

REVISTA PRISMA SOCIAL N° 32

INVESTIGACIÓN SOCIAL SOBRE POLÍTICAS DEL CUIDADO Y LA DEPENDENCIA EN EUROPA E IBEROAMÉRICA

1^{ER} TRIMESTRE, ENERO 2021 | SECCIÓN TEMÁTICA | PP. 2-24

RECIBIDO: 8/11/2020 – ACEPTADO: 31/12/2020

LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA. ANÁLISIS Y PROPUESTAS

THE MANAGEMENT OF DEPENDENCY CARE IN SPAIN. ANALYSIS AND PROPOSALS

NOELIA MORALES-ROMO / NOEMO@USAL.ES

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y COMUNICACIÓN. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA, ESPAÑA

AGUSTÍN HUETE-GARCÍA / AHUETEG@USAL.ES

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y COMUNICACIÓN. INICO. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA, ESPAÑA

ALEXANDER CHAVERRI-CARVAJAL / ALEXANDER.CHAVERRI@USAL.ES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

FINANCIACIÓN: ESTE TRABAJO ES PARTE DE UNA INVESTIGACIÓN FINANCIADA POR LA FUNDACIÓN CASER



prisma
social
revista
de ciencias
sociales

RESUMEN

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en España (SAAD) es un pilar sobre el que descansan apoyos vitales para una población especialmente vulnerable. La demanda de mejora del Sistema ha sido una constante desde su creación generando numerosas propuestas y debates sobre su revisión. Este artículo aporta resultados obtenidos de una doble vía: una encuesta realizada a una muestra de 800 personas en situación de dependencia y un estudio Delphi con profesionales expertos/as en la materia. Los resultados orientan hacia la necesidad de implementar estrategias de mejora en aspectos clave como la gestión, la viabilidad o las vías de financiación, entre otros. Se concluye con estrategias y aspectos para mejorar los déficit detectados que pasan por mejorar la lealtad institucional, la modernización de procesos y herramientas, la unificación de criterios de calidad, así como una apuesta por la investigación que requiere de una mayor precisión y alcance de los datos sobre grado de cobertura del Sistema y que puede ofrecer, entre otros resultados, Guías de Buenas Prácticas que contribuyan de forma notable a la mejora del Sistema en un contexto donde el riesgo de exclusión de la población ha aumentado en las esferas sanitaria, económica y social.

PALABRAS CLAVE

Dependencia; SAAD; reforma; retorno social; investigación; financiación; gestión.

ABSTRACT

The Spanish System for Personal Autonomy and Assistance for People in a Situation of Dependency (SAAD) is a pillar on which vital support rests for a particularly vulnerable population. The demand for improvement of the System has been a constant since its creation, generating proposals and debates about its review. This article provides results obtained in two ways: a survey carried out in a sample of 800 people in a situation of dependency and a Delphi study with experts in dependency. The results guide towards the need to implement strategies in key aspects such as management, viability or financing channels, among others. It concludes with strategies and aspects to improve the deficits detected, which include improving institutional loyalty, modernizing processes and tools, unifying quality criteria, as well as a commitment to research that requires greater precision and scope of the data on the degree of coverage of the System and that it can offer, among other results, Good Practice Guides that contribute significantly to the improvement of the System in a context where the risk of exclusion of the population has increased in terms of health, economy and social conditions.

KEYWORDS

Dependency; SAAD; reform; social return; research; funding; management.

1. INTRODUCCIÓN

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

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

La reflexión sobre necesidades de mejora del SAAD se ha producido desde muchos sectores y a lo largo del tiempo (Rodríguez-Cabrero, 2011; Jiménez-Lara, 2015; Codorniu, 2015; Correa y Jiménez-Aguilera, 2016; Martínez-López, 2017; Huete-García, 2019). Incluso desde antes de su puesta en marcha, muchas de las dificultades del SAAD habían sido identificadas y en buena parte persisten. Los estudios centrados en el análisis del SAAD que se han sucedido a lo largo de la última década han coincidido fundamentalmente en el diagnóstico de las dificultades del sistema, centrandose su interés en problemas de definición, coordinación y recursos, con especial atención a los procesos de tramitación.

Sin embargo, muchas de las dificultades expuestas desde entonces, no se han logrado corregir o persisten actualmente con alguna vigencia y no han encontrado soluciones de consenso. Por su parte, las reformas fundamentales realizadas sobre el sistema se han limitado, fundamentalmente, a reducir su impacto presupuestario en el contexto de la gran crisis financiera de 2008 (Codorniu, 2016).

En este contexto se inserta el presente estudio, planteado con el objetivo de avanzar en la reforma del SAAD, dando voz a los diferentes actores implicados en la prestación del servicio para alcanzar resultados relevantes que contribuirán a proponer acciones de impacto positivo en el futuro del SAAD.

2 DISEÑO Y MÉTODO

2.1. OBJETO FORMAL

El SAAD se constituyó como una herramienta de vital importancia para proveer una atención integral de calidad a personas en situación de dependencia, pero con limitaciones administrativas, gestoras, financieras y sociales surgidas desde su nacimiento que requieren de un profundo análisis para mejorar este recurso y sus beneficios con sectores de población vulnerables.

La investigación parte del consenso entre profesionales, expertos/as, gestores/as y usuarios/as del Sistema de Atención a las personas en Situación de Dependencia (SAAD), de la necesidad de implementar cambios que reviertan en un Sistema que cumpla los objetivos para los que fue ideado con mejoras en diversos ámbitos que, dada la complejidad de su génesis, suponen un reto.

Este es el marco en el que se encuadra este estudio que se centra en los siguientes ámbitos de interés en relación con la mejora de la gestión del SAAD, conforme a la novedad e interés que aportan los datos obtenidos en el trabajo de campo:

- Espera y modernización
- Burocratización
- Calidad y coste de las prestaciones
- Lealtad institucional

2.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

Dado que el SAAD es un recurso a nivel estatal, el estudio se ha realizado considerando todo el territorio español. La idiosincrasia de la división territorial autonómica y la distribución de competencias establecida en la Constitución Española en su art. 148.1.20^o que dispone que las Comunidades Autónomas pueden asumir competencias en el marco de «asistencia social», propició que todas las Comunidades asumieran dichas competencias en sus respectivos estatutos de autonomía.

El ámbito de estudio, por tanto, ha pretendido la mayor representatividad territorial para ofrecer una amplia visión de la realidad del SAAD. El trabajo de campo tuvo lugar a lo largo del año 2019.

2.3. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Para la realización de esta investigación se ha seguido un planteamiento metodológico complejo que integra técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación social. La aproximación cuantitativa se ha apoyado en una encuesta a usuarios/as del SAAD: personas en situación de dependencia, mediante la que se han obtenido las principales necesidades y demandas de la población usuaria del SAAD.

La investigación cualitativa ha empleado como técnica el estudio Delphi realizado con un grupo de expertos/as, entendiendo por expertos/as a personas que por su posición conocen y tienen experiencia en el SAAD (desde distintas perspectivas). Se trata de una estrategia de investigación especialmente indicada en áreas de conocimiento complejas, sometidas a constante controversia y falta de información cierta. Siguiendo a Varela Ruiz *et al.* (2012) esta técnica permite llegar a un nivel de acuerdo en temas de interés sobre los que no se dispone de información concluyente, congregando un conocimiento aumentado por la participación de los distintos especialistas. Los motivos de la elección de esta técnica en este estudio sobre el SAAD son diversos, pero en general están muy vinculados a la complejidad del propio sistema y a la necesidad de contar con distintas perspectivas de análisis procedentes de distintos expertos/as que representan aspectos clave en la gestión del SAAD.

2.4. MUESTRA

Para la encuesta se ha utilizado un cuestionario estandarizado, aplicado a muestra de 800 personas en situación de dependencia. El trabajo de campo se realizó entre los meses de marzo y junio de 2019. Las características del muestreo fueron las siguientes:

- Universo: población en situación de dependencia.
- Ámbito: nacional.
- Procedimiento de muestreo: estratificado (por CCAA y tamaño de hábitat) por conglomerados, con selección de las diferentes unidades de muestreo mediante selección aleatoria proporcional en el caso de los municipios y de forma aleatoria simple en el caso de los hogares. Serán seleccionados todos los hogares con al menos un miembro en situación de dependencia hasta alcanzar el tamaño muestral perseguido.
- Tamaño muestral: n = 800 entrevistas a hogares con al menos un miembro en situación de dependencia.
- Error de muestreo: +/- 3,46%. Para el caso de máxima varianza poblacional (p=q=50) y Nivel de Confianza del 95.
- Procedimiento de entrevista: telefónica (CATI).
- Tiempo por entrevista: 20 minutos.

El cuestionario utilizado recogía abundante información sobre las características y de la población, y su experiencia en el uso del SAAD, conforme a la siguiente estructura:

- Datos sociodemográficos básicos: sexo, edad, nivel de estudios, ámbito de residencia, actividad principal, limitaciones funcionales.
- Reconocimiento de dependencia: valoración, prestaciones, servicios y prestaciones reconocidas, tiempo de espera.
- Valoración personal de procesos del sistema: prestaciones, y servicios.
- Módulo específico para el cuidador/a principal: datos sociodemográficos, relación con la persona dependiente.

Estudio Delphi

En el estudio Delphi se seleccionaron ocho expertos/as en función del objetivo planteado y atendiendo a criterios de experiencia, posición, responsabilidad, acceso a la información, sexo, ámbito geográfico y disponibilidad. En su elección se observó la premisa de que la muestra seleccionada representara pluralidad de opiniones (Reguant y Torrado, 2016). La selección de perfiles se concreta en tabla 1.

Tabla 1. Perfiles para el estudio Delphi

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

Fuente: elaboración propia

Se buscó un equilibrio en la composición muestral entre hombres y mujeres con idéntica representación. Además, se incluyeron distintas posiciones vinculadas al SAAD en relación a su gestión, coordinación o análisis para profundizar en los distintos puestos de responsabilidad y diferentes roles ejercidos dentro del sistema, sin prescindir de la voz de los familiares cuidadores. En cuanto a los territorios, no se ha pretendido acceder a todas las CCAA españolas si bien se ha llegado a más del 50% de ellas, combinando la inclusión de algunas densamente pobladas y uniprovinciales con otras que cuentan con gran dispersión geográfica y bajas densidades de población, atendiendo a la heterogeneidad del territorio español.

3. TRABAJO DE CAMPO Y ANÁLISIS DE DATOS

La investigación se articuló en diversos procesos con la siguiente calendarización:

1. *Enero 2019*. Conformación de un Grupo de Coordinación encargado de diseñar los instrumentos, dirigir el proceso, analizar datos obtenidos y elaborar resultados.
2. *Enero-febrero 2019*. Elaboración de cuestionarios para encuesta y estudio Delphi a partir del estudio previo de temas clave. Selección del Panel de Expertos/as de entre los agentes clave: usuarios/as, gestores/as, técnicos/as, operadores/as.
3. *Marzo-mayo 2019*. Trabajo de campo de la encuesta. Primera ronda Delphi.
4. *Julio 2019*. Segunda ronda Delphi.
5. *Agosto-diciembre 2019*. Análisis de los datos.

Para la recogida de la información se utilizó un cuestionario dirigido a conocer la experiencia de uso del SAAD en hogares en situación de dependencia. El cuestionario constaba de dos partes: una primera donde se recogían variables sociodemográficas, se caracterizaba la situación de dependencia y los servicios recibidos del SAAD; y una segunda en la que se recogía la opinión sobre los servicios y prestaciones. Se han llevado a cabo análisis descriptivos de los ítems del cuestionario, obteniendo la distribución de las respuestas a cada ítem, así como las medias y las desviaciones a cada uno de los ítems y dimensiones.

Para las preguntas basadas en escalas numéricas, se han generado índices sintéticos (0 a 3) que se han aplicado a las principales variables de identificación de la encuesta. Todos los análisis estadísticos se han realizado con el paquete estadístico IBM-SPSS Statistics v22 para Windows.

La realización del método Delphi se operativizó en dos rondas de cuestionarios a los que las y los expertos contestaron de manera individual. Tras el análisis de las respuestas de la primera ronda, se diseñó un segundo cuestionario que sirvió para ampliar el abordaje de ámbitos que no generaban consenso y para profundizar en cuestiones consideradas clave por el equipo investigador o por las personas participantes en el panel.

La tabla nº 2 recoge los principales núcleos temáticos de cada una de las dos rondas realizadas.

Tabla 2. Núcleos temáticos del Delphi por ronda

PRIMERA RONDA	SEGUNDA RONDA
Prevención dependencia en España	Estrategias preventivas
Características relevantes del funcionamiento del SAAD	Papel de la familia
Principales nodos de dificultad	El SAAD como yacimiento de empleo
Aspectos a mejorar para la atención a personas dependientes	Uso de herramientas tecnológicas
Prestaciones o servicios más ineficientes	Estrategias de mejora de coordinación entre distintas administraciones y entidades
Rol administración local	Copago
Coordinación pública-privada en los servicios del SAAD	Papel Administración local
Buenas prácticas en otras CCAA o países	Medidas para asegurar la viabilidad en el futuro
Principales limitaciones y sugerencias de mejora de cada uno de los Servicios del SAAD	Eliminación de barreras de acceso
Modificaciones en relación a las prestaciones económicas del SAAD	Estrategias para flexibilizar el SAAD

Fuente: elaboración propia

La información recabada se estructuró en relación con los principales objetivos y áreas de análisis del estudio, si bien fueron frecuentes los *verbatim* de expertos/as en los que se interrelacionaban varios temas evidenciando que el SAAD es un sistema complejo afectado por numerosas variables que condicionan tanto su grado de efectividad como la satisfacción de sus usuarios/as. En primera instancia, se establecieron las principales categorías de análisis y se buscó de forma transversal toda la información referida en las dos rondas Delphi a cada una de ellas. En una segunda fase analítica, se localizaron subtemáticas relevantes en cada categoría, así como elementos novedosos no considerados inicialmente en el proyecto investigador. Por último, se realizó un informe con los consensos y disensos de cada categoría apoyado con los literales más relevantes de los expertos/as.

4. RESULTADOS

Se exponen a continuación los principales datos obtenidos en función de los ámbitos de análisis expuestos.

4.1. ESPERA Y MODERNIZACIÓN

Los estudios centrados en el análisis del SAAD de la última década han coincidido en el diagnóstico de las dificultades del sistema, centrandose su atención en problemas de definición, coordinación y recursos, con especial mención a los procesos de tramitación. En cambio, la mayoría de las limitaciones señaladas siguen estando vigentes en parte debido a que las reformas del Sistema se han ceñido, fundamentalmente, a reducir su peso presupuestario en el contexto de la gran crisis financiera de 2008 (Pozo y Pardo, 2017; Villaplana, 2012).

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

La resolución general de trámites e incidencias recibe, en general, una calificación adecuada en un indicador de 0 a 10. Las razones que los/las encuestados/as refieren se centran por una parte en la lentitud, el tiempo de espera y la excesiva complejidad y burocracia de los trámites, además de la falta de información para parte de la muestra.

Tabla 3. Valoración de gestiones y procedimientos (0 a 10)

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

Fuente: elaboración propia a partir de encuesta a usuarios/as del SAAD

Algunas de las principales carencias citadas por los expertos y las expertas en relación con la gestión son:

- Períodos de espera en gestión. Provocan situaciones de indefensión, desconfianza o desatención que tienen consecuencias muy negativas para los y las usuarias que las solicitan y también para personas que, siendo usuarias potenciales del Sistema por sus necesidades, descartan la solicitud de los servicios del SAAD debido a estos escollos ampliamente conocidos.

En mi opinión y como algo básico son los plazos administrativos y las listas de espera. El SAAD quiere garantizar un acceso universal a su catálogo de recursos, pero la realidad es que una persona espera un año mínimo en ser valorada por el equipo de valoración de dependencia y otros meses más en acceder a un recurso y muchas no llegan a disfrutar su recurso asignado. [p5-r1]

- Aspectos políticos y culturales. Frente a los vaivenes políticos y sus consecuencias en el SAAD, se propone un Pacto de Estado en cuestiones de Dependencia para asegurar la estabilidad del sistema y la equidad entre autonomías atendiendo a sus necesidades y especificidades.

Los nodos de dificultad los encontramos en la concepción ideológica y de gestión de los distintos grupos políticos y en aspectos culturales y sociales que están ligados al cuidado en nuestro país. [p7-r1]

- Diferencias en la gestión entre CCAA en cuanto a compatibilidades, tiempos de espera, porcentaje de resoluciones, acceso, etc. Se han detectado importantes contrastes en cuestiones objetivas que evidencian grandes divergencias ante una misma situación de dependencia entre territorios.

Es desfavorable que no todas las CCAA deban actuar igual ante la normativa y en algunas se contemplen beneficios que en otras no, como por ejemplo la compatibilidad entre prestaciones, incumpliendo así el principio de equidad y de igualdad efectivas recogidos en la Ley. [p4-r1]

- Poca eficiencia y situaciones de confusión al desconocer la cuantía asignada para cubrir el servicio antes de recibir la resolución. Estas situaciones perjudican a los usuarios/as con menos recursos que, por el contrario, son quienes acusan mayores necesidades por carecer de medios propios o ser estos muy limitados.

A algunas de las personas que atiendo porque quieren recibir el servicio que se gestiona en el lugar donde trabajo, les han dicho sus profesionales de referencia que vayan recibéndolo, porque luego presentando las facturas ya les darán lo que les correspondiera, sin embargo, ¿cómo determina esa persona el dinero que puede gastarse en recibir un servicio, sin saber cuánto le va a ser devuelto? ¿Y si se gasta más de lo que puede permitirse? Y en algunos casos, prefieren dejarlo para cuando tengan la resolución, por lo que, durante el tiempo de espera no reciben ese apoyo. [p3-r1]

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

- Implicación de los y las profesionales (aunque no existe consenso total en este sentido). Mientras para algunos/as expertos/as se trataría de una potencialidad, otros/as lo consideran una limitación en la gestión del SAAD. A este respecto hay que puntualizar que el conjunto de profesionales que están vinculados al SAAD, tanto en el ámbito público como el privado, ocupando distintos roles y responsabilidades es muy amplio y heterogéneo.

Me gustaría destacar la implicación de los profesionales de Servicios Sociales que trabajan en el ámbito de la dependencia, tanto realizando valoraciones, como realizando informes sociales para la tramitación de las ayudas o realizando seguimiento de las prestaciones. Me consta su implicación y condiciones en las que trabajan, a menudo con gran presión tanto de los ciudadanos como de los jefes inmediatos. Además, la gestión de la Ley de Dependencia está continuamente en los medios de comunicación lo que implica una presión añadida al conjunto de profesionales. [p7-r1]

- Aumento de la oferta de servicios del SAAD con el desarrollo de los años y la experiencia acumulada. Se valora de forma positiva el esfuerzo realizado a la hora de diversificar servicios y recursos.

Otro punto a destacar es el incremento de la oferta de servicios a través del SAAD. Algunas Comunidades Autónomas comenzaron más tarde a incorporarlos, pero en general, todas ellas han ido añadiendo servicios a su oferta. [p7-r1]

- Reducción progresiva de los plazos límite para recibir la resolución de dependencia. Aunque sigue habiendo situaciones de indefensión en el acceso, se constata una evolución positiva en la reducción de los plazos de espera.

Ello puede ayudar a reducir los tiempos de espera para recibir la resolución de dependencia. A pesar de que por ley cada vez han de reducirse más (al menos, en Castilla y León, desde 2019, el tiempo se ha establecido en 4 meses y a partir de 2020, en 3 meses), hay personas que no están recibiendo la resolución en esos periodos. [p3-r1]

4.2. BUROCRATIZACIÓN

En relación con los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y para la asignación del Plan Individualizado de Atención (PIA), se detecta heterogeneidad en los dictámenes emitidos según CCAA, esto es, personas beneficiarias con derecho a servicios y personas beneficiarias con prestaciones. A su vez, persisten dificultades constantes relativas a los procedimientos para realizar reclamaciones administrativas y judiciales derivadas del desarrollo de los procesos y fricciones propias del sistema. En consecuencia, se evidencia una ralentización generalizada y elevados promedios de tiempo para las resoluciones.

Los trámites y gestiones que implica el acceso a los servicios y recursos del SAAD son requisito para el acceso al Sistema por parte de las personas usuarias. A pesar de ello, se considera que los procedimientos y protocolos actuales son una limitación más del sistema como indica el siguiente *verbatim*.

Una vez la persona ha tomado la decisión de solicitar el reconocimiento de la situación de dependencia, se encuentra con una multitud de acciones a llevar a cabo y papeles que entregar. Los y las trabajadoras sociales apoyan en la elaboración de la solicitud, pero la persona tiene que comenzar pidiendo cita con ella, que le dirá que tiene que pedir cita para el informe de salud del/a médico/a y el Barthel del/a enfermero/a, a continuación volver al CEAS, rellenar la documentación, si falta algún documento volver en otro momento, esperar a que vaya un profesional al domicilio a hacer la valoración y el informe social, y en su caso, aunque ahora se suele hacer en el momento de la solicitud, elegir el servicio que quieres. Este sin fin de trámites hacen que muchas personas desistan y vean un «imposible» donde hay un derecho a reclamar. [p3-r1]

Son frecuentes las demoras en los plazos que limitan el acceso de potenciales usuarios y usuarias a los recursos privados que se abonan en copago mientras siguen esperando a plazas públicas.

Me parece que no se puede consentir que las personas usuarias fallezcan antes de acceder al recurso, o que personas con discapacidad no pueden acceder al copago de los centros de recursos a nivel privado y mientras esperan a que les concedan plaza pública se queden en sus casas, muchas veces sin ningún tipo de actividad de estimulación cognitiva. [p5-r1]

El análisis cualitativo dibuja un sistema universal en el que el acceso al recurso no viene determinado por las necesidades sino por los plazos establecidos o generados por cada Administración y en el que, además, no todas las personas están capacitadas para realizar los trámites burocráticos o tienen apoyos familiares que acompañen y ayuden en el proceso. Dependiendo de los apoyos de los y las profesionales genera situaciones muy divergentes.

El SAAD sí es universal en cuanto a que todas las personas que tengan reconocido un grado de dependencia se les asigna un recurso o un servicio de unas horas u otras dependiendo del grado obtenido. Ahora bien, ¿nos estamos centrando realmente en las necesidades de las personas? ¿O el acceso al recurso lo establece la Administración por sus plazos? [p5-r1]

Las propuestas extraídas del Delphi para superar las barreras que los trámites burocráticos generan se pueden centralizar en torno a cuatro pilares:

- Agilizar el trasvase de expedientes entre CCAA
- Reducir los trámites burocráticos requeridos

Se tendría que reducir la burocracia todo lo posible, al igual que la persona pudiera indicar lo que necesita desde un principio, porque los profesionales podrían adelantarse e ir haciendo balance de lo que van a necesitar. [p3-r2]

- Incluir protocolos que se ajusten a las personas que por su situación de urgencia no puedan esperar al acceso al recurso

Implementar protocolos que potencien derivaciones al sistema sociosanitario en aquellas personas que lo precisen sin esperar listas de esperas. [p7-r2]

- Mayor implicación y compromiso de los profesionales y las profesionales de las distintas instituciones vinculadas al SAAD

Es fundamental, por un lado, que los profesionales de atención social primaria adquieran un fuerte compromiso en facilitar lo máximo posible los trámites a la persona. Otra de las cosas es que hay personas que por los motivos que sea no pueden moverse de casa. Es muy importante que se articulen todos los mecanismos de los diferentes sistemas para que esa persona pueda tramitar dependencia sin trabas. [p3-r2]

4.3. CALIDAD Y COSTE DE LAS PRESTACIONES

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

Tabla 4. Indicador sintético de satisfacción de calidad / precio (0 - 3)

Variable	Valores	Calidad precio 0 a 3
Perfil de Informante	La persona dependiente	1,52
	La persona dependiente con apoyo	1,60
	Un informante (familiar, asistente, etc.)	1,50
Sexo persona dependiente	Hombre	1,55
	Mujer	1,50
Tamaño de hábitat	Hasta 2.000	1,29
	De 2.001 a 10.000	1,50
	De 10.001 a 50.0000	1,67
	De 50.001 a 200.000	1,31
	Más de 200.000	1,54
Grupos de Edad	De 0 a 16	1,00
	De 17 a 33	1,50
	De 34 a 50	1,30
	De 51 a 67	1,71
	De 68 a 84	1,44
	De 85 o más	1,58
Nivel de estudios de la persona dependiente	Sin estudios	1,46
	Primarios	1,66
	Secundarios	1,15
	Universitarios	0,71
Grado de dependencia	Moderada (Grado I)	1,66
	Severa (Grado II)	1,42
	Gran Dependencia (Grado III)	1,48

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

Sin duda, al hablar de prestaciones y coberturas sociales las limitaciones económicas son un factor esperado y constante. Desde la aparición de la LAPAD en 2006, buena parte de las problemáticas detectadas en el funcionamiento del SAAD tienen como respuesta ideal el aumento de recursos económicos.

La financiación y sostenibilidad del sistema han sido los problemas principales a lo largo de los años. Sus cuestionamientos en torno a la financiación y sostenibilidad han puesto en entredicho la capacidad de instaurar este sistema de protección social. [p7-r1]

La evolución demográfica española en los últimos lustros evidencia la necesidad de aumentar el esfuerzo financiero si se pretende mantener la protección actual.

Debido a numerosos factores como el envejecimiento de la población española, la cronificación de las enfermedades, etc., desarrollar infraestructuras y servicios que garanticen la atención a personas en situación de dependencia será fundamental para el

desarrollo económico de nuestro país, ofertando puestos estables y de larga duración, ya que dedicar esfuerzos al cuidado y bienestar de personas en situación de dependencia así como al fomento de la autonomía personal es una oportunidad maravillosa para crear actividad económica sostenible. [p4-r2]

La viabilidad económica del SAAD es una preocupación, pero al mismo tiempo es identificada como una gran oportunidad para desarrollar un impulso social y laboral, tal y como se expondrá al hablar del retorno social que produce el Sistema de Dependencia.

Si tanto se discute desde algunas posiciones sobre la viabilidad económica, ¿por qué no la rentabilizamos al máximo? Las personas envejecidas y con discapacidad son un gran mercado potencial, por tanto, desarrollemos servicios para estas personas. De esta manera, el Estado recibirá dinero a través del IRPF, se aumentará el empleo, reducirán los gastos por desempleos en algunos casos, mejorará la economía al tener las personas que trabajen en este sector mayor capacidad adquisitiva. ¿De verdad es tan complicado no ver estos potenciales retornos fiscales? Solo así se verá el potencial de esta Ley que algunos ocultan bajo intereses cortoplacistas. [p7-r2]

Las fórmulas para mejorar la financiación que han emergido del Delphi han sido bastante variadas:

- Copago

Uno de los aspectos con los que se ve de forma más clara es el copago. Se tiene muy en cuenta la capacidad económica. Yo creo que es importante para garantizar la sostenibilidad si se pretende mantener el sistema como se encuentra en la actualidad, pero ante una situación de gran dependencia, en ocasiones tener buena capacidad económica no es sinónimo de no necesitar tanto apoyo. Por otro lado, aunque no se tenga buena capacidad económica, con el endurecimiento en los baremos no todo el mundo consigue un grado I, que es el mínimo, para tener el derecho. Estamos hablando de personas que en un primer momento sí habrían tenido acceso. Uno de esos momentos fue cuando se eliminaron los niveles de los grados de dependencia. [p3-r1]

- Apoyo de grandes empresas y Fundaciones Sociales

Y por tanto si se diese más a conocer y con el crecimiento de la población mayor que empieza a producirse, habría más implicación y apoyo de grandes empresas en colaborar y financiar por ejemplo infraestructuras a través de fundaciones sociales. [p2-r1]

- Articular un pacto político que exceda los ciclos de gobierno

¿Qué sería necesario? Sin duda, un gran pacto político al igual o en los términos parecidos al Pacto de Toledo en relación a las pensiones. El sistema irá incorporando nuevos dependientes como consecuencia del envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida, pero desde hace años, las nuevas incorporaciones al sistema son similares. [p7-r1]

- Incorporar un índice de sostenibilidad de acuerdo a indicadores demográficos

Se puede incorporar en los presupuestos un índice de sostenibilidad de acuerdo a la nueva incorporación o envejecimiento de la población y establecer un sistema de cotización diferenciado asociado al trabajo. [p7-r1]

- Implantar un límite de costes por persona a lo largo de su vida

En primer lugar, creo que es necesario fijar las fuentes de financiación precisas. Buscar nuevas fuentes, aunque no sean populares, haría que la situación fuese realista. Creo que es necesario la introducción de un límite en los costes de atención en los que las personas incurrirán a lo largo de su vida. En Reino Unido, por ejemplo, este límite entrará en vigor a partir de abril de 2020. Se podrían prever acuerdos de pago aplazados, los cuales evitarían que las personas tengan que vender sus viviendas para pagar por su cuidado en un futuro. [p8-r1]

- Tener un mayor conocimiento de las necesidades y ser realistas en las previsiones

Para que el sistema sea sostenible es necesario ser realistas, y por tanto realizar las estimaciones oportunas sobre las necesidades de financiación requeridas. De otra manera no se podrá llevar a cabo. Es necesario conocer la evolución más precisa posible del número de solicitantes en cada uno de los grados, y dentro de ellos, una estimación de la cobertura, para así prever la asignación de los recursos. [p8-r1]

- Repartir los fondos entre las CCAA por el gasto de la población, no por el número de habitantes

Por último, el reparto de fondos públicos a las CCAA no debería hacerse por población sino por el gasto que dicha población supone según las prestaciones a las que se acceden, para lo que habría que hacer estudios específicos de los recursos que se otorgan a través de esta Ley, el número de personas que abarcan y el coste de los mismo a nivel individual y colectivo. P4-r1

- Mayor apoyo de las familias. Este aspecto genera grandes diferencias en cuanto al rol que la familia debe desempeñar en la atención de la persona dependiente

La demanda de cuidadores se ha disparado... el SAAD tiene que velar juntamente con la familia para que estos servicios se cumplan con profesionalidad. [p1-r2]

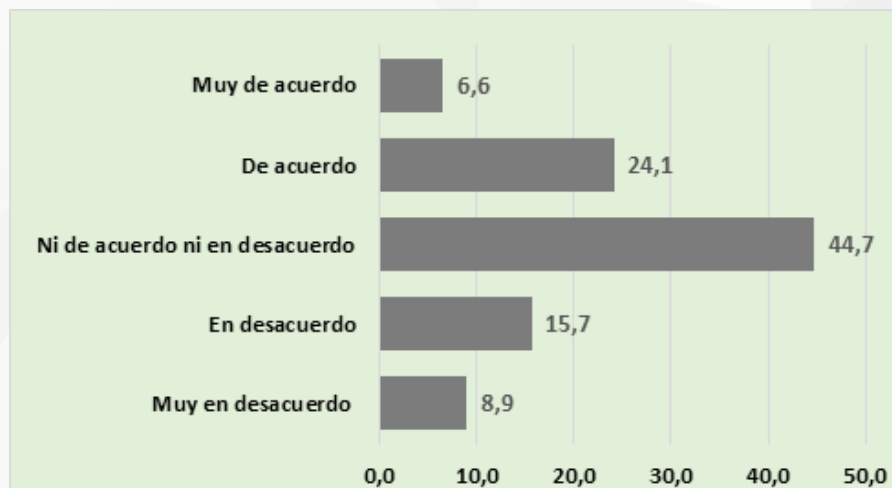
- Una alternativa propuesta es reducir el número de prestaciones de cuidados en el entorno familiar y aumentar la cuantía de dichas prestaciones

Si se mantiene la prestación de cuidados en el entorno familiar y atendiendo a las últimas modificaciones que se han dado últimamente (la recuperación de la cotización de los cuidadores no profesionales), habría que centrarse en ofrecer la formación necesaria para que las familias puedan ofrecer apoyos reales y seguros y dedicar todo el tiempo que la prestación exige. Para ello, habría que reducir el número de personas que la reciben y dárselo a aquellas que, por las circunstancias, tengan esta posibilidad como mejor opción. Utilizando esta partida para menos gente supondría un aumento en la cuantía económica que percibirían. [p3-r2]

4.3.1. Copago

Los datos de la encuesta sobre el copago ponen de manifiesto que un tercio de la población se muestra de acuerdo con que el aporte económico al coste de los servicios del SAAD recibidos es proporcional a la calidad de la atención.

Gráfico 1. Impresión de usuarios/as del SAAD sobre calidad/precio de los servicios



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

El copago ha generado importantes disensos entre los/las profesionales oscilando entre la necesidad de mantenerlo y la urgencia de eliminarlo, generando también posturas intermedias que abogan por modificar las variables que se aplican en su cálculo.

El copago sin duda es un punto controvertido y de difícil resolución ya que el copago viene incorporado en la propia Ley 39/2006. [p7-r2].

Creo que, para asegurar la sostenibilidad del sistema, es necesario recurrir al copago, es decir los gastos, que como ya conocemos son muy elevados, deben ser compartidos entre los beneficiarios (en función de sus recursos tanto económicos como patrimoniales) y el estado. [p8-r1]

Al final, aunque a todos nos gustaría que el copago no existiera, es importante para garantizar la sostenibilidad del sistema, al menos según está planteado. [p3-r2]

Es necesario la supresión del Copago, ya que este, por pequeño que sea tiene un impacto directo en las condiciones de vida de las personas con discapacidad. [p5-r2]

Uno de los cuestionamientos al copago es su relación con la Universalidad del sistema.

Si bien, desde una perspectiva socialdemócrata entiendo la existencia de copagos, me pregunto si ese carácter universal queda cuestionado cuando personas con altos ingresos tiene que pagar altas cantidades de copagos. En otros sistemas universales no tienen que hacerlo. Estas personas podrían considerar que ya han estado pagando al sistema a lo largo de su vida y ¿por qué no les protege la Ley como al resto si un

derecho universal? Lo dicho, entiendo la concepción política y técnica, pero a veces me cuestiono si se cuestiona con el actual sistema de copago la universalidad. [p7-r2]

La comparativa con el Sistema de Salud español ha sido uno de los argumentos más empleados al realizar las valoraciones sobre el copago. Varios expertos/as equiparan el SAAD con el Sistema Sanitario aduciendo que ambos cubren necesidades básicas vinculadas a la salud y que potenciar el primero descargaría de presión asistencial al segundo.

Una persona rica tiene acceso a cualquier tratamiento en el sistema de salud independientemente de sus ingresos. Por tanto, si queremos que el sistema sea universal deberíamos plantearnos la necesidad de que el sistema mantenga copagos. [p7-r2]

Yo no estoy de acuerdo con el copago. Pagamos impuestos por todo y encima cotizamos a la S. Social. Quizá yo empezaría con que todas aquellas personas que no trabajan se paguen la S. social para tener derecho a la asistencia sanitaria gratuita...y si no pueden pagarla que lo demuestren y entonces entrarían en la beneficencia. [p1-r2]

Del estudio cualitativo realizado emerge el concepto «repago» recogido por una parte de profesionales que considera que los ciudadanos y las ciudadanas ya contribuyen con sus tributos al mantenimiento del sistema de bienestar y que el copago implica pagar dos veces para tener derecho a recursos de protección de situaciones de vulnerabilidad derivadas de la dependencia. De nuevo, la concepción general del Sistema y de las implicaciones de protección y aportación de los usuarios y las usuarias generan distintas percepciones en cuanto a la universalidad y el alcance de la protección.

Al hecho de tener que complementar los servicios, que ya tienen copago, por una insuficiente cobertura se le ha denominado por parte de diversos agentes «repago». [p5-r2]

Las personas ya pagan impuestos a lo largo de sus vidas, cotizan a Hacienda, contribuyen con el IVA en la compra diaria de productos, etc. Sin embargo, la existencia de un compromiso de copago está circunscrito a la propia naturaleza de la ley dado que, a priori, no se entendería que una persona rica fuese beneficiaria de las prestaciones que se recogen en el catálogo de la dependencia. Esta perspectiva socialdemócrata contradice en alguna manera el derecho universal a la dependencia. [p7-r2]

La capacidad económica y el patrimonio serían los dos factores más relevantes al valorar el copago. La consideración actual de la capacidad económica genera situaciones que se valoran como injustas en la relación entre la priorización de acceso a los servicios, el grado de dependencia y la capacidad económica, debiendo estar exentas de copago las personas con rentas mínimas.

Introducir en la priorización de entrada en un servicio la capacidad económica. Se están dando casos donde una persona con un grado III y una capacidad económica de 11.000 euros (ingresos líquidos de 5.000) entra primero en un servicio que una persona con un grado II y capacidad económica de 600 euros. [p5-r2]

Siempre basándose en las rentas de los posibles receptores de las diferentes clases de servicio que se les pueden prestar. Para las personas sin recursos o con las rentas mínimas deberían ser servicios totalmente públicos y gratuitos. Las personas con las rentas

más altas deberán tener un copago de los servicios que aun así deberían estar financiados en su mayor parte por los estamentos públicos. [p2-r2]

El planteamiento actual con respecto a la consideración de la renta de quienes solicitan servicios y recursos del SAAD se considera que favorece a las clases altas y se señala a las personas con discapacidad como las más perjudicadas.

Entre las personas con discapacidad se concentran tramos de rentas más bajas y que por añadidura tienen más dificultades de acceso al mercado laboral y por los gastos extraordinarios en que deben incurrir y que la concentración de los tramos de copago en estas rentas, perjudica gravemente a las mismas. [p5-r2]

El patrimonio es el otro gran referente para el cálculo del copago y se regula de forma específica por cada CCAA, aspecto que genera desigualdades. Como se puede apreciar en los datos obtenidos, las desigualdades territoriales son un elemento recurrente a la hora de analizar diversos factores que regulan y condicionan el SAAD.

El hecho de que existan 17 regulaciones diferentes, no hacen sino ahondar en las diferencias entre las personas sujetas de derecho. Es más, los criterios para la determinación de la renta de las beneficiarias también son un elemento provocador de desigualdad. Por ejemplo, se señala el hecho de tener o no en cuenta el patrimonio, o el establecimiento o no, de diferentes límites exentos dentro del patrimonio. [p5-r2]

La valoración patrimonial genera muchas reticencias pues no siempre se considera un indicador real de poder adquisitivo. Ante esta complejidad, se aboga por estudios personalizados de cada caso que excedan la mera aplicación de baremos que no recogen todas las variables relevantes.

Creo que a la hora de valorar la capacidad económica de la persona usuaria debe tenerse en cuenta el patrimonio solo en los casos en los que aporte beneficio económico monetario. Galicia es una zona rural y normalmente por herencias se suelen tener terrenos y fincas que en la mayoría de los casos no aportan beneficio económico. No puede tener el mismo copago o parecido una persona con una pensión elevada que una persona con una PNC y terrenos que no aportan beneficio económico real. Quiero decir con esto que es necesario valorar cada caso concretamente y no establecer un cálculo de copago general a todas las personas por igual. [p5-r1]

El copago y el denominado «repago» son conceptos complejos en los que inciden especialmente la capacidad económica y el patrimonio, pero las diferenciales regulaciones autonómicas y otros factores personales dan como resultado una gran heterogeneidad de situaciones sobre las que los/as expertos/as no se ponen de acuerdo a la hora de determinar su conveniencia y articulación en su caso.

En síntesis, las propuestas para mejorar la viabilidad económica del SAAD son variadas y se dirigen hacia distintas direcciones, en línea con la complejidad de elementos analizados y valorados:

- Establecer umbrales mínimos y máximos. Algunos/as expertos/as indican porcentajes concretos que debe asumir el beneficiario/a, otros proponen el IPREM, etc.

- Establecer mínimos y límites en cuanto al copago entre Comunidades Autónomas.
- Aumentar la inversión en Servicios Sociales, asumiendo que reduciría los gastos en Servicios Sanitarios.
- Analizar el Mínimo Vital.
- Considerar todos los gastos en los que el/la usuario/a incurre, no solo los derivados de su situación de dependencia.
- Buscar una mayor equidad del sistema a través de un organismo específico orientado a este objetivo o de comisiones para casos excepcionales.
- Realizar análisis incluyendo a la persona de forma más individualizada más allá de los baremos.
- Considerar la vivienda como recurso de financiación. Se trata de una propuesta no consensuada que cuenta con proyecciones en otros países europeos.

4.4. Lealtad institucional

La complejidad del SAAD es incuestionable por las instituciones públicas y privadas implicadas en su gestión y articulación, así como por las importantes diferencias autonómicas constatadas. La coordinación entre administraciones públicas con distinto ámbito geográfico de influencia genera situaciones que afectan a los usuarios y las usuarias, así como la dificultad de trasvase de datos entre los Servicios Sociales y Sanitarios. Estas circunstancias obedecen, según la terminología de un experto, a la «falta de lealtad institucional».

En primer lugar, respecto a las características desfavorables podemos encontrar: la falta de lealtad institucional entre las distintas administraciones intervinientes, la dependencia de partidas presupuestarias y su vinculación con los ciclos económicos y, en tercer lugar, la vinculación partidista que se hace del SAAD por parte de los partidos políticos, tal y como también ocurre con las pensiones, la sanidad y educación. [p7-r1]

Otro de los retos emergentes en el Delphi es la consideración del SAAD como un proyecto común en el que los y las agentes implicados deben colaborar y facilitar las labores de los demás, así como que el acceso a los derechos se realice en las condiciones de igualdad y universalidad que marca la Ley.

La universalidad del derecho en relación al acceso al SAAD implica que todos los dependientes puedan acceder al sistema en igualdad. [p7-r1]

En esta línea de actuación y para optimizar la coordinación y eficacia entre instituciones públicas y privadas, así como entre distintas autonomías, los/as expertos/as señalan las siguientes propuestas:

- Aumentar los esfuerzos en la evaluación. Es relevante valorar la satisfacción de la ciudadanía con los distintos servicios, las necesidades no cubiertas y las dificultades encontradas. Esta evaluación sistematizada y global permitiría realizar diseños de planificación tanto económica como de servicios, más ajustada a los distintos entornos y demandas y optimizar los recursos.

En este sentido, es importante que la administración hiciera un esfuerzo mayor en la evaluación de los servicios, de la satisfacción de los ciudadanos, la valoración de las necesidades del entorno, etc., y a partir de ahí, se podrán atribuir los presupuestos de un modo mucho más coherente, así como apoyar a las entidades o proyectos que cubran aquellas necesidades que no se estén cubriendo de forma adecuada. [p3-r2]

- Diseñar e implementar programas y proyectos comunitarios. Se realizaría por parte de los Centros de Acción Social y sería una herramienta de prevención fomentando el envejecimiento activo, el apoyo mutuo, el acceso a información, etc.

Hay escasa intervención a nivel comunitario. Desde los CEAS se ha potenciado el trabajo social de casos y algo el trabajo social con grupos, pero la perspectiva comunitaria se ha quedado un poco atrás, ya sea porque el trabajo del día a día impide crear algo más a largo plazo, o por la falta de recursos humanos y económicos, etc. Desconozco el motivo por el que está ocurriendo esto, pero la intervención con grupos y los proyectos a nivel comunitario son claves porque, dirigidos a fomentar el envejecimiento activo, la puesta en común de conocimientos de cada persona sobre los apoyos que pueden encontrar en el entorno y de otros conocimientos acerca de problemáticas similares, va a favorecer un mayor conocimiento sobre el sistema, las entidades y los derechos que cada ciudadano tiene. [p3-r2]

- Articular calendarios de reuniones periódicas entre Servicios Sociales y Sanitarios para elaborar proyectos conjuntos.

Otro punto a tener en cuenta es la realización de reuniones periódicas, para que ambas partes (Servicios Sociales y Sanitarios) conozcan la situación del entorno en el que se encuentran, pudiendo elaborar programas o proyectos dirigidos a las necesidades de la población. [p3-r2]

- Crear un sistema de centralización de la información en el que los/las profesionales vinculados/as a su gestión, puedan actualizar los datos de cada persona en situación de dependencia y estos sean accesibles para el resto de profesionales. De este modo, se ahorrarían recursos que, con la evolución de la situación de los usuarios y usuarias, a veces dejan de ser necesarios y disminuiría los plazos de gestión.

En relación al resto de servicios, sería interesante que los servicios especializados en materia de dependencia encargados de gestionar los recursos en cada CCAA centralizasen la información de distintos ámbitos para conocer la situación actual del dependiente en cada momento [p7-r2]

- Establecer de forma más pormenorizada los límites del alcance de la Ley sobre Dependencia. Esto podría guardar relación con el modelo familiar español donde las mujeres están especialmente asociadas a cuidados de mayores y menores (Zueras et. al., 2018) y son las que tienden a cubrir buena parte de las necesidades de muchas de las personas que se encuentran en situación de dependencia.

Si no hay un compromiso en la definición del alcance de la Ley estaremos constantemente cuestionando cuál es el límite de la misma. De igual forma, el denominado modelo «varón ganador del pan» juega en contra en nuestra sociedad porque el Estado sabe

que siempre encontrará una mujer del ámbito familiar que se ocupe de la persona en situación de dependencia. [p7-r1]

En esta línea discursiva, se identifican diversas referencias a elementos culturales como factores a considerar en el trasfondo de la dependencia.

Finalmente, los nodos de dificultad los encontramos en la concepción ideológica y de gestión de los distintos grupos políticos y en aspectos culturales y sociales que están ligados al cuidado en nuestro país. [p4-r2]

- Existencia de reglamentaciones más igualitarias y similares entre CCAA para evitar algunas de las notables diferencias que se están produciendo entre personas usuarias de distintos territorios. Los criterios deberían ser más homogéneos, aunque existe un debate y una falta de acuerdo a la hora de fijar los aspectos que limiten las competencias de cada CCAA y justifiquen las diferencias entre ellas. Se han identificado opiniones diversas desde la homogeneidad de todo el sistema en todas las CCAA, otras que apuntan algunos factores a incluir en las regulaciones diferenciales (proporción de población dependiente y con ratios elevadas de edad, aportaciones económicas a las arcas del Estado) y finalmente están quienes abogan para que cada CCAA pueda realizar los apoyos que considere en función de sus fondos y prioridades.

¿Qué aspectos dificultan el acceso en condiciones de igualdad? Principalmente la regulación de la normativa en materia de dependencia por parte de las Comunidades Autónomas tanto en relación al régimen de compatibilidades como en la intensidad de las prestaciones. Si bien, el gobierno regula unos criterios mínimos a nivel estatal, las Comunidades Autónomas regulan en relación a sus competencias. [p7-r1]

En definitiva, para que el derecho sea universal para el conjunto de los españoles, se debería evitar que coexistan normativas en materia de dependencia que otorgan derechos o beneficios distintos según Comunidad Autónoma, se debería impedir la existencia de listas de espera, debería existir una oferta real de catálogo de la dependencia en el conjunto de las Comunidades Autónomas y, finalmente debería existir una mayor voluntad política de todas las administraciones públicas implicadas. [p7-r1]

La realidad que perciben los/as usuarios/as y que también recogen algunos profesionales es que hay grandes diferencias de listas de espera, asignación de recursos, dotaciones de estos, etc.

Creo que no es un servicio universal, ya que el acceso depende del lugar de residencia de las personas dependientes. En la práctica, no se están recibiendo ni las mismas facilidades en las solicitudes, ni las mismas atenciones en Madrid que en Cantabria o que en Extremadura, por ejemplo. Como resultado de la gestión por las Comunidades Autónomas (CCAA) se producen importantes diferencias. [p8-r1]

En segundo lugar, la oferta de servicios varía mucho entre territorios. Por ejemplo, Valencia ha sido una de las Comunidades Autónomas que ha implantado más tarde el Servicio de Ayuda a Domicilio a través del SAAD. Este aspecto es incomprensible si no tenemos en cuenta la falta de voluntad política, ya que es un servicio que forma parte de la estructura básica de Servicios Sociales desde los años 80. [p7-r1]

Algunos datos concretos sobre las diferencias interautonómicas orientan de forma cuantitativa sobre la disparidad de situaciones descrita:

En relación con las prestaciones también existen diferencias; por ejemplo, en Andalucía el 31,22% de los beneficiarios están cubiertos mediante el servicio de Teleasistencia, mientras que en la Comunidad Valenciana este valor es el 3,85%, siendo la media nacional el 16,98%. [p8-r1]

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La encuesta realizada ha posibilitado cuantificar con precisión información detallada sobre los tiempos de espera en cada paso del proceso, más allá del conocido y, en ocasiones discutido, promedio oficial sobre listas de espera. La información obtenida permite afirmar que más de la mitad de la población atendida debe esperar 6 meses o más para los procesos de reconocimiento y asignación de prestaciones y/o servicios, así como que dichas esperas se acumulan.

El trabajo de campo ha permitido comprender cómo trece años después de la puesta en marcha del sistema, el mero hecho de acudir al proceso de valoración sigue despertando reticencias entre personas usuarias o potencialmente usuarias, familias, empresas y profesionales vinculados al SAAD. Cuando se ha profundizado en las causas de estas reticencias se ha encontrado un conjunto relevante de ellas que dibujan una tendencia no escrita a dilatar la solicitud hasta que la situación de dependencia es muy grave o mientras la familia pueda hacerse cargo. Algunos elementos que justifican la no solicitud de prestaciones son su propia escasez de recursos o las complicaciones burocráticas. Por otra parte, se han detectado casos en los que personas dependientes que necesitan del SAAD, carecen de apoyos para acceder y gestionar los derechos derivados de su situación de necesidad.

A partir de las respuestas a la pregunta sobre cobertura de necesidades por parte del SAAD, se ha podido extraer un índice sintético de satisfacción sobre la calidad / precio de los servicios. Este índice se ha aplicado a las principales variables de la población encuestada, resultando que la insatisfacción por la calidad/precio de los servicios recibidos se concentra en las poblaciones más jóvenes, del medio rural y con estudios medios o superiores.

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

Otro de los desafíos que surge es la consideración del SAAD como un proyecto común en el que se requiere la colaboración de los agentes implicados para facilitar las labores de los demás, así como que el acceso a los derechos se realice en las condiciones de igualdad y universalidad que marca la Ley. Las dificultades de coordinación entre administraciones que afectan al SAAD, ampliamente constatadas en la bibliografía, son la punta del iceberg de una amplia falta de vertebración. Se han encontrado evidencias de que las CCAA no cooperan, no comparten técnicas, ni información, ni resultados. En este contexto, el papel central que debería tener la Administración Local se ve oscurecido.

6. REFERENCIAS

- Cervera, M., Herce, J., López-Casasnovas, J., Rodríguez-Cabrero, G., & Sosvilla, S. (2009). *Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006, 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. IMSERSO.
- Codorniu, J. M. (2015). El desarrollo de la LAPAD: propuestas para el futuro. *Documentación Social*, 177, 181-208.
- Codorniu, J. M. (2016). Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia: retos del futuro. *Revista Zerbitzuan*, 60, 9-30.
- Comisión para el análisis de la situación del sistema de dependencia. (2017). *Informe de la comisión para el análisis de la situación actual del sistema de la dependencia, de su sostenibilidad y de los actuales mecanismos de financiación, para evaluar su adecuación a las necesidades asociadas a la dependencia*. IMSERSO.
- Consejo Económico y Social. (2012). *Economía, trabajo y sociedad: memoria sobre la situación socioeconómica y laboral: España 2011: edición resumida*. Consejo Económico y Social.
- Correa, M. y Jiménez-Aguilera, J. (2016): Sombras y sombras en la aplicación de la ley de dependencia. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 77-80.
- Del Pino, E. (2011). *Agencia estatal de evaluación de las políticas públicas y la calidad de los servicios en España*. <http://www.aeval.es/es/index.html>
- Fernández-Villarán, A. (2003). Diferentes enfoques de la gestión de calidad. En *La calidad de los servicios sociales: conceptos y experiencias* (pp. 25-50). Tirant lo Blanch.
- González-Ortega, S. (2013). *La aplicación de la Ley de Dependencia en España*. Consejo Económico y Social de España.
- Huete-García, A. (2019). *Autonomía e inclusión de las personas con discapacidad en el ámbito de protección social. Resumen de políticas del BID*. <http://dx.doi.org/10.18235/0001702>.
- Jiménez-Lara, A. (2015). Valoración de la situación del SAAD y propuestas de futuro. *Documentación Social*, 177, 209-226.
- Jiménez-Lara, A. (2017). La atención a la dependencia: situación actual y perspectivas. *Panorama Social*, 26, 25-39.
- Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*.
- Martínez-Buján, R. (2014). Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 145(1), 99-124.
- Martínez-López, J. (2014). Ley de dependencia: de la fragilidad de los servicios, a la necesidad de la prestación económica. *Documentos de Trabajo de Sociología Aplicada*, 4, 1-25.

Martínez-López, J. (2017). El modelo híbrido de atención a las personas en situación de dependencia en España: una década de cambios normativos y ajustes presupuestarios. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 68, 135-168.

Montero, M. (2014). *Análisis comparado de los sistemas de cuidados y atención a la dependencia en Alemania y España*. Fundación CASER.

Observatorio estatal de la dependencia. (2013). *Informe sobre el desarrollo y evaluación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Asociación estatal de directoras y gerentes de servicios sociales.

Pozo-Rubio, R. D., Pardo-García, I., & Escribano-Sotos, F. (2017). El copago de dependencia en España a partir de la reforma estructural de 2012. *Gaceta Sanitaria*, 31, 23-29.

Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 31 de diciembre 2013, N° 313, Madrid.

Real Decreto 291/2015, de 17 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 1 de mayo 2015, N° 104, Madrid.

Rodríguez-Cabrero, G. (2011). Los sistemas públicos europeos de atención a la dependencia. *Actas de la Dependencia*, 1, 66-91.

Reguant-Álvarez, M., & Torrado-Fonseca, M. (2016). El método Delphi. *REIRE, Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 9(1), 87-102.

Sánchez, C. (2007). Retos de la calidad de los servicios en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 70, 135-151.

Secretaría Confederal de Política Social y Movimientos Sociales de Comisiones Obreras (2018). *Seguimiento de la implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. CCOO.

Zueras, P., Spijker, J., y Blanes, A. (2018). Evolución del perfil de cuidadores de personas de 65 años y más con discapacidad en la persistencia de un modelo de cuidado familiar. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53(2), 66-72.

Varela-Ruiz, M., Díaz-Bravo, L., y García-Durán, R. (2012). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Revista Investigación en Educación Médica*, 1(2), 90-95.

Villaplana, C. (2012). Valoración económica de las medidas de mejora del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. *Actas de la Dependencia*, 26, 35-50