante un análisis de la aplicación y alcance del SAAD desde el enfoque de las personas con discapacidad en situación de dependencia y su adecuación a los principios y derechos reconocidos en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Convención).

La lectura de este informe de evaluación debe hacerse teniendo en cuenta tres factores de tipo normativo, valorativo e institucional:

En primer lugar, el informe adopta la perspectiva del Principio 18 del Pilar Europeo de Derechos Sociales de 2017 sobre Cuidados de Larga Duración (CLD): “Toda persona tiene derecho a cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular de asistencia a domicilio y servicios comunitarios”. La convergencia con el acervo de las mejores prácticas institucionales de los diferentes modelos europeos de CLD constituye una guía maestra del informe.

En segundo lugar, se tiene en cuenta la perspectiva valorativa del modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP) como paradigma que orienta la planificación de los CLD, que sitúa a las personas cuidadas en el centro de la toma de decisiones sobre cómo deben ser los cuidados y en qué entorno deben proveerse los servicios y prestaciones.

Finalmente, el informe se sitúa en la lógica del Plan de Choque de la Dependencia, aprobado en enero de 2021, que tiene como objetivo el perfeccionamiento del SAAD desde la triple perspectiva de la inversión social, la desinstitutionalización y la igualdad de género, además de la mejora de los mecanismos de cooperación entre Administraciones Públicas y el necesario avance hacia la coordinación sociosanitaria.

El desarrollo de este informe ha contado con el apoyo y seguimiento del Grupo de Gestión de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales y del Instituto de Personas mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)². Una presentación del primer borrador de este informe tuvo lugar el 28 de Junio de 2022 ante el CTSSD, como parte del compromiso del Gobierno de España con la CE en el marco del PRTR.

² Este Comité está compuesto por Esther Pérez de Vargas Bonilla (Subdirectora General de Planificación, Ordenación y Evaluación del IMSERSO); Elia Gómez Castro (Vocal Asesora de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales); Sara Ulla Díez (Coordinadora de Estudios del IMSERSO).

2. Metodología y enfoque de análisis

La evaluación del SAAD se ha basado en la combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas en base a fuentes primarias y secundarias.

Entre las **fuentes primarias** hay que destacar: a) la encuesta realizada a las Comunidades Autónomas (recibidas 15 sobre un total de 17), a las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla y a la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP); b) realización de 29 entrevistas en profundidad a agentes sociales y representantes de organizaciones profesionales, personas directivas de organizaciones proveedoras, mercantiles y sin fin de lucro, personas expertas en cuidados de larga duración y entrevistas a personas con discapacidad. En la selección de las personas entrevistadas, se ha mantenido un relativo equilibrio de género (16 mujeres y 13 hombres).

Entre las **fuentes secundarias** se ha recurrido a la revisión de la literatura científica, análisis documental de las normas, doctrina, evaluaciones, estudios y artículos jurídicos, documentación de la Comisión Europea, OCDE y centros de investigación, y a la revisión y análisis de los trabajos de evaluaciones realizados en España. La evaluación también se ha basado en la explotación de fuentes de información administrativa y de encuestas sobre empleo, cobertura del SAAD, cuidados familiares y condiciones de vida. Entre estas fuentes destacamos las siguientes: la Encuesta de Población Activa (EPA); la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL); la Base de Datos de Valoración de la Discapacidad (IMSERSO); Sistema de Información del SAAD 2012-2022 (SISAAD); Encuesta Anual de Estructura Salarial (EAES); Certificados de gasto del nivel mínimo y nivel acordado de las CCAA y estadísticas del SAAD; Bases de datos de empleo de la Tesorería General de la Seguridad Social; y la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2022).

El enfoque o perspectiva general de la evaluación es en qué medida el SAAD se guía por los criterios de accesibilidad, asequibilidad y calidad. Al mismo tiempo estos criterios se apoyan en la doble perspectiva de que el sistema de LTC debe centrarse en la autonomía de las personas y reforzar la perspectiva de la atención en el domicilio y la comunidad, hasta donde sea posible, siendo las residencias el último recurso del que debe exigirse la máxima calidad asistencial.

3. Principales conclusiones

1. Convergencia relativa entre el SAAD y los modelos de CLD en la Unión Europea más representativos.

-Los modelos nacionales de protección social más avanzados de la UE han reforzado progresivamente el derecho social de acceso a los CLD y al mismo tiempo la doble lógica de la centralidad y autonomía de las personas y de la atención hasta donde sea posible en su domicilio y comunidad. El Plan de Choque en Dependencia, la Estrategia Nacional de Desinstitucionalización, y las inversiones del Plan de Apoyos y CLD de España asumen esta doble lógica.

- Prácticamente todos los modelos europeos de CLD afrontan retos similares en los siguientes ámbitos: la gobernanza de sistemas altamente descentralizados, que están

implicando reformas continuas en las formas de cooperación y coordinación vertical y horizontal; la mejora de sistemas de provisión mixta de servicios en los que intervienen las administraciones públicas y proveedores privados mercantiles y de la economía social; la gestión de la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios, si bien existe una gran diversidad de situaciones entre los países miembros de la UE; el reto de garantizar una oferta de empleo estable y de calidad en un sector en el que la retención de los profesionales es un problema a resolver dado el peso de los contratos temporales y a tiempo parcial y salarios más bajos que en otros subsectores del sector servicios; la financiación y sostenibilidad del gasto a largo plazo en un contexto de envejecimiento y longevidad.

-Todos los retos mencionados son importantes. Pero todos ellos destacan dos: la **sostenibilidad y la calidad**. El primero, la sostenibilidad, no se reduce a la sostenibilidad financiera, sino también a la institucional, es decir, a los arreglos y compromisos dirigidos a garantizar un sistema que mejore la calidad de vida de las personas. El segundo, la calidad, exige avanzar hacia sistemas públicos de acreditación de centros y servicios, pero también mejorar las herramientas de medición de impacto en el bienestar públicos de los sistemas de CLD.

2. Reforma y perfeccionamiento continuo de la normativa para adecuarse a las necesidades de las personas y al desarrollo de su autonomía.

- Del análisis se deduce la necesidad de **reducir la complejidad normativa**. El sistema normativo que regula el SAAD es complejo debido a que en el mismo tienen competencias la AGE, el CTSSD, las CCAA y las entidades locales. Una complejidad cargada de ambigüedades competenciales y con una normativa prolija y desigual.

-**Mejorar y reforzar el sistema de Gobernanza del SAAD**. La gobernanza es clave para la eficiencia del SAAD. Son necesarias innovaciones institucionales, del tipo del MAC, que combinen acuerdos conjuntos de principios e indicadores comunes con la implementación descentralizada y la convergencia en términos de resultados basada en evaluaciones comparativas para el aprendizaje mutuo y el intercambio de buenas prácticas. Las entidades locales, así como el TSAS debe reforzar su participación en la gobernanza.

- **La organización y la gestión importan**. Es necesario seguir mejorando diferentes aspectos normativos relacionados con la actual organización y la gestión del SAAD que reduzcan la carga burocrática, los tiempos de tramitación y espera de acceso a los servicios y prestaciones económicas. También es necesario garantizar la dotación suficiente de profesionales para las distintas actividades que conlleva el acceso al SAAD con máxima eficacia posible.

-**Revisar la LAPAD para ajustarla jurídicamente a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD)**, como se ha hecho con el resto de normativa de tipo educativo, sanitario y otras.

- **Diferencias y desigualdades territoriales que afectan a la igualdad**. Se observa cierta confusión en torno al alcance del término igualdad, especialmente en su aplicación relacionada con art.149.1.1ª de la CE, y alguna contradicción al reclamar al mismo tiempo variedad, flexibilidad, personalización, capacidad de decidir, proximidad, especificidad rural, etc. Es necesario identificar las desigualdades a que se refiere el art. 149.1.1ª de la CE y tomar medidas urgentes para evitarlas.

- En lo que respecta a la **integración de las prestaciones SAAD en el Sistema de Servicios Sociales**, se han producido avances, especialmente en las nuevas leyes de servicios sociales, pero no de manera completa. En la práctica, se mantienen dos sistemas, o vías de acceso (una para la dependencia y otra para las otras situaciones de los servicios sociales). Esta situación requiere un análisis en profundidad.

- En cuanto a la **coordinación sociosanitaria**, la LAPAD sólo contiene unas pocas referencias genéricas y la normativa sanitaria sólo reguló en 2003 prestaciones para su ámbito, que luego no desarrolló. Algunas CCAA han avanzado y tienen programas y acciones conjuntas. Las recientes propuestas de modificación de la normativa en materia sanitaria podría ser una buena plataforma común para establecer la integración/coordinación sociosanitaria autonómica.

- **Mejorar el actual Catálogo de Servicios del artº 15 de la LAPAD.** El desarrollo del Catálogo de la LAPAD debe priorizar los servicios de promoción de la autonomía personal y singularmente la asistencia personal. Del mismo modo, es necesario **promover los multiservicios para zonas rurales y los servicios de urgencia** y, sobre todo, los **servicios que favorecen el derecho de permanencia en el domicilio**. A su vez, es necesario **revisar en profundidad el modelo de residencias**. El Acuerdo del CTSSD, de junio de 2022, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD, es un paso adelante en esta dirección.

3. El reto de la sostenibilidad económica del SAAD

-**El gasto de las prestaciones de dependencia en 2021 alcanza casi 10 mil millones de euros y supone un gasto por persona beneficiaria de 8.321 euros año**, además de la bonificación de la cuota de la Seguridad Social de algo más de 67 mil perdonas cuidadoras familiares. Esta inversión social beneficia a mediados de 2022 a **casi un millón y medio de personas protegidas en el ámbito del SAAD**. Esto supone en 2021 que el gasto público alcance el 0,82% del PIB, aunque esta cifra queda lejos del objetivo marcado en la memoria económica de la ley, que señalaba el 1% cuando la LAPAD estuviera completamente desplegada, es decir, en 2015. También, queda lejos de los estándares de los países más desarrollados de la Unión Europea.

-La **Administración General del Estado (AGE) contribuye en la financiación del coste** de las prestaciones de la dependencia mediante el Nivel mínimo y el Nivel Conveniado **alcanzando 2.692 millones de euros, en 2021**, lo que supone 1.753 euros por persona beneficiaria. El Plan de Choque de enero de 2021 ha permitido añadir al presupuesto de atención a la dependencia para 2021 600 millones de euros provenientes de los Presupuestos Generales del Estado y otros 735 millones de euros de Fondos Europeos, sumando un total de 1.335 millones de euros. Un presupuesto que se incrementa en 2022 con otros 600 millones de euros adicionales. **La inversión total prevista del Plan de Choque será de 3.600 millones hasta 2023.**

- **Opacidad de las CCAA sobre las aportaciones de las personas usuarias del sistema a través del copago.** Se incumple lo establecido en el Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre que regula el nivel mínimo de protección establecido en la LAPAD, al no incluir en el SISAAD los datos de la capacidad económica (renta y patrimonio) de la persona beneficiaria y su aportación al coste del del servicio.

- **Diversidad de modelos de copago entre las CCAA.** No se puede decir que haya un solo modelo, sino que hay 17 modelos porque cada CCAA ha desarrollado el suyo propio.

La consecuencia de ello hace que personas con los mismos ingresos y patrimonio en distintas CCAA paguen una cuota diferente. Este es un problema de equidad de trato en las personas beneficiarias en un mismo sistema de protección social.

- Incertidumbre sobre la aportación financiera de las CCAA al coste del Sistema.

La cuantía del gasto "neto" realizado por las CCAA para su respectiva comparación con las cantidades aportadas por la AGE se realiza a través de estimaciones de los copagos, las cuales son tan imprecisas como amplio es el rango de su variación, entre el 15% y el 33%. La recuperación de una parte del coste de las prestaciones a través de los copagos incide en que el porcentaje de gasto final aportado por las CCAA sea inferior al inicialmente calculado cuando se compara solo con la financiación de la AGE.

-Adecuar las prestaciones a las necesidades de las personas. Se observa que **el crecimiento del SAAD se está realizando con prestaciones de bajo coste o de baja intensidad**, especialmente con la PEVS. En el caso del SAD la media de horas de atención es insuficiente para atender las necesidades de las personas con un elevado grado de dependencia (por ejemplo, un máximo de 2,3 horas diarias para una persona con grado 3 de dependencia).

4. El sostenido crecimiento del empleo de los cuidados profesionales en el sector de la dependencia necesita de la mejora de su estabilidad, calidad y remuneración salarial.

-El **sector de la economía de los cuidados profesionales, ha tenido un crecimiento significativo**. Se estima un crecimiento del mismo del 65,49% entre 2008 (273.000 empleos) y 2021 (452.000 empleos), registrando un mayor dinamismo en la generación de **empleo** que la economía española en su conjunto.

-El incremento anual medio del empleo durante el período 2008-2021 se sitúa en el 4,06% para la atención a la dependencia y en el -0,36% para la economía en su conjunto. Esta diferencia de 4,42 puntos porcentuales sugiere **un gran dinamismo del sector**. Como consecuencia, **la importancia relativa del sector en el empleo de la economía española ha ido aumentando gradualmente desde el 1,29% registrado en 2008 hasta el 2,25% estimado para 2021.**

-La **feminización del empleo profesional constituye una característica destacada del sector** que, en general, caracteriza a todos los modelos nacionales de CLD de la UE. En lo que respecta a las características del empleo en el sector, las mujeres representan el colectivo más relevante en términos relativos, pasando del 77,35% en 2009 al 77,44% en 2021.

-En relación con el **tipo de contrato** se observa que los contratos indefinidos superan a los eventuales y los contratos a tiempo completo a los de tiempo parcial, si bien entre 2009 y 2021 se registra un ligero aumento de los contratos eventuales y a tiempo parcial. En 2021 los contratos indefinidos suponen el 58,86% y los contratos a tiempo completo al 58,98%. La disminución de la temporalidad es un paso positivo, pero en comparación con la persona trabajadora tipo de la economía española, **en la atención a la dependencia, se constata una mayor presencia relativa de los contratos eventuales a tiempo parcial.**

-Desde el punto de vista de la **formación**, la categoría más importante en 2021 es la segunda etapa de educación secundaria con orientación profesional. En comparación con el conjunto de la economía española el sector de empleo de la dependencia tiene una mayor presencia relativa de personal con estudios universitarios medios y superiores en 2009 y con estudios de la segunda etapa de educación secundaria en 2021.

-Mejorar los salarios y reducir las diferencias salariales por género es una exigencia inaplazable para la mejora de la calidad del empleo. En cuanto al **salario bruto anual**, durante el periodo 2009-2020 se situó en 17.407 euros en la atención a la dependencia, representando un 84,56% del correspondiente al sector servicios y un 74,61% del total de la economía. Como en la economía en su conjunto, en el sector se observa una clara desigualdad entre la remuneración que perciben en promedio las mujeres y los hombres por su trabajo asalariado, lo que supone para el periodo 2009-2020 que los hombres ganarían en el sector de la atención a la dependencia un 38,98% más que las mujeres, frente al 9,44% en los servicios y 28,35% en la economía en su conjunto. Esto pone de manifiesto **una mayor precariedad y discriminación salarial de las mujeres en el sector de la dependencia que en el sector servicios y en la economía en general.**

- **Las necesidades de empleo a largo plazo en el sector de la dependencia.** De cumplirse las proyecciones de población del INE y bajo el supuesto de que el gasto por persona beneficiaria será similar al valor medio observado entre 2009 y 2021, estimamos que **las necesidades de profesionales de los cuidados se incrementarán desde 452.000 en 2022 a 648.000 en 2040**, ascendiendo a 212.000 los puestos de trabajo acumulados creados entre 2022 y 2040.

5. El acceso al SAAD en sus diferentes fases y procesos es manifiestamente mejorable. La reducción de los tiempos de espera comprometido en el Plan de Choque de 2021 se debe intensificar.

-El SAAD tiene un sistema de acceso basado en dos grandes fases (valoración y personalización), que comprenden **tres procesos (valoración y reconocimiento de la dependencia, evaluación de la capacidad económica y asignación de prestaciones o servicios en el PIA)**. Este modelo general es similar a los principales sistemas de CLD.

-Existen dificultades que complican la gestión eficaz del SAAD que tienen que ver con la agilidad y la flexibilidad. Por lo que se refiere al conjunto de las dos fases, en una parte muy importante de los casos y en buena parte de las CCAA, **se trata de un proceso excesivamente lento** y que incumple las previsiones de la ley. Esta falta de agilidad se explica por rigideces en el propio procedimiento, la participación en muchos casos de demasiados actores mal coordinados, y por la insuficiencia de medios humanos y materiales. Además, la falta de oferta suficiente de servicios hace que la asignación de estos se retrase y por el recurso a las prestaciones por cuidados en el entorno familiar como alternativa.

-El segundo tipo de **problemas** tiene que ver **con la flexibilidad** y se manifiesta sobre todo **en la segunda fase de "personalización" o elaboración del PIA**. El PIA tiende a convertirse en una simple forma de "elegir" de una lista cerrada de servicios y con numerosas incompatibilidades. Las posibilidades de combinar servicios o de justificar gastos asociados al uso de estos son bastante limitadas. Además, los cambios en el tipo

de servicios suelen requerir una nueva resolución para un PIA nuevo, lo cual hace más lento de lo deseable el proceso de adaptación a los cambios en la situación de las personas.

-La complejidad institucional del SAAD es fuente de ineficacias. Con un marco de gobernanza central (la AGE), la responsabilidad principal en manos de las CCAA y una parte significativa de los servicios en manos de diversas entidades locales, se puede afirmar que el SAAD está repartido por la totalidad de los niveles de gobierno. Esto aumenta la **complejidad de la gestión y los costes derivados de la coordinación y el intercambio de información entre administraciones.** Tiene, además, como efecto la aparición de incentivos a desplazar o eludir responsabilidades, o la posibilidad de que algunos actores bloqueen el desarrollo de determinadas acciones.

-Finalmente, la **insuficiencia de recursos profesionales** en diversos ámbitos contribuye a la lentitud de los procesos, bien al hacer más lenta la valoración, reconocimiento y personalización (por falta de valoradores o gestores de la atención), bien al retrasar la personalización efectiva por falta de servicios disponibles.

6. El valor añadido económico del SAAD es un hecho consolidado, tanto en la oferta de servicios como en el impacto macroeconómico.

-Las empresas y organizaciones prestadoras de servicios de atención a la dependencia suponen el 0,21% del total de las empresas españolas, pero tienen una mayor dimensión que estas últimas y presentan un mayor empleo relativo, con especial importancia de aquellas que contratan entre 10 y 49 personas trabajadoras y entre 1 a 9 personas trabajadoras.

-Se observa una **mayor resiliencia relativa de este sector ante perturbaciones adversas,** dado su mejor comportamiento en términos de tasas de crecimiento durante el período 2009-2021.

-Por lo que se refiere al soporte legal de las organizaciones proveedoras de servicios, **en el sector de la atención a la dependencia predominan las sociedades de responsabilidad limitada y otras formas jurídicas (como son las entidades del Tercer Sector de Acción Social y de la Economía Social),** siendo relativamente más frecuentes estas categorías que para el total de las empresas españolas, donde predominan claramente las personas físicas.

-Las empresas y organizaciones sociales del sector de la atención a la dependencia presentan una **mayor longevidad relativa respecto al conjunto de empresas españolas.** La empresa u organización prestadora de servicios tipo o más frecuente del sector de la dependencia es aquella que **emplea entre 10 y 49 personas trabajadoras, cuyo soporte legal es una sociedad de responsabilidad limitada y cuenta con una antigüedad de 4 a 7 años.**

-Se ha estimado que **las empresas y organizaciones sociales del sector de atención a la dependencia han generado unos servicios cuyo valor promedio en el período 2009-2021 asciende a 10.822 millones de euros,** siendo 9.173 millones la remuneración agregada a sus personas asalariadas y 2.126 millones los beneficios agregados medios de sus empresas.

-Hay que destacar el **impacto macroeconómico de la actividad económica relacionada con la atención a la dependencia.** En particular, destacamos los siguientes resultados de las simulaciones realizadas: a) La economía española ha registrado una tasa media anual de crecimiento real del PIB de 0,08% durante el período 2009-2021, mientras

que dicha tasa habría sido del 0% sin los efectos del SAAD. Estimamos que este **diferencial de 0,08 puntos porcentuales en el crecimiento real asociado al SAAD** habría supuesto un **aumento medio de 11.501 millones de euros constantes de 2015 en el PIB durante este período**; b) **Los efectos totales del SAAD sobre el mercado de trabajo se estiman en un incremento medio de 602.000 empleos netos** (482.000 serían empleos directos y los 120.000 empleos indirectos en otros sectores de la economía). Estos efectos totales se habrían **traducido en una reducción media en la tasa de paro de 0,66 puntos porcentuales durante el período 2009-2021**; c) se estima que **un 13,23% de los gastos que supone el SAAD se habrían recuperado por medio de retornos fiscales de diversa naturaleza**. Por consiguiente, **las transferencias, ayudas, subvenciones e inversiones públicas movilizadas a través del SAAD habrían constituido un elemento dinamizador de la economía española**, coadyuvando moderadamente a la creación de riqueza y empleo sin agravar los desequilibrios en sus finanzas públicas.

7. La suficiencia, adecuación y calidad de las prestaciones y servicios es un reto permanente para el desarrollo del bienestar de las personas beneficiarias del SAAD.

- **Los servicios y prestaciones proporcionados por el SAAD no se ajustan suficientemente a las necesidades de las personas en situación de dependencia**, debido tanto a la escasa intensidad de la mayoría de ellas, como a sus limitaciones en términos de calidad, además de la propia limitación del catálogo de prestaciones y servicios, definido hace 16 años.

- **No se han desarrollado suficientemente en España los mecanismos de regulación, acreditación, inspección, certificación, estandarización y evaluación de la atención que permiten avanzar hacia una atención de calidad**. El modelo de gestión de la calidad que se aplica en nuestro país sigue anclado en una concepción muy atada al establecimiento normativo de requisitos funcionales, materiales y de personal, y se orienta en muy escasa medida a la evaluación de los resultados de la atención en términos de calidad de vida. Hay que señalar que durante los últimos años se están desarrollando enfoques más orientados a la personalización de la atención en la regulación, la acreditación y la evaluación de los servicios. El reciente Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD establece la creación de una ponencia técnica de evaluación y calidad del SAAD para elaborar un sistema común de evaluación de la calidad de los servicios y prestaciones del SAAD en términos de su impacto en la dignidad de las personas y en su calidad de vida.

-**La cartera de servicios actual no es suficiente para atender a la demanda y necesidades reales de las personas en situación de dependencia**. Es necesario introducir nuevos servicios y prestaciones y fomentar fórmulas más flexibles para la provisión de apoyos diversos en la comunidad.

-**El 80% de las personas con dependencia que residen en hogares particulares deben complementar los servicios y prestaciones del SAAD con cuidados informales o servicios contratados de forma particular**. Esta realidad señala con claridad la necesidad de seguir aumentando la cobertura del SAAD con la ampliación y reforma del catálogo de prestaciones y un mayor compromiso financiero por parte del Sector Público.

-Como se ha señalado antes, hay que destacar la **baja cuantía e intensidad protectora de algunas prestaciones del SAAD**. La intensidad horaria media del SAD y las cuantías medias de las prestaciones, tanto la PECEF como las PEVS, son insuficientes para dar una respuesta eficaz a las personas que las reciben.

-La calidad de los servicios de atención directa, tanto en el domicilio como en el entorno residencial, es mejorable. Las limitaciones detectadas son previas a la COVID y se refieren, fundamentalmente, a las dificultades para ofrecer una atención suficientemente intensa y personalizada.

-El desarrollo de las herramientas comunes de acreditación de la calidad en el ámbito del SAAD que se establecieron tras la aprobación de la LAPAD puede ser considerado como manifiestamente insuficiente. A su vez, el marco normativo desarrollado a escala autonómica para la regulación de la calidad de la atención se caracteriza por su dispersión, heterogeneidad y, en algunos casos, obsolescencia.

-Existe un consenso generalizado a la hora de subrayar la necesidad de reorientar y reforzar los servicios y procedimientos establecidos para la inspección de los servicios. El ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora se ha desarrollado por parte de las CCAA de forma desigual e insuficiente.

-El desarrollo en España de las herramientas de certificación, normalización y publicación de estándares y guías de buenas prácticas ha sido escaso y, sobre todo, heterogéneo y disperso. Se constata la ausencia de un marco de directrices comunes de calidad para el conjunto de los centros del SAAD.

-La evaluación de impacto de las prestaciones y servicios es un reto de futuro. Pese a las iniciativas desplegadas en ese ámbito, no puede decirse que se haya alcanzado en España el nivel de institucionalización de la evaluación en materia de cuidados de larga duración alcanzada en otros países de nuestro entorno. No existen sistemas de indicadores de calidad que permitan conocer el desempeño de los diferentes centros en términos de calidad de la atención.

8. Familismo, mercantilización y fuerte feminización de los cuidados en dependencia.

-Los cuidados familiares siguen siendo la columna vertebral de los CLD. El 69,8% de las personas en situación de dependencia son atendidas única y exclusivamente por la familia, sin participación de ningún otro recurso del entorno. El 27,3% de las cuidadoras familiares son hijas y el 24,3% cónyuges, siendo la prevalencia de las mujeres esposas mucho más elevada que la de las parejas masculinas. Sin embargo, existen recientes tendencias que están propiciando una **reconfiguración en la distribución de los cuidados:**

-Se consolida la mercantilización de los cuidados en los hogares. La Encuesta EDAD 2020 indica que el 22,9% de las personas en situación de dependencia reciben asistencia de diversos agentes de provisión, siendo el servicio doméstico la vía principal de privatización. El 28,3% de las personas cuidadoras que no viven en el mismo hogar de la persona dependiente, son personas trabajadoras remuneradas, de las cuales son ya personas cuidadoras principales el 11,8%. Este proceso confirma que cada vez en mayor medida **las familias siguen una estrategia de atención múltiple mediante la cual**

intentan combinar distintos recursos y ayudas para hacer posible la aspiración culturalmente predominante de envejecer en el hogar.

-La diversidad de ayudas y recursos o fragmentación de la atención mitiga la implicación familiar, pero no es suficiente para reducir su intensidad: El 46,1% de las personas cuidadoras convivientes proveen asistencia durante más de diez horas al día, mientras que el 44,0% las personas cuidadoras contratadas tiene una presencia de menos de dos horas diarias. Además, **el 51,8% de las personas cuidadoras principales llevan prestando esta atención más de ocho años, lo que supone un coste directo e indirecto muy elevado.** En este modelo **los servicios sociales públicos y la privatización de los cuidados se convierten, por tanto, en recursos residuales con respecto a la atención que ofrece la parentela.**

-Es preciso destacar el aumento de la involucración de los hombres en la provisión de cuidados en la última década. Aunque las hijas son el pilar de protección social informal en los hogares, los hijos cuidadores principales ascienden al 13,3% en 2020, según la Encuesta EDAD 2020. De esta implicación depende una ruptura del impacto de los cuidados en las trayectorias laborales y vitales de las mujeres.

-La naturalización de los cuidados por parte de las mujeres sigue siendo una realidad social que resiste al cambio social. La naturalización de habilidades como cuidadoras entre las mujeres dentro de la familia también se traslada al mercado laboral. Existen alrededor de **709.900 mujeres trabajadoras que se dedican a esta actividad en el año 2021. Representan al 7,8% de las mujeres ocupadas en España, sin que en ninguna otra actividad se encuentre esta capacidad de concentración femenina.** Cuando cuidar se convierte en un trabajo asalariado incorpora los elementos culturales que determinan su valoración social y, por lo tanto, también experimenta una notable precariedad e invisibilización. La presencia de personas **trabajadoras migrantes es destacable, el 53,0% no han nacido en España,** y esta cifra se dispara especialmente **en el trabajo doméstico con una presencia del 64,9%.**

- La tasa de desempleo del sector de los cuidados es del 10,3% en 2021 y en el año 2019 se situaba en el 8,8%. Hay que destacar la **constante y crónica precariedad de las condiciones laborales de estos/as trabajadores/as:** El 18,0% trabaja menos horas de las deseadas (frente al 12,1% del total de mujeres ocupadas) y la temporalidad se sitúa en el 29,5% (frente al 24,2% del total de mujeres ocupadas).

9. Aplicar plenamente la Convención, la promoción de la autonomía personal y la mejora de la protección social de colectivos de riesgo.

-La LAPAD no ha incorporado plenamente la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) Sus enfoques son muy diferentes, pues mientras la Convención se inspira en el paradigma de la autonomía personal, la LAPAD aborda el binomio autonomía-dependencia desde un enfoque fundamentalmente asistencialista y gerontológico, y en su concreción práctica tiende a restringir la definición de autonomía a la capacidad de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Así, por ejemplo, **el baremo se centra sobre todo en los aspectos relacionados con el funcionamiento físico y es bastante más parco al abordar las dificultades cognitivas y las necesidades de apoyo para la toma de decisiones.**

-El enfoque asistencialista de la LAPAD se refleja en un catálogo de servicios restringido, muy orientado a la atención pasiva, y no tanto a la activación de la persona, a su inclusión y participación en la vida social y productiva. De hecho, la

LAPAD no incluye en su articulado una definición específica de los "servicios de promoción de la autonomía personal", aun cuando estos servicios se citan junto con los de prevención de las situaciones de dependencia en el catálogo recogido en el art. 15.

- Aunque **el SAAD se diseñó con el objetivo de generar autonomía personal en sus personas usuarias, se ha desarrollado fundamentalmente como un instrumento reactivo**, que responde a las situaciones de dependencia como una realidad dada e irreversible. Existe un escaso esfuerzo en la promoción de la autonomía de las personas usuarias, esfuerzo que se concentra fundamentalmente (aunque no únicamente) en los servicios de promoción de la autonomía personal.

- La realidad de algunos **colectivos que necesitan de apoyos para su autonomía, como las personas con discapacidad intelectual o las personas con enfermedad mental, sólo quedó plasmada en la LAPAD de forma tangencial.**

-En general, **se echa en falta una respuesta y atención más personalizada, en consonancia con los modelos y tendencias actuales de atención a las personas con discapacidad y, en particular, de provisión de apoyos a las personas con discapacidad intelectual o con problemas de desarrollo cognitivo.**

- **La promoción de la autonomía debería ser medible y "premiable" en aquellas entidades, prestaciones o servicios que más la promueven.** Hasta el momento no existen evidencias de desarrollo de indicadores de calidad para cada servicio otorgado por el SAAD que tengan en cuenta su capacidad para generar autonomía personal, así como de la satisfacción de las personas usuarias que las reciben.

-En términos presupuestarios, el despliegue del SAAD ha supuesto una fuerte exigencia de recursos económicos públicos dedicados a atender el catálogo de servicios reconocidos. **La confusión entre "discapacidad" y "dependencia" ha supuesto finalmente una limitación financiera para los apoyos que se venían prestando con anterioridad a la población con discapacidad, y que no están en el catálogo del SAAD.**

-**Los retos de las organizaciones de la discapacidad en el ámbito de la dependencia.** La irrupción del SAAD ha significado una oportunidad de recursos económicos hacia los que las organizaciones de la discapacidad han acudido como vía de financiación, de manera, podría decirse, casi "obligada" porque en muchos casos eran las entidades las que contaban con los recursos y la experiencia necesarios para concertar con la administración varios de los servicios previstos en el catálogo del SAAD para población con discapacidad. Pero este esfuerzo por gestionar recursos de "dependencia" ha tenido también importantes implicaciones para las organizaciones, que se han visto obligadas a adaptar sus servicios y formas de actuación al catálogo "financiable" contemplado en el SAAD, que es muy rígido y restringido, a veces a costa de reducir o abandonar otros objetivos, programas y actuaciones.

4. Recomendaciones de mejora y perfeccionamiento del SAAD

Las recomendaciones que se plantean a continuación recogen, en lo fundamental, las conclusiones de la evaluación realizada y se proponen como orientaciones que, sin perjuicio de ser sometidas al debate social y científico, pueden ser de utilidad para el diseño y mejora de las políticas públicas de atención a la dependencia.

1. Regulación y ordenación del SAAD

1.1 Se propone la **codificación y simplificación de la normativa básica** y la elaboración de versiones informativas sobre la legislación que sean accesibles para toda la ciudadanía, en los términos establecidos en la Ley 6/2022, del 31 de marzo.

1.2 **Revisar la LAPAD**, mediante normas de desarrollo estatal y autonómico y acuerdos del CTSSD **a la luz de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD)**, teniendo en cuenta esencialmente los principios de autonomía, incluida la capacidad de decidir, la personalización de los servicios, el derecho a la capacidad jurídica y a la vida independiente y el principio de permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea la opción de la persona y sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida.

1.3 **Analizar las situaciones de diversidad normativa que se exponen, con el fin de identificar cuáles de ellas vulneran la igualdad a la que se refiere el artículo 149.1.1ª de la Constitución Española (CE) con el fin de erradicarlas.** Dichas situaciones deben compatibilizarse con los principios de autonomía de la persona, la flexibilidad, personalización y proximidad de los servicios y con las especificidades que requieren las poblaciones rurales para garantizar la igualdad de derechos.

2. Gobernanza multinivel

2.1 **El CTSSD, en ejercicio de sus funciones, debería evitar la existencia de dos sistemas, de servicios sociales y dependencia, y las consiguientes duplicidades.** Para ello, tal como establece la LAPAD, es precisa la plena integración del SAAD en los sistemas autonómicos de servicios sociales. Las dificultades para la integración de dos sistemas completos, con gobernanzas distintas, constituye uno de los elementos que origina ineficiencias en la gestión, entorpecen la necesaria agilidad y causan retraso e inseguridades jurídicas.

2.2 Se propone la **revisión del sistema de gobernanza**, pieza clave para el buen funcionamiento del SAAD, actualmente muy complejo y con abundantes ambigüedades competenciales, que generan inseguridades jurídicas. La adopción como referente del Método Abierto de Coordinación (MAC), puede ser una herramienta de utilidad para mejorar el funcionamiento operativo del CTSSD. También se plantea fortalecer los enlaces de participación permanente con las entidades del Tercer Sector y con representantes de los colectivos afectados y de los agentes sociales.

3. Gestión del acceso, valoración y reconocimiento de la situación de dependencia.

3.1 **Simplificar el conjunto de procedimientos de valoración y personalización** por diversas vías, entre ellas, la simplificación de la valoración de la capacidad económica

(a partir del replanteamiento del copago y de los recursos a valorar) y la transformación del PIA en un instrumento con mayor facilidad de modificación.

3.2 Asegurar una **dotación suficiente de personas valoradoras**, a partir de un análisis territorial detallado de la disponibilidad actual y de las cargas de trabajo que suponen las solicitudes.

3.3 **Mejorar la formación de las personas valoradoras y dotarlas de medios técnicos adecuados.** Debe estudiarse la habilitación de la presencia de otras personas de apoyo en las entrevistas de valoración, para dimensionar adecuadamente las necesidades de la población con discapacidad intelectual, daño cerebral y/o problemas de salud mental, así como situaciones de urgencia social.

3.4 **Mejorar la calidad de las valoraciones mediante fórmulas flexibles, adaptadas al territorio y al entorno donde viven las personas.**

3.5 La **mejora en el soporte informático mediante sistemas de información más y mejor integrados**, internamente entre equipos, entre la Comunidad Autónoma y los servicios sociales locales, entre las CCAA y el IMSERSO, y entre administraciones implicadas (servicios sociales con salud o hacienda, por ejemplo).

3.6 **Revisar el papel de los servicios sociales locales en el proceso de acceso y valoración** aprovechando su proximidad y flexibilidad, evitando un exceso de complejidad institucional. Esta revisión debe de realizarse en cada CCAA, teniendo en cuenta la diversidad de mapas locales, de capacidades de gestión de entes locales de muy diverso tamaño, y estableciendo asignaciones claras de responsabilidades y de recursos a cada una de las administraciones participantes.

3.7 Estudiar las posibilidades de **integrar los instrumentos y equipos de valoración de la discapacidad y de la dependencia, de acuerdo con la CDPD, y homologar la situación de discapacidad (33%) para las personas en situación de dependencia.**

3.8 Establecer **pasarelas entre reconocimientos de dependencia, discapacidad, y otros sistemas relacionados (incapacidad laboral).**

3.9 Con el fin de mejorar los instrumentos de **valoración de los niños y niñas menores de seis años** y en consonancia con el punto 8º del Plan de Choque acordado por el CTSSD, se propone modificar la LAPAD (disposición adicional 13º) para ampliar la aplicación de la escala de valoración específica (EVE).

4. Asignación y eficacia de las prestaciones y servicios

4.1 **Ampliar, flexibilizar y diversificar el catálogo de servicios y prestaciones con el fin de reforzar los apoyos que se prestan en el domicilio** a las personas con dependencia y a quienes les cuidan. Igualmente, extender y reforzar la figura del asistente personal.

4.2 **Favorecer fórmulas alternativas de alojamiento con apoyos y reorientar el actual modelo de atención residencial**, garantizando el mayor grado posible de personalización de la atención, en línea con la estrategia de desinstitucionalización.

4.3 **Reforzar los servicios de promoción de la autonomía personal y los de prevención de situaciones de dependencia**, en particular, los relacionados con el ejercicio de la toma de decisiones y la vida independiente.

4.4 **Estudiar modelos y fórmulas mixtas de personalización, alternativos al que representa el Programa Individual de Atención (PIA) en su configuración actual,**

así como modificar dentro de ciertos márgenes, la oferta concreta de servicios sin necesidad de una nueva resolución administrativa. Existen fórmulas como, por ejemplo, los presupuestos personales, que permiten asignar combinaciones diversas de servicios sin exceder un tope de gasto para el PIA. Estas fórmulas deberían ir acompañadas de la supervisión de una persona gestora de casos y de un sistema de acreditación, seguimiento y control riguroso de los servicios.

4.5 Impulsar fórmulas que permitan un acceso flexible a los cuidados profesionales que se reciben en el domicilio. Ello requiere redefinir, sobre bases diferentes a las actuales, la Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS) de Atención a Domicilio (SAD) y la Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP), e impulsar esta última, así como y/o crear prestaciones específicamente orientadas a la contratación de servicios profesionales a domicilio. Requiere, además, establecer sistemas que permitan acompañar y asesorar a las personas en situación de dependencia en los procesos de contratación y gestión de esas prestaciones.

4.6 Reorientar el SAD y ampliar su intensidad horaria, especializarlo en los cuidados personales (frente a la provisión de atención doméstica) y en las personas con mayores grados de necesidad, establecer nuevas fórmulas de apoyo en el domicilio y desarrollar la **teleasistencia avanzada**.

4.7 En el marco de un proceso más amplio de reorientación de todas estas prestaciones habría que **incrementar la cuantía de prestaciones económicas como la PEVS y la PECEF**. También habría que incrementar la cuantía de la PEAP, especialmente en lo que se refiere a las personas con Grado III, contemplando además la posibilidad de que sea provista como hasta ahora, a través de una prestación económica específica, o a través de servicios públicos directos o concertados.

4.8 Modificar la regulación de la PECEF convirtiéndola en una prestación económica para atención a la dependencia desvinculada de la existencia o no de un cuidador familiar.

4.9 Modificar el régimen de incompatibilidades entre prestaciones y servicios flexibilizando su combinación y personalización.

4.10 En relación a la gestión de las prestaciones y servicios a los que accede la persona beneficiaria, podría ser útil **regular la "compactación" de los apoyos que precisa la persona** en un expediente único.

4.11 Impulsar el desarrollo de nuevos modelos de vivienda y alojamiento con apoyos, como espacio intermedio entre el domicilio y el centro residencial convencional, como son los apartamentos tutelados, las viviendas comunitarias y el resto de las opciones de vivienda asistida.

4.12 Avanzar en el cambio del modelo residencial. Las constatables limitaciones del modelo actual de atención residencial requieren seguir avanzando en su transformación, a partir, entre otros, de los elementos establecidos en el Acuerdo de acreditación de la calidad de los servicios y prestaciones del SAAD aprobado por el CTSSD en junio de 2022.

5. La mejora de la calidad: acreditación, inspección y evaluación de impacto

5.1 Establecer mecanismos formales e informales donde compartir experiencias exitosas y detectar buenas prácticas que permitan ofrecer directrices y recomendaciones que puedan ser útiles para mejorar la calidad en la atención a la dependencia.

5.2 **Establecer mecanismos de autocontrol de la calidad, valoración de impacto y visibilidad social** que revalorice el sector de los cuidados profesionales de cara a la sociedad y a la opinión pública.

5.3 **Mejorar los mecanismos de inspección y actualizar la regulación.** A pesar de las mejoras realizadas, existe todavía un margen de mejora muy importante en lo que se refiere a la inspección de los servicios. Esta carencia es importante en el ámbito residencial y, aún más, en el domiciliario.

5.4 **Aprovechar el concierto social para establecer condiciones relacionadas con la calidad de la atención.**

5.5 Desarrollar los mecanismos necesarios para **dar a conocer los resultados de las inspecciones y evaluaciones realizadas en los centros y servicios.** El Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD recoge la obligatoriedad de hacer públicos los resultados de las inspecciones.

5.6 Articular e institucionalizar en mayor medida estructuras para la mejora de la calidad en el ámbito de los servicios sociales y/o la atención a la dependencia. Una de las fórmulas es mediante **agencias de calidad o plataformas centradas en la gestión de la calidad** con criterios comunes en todo el territorio del Estado.

5.7 En general, **avanzar desde la lógica de la calidad de la atención a la calidad de vida.** Este cambio se está dando de forma incipiente en España y sería recomendable adoptar las medidas necesarias para consolidarlo, enfatizando más en los resultados que en los procesos.

6. La coordinación sociosanitaria

6.1 La coordinación sociosanitaria, contemplada en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 y en el artículo 11.c) de la LAPAD debe ser objeto de desarrollo. Cuenta con el apoyo del Diálogo Social y de las organizaciones sociales y sanitarias relacionadas con la atención a la dependencia. **Debe aprovecharse la modificación de la citada Ley, actualmente en trámite, para construir, a partir de los órganos territoriales de coordinación, modelos autonómicos de integración/coordinación sociosanitaria que puedan mejorar la calidad de los servicios y reducir costes.** Sería necesario asegurar con urgencia el servicio de salud en las residencias de personas en situación de dependencia a través de la Atención Primaria de Salud.

7. Sostenibilidad del SAAD: gasto y financiación

7.1 **Llevar un sistema de contabilidad analítica que refleje los gastos e ingresos derivados de las prestaciones de atención a la dependencia diferenciados de los del resto de prestaciones de servicios sociales.** Ello facilitaría la elaboración de presupuestos diferenciados operativamente entre las prestaciones y el cálculo de los costes de las prestaciones de atención a la dependencia.

7.2 **En las certificaciones de gasto de las Comunidades Autónomas es necesario diferenciar el gasto total entre tres conceptos: gastos de las prestaciones, gastos de administración y gestión y gastos de capital.** Esto es imprescindible para realizar comparaciones homogéneas del coste de las prestaciones entre las CCAA.

7.3 **Redefinir en el texto de la LAPAD el concepto de gasto de las prestaciones realizadas por las CCAA incluyendo el concepto de "gasto neto".** Debe hacerse constar que una parte del gasto de la Comunidad Autónoma se resarce con las aportaciones

de las personas usuarias a través de los copagos y, por lo tanto, se debe considerar el gasto neto.

7.4 Clarificar los tipos de gasto financiados con el Nivel Mínimo y con el Nivel Conveniado. Las distintas fuentes de financiación- Nivel Mínimo y Nivel Acordado- tienen distintos objetivos. El Nivel Mínimo es una contribución económica de la AGE para asegurar que se preste la actuación, por ello cabe esperar que las actuaciones destinadas a garantizar la calidad de la prestación sean financiadas con el Nivel Mínimo reservando el Nivel Conveniado para actuaciones puntuales o estructurales.

7.5 Acuerdo entre el IMSERSO y la Agencia Tributaria para disponer de la misma información en todos los territorios. La Agencia Tributaria debería proporcionar información de la renta de la persona beneficiaria incluyendo, tanto las rentas tributables, como las rentas exentas de tributar por dicho impuesto, así como la renta de aquellas personas que hayan estado exentas de presentar la correspondiente declaración de IRPF.

7.6 Redefinir el modelo de copago actual con el fin de aumentar la equidad horizontal y la vertical. El concepto de capacidad económica, elemento básico para determinar el importe del copago de la persona beneficiaria, debe ser el mismo en todas las CCAA. En dicho concepto debería excluirse la imputación del valor del patrimonio ya que su incidencia en el resto de los ingresos de la persona beneficiaria incide en que el copago sea regresivo.

7.7 Aplicación informática para determinar el copago. Disponer de una aplicación informática (a semejanza de la que hay en las oficinas de farmacia) para determinar el importe del copago en función de la capacidad económica facilitada por la Agencia Tributaria y las circunstancias personales de la persona beneficiaria.

8. Provisión sostenible de los servicios de dependencia

8.1 Fomentar desde las diferentes administraciones públicas actuaciones en apoyo a la **actividad emprendedora que favorezcan iniciativas de los proveedores que mejoren la gestión y la calidad en la prestación de los servicios**, minimizando las actividades que fomenten el lucro organizacional que puedan perjudicar la calidad del empleo y de las condiciones laborales de las personas trabajadoras.

8.2 Seguir consolidando, como regula la LAPAD, **un sistema de provisión de CLD de responsabilidad pública mediante un conjunto de prestaciones y servicios en centros públicos y privados debidamente acreditados** que permitan el ejercicio efectivo del derecho subjetivo al cuidado sin perjuicio de la provisión de cuidados a través de organizaciones sociales del ámbito comunitario y de la Economía Social y Solidaria y otras formas de iniciativa social.

8.3 Los conciertos sociales son una vía importante para **facilitar la colaboración del Tercer Sector como prestador de servicios** de atención a las personas en situación de dependencia, sin menoscabo de **otras formas de colaboración público-privada**.

8.4 Garantizar la sostenibilidad de las empresas y organizaciones sin fin de lucro del sector mediante una **financiación suficiente, así como facilitar reestructuraciones, mejoras de la gestión, fusiones y proyectos conjuntos de medio plazo y alianzas estables**.

8.5 Desarrollar y aprovechar las **nuevas tecnologías para lograr tanto una mayor oferta de productos y servicios** en respuesta a nuevas necesidades como una mayor productividad que repercuta positivamente en una mayor calidad asistencial.

9. Empleo: suficiencia, estabilidad y calidad

9.1 **Desarrollar un sistema de calidad en el empleo, que mejore sustantivamente las condiciones de trabajo de los colectivos implicados**, velando por su seguridad y con garantía de sus derechos laborales.

9.2 Fomentar un **uso óptimo de la capacidad de mano de obra disponible mediante una mejor organización y planificación de tareas y el uso generalizado de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)** en los cuidados a la dependencia, respetando la dignidad de las personas y la ética.

9.3 **Incrementar las ratios de empleo por persona dependiente para garantizar un trato de calidad y calidez a las personas usuarias**, tal como señala el Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD.

9.4 **Mejorar la calidad del empleo de las personas trabajadoras de atención directa o cuidado social (por ejemplo, auxiliares del SAD o gerocultoras), en su gran mayoría mujeres**, mediante la reducción de riesgos laborales, mejoras salariales, flexibilidad en las bajas laborales, evitar la concentración de la actividad en franjas horarias y favorecer jornadas laborales lo más completas posibles.

10. Formación para el empleo y de las personas cuidadoras no profesionales

10.1 **Evaluar las fortalezas y debilidades del actual sistema de certificaciones de profesionalidad** en aquellas categorías ocupacionales en las cuales se encuentra vigente. Al mismo tiempo, desarrollar la formación "para el cambio" en el marco del Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD de 2022.

10.2 Diseñar e implementar la **formación profesional de personas trabajadoras en todas sus vertientes (reglada, continua y ocupacional), así como el reconocimiento de la acreditación de la experiencia**, que revalorice a sus poseedores de cara a la sociedad y haga más atractiva esta salida profesional.

10.3 **Establecer presupuestos de desarrollo profesional continuo e itinerarios de formación para las personas trabajadoras en activo que mejoren sus habilidades y destrezas.**

10.4 **Mejorar la formación de las personas cuidadoras no profesionales mediante cursos breves u otras formas de asesoramiento** que tengan en cuenta las características de las personas en situación de dependencia y las propias necesidades de quienes cuidan.

10.5 Desarrollar un **estatuto jurídico para las personas cuidadoras informales** en el que se recoja una lista completa de sus derechos.

11. Refuerzo de la dimensión de género

11.1 **Revertir los desequilibrios en la provisión de cuidados hacia las familias y las mujeres y evitar la exclusión social y laboral de las personas trabajadoras remuneradas.** Promover la implicación masculina en los cuidados de larga duración paralelamente al reforzamiento de los derechos de las personas a ser cuidadas.

11.2 Visibilizar al servicio doméstico como un sector desde el que se proveen cuidados relacionados con la atención a las necesidades del hogar de las personas en situación de dependencia.

11.3 Asimilar las condiciones laborales y de protección social de las personas trabajadoras de la atención a las necesidades del hogar de las personas en situación de dependencia, contratadas en el marco regulador del servicio doméstico, con el resto de las personas trabajadoras.

12. Gestión del conocimiento y visibilidad social del SAAD

12.1 Establecer una categoría especial en la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE) que recoja adecuadamente todas las actividades genuinas y directamente relacionadas con la atención a la dependencia, lo que facilitaría un análisis y monitorización adecuados de su evolución en las distintas operaciones estadísticas.

12.2 Generación y uso de datos estadísticos comparables que haga posible la evaluación del sistema.

12.3 Mejorar el uso transparente de la información del SAAD para investigaciones que favorezcan un mejor diseño de las políticas públicas, respetando en todo caso la normativa de protección de los datos personales vigentes. En este sentido los microdatos del Sistema de Información del SAAD (SISAAD) deberían estar disponibles para uso de la investigación social.

12.4 Potenciar los debates, la investigación y la formación en materia de ética aplicada a los servicios sociales y bioética.

12.5 Impulsar la generación del conocimiento y el fomento de la investigación en materias jurídicas, sociales y económicas relacionadas con la dependencia, especialmente desde la lógica de los derechos sociales.

12.6 Introducir indicadores de evaluación que fortalezcan aquellas entidades, prestaciones o servicios que más promueven la autonomía personal y la inclusión social.

12.7 Realizar campañas institucionales destinadas a destacar el valor añadido social del SAAD, el papel de las personas profesionales del cuidado y mejorar su imagen entre la población general y, en particular, entre las potenciales personas usuarias y sus familiares.



Financiado por la Unión Europea
NextGenerationEU



Plan de Recuperación,
Transformación y Resiliencia

