Policy Paper

Atención a la dependencia en Cataluña: retos y propuestas

VICTORIA COLL
JOAN COSTA-FONT
JAUME ESTANY
HELENA HERNÁNDEZ-PIZARRO
SERGI JIMÉNEZ-MARTÍN
GEMMA PERERA
ALBERT PRADES
TONI VILÀ

Fedea Policy Paper 2026/04
Julio de 2026

fedea

Las opiniones recogidas en este documento son las de sus autores y no coinciden necesariamente con las de Fedea.

Atención a la dependencia en Cataluña: situación, retos y propuestas[א]

Victoria Coll (CSC), Joan Costa-Font (LSE), Jaume Estany (CSB), Helena Hernández-Pizarro (Tecnocampus UPF y CRES), Sergi Jiménez-Martín (UPF, BSE y FEDEA)[ג], Gemma Perera (DIBA), Albert Prades (Tecnocampus, UPF y CRES) y Toni Vilà (IGOP)

Julio de 2026

Resumen

El sistema de dependencia en Cataluña, desplegado bajo la Ley 39/2006, ha universalizado el acceso a los cuidados, pero arrastra un desequilibrio estructural: infrafinanciación, lentitud administrativa, fragmentación entre el ámbito social y el sanitario, y una elevada carga familiar asumida de forma desproporcionada por mujeres. Las listas de espera, con meses de demora tanto en la valoración como en el acceso efectivo, siguen siendo una barrera crítica, y la mortalidad en espera de atención evidencia la urgencia de reformas. El modelo se ve tensionado por una estructura familiar cambiante y un mercado laboral de los cuidados precarizado, feminizado y con salarios bajos, carencias que se reflejan tanto en una atención domiciliaria insuficiente y desigual como en unas residencias aún lejos de convertirse en espacios de alta complejidad coordinados con la red sanitaria.

A pesar de estas limitaciones, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) ha generado empleo, ha reducido hospitalizaciones evitables y ha contribuido a la economía, pero sobre una base frágil y desigual, con una financiación estatal insuficiente e incierta. El acceso sigue condicionado por desigualdades territoriales y por un proceso de valoración que no siempre capta la complejidad real. El documento concluye que Cataluña se encuentra ante un punto de inflexión: es necesario reforzar la atención domiciliaria y comunitaria, modernizar las residencias, profesionalizar los cuidados, integrar sistemas de información y estabilizar la financiación para construir un modelo coherente con el deseo mayoritario de la ciudadanía de vivir y envejecer en casa, con apoyo, autonomía y dignidad.

Palabras Clave: Cuidados de larga duración, Dependencia (SAAD), Financiación y sostenibilidad, Atención sociosanitaria integrada, Cataluña

Códigos JEL: I18, J14, H51 I H75**.**

[א] Este documento es una versión abreviada y complementada del informe del grupo CETIS de envejecimiento y cuidados (link al documento completo). Sergi Jiménez agradece los comentarios y sugerencias de Juan Oliva Moreno (UCLM).

[ג] Coordinador del grupo. Correspondencia: sergi.jimenez@upf.edu

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 (LAPAD) estableció, a partir del 1 de enero de 2007, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que universalizó la cobertura de prestaciones y apoyos a los cuidados, condicionando el acceso únicamente a la valoración de las necesidades, sin prueba previa de recursos. El sistema ofrecía servicios y prestaciones económicas para la promoción de la autonomía personal (atención domiciliaria, centros de día y residencias), además del apoyo a la atención informal de las familias, que mantenía, y aún mantiene, un peso considerable.

Antes del SAAD ya existía una red de servicios de asistencia social y de atención informal, pero con un gasto modesto. La Ley de Dependencia se planteó para racionalizar y promover los servicios de atención a la persona dependiente, ofreciendo una prestación monetaria o en especie, y para ofrecer un marco financiero estable fundamentado en tres pilares: aportación del Gobierno Central, aportación de las comunidades autónomas y copagos de los usuarios (Jiménez y Viola, 2017). En casi dos décadas, el SAAD se ha mostrado una herramienta útil para promover la atención profesional a la dependencia, pero la financiación sigue siendo limitada e incierta, lo que dificulta la gestión a medio y largo plazo.

Este documento analiza la situación actual del despliegue del SAAD en Cataluña, identifica sus retos y formula propuestas de mejora. Una cuestión previa es aclarar si el objetivo se limita a mejorar la gestión en el marco del SAAD o a rediseñar una política propia. En este segundo caso, Cataluña debería dedicar recursos adicionales a aspectos poco cubiertos por la ley estatal: prevención, tecnología, eficiencia de las prestaciones, formación y remuneración de los recursos humanos.

La financiación es uno de los grandes retos: la aportación estatal al nivel mínimo de la LAPAD sigue siendo inferior al coste real de una atención digna. España dedica en torno al 0,8% del PIB a la dependencia, frente a una media europea cercana al 1,6%, una brecha que recae sobre las comunidades autónomas, que asumen aproximadamente el 74% de la financiación total. Esta insuficiencia quedó expuesta a raíz de la crisis del 2008 y de los recortes del 2012, de los que el sistema aún no se ha recuperado del todo. A esta carencia se suma una fragmentación institucional que separa lo social de lo sanitario, una atención domiciliaria con horas insuficientes y desigualdades territoriales, unas residencias con déficits estructurales y laborales, y un modelo tecnológico que avanza más lento que la realidad. En este contexto, el Real Decreto-ley 17/2026, de 23 de junio, supone el mayor incremento de la aportación estatal desde la creación del SAAD: la AGE destinará 5.514 millones de euros en 2026 y 7.239 millones en 2027, con el objetivo de alcanzar el 50% de la financiación total del sistema, duplicando las cuantías del nivel mínimo para el Grado II (de 130 a 260 euros/mes) e incrementándolas un

128% para el Grado III (de 290 a 660 euros/mes). Aunque este impulso fiscal es bienvenido, su efectividad dependerá de que no genere un efecto de desplazamiento (crowding out) de la inversión autonómica: existe el riesgo de que algunas comunidades reduzcan sus propias aportaciones al amparo de la mayor financiación central, neutralizando parcialmente los efectos positivos sobre la cobertura y la calidad. La sección 4 analiza en detalle los retos de financiación y la sección 5.6 formula propuestas para blindar la corresponsabilidad autonómica.

Superar estos obstáculos exige más que la corrección de trámites administrativos: requiere repensar cómo queremos cuidar, integrando los cuidados en la comunidad y profesionalizando un sector demasiado tiempo invisibilizado, con el proyecto de vida de cada persona como eje de cualquier decisión pública. El documento se estructura de la siguiente manera. La sección 2 reseña el funcionamiento del SAAD y su evolución reciente, con un repaso de la evidencia disponible. La sección 3 sintetiza los principales retos. La sección 4 describe el gasto y la financiación. La sección 5 recoge propuestas y la sección 6 presenta las reflexiones finales.

2. El funcionamiento del SAAD a Cataluña

El SAAD entró en funcionamiento en 2007. A diferencia del período anterior, donde la atención estaba condicionada a los recursos, universalizó el acceso independientemente de la edad u otras características demográficas (Viola, 2022), para racionalizar y promover los servicios de atención y otorgar un marco financiero más estable (Jiménez et al., 2016). El procedimiento tiene diversas etapas: la persona solicita la valoración del grado; la administración aplica el baremo (BVD) en el domicilio, donde se examinan el entorno y las condiciones físicas y mentales (Jiménez y Viola, 2017); y finalmente se emite un dictamen de grado.

Las personas con derecho a prestación se clasifican en tres grados: Grado I (dependencia moderada), cuando necesitan ayuda para diversas actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día o tienen necesidades de apoyo intermitente; Grado II (dependencia severa), dos o tres veces al día sin apoyo permanente; y Grado III (gran dependencia), varias veces al día con apoyo indispensable y continuo. Recientemente se ha establecido el grado III+ de dependencia extrema para enfermos de ELA. Los reconocidos como dependientes reciben un Proyecto Individual de Atención (PIA), elaborado por los Servicios Sociales básicos según necesidades y preferencias; el derecho se materializa con la resolución efectiva del PIA (Jiménez y Viola, 2022).

El SAAD ha llegado a la mayoría de edad en un contexto de envejecimiento acelerado y aumento de las necesidades de cuidados de larga duración. Su trayectoria ha estado marcada

por tres grandes limitaciones (un diseño inicial poco cuidado, los recortes de la Gran Recesión y la pandemia de la COVID-19), que generaron fuertes presiones financieras y estructurales y pusieron de manifiesto sus vulnerabilidades (Peña-Longobardo et al., 2016; Costa-Font et al., 2021; Oliva, 2023; Cases et al., 2023).

2.1. Evolución de solicitudes, cobertura y prestaciones: 2015-2024

Entre 2015 y 2024, el SAAD en Cataluña ha recibido 531.990 solicitudes iniciales; contando revisiones, el total asciende a 721.246, y se han elaborado 799.569 PIA. A 31 de julio de 2025, el tiempo medio de espera para la valoración del grado era de 198 días; hasta la resolución de la prestación había que añadir 78 días más, con un tiempo total de 270 días (Imserso, 2025a), a los que hay que sumar las esperas específicas para acceder a ciertas prestaciones.

Las personas de más de 60 años representan el 86,4% de las solicitudes; el 60% son mujeres y la edad media de solicitud es de 81,7 años. El porcentaje de mujeres se ha mantenido estable en torno al 61%, con ligera tendencia a la baja, y la edad media ha descendido de 81,8 años (2015) a 81,2 (2024). Siguiendo el BVD, se ha reconocido Grado I al 41% de los nuevos solicitantes, Grado II al 20% y Grado III al 10%; el resto no obtiene puntuación suficiente en la primera valoración.

En un sistema consolidado sería razonable esperar un incremento de la edad de entrada, sobre todo porque la población de más de 65 años goza de mejor salud: entre 2009 y 2021 la esperanza de vida con buena salud a los 65 años aumentó más de un año (OECD, 2010, 2023). El descenso observado puede indicar que el sistema aún no llega a toda la población con necesidades, o bien una tendencia a anticiparse por las listas de espera (el fenómeno de los limbos de la dependencia, documentado en Peña-Longobardo et al., 2016; Oliva et al., 2023; Imserso, 2025b; Ramírez-Navarro, 2024).

Tabla 1. Número total de prestaciones activas y porcentaje correspondiente a personas con BVD Especial a 31 de diciembre (2015-2024).

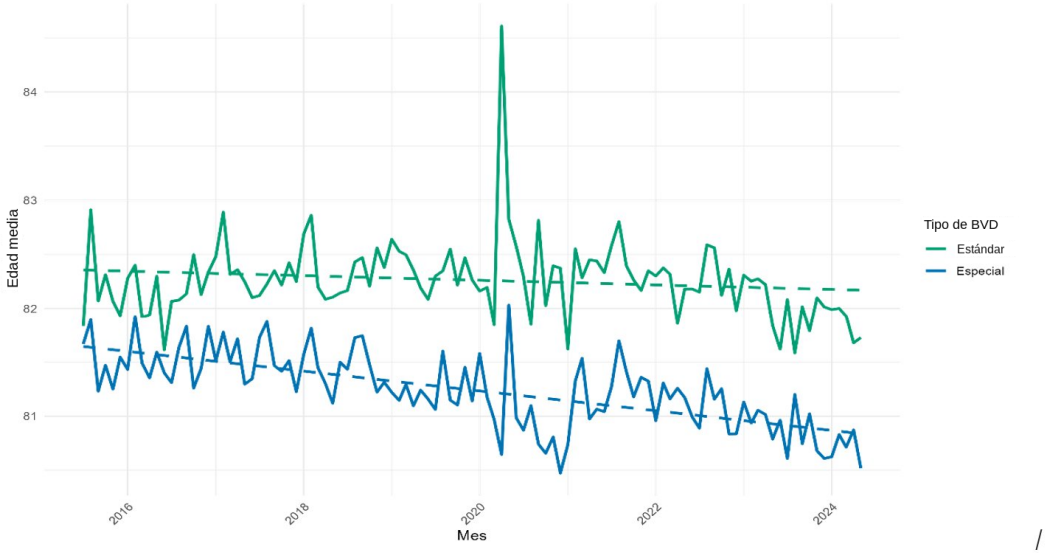
Año	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
% Solicitantes con BVD Especial	70,3%	69,4%	68,4%	67,8%	70,0%	67,4%	68,6%	69,2%	68,8%	69,2%
% prestaciones para BVD Especial	71,0%	70,0%	68,7%	67,6%	67,7%	66,8%	68,1%	68,8%	68,3%	68,6%

Nota: proporción de prestaciones activas cada 31 de diciembre correspondientes a personas evaluadas con BVD Especial y peso porcentual de este grupo respecto al total de personas activas. Incluye las personas incorporadas al SAAD a partir de 2015.

Hay que distinguir dos grupos según la capacidad cognitiva. Cuando el examinador detecta una disminución cognitiva, aplica el BVD Especial, que incorpora un módulo de toma de decisiones y vuelve a ponderar los ítems; se aplica a personas con discapacidad intelectual, trastornos de salud mental u otras condiciones que afectan el funcionamiento cognitivo.

Aproximadamente siete de cada diez personas evaluadas lo han sido con el BVD Especial, y la proporción de prestaciones dirigidas a este grupo se mantiene en torno al 70% (tabla 1). Las personas evaluadas con BVD Especial presentan una edad media de entrada ligeramente inferior y una reducción más marcada a lo largo del tiempo (figura 1).

Figura 1. Evolución de la edad media mensual de la primera solicitud al SAAD (julio 2015 - mayo 2024), según tipo de BVD. Mayores de 60 años. (BVD Estándar, n = 170.505; BVD Especial, n = 200.503.)



Nota: la figura muestra la evolución de la edad media mensual en el momento de la primera solicitud al sistema SAAD, diferenciando entre aquellas que conllevaron valoraciones realizadas con el BVD Estándar (n = 170.505) y con el BVD Especial (n = 200.503), durante el período comprendido entre julio de 2015 y mayo de 2024.

El descenso de la edad entre las personas con problemas cognitivos podría relacionarse con un mayor conocimiento del sistema, que lleva a acceder a la valoración en fases menos avanzadas para anticiparse a los tiempos de espera. La figura 2 presenta la evolución mensual de la edad media según el grado (Sin Grado, I, II y III), distinguiendo BVD Estándar (2A) y Especial (2B).

Figura 2. Evolución de la edad media mensual de la primera solicitud al SAAD (julio 2015 - mayo 2024), según tipo de BVD y grado obtenido. Mayores de 60 años. (Figura 2A: BVD Estándar; Figura 2B: BVD Especial.)

Nota: la Figura 2A muestra la evolución para la submuestra que realizó el BVD Estándar (n = 170.505) y la Figura 2B la de la submuestra que realizó el BVD Especial (n = 200.503). El BVD Especial se aplica a personas con discapacidad intelectual, trastornos de salud mental u otras condiciones que afectan al funcionamiento cognitivo. El período comprendido es entre julio de 2015 y mayo de 2024.

En términos de cobertura, a finales de julio de 2025, en Cataluña había 279.680 personas con derecho reconocido a prestaciones de apoyo a la dependencia, mientras que 41.037 todavía se encontraban pendientes de valoración. Por otra parte, 240.890 personas disponían de una resolución de PIA, mientras que 38.790 quedaban pendientes, y se encontraban en los llamados "limbos de la dependencia" (Peña-Longobardo et al., 2016; IMSERSO, 2025a). La distribución por grados de dependencia muestra que un 17,8% de las personas beneficiarias tienen reconocido el grado III, un 37,5% el grado II y un 44,7% el grado I (IMSERSO, 2025a). En conjunto, las personas beneficiarias acumulan 298.451 prestaciones, distribuidas como se muestra en la Tabla 2.

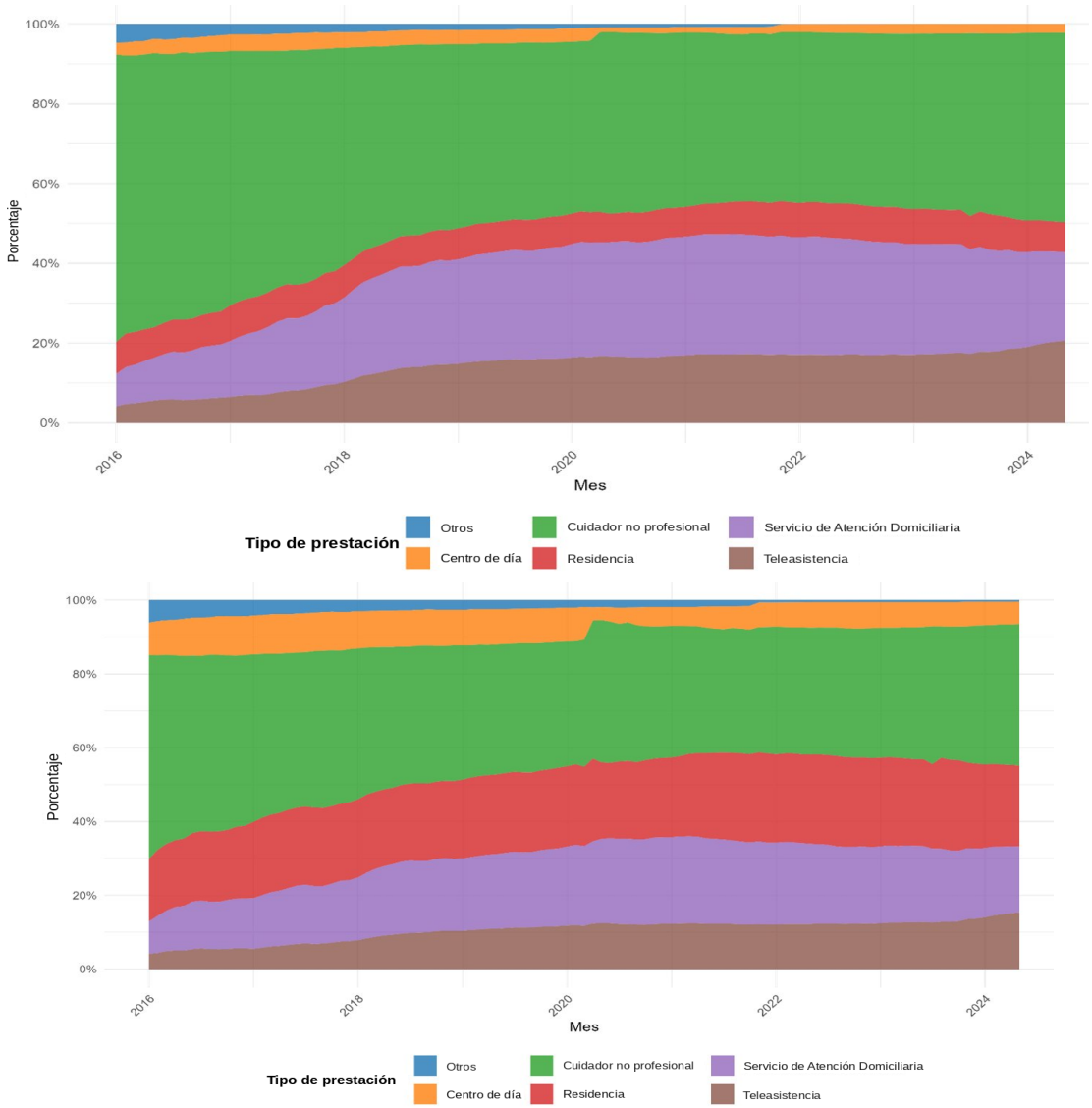
Tabla 2. Prestaciones por tipo y forma de provisión en Cataluña, julio de 2025.

Tipo de prestación	Beneficiarios	%
Prestación de cuidador/a en el entorno familiar	148.930	49.9%
Atención residencial *Prestación de servicio* *Prestación económica vinculada a Servicio*	53.270 *39.186* *14.084*	17.8% *13.1%* *4.7%*
Servicio de ayuda a domicilio *Prestación de servicio* *Prestación económica vinculada a Servicio*	39.784 *33.114* *6.670*	13,3% *11,1%* *2,2%*
Teleasistencia	39.698	13,3%
Centros de día *Prestación de servicio* *Prestación económica vinculada a servicio*	16.664 *14.268* *2.396*	5,6% *4,8%* *0,8%*
Otras	105	0,0%

Notas: Otros incluye servicio de promoción de la autonomía personal (n=15) y servicio de asistente personal (n=90).
Fuente: Imserso (2025a).

La figura 3 compara la composición de prestaciones activas según el tipo de BVD. En ambos grupos la prestación más frecuente es la de cuidador/a del entorno familiar, con un peso sustancialmente más elevado entre las personas con BVD Estándar, patrón que se reproduce en el Servicio de Ayuda a Domicilio, asociado a dependencia física. En cambio, residencias, centros de día y otros (que incluye principalmente centros sociosanitarios) tienen un peso proporcionalmente más alto en el grupo con problemas cognitivos, lo que sugiere una orientación más institucional y podría explicar las diferencias de edad entre BVD Estándar y Especial.

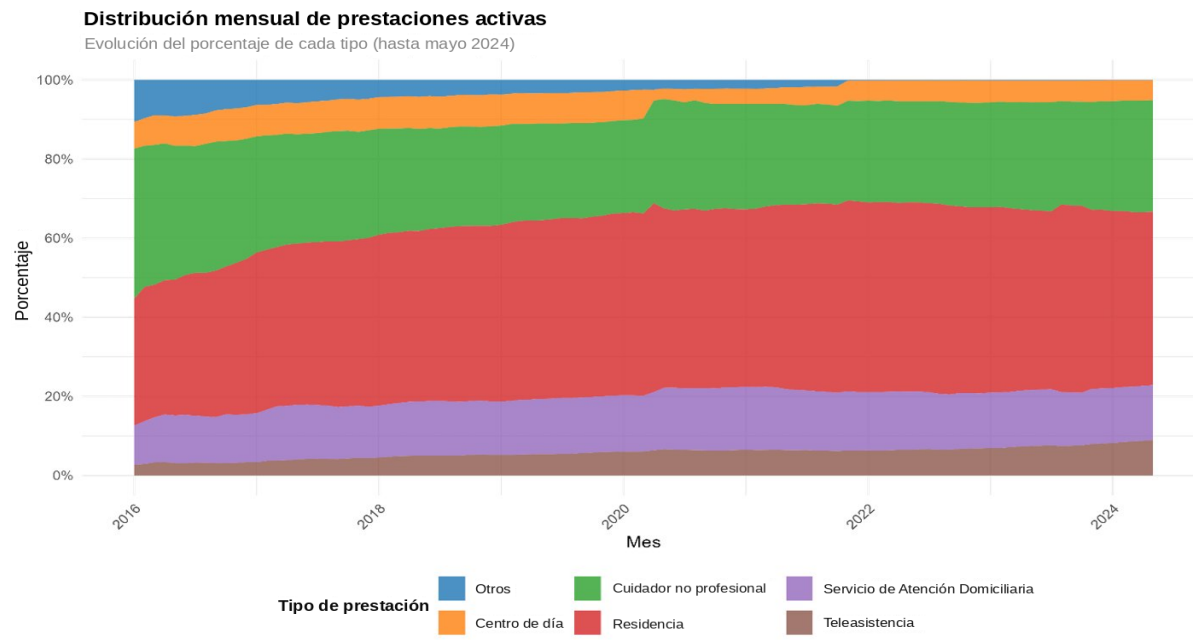
Figura 3. Evolución de la distribución de las prestaciones de apoyo a la dependencia activas (2016 – 2024, mayo), según tipo de BVD. (3A: BVD estándar; 3B: BVD especial.)



Nota: La figura 3A corresponde a las personas valoradas con el BVD estándar, mientras que la figura 3B recoge las prestaciones de las personas valoradas con el BVD especial, aplicado en casos de discapacidad intelectual, trastornos mentales u otras condiciones que afectan el funcionamiento cognitivo. Los porcentajes representan la distribución relativa de cada tipo de prestación dentro del total de prestaciones activas en cada mes.

La teleasistencia mantiene una presencia minoritaria pero estable y con ligero crecimiento, lo que apunta a una función complementaria y transversal. La figura 4 analiza las personas con BVD Especial y grado III (75 puntos o más), 51.989 individuos: destaca el aumento del peso de la atención residencial a lo largo del período, con una interrupción temporal durante la pandemia, mientras que la atención en el domicilio muestra un peso más reducido.

Figura 4. BVD Especial y Grado III de dependencia. Evolución mensual del porcentaje de prestaciones activas (enero 2016 - mayo 2024) para personas con BVD especial y valoración superior a 75.

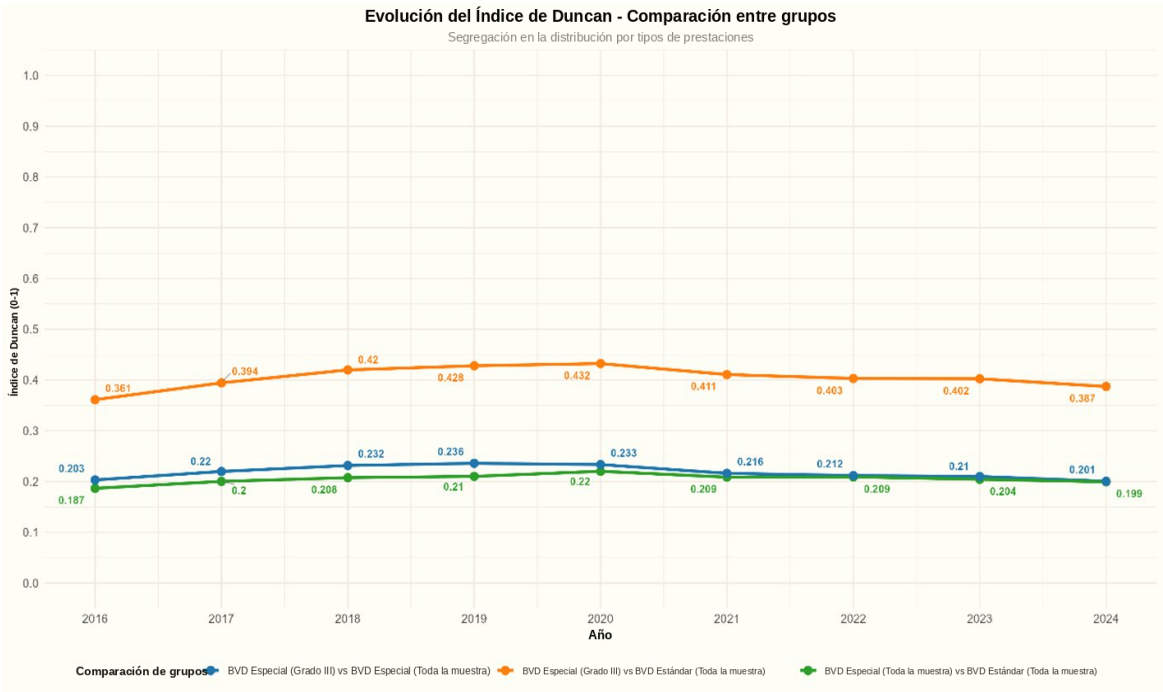


Nota: la figura 4 muestra la evolución mensual del porcentaje de prestaciones activas en el sistema SAAD para personas con BVD especial, aplicado a casos de discapacidad intelectual, trastornos mentales u otras condiciones que afectan al funcionamiento cognitivo.. Los porcentajes representan la distribución relativa de cada tipo de prestación dentro del total de prestaciones activas en cada mes.

Mediante el Índice de Segregación de Duncan (Duncan y Duncan, 1955), que toma valores entre 0 (ausencia de segregación) y 1 (segregación total), observamos que los tres grupos presentan patrones diferenciados pero generalmente débiles. Las comparaciones entre BVD Especial (toda la muestra) y BVD Estándar, y entre Especial para toda la muestra y solo grado III, mantienen valores próximos a 0,2; en cambio, la comparación entre Especial (Grado III) y Estándar muestra valores próximos a 0,4, indicando una segregación moderada y estable.

Las principales contribuciones a esta disimilitud provienen de las prestaciones de residencia y de cuidador del entorno familiar: las personas con BVD Especial, sobre todo las de Grado III, presentan más ayudas de residencia y menos de cuidador familiar. Como muestra la figura 5, la diferencia se amplía ligeramente hasta 2020 y después se reduce suavemente, evolución que podría relacionarse con la disminución de institucionalizados tras la pandemia, dada la elevada incidencia y mortalidad en entornos residenciales (Cases et al., 2023).

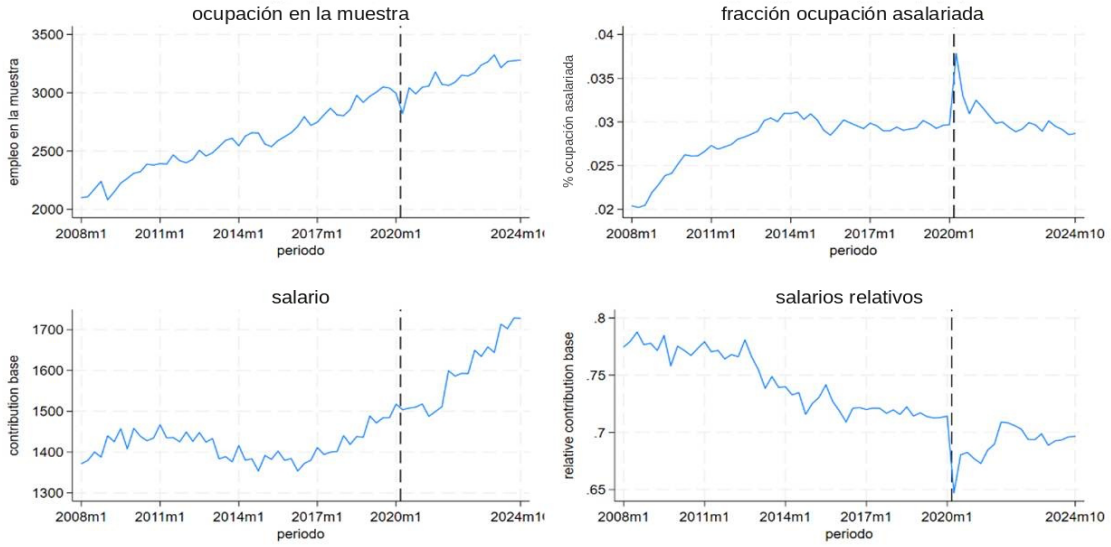
Figura 5. Evolución anual del Índice de Disimilitud de Duncan entre las distribuciones de los tipos de prestación de las personas evaluadas con BVD Especial y con BVD Estándar.



2.2. Algunos indicadores del mercado de trabajo

La figura 6 sintetiza la evolución del empleo y los salarios mensuales (aproximados por las bases de cotización corregidas por censura) en el sector de la dependencia en Cataluña entre 2008 y 2024, según la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL, Jiménez-Martín y Viola, 2024). El volumen de empleo sigue una senda creciente desde 2021 y la fracción de empleo asalariado se desacelera (3% a mediados de 2024) tras el salto en plena pandemia (4%). En cuanto a los salarios nominales, se observa cierto dinamismo desde finales de 2016, pero los salarios relativos alcanzan el mínimo de la serie, con un leve repunte hacia mediados de 2024.

Figura 6. Ocupación y salarios en el sector de dependencia en Cataluña. MCVL 2024.



Tras la reforma laboral de 2022, la fracción de empleo indefinido superó el 80% y la temporal bajó por debajo del 15%, casi 10 puntos porcentuales menos respecto a los inicios de la pandemia (figura 7). La contratación a tiempo parcial se estabiliza en torno al 26% y el grado de feminización mantiene una senda estable desde 2021. Por nacionalidad (figura 8), tanto la población trabajadora no española como los nacidos fuera de España ganaron peso desde la pandemia, alcanzando un 15% y un 36% del total del sector; en el sector sanitario el peso es menor, probablemente por la dificultad añadida de la homologación de cualificaciones.

Figura 7. Indicadores de calidad del empleo y grado de feminización. MCVL 2024.

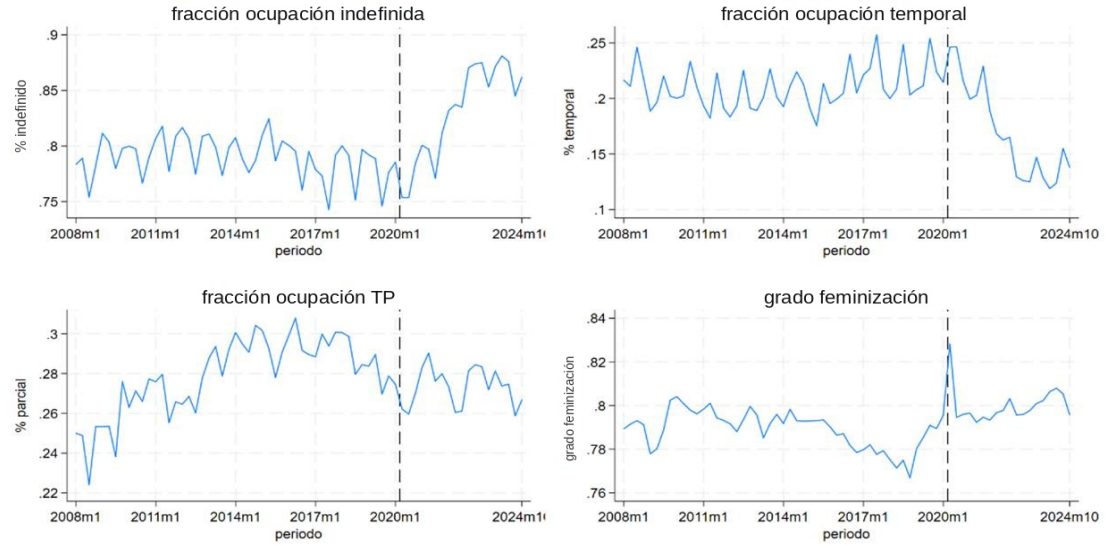
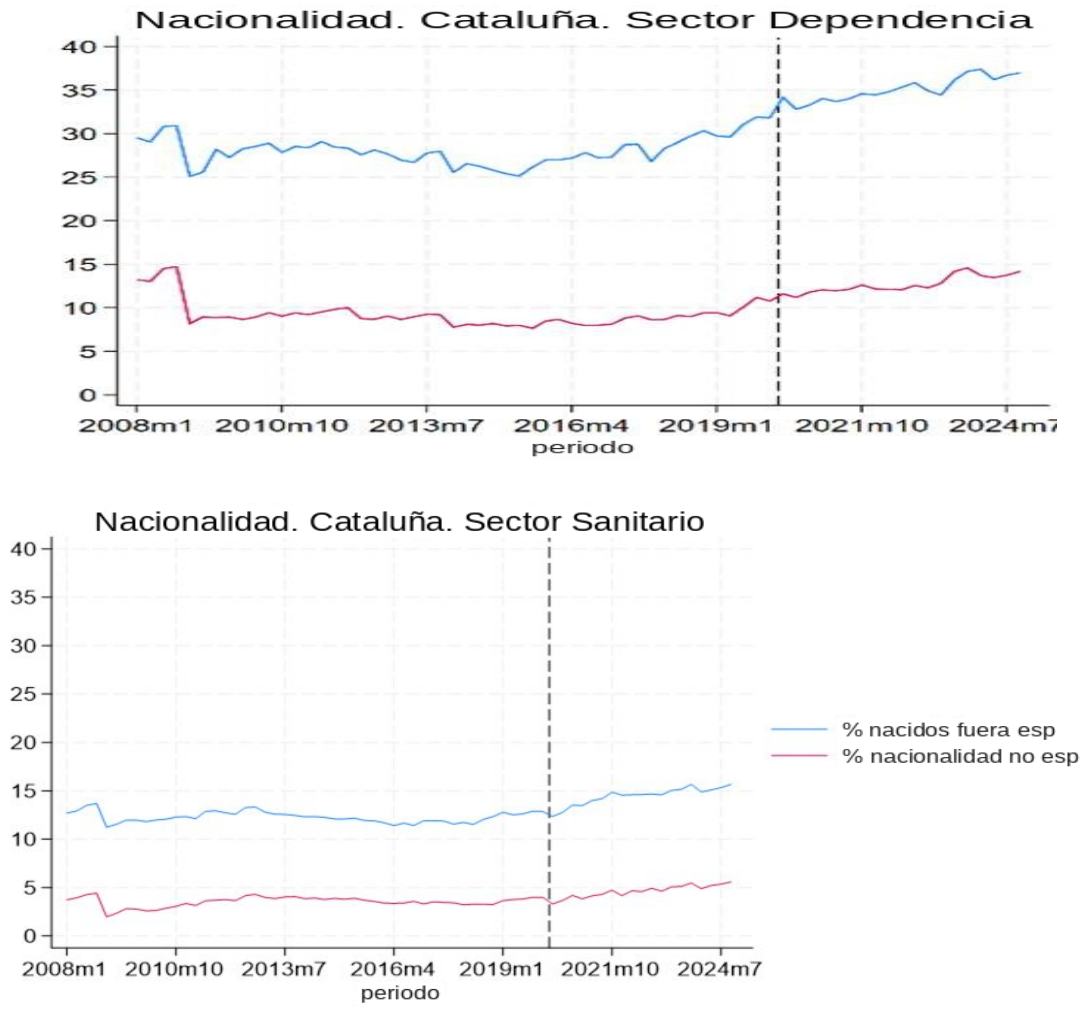
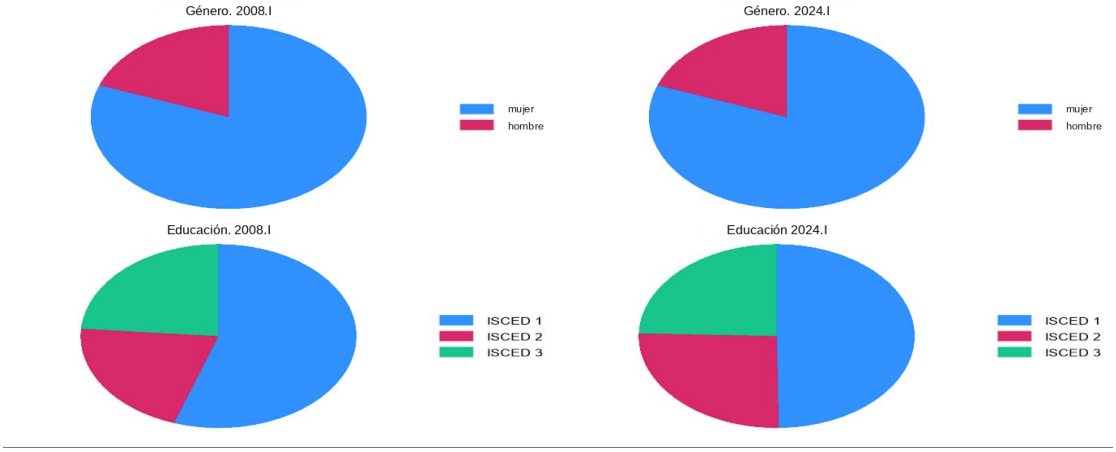


Figura 8. Proporción de personas de nacionalidad no española y nacidos fuera de España en el empleo sanitario y la atención a la dependencia. MCVL 2024.



El sector de la dependencia está dominado por mujeres y con un bajo nivel formativo, sin cambios desde 2008 (figura 9). En cuanto a los cuidadores informales, el 12% de la población española de más de 50 años asume este rol; el 76% son mujeres, una de las proporciones más altas de la OCDE, y el 33% tiene otro empleo, superando la media de la OCDE (29%) (Jiménez-Martín y Viola, 2022). Finalmente, la ratio de trabajadores de cuidados de larga duración (CLD) por cada 100 personas de más de 65 años en España es de 4,9, inferior a la media de la OCDE (5,7), y su remuneración es baja (en torno al 63% del salario medio para atención institucional y 60% para domiciliaria). La desinstitucionalización, con una reducción del 4,3% de camas de CLD, se alinea con la preferencia por permanecer en casa.

Figura 9. Composición de la fuerza laboral por género y educación en el sector de la dependencia en Cataluña. 2008 vs 2024.



2.3. Lecciones de la evidencia sobre el SAAD en Cataluña

Financiación. El SAAD padece una infrafinanciación crónica que limita su capacidad para cubrir las necesidades de cuidados de larga duración (AEDPSG, 2023). Confluyen tres factores: un diseño inicial deficiente que subestimó los costes reales, agravado por la mayor proporción de grados severos (Peña-Longobardo et al., 2016; Oliva et al., 2023); la falta de compromiso financiero del gobierno central, que ha aportado mucho menos del tercio previsto por ley, trasladando la carga a las comunidades autónomas y a los usuarios (Oliva et al., 2023; López-Casasnovas, 2024); y los recortes de 2010 y 2012 (BOE, 2010, 2012), que redujeron prestaciones, retrasaron el despliegue para la dependencia moderada (Peña-Longobardo et al., 2016) e incrementaron los copagos hasta el 50% del coste del servicio (del Pozo-Rubio et al., 2023). En 2023 el gasto era del 0,8% del PIB, lejos del 1% recomendado y del 1,8% de la OCDE (OCDE, 2023; ASADE, 2023).

Impacto en la economía. El sector representa aproximadamente el 1% del PIB estatal y concentra en torno al 3% del empleo total (Marbán-Gallego et al., 2021). Cada millón de euros invertido en prestaciones de servicio genera unos 42 puestos de trabajo, mientras que las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar crean 17 (AEDPSG, 2023); en total, más de 150.000 puestos vinculados al sistema, con una tasa de recuperación fiscal del 41,2% (ASADE, 2023). El giro hacia la desinstitucionalización de 2021 debería impulsar el empleo, pese a las incertidumbres sobre su impacto global (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2021). Además, la existencia de un sistema de atención a la dependencia reduce

el gasto sanitario, con efectos indirectos positivos (Serrano-Alarcón et al., 2022; Costa-Font y Vilaplana-Prieto, 2023).

Efectos sobre los beneficiarios. No se ha valorado el impacto del SAAD en la calidad de vida por falta de un plan de recogida de datos de resultados, en parte porque herramientas como el EuroQol 5D (EuroQol Group, 1990) no son sensibles a cambios en personas con limitaciones de las actividades de la vida diaria, y diferencia de escalas específicas como el Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) (Netten et al., 2012; Rand et al., 2022; Towers et al., 2020; van Leeuwen et al., 2015). A pesar de la voluntad del gobierno central de crear un sistema común de evaluación (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022), todavía no se ha implementado (García-Pérez y Oliva, 2023). Algunas iniciativas regionales (Oliva-Moreno et al., 2022; Matia Instituto, 2022) han comenzado a medir su impacto. Con datos de salud, Costa-Font et al. (2018) asociaron la implementación del SAAD a una reducción de hospitalizaciones y de la duración de las estancias; en Cataluña, Serrano-Alarcón et al. (2022) cuantificaron que una prestación media de 365 euros reducía las hospitalizaciones evitables un 66% y las visitas no programadas de atención primaria un 44%. Hernández-Pizarro et al. (2020) no encontraron diferencias significativas en hospitalizaciones entre beneficiarios en el hogar e institucionalizados, y Afonso-Argilés et al. (2021) identificaron margen para reducir costes sanitarios, especialmente en residencias.

Efectos en el entorno de los beneficiarios. Con la encuesta SHARE, Costa-Font y Vilaplana-Prieto (2020) mostraron que la expansión del sistema redujo el ahorro, sobre todo entre personas mayores sin hijos y beneficiarios de prestaciones de cuidador familiar. En el mercado laboral, se observó un aumento de la oferta de cuidadores no profesionales y de las transferencias familiares (Jiménez-Martín y Vilaplana-Prieto, 2022), efectos reducidos por las medidas de austeridad. El SAAD disminuyó las intenciones de jubilación anticipada en 10 puntos porcentuales (Costa-Font y Vilaplana-Prieto, 2022a) y redujo los síntomas depresivos de los cuidadores no profesionales, sobre todo los de cuidados intensivos (Costa-Font y Vilaplana-Prieto, 2022b).

Diseño del sistema. Rodríguez-González et al. (2021) muestran que el BVD correlaciona moderadamente con las horas reales de cuidado, que aumentan con el deterioro cognitivo. Hernández-Pizarro et al. (2020) estudiaron cómo los umbrales de puntuación pueden generar redondeos al alza. Vidiella-Martin et al. (2024) determinaron que las prestaciones económicas no condicionadas (cuidador familiar) se concentraban entre los grupos de renta más alta, mientras que los servicios en especie eran más comunes entre personas con menos recursos, sin desigualdades en el tiempo de navegación por el sistema. La pandemia evidenció la fragilidad del sistema residencial, con altas tasas de mortalidad (Cases et al., 2023); se estima

que añadir un trabajador por residente habría reducido la mortalidad en 0,44 puntos porcentuales (Costa-Font et al., 2021).

3. Retos y deficiencias del SAAD en Cataluña

3.1. Retos demográficos y tendencias de los hogares

Los condicionantes demográficos de la atención a la dependencia son bien conocidos: una esperanza de vida entre las más altas del mundo (especialmente para las mujeres) y una proporción creciente de personas mayores (Jiménez y Viola, 2022). Además, cada vez más gente vive sola a edades avanzadas, durante más tiempo y con menos hijos, lo que obliga a replantearse qué servicios se ofrecen y cuándo (tabla 3).

Tabla 3. Fracción de los hogares con la persona principal mayor de 65 años y unipersonales.

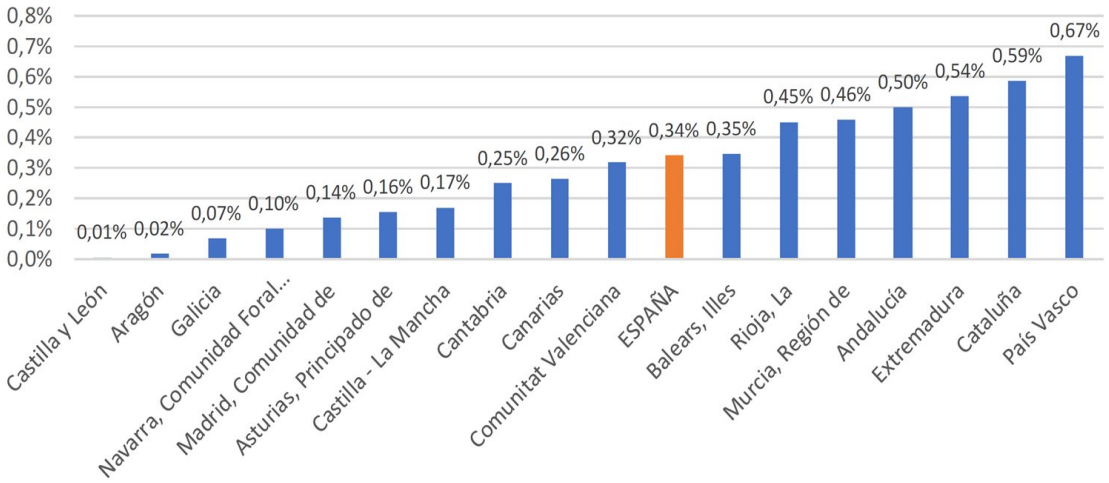
Año	Fracción de hogares +65 unipersonales	Fracción de hogares con persona principal >65
1977	21,25%	22,46%
1990	27,83%	25,9%
2010	36,40%	30,5%
2023	41,84%	32,5%

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

3.2. Acceso a prestaciones, proceso de valoración y prevención

El acceso a prestaciones está regulado por dos colas consecutivas: el tiempo desde la solicitud hasta la resolución de grado (actualmente 334 días de media en España y 271 en Cataluña; Ramírez-Navarro et al., 2025) y, a continuación, la espera hasta el acceso efectivo a servicios o prestaciones. A diciembre de 2024 había 69.773 personas en lista de espera, cifra que aumentó hasta 81.894 el 1 de octubre de 2025 (XXV Observatorio de la Dependencia, 2025), el 28,8% de las personas en espera de todo el Estado. La mortalidad en espera de resolución de grado en 2024 fue de 4.080 personas, y 5.449 murieron esperando la resolución del PIA (Ramírez-Navarro et al., 2025); estas personas sobrevivirían considerablemente más en caso de acceder a prestaciones (Hernández-Pizarro, 2016; Prades-Colomé, 2026). En Cataluña el problema es especialmente grave, ya que la fracción de población en espera es la mayor de España (figura 10): es necesario revisar y agilizar los procesos de entrada y asignación de recursos.

Figura 10. Lista de espera en relación con la población de la comunidad autónoma. Noviembre 2023. Fuente: Asociación estatal de directores y gerentes en servicios sociales (2023).



La prevención sigue siendo uno de los puntos débiles del sistema, a pesar de la evidencia de que una parte relevante de la pérdida de autonomía funcional es previsible o retrasable. El sistema mantiene una orientación reactiva, centrada en la dependencia ya establecida más que en la detección precoz de la fragilidad. La edad de entrada es elevada en comparación internacional, pero con una tendencia reciente a la anticipación vinculada a los tiempos de espera (OECD, 2023). Un reto clave es la fragmentación entre los ámbitos sanitario, social y comunitario: las políticas de promoción de la autonomía se despliegan de forma dispersa, sin una estrategia común orientada a resultados medibles (WHO, 2015), y servicios preventivos como la teleasistencia tienen una implantación desigual y con copagos distintos. Además, la prevención sufre una falta estructural de evaluación, sin sistemas para medir su impacto sobre la autonomía o el retraso en la entrada al SAAD (Netten et al., 2012; OECD, 2020), y persiste un reto cultural: aún se percibe como una responsabilidad individual o familiar más que como una inversión colectiva con retorno social (OECD, 2020).

3.3. Atención domiciliaria, cuidados en el entorno familiar y atención residencial

Atención domiciliaria. El SAD y el futuro SAED deberían ser el gran pilar del sistema, pero en la práctica el servicio es limitado, desigual y rígido. Los cuidados ofrecidos no son suficientes para alcanzar los objetivos de autonomía, básicamente por el limitado número de horas y la rígida asignación según el grado (Comas-d'Argemir et al., 2023). Cataluña presenta una intensidad media de 13 horas mensuales, frente a las 21 del conjunto del Estado (Antares, 2025), y muchas personas con fragilidad o dependencia moderada quedan en un espacio gris sin requisitos para un SAD suficientemente intensivo. La desigualdad territorial es grande: la relación entre cobertura e intensidad es negativa (Rosetti et al., 2023) y el código postal se

convierte en un determinante de dignidad. Falta coordinación con el sistema de salud (enfermería comunitaria, rehabilitación, detección de fragilidad) y el servicio padece una falta estructural de profesionalización y estabilidad: contratos parciales, salarios bajos, alta rotación y fragmentación horaria (Recio et al., 2015). El informe *Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care* (OECD, 2023) recuerda que mejorar salarios, formación y reconocimiento es condición indispensable para un cuidado digno y sostenible (Murcia, 2025).

Cuidados en el entorno familiar. Todo aquello que no cubre el SAD recae en las familias, en un modelo altamente feminizado donde madres, hijas y esposas soportan la mayor parte de la carga. Los impactos en la salud mental incluyen estrés, ansiedad, depresión y sentimiento de culpa, así como aislamiento social y afectación de la trayectoria formativa y ocupacional (Spora Sinergies SCCL, 2018; Ezquerra y Mansilla, 2018), incrementando el riesgo de pobreza económica y de tiempo y de agotamiento, especialmente en familias sin redes. El entorno comunitario es rico pero poco estructurado e insuficientemente reconocido: faltan programas de apoyo emocional, formación, grupos de ayuda mutua y sistemas de acompañamiento. Persiste también el reto cultural de transformar la percepción de los cuidados como un bien colectivo y no solo familiar.

Atención residencial. Las residencias deben dejar de ser un simple sustituto del hogar para convertirse en centros especializados para personas con alta complejidad asistencial, pero el cambio choca con diversos obstáculos: edificios no preparados para unidades de convivencia y atención personalizada; coordinación irregular con la atención primaria, intermedia y hospitalaria; salarios bajos, rotación y falta de formación especializada y de perfiles técnicos avanzados; un sistema de inspección demasiado centrado en el cumplimiento administrativo y un liderazgo directivo muy variable; las secuelas organizativas y emocionales de la COVID-19; y una escasa conexión con el entorno, que limita la función de las residencias como infraestructura comunitaria de cuidados.

3.4. Retos tecnológicos, de evaluación y gestión de datos

Diversos estudios internacionales muestran que las tecnologías asistenciales (teleasistencia, sensores, dispositivos portátiles, monitorización remota) pueden contribuir a mantener la autonomía, mejorar la coordinación profesional y optimizar los recursos públicos. Carretero et al. (2015) documentan experiencias en Dinamarca o los Países Bajos donde la integración de servicios digitales ha mejorado la comunicación entre profesionales sanitarios y sociales. Una revisión sistemática en BMJ Open (Su et al., 2021) muestra que las intervenciones tecnológicas en centros residenciales pueden mejorar la calidad de vida y reducir eventos adversos, pero su efectividad depende de la formación del personal y de la cultura organizativa. Los aprendizajes para el contexto catalán son claros: la tecnología no es una finalidad sino una

herramienta para reforzar la dimensión humana de la atención; su implantación requiere inversiones sostenidas, interoperabilidad y formación; y la digitalización solo es efectiva con modelos de gobernanza abiertos y participativos que tengan en cuenta los aspectos éticos y la brecha digital.

Evaluación y gestión de datos. El sistema catalán navega en medio de una fragmentación crónica de los sistemas de información: mientras el ámbito de la Salud dispone de una arquitectura centralizada (HC3, e-CAP), el sector social opera en archipiélagos digitales desconectados (Hèstia y aplicativos propios que no se comunican), lo que alimenta las listas de espera. A esto se suma la complejidad de la información social, narrativa y resistente al etiquetado, y un modelo de evaluación sesgado hacia el input (gasto y horas de servicio) y ciego ante el resultado o el impacto real, sin una visión longitudinal que vincule la intervención con la evolución de la dependencia.

3.5. Retos de la coordinación sociosanitaria

La relación entre el sistema de salud y el de atención a la dependencia ha sido históricamente la crónica de un divorcio administrativo, con dos culturas profesionales y dos estructuras de gestión operando de espaldas, de manera que el paciente con necesidades complejas tiene que transitar por un laberinto de hasta una docena de equipos diferentes. Esta descoordinación provoca duplicidades, exceso de burocracia y una visión atomizada de la persona, e incrementa el riesgo de institucionalización innecesaria, ya que la falta de una respuesta ágil e integrada en el entorno comunitario empuja a muchas personas hacia el recurso residencial.

3.6. Retos de la gobernanza

El modelo de gobernanza explica buena parte de las disfunciones del SAAD (Rodríguez Cabrero y Marbán, 2022; CES, 2021; CERMI, 2009). El objetivo era una ley que estableciera un derecho subjetivo estatal en una materia (los servicios sociales) de competencia exclusiva de las comunidades autónomas. El legislador optó por el artículo 149.1.1a de la CE (condiciones básicas para garantizar la igualdad) en lugar del artículo 149.1.17a (seguridad social), de modo que la competencia seguía siendo autonómica pero el Estado podía intervenir; la ambigüedad del concepto de condiciones básicas puede erosionar las competencias autonómicas (Vilà, 2022). El Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD (CTSSAD) actúa como órgano de cooperación, pero sus acuerdos no son vinculantes para a los miembros que votan en contra (art. 17.3 del Reglamento), de manera que la Generalitat queda vinculada por los acuerdos que no rechace expresamente, incluso teniendo competencia exclusiva.

Un primer reto es la complejidad competencial: la coexistencia de tres niveles administrativos (Estado, Generalitat y entes locales) y de tres sistemas (sanitario, servicios sociales y SAAD)

genera duplicidades y burocracia. Los municipios de menos de 20.000 habitantes afrontan dificultades para prestar los servicios sociales básicos, y la dispersión de modelos y umbrales de copago puede generar desigualdades territoriales. La LAPAD creó un sistema propio dentro del ámbito social, olvidando el sistema sanitario y reduciendo las posibilidades de un enfoque sociosanitario. Cataluña se encuentra en un punto de inflexión con el impulso de la Agencia de Atención Integrada Social y Sanitaria (AGAISS), a pesar de las dudas sobre su operatividad y el riesgo de ampliar la fragmentación. Finalmente, el cambio social acelerado (longevidad, nuevas formas de convivencia, nuevas tecnologías) exige formas de gobernanza más participativas orientadas a la coproducción de las políticas públicas.

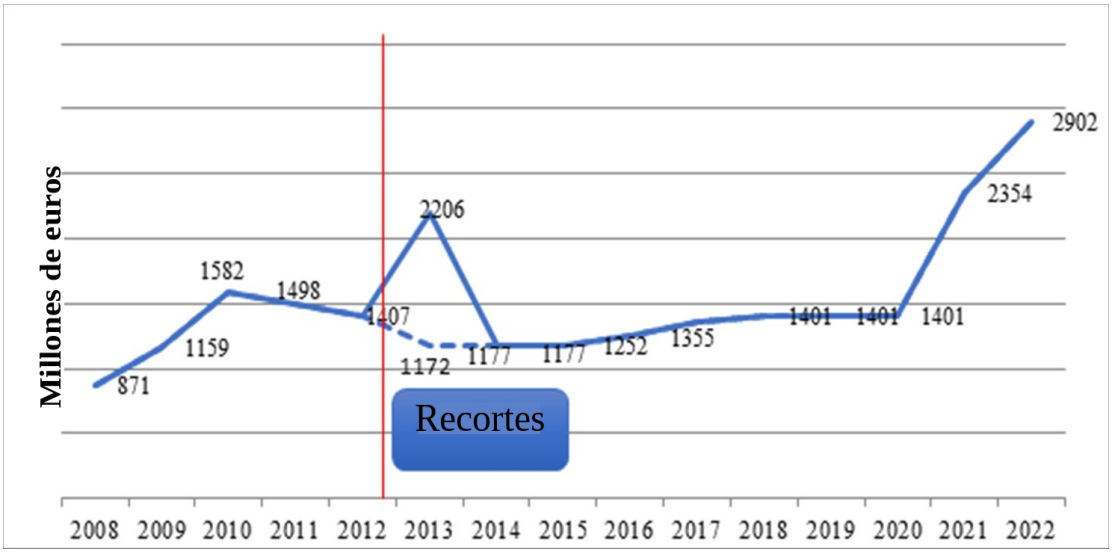
4. Gasto y financiación del SAAD

Los cuidados de larga duración en España se financian mediante una combinación de ingresos fiscales nacionales y regionales y copagos individuales. La financiación del SAAD se compone de la contribución del gobierno central (15%), de las comunidades autónomas (64%) y de los usuarios (21%) (Costa-Font et al., 2023). El sistema se basa en tres niveles de protección (artículos 32 y 33 de la Ley 39/2006): la Administración General del Estado (AGE) financia íntegramente el nivel mínimo; las comunidades autónomas aportan al menos una cantidad igual a la de la AGE en los niveles mínimo y acordado y pueden definir niveles adicionales (art. 10.4); y los beneficiarios participan en el coste según sus recursos, sin que ningún ciudadano quede desprotegido (art. 33.4). El nivel acordado se financia conjuntamente según criterios como la población dependiente, los beneficiarios, la inversión regional o la reducción de la lista de espera. Ha habido también dotaciones excepcionales (como los 400 millones del Fondo Especial Estatal) y el Gobierno central financia las cotizaciones de los convenios especiales de los cuidadores no profesionales (Costa-Font et al., 2023). En definitiva, muchas fuentes de financiación a menudo discrecionales, lo que dificulta la planificación a medio y largo plazo.

Financiación de la AGE. La evolución de los presupuestos de cuidados de larga duración de la AGE ha estado definida por los recortes de julio de 2012 y por el fracaso en la aprobación de los presupuestos generales en 2019 y 2020, operando sobre una prórroga de 2018 (Costa-Font et al., 2018; Costa-Font y Vilaplana, 2022a, b). El presupuesto de 2008 ascendió a 871 millones de euros y aumentó un 33% y un 37% en 2009 y 2010; en 2012 se aplicaron recortes severos (alrededor del 6%). Desde 2013 el gasto se estancó hasta 2020, para repuntar con fuerza después: en 2022 el presupuesto llegó a 2.902 millones de euros, un 23,3% más que en 2021 y el doble que en 2018 (Jiménez-Martín y Viola, 2022) (figura 11). El Real Decreto-ley 17/2026, de 23 de junio (BOE-A-2026-13643), representa una nueva inflexión histórica: duplica las cuantías del nivel mínimo para el Grado II (de 130 a 260 euros/mes) e incrementa un 128% las del Grado III (de 290 a 660 euros/mes), elevando la aportación de la AGE a 5.514 millones

en 2026 y a 7.239 millones en 2027, lo que situaría la corresponsabilidad estatal en el 50% del gasto total del sistema. Este incremento responde a las reivindicaciones de larga data de los gestores autonómicos y de la literatura académica (Costa-Font y Vilaplana-Prieto, 2023; Oliva et al., 2025). Sin embargo, la evidencia disponible sobre la dinámica de financiación compartida invita a la cautela: cuando la financiación central aumenta de forma significativa, puede producirse un efecto de desplazamiento (*crowding out*) de la inversión autonómica, en el que las comunidades autónomas reducen su esfuerzo propio al amparo de los nuevos fondos estatales, de modo que la mejora neta del gasto total resulta inferior a la inyección federal. El diseño actual, basado en transferencias por persona reconocida sin condicionalidad en el gasto autonómico adicional, hace a este riesgo especialmente relevante para aquellas comunidades que ya asignan el mínimo legal. Un seguimiento riguroso del gasto consolidado (AGE más CCAA) en los próximos ejercicios será imprescindible para evaluar si el impulso del RDL 17/2026 se traduce en una mejora real de la cobertura y la calidad.

Figura 11. Partida presupuestaria para Dependencia, en millones de euros. Presupuestos Generales del Estado, 2013-2022, España.



Fuente: Estadísticas de los PGE consolidados. Notas: 2019 y 2020, 2018 prorrogado.

Financiación a las comunidades autónomas. La tabla 4 muestra la composición porcentual del coste global del SAAD. La aportación de las comunidades autónomas es la mayor (del 51% en Castilla y León al 69% en la Comunitat Valenciana), la aportación estatal es mayor en Aragón, Castilla y León y Extremadura (cerca del 30%), y la copago media es de aproximadamente el 20%. Entre 2020 y 2021 hubo una reducción generalizada del gasto, con caídas significativas en Aragón (25%) y Castilla y León (16%). Oliva et al. (2025) subrayan que

no existe un modelo de copago uniforme en España y que la participación agregada de los beneficiarios se situaría en torno al 35-38% del coste, muy por encima del 20% habitual.

Tabla 4. Financiación del sistema de dependencia por comunidad autónoma. Composición porcentual y gasto 2020 y 2021 (millones de euros).

	CA	AGE	Copago	Gasto 2020	Gasto 2021
Andalucía	57%	21%	21%	1.237,3	1.422,5
Aragón	54%	30%	16%	203,6	152,4
Asturias	57%	26%	18%	148,0	146,5
Baleares	63%	22%	15%	106,2	106,2
Canarias	62%	21%	17%	168,8	169,1
Cantabria	65%	17%	18%	146,9	135,1
Castilla y León	51%	29%	20%	620,8	520,3
Castilla-LM	59%	22%	20%	388,5	370,1
Cataluña	61%	19%	20%	1.261,0	1.159,4
C. Valenciana	69%	20%	11%	595,0	659,7
Extremadura	52%	30%	18%	176,1	168,6
Galicia	54%	27%	19%	388,3	420,1
Madrid	57%	23%	20%	910,5	951,3
Murcia	62%	23%	15%	211,7	185,3
Navarra	64%	19%	18%	90,0	80,3
País Vasco	67%	17%	17%	546,3	511,3
La Rioja	59%	21%	21%	60,3	60,0
Total Nacional	59%	22%	19%	7.259,4	7.838,4

Fuente: Informes de la Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales.

Financiación internacional. La distribución entre financiación pública y privada varía según el país, aunque en general la contribución privada se sitúa en torno al 20% (Jiménez-Martín, 2024), con una financiación vía seguros nula o marginal. A diferencia de las pensiones, financiadas fundamentalmente vía contribuciones, no existe un *gold standard* para la financiación de la atención a la dependencia: en la Unión Europea, una fracción de países utilizan impuestos, otra fracción contribuciones sociales finalistas y, finalmente, el resto una mezcla de ambas fuentes (Pavolini, 2021).

5. Propuestas para la mejora de la atención a la dependencia en Cataluña

5.1. Acceso al sistema y prevención

Es necesario crear un Protocolo Único Integrado que reconozca que la dependencia es social y sanitaria a la vez y evalúe la funcionalidad, la salud, el contexto social y las preferencias de la persona, conectando todas las fuentes de información disponibles, en lugar de informes paralelos. El protocolo actual garantiza la equidad horizontal en el tiempo de acceso, pero el análisis de Vidiella et al. (2024), basado en registros hasta 2014, revela una concentración de prestaciones de cuidador informal entre los perfiles socioeconómicos más altos y de servicios entre los más bajos; dado el tiempo transcurrido, se recomienda actualizar el análisis antes de modificar el protocolo. Para agilizar la gestión del PIA, los casos que pueden resolverse telemáticamente (por ejemplo, personas en residencia que desean continuar en ella) liberarían tiempo para ciudadanos que requieren ajustes más complejos, gestión que podría asumir la figura de gestión de caso.

Los casos de alta complejidad (ELA, demencias avanzadas, enfermedades neurodegenerativas) necesitan un fast-track con respuesta en pocos días, con valoraciones realizadas por equipos mixtos (trabajo social, enfermería y referentes médicos) y una cartera de servicios propia, diferenciada de la de dependencia física. También se necesita un Expediente Único Compartido, consultable por la AGAISS, los municipios, la atención primaria y los profesionales vinculados, que evite duplicidades y haga visibles los cambios en el estado de la persona. La figura de gestión de caso (con ratios del orden de 25 casos por profesional) construirá el plan personalizado, orientará, coordinará y actuará de puente con la familia, y será responsable de la gestión ágil de los PIA. La valoración debería conducir no solo a un grado, sino a un presupuesto personal flexible, combinable y revisable, alineado con la atención centrada en la persona, acompañado de un servicio de orientación y apoyo para garantizar la equidad en el acceso. Finalmente, se necesita un sistema moderno de garantía de calidad, con indicadores públicos, inspección efectiva y transparencia, alineado con el despliegue de la AGAISS y comenzando con programas piloto en territorios diversos.

Prevención. Es necesario situar la prevención como un pilar central del sistema. Primero, desarrollar una estrategia catalana de prevención de la dependencia que integre salud, servicios sociales y acción comunitaria, con objetivos claros y financiación estable, alineada con el enfoque de envejecimiento saludable (WHO, 2015). Segundo, reforzar la detección precoz de la fragilidad desde la atención primaria y los servicios sociales básicos, con herramientas compartidas que permitan intervenciones de bajo coste y alto retorno (OECD, 2023). Tercero, impulsar la prevención comunitaria con programas contra la soledad no

deseada y de apoyo a las personas cuidadoras (European Commission, 2021). Cuarto, avanzar hacia una evaluación sistemática de resultados con instrumentos como el ASCOT, ya validado en el contexto español (Netten et al., 2012; Oliva-Moreno et al., 2022). Finalmente, reconocer la prevención como una inversión pública estratégica, ya que retrasar la entrada a la dependencia puede reducir sustancialmente la presión futura sobre el sistema (OECD, 2020).

5.2. Atención domiciliaria, cuidados en el hogar y atención residencial

Servicios sociales de atención domiciliaria. Se propone crear un paquete de recursos orientado a mejorar los cuidados y la calidad de vida en el hogar y a apoyar a las personas cuidadoras, que integre adaptación de la vivienda, ayuda a domicilio, comidas y lavandería, terapia ocupacional, ayudas técnicas, teleasistencia y tecnologías de apoyo, recursos de socialización, envejecimiento activo, estimulación cognitiva y formación, apoyo emocional y respiro para cuidadoras. El acceso se haría mediante un sistema de apoyo autodirigido, con un presupuesto personal asignado según el grado y las necesidades sociales, utilizable de manera flexible a través de servicios municipales, de entidades sociales o de profesionales y empresas acreditadas. Cada persona dispondría de una figura de gestión de caso con conocimiento de los sistemas social y sanitario, con ratios reducidas (en torno a 25 personas), mejoras retributivas y especializaciones profesionales, en formato piloto antes del despliegue a gran escala.

Transformación del modelo de SAD. Se propone una prestación de cuidados en el hogar y la comunidad, en clave de ampliación del actual SAD, que dé acceso a un paquete flexible de recursos y apoyo a cuidadores no profesionales, con un reglamento que establezca un marco común de prestaciones, financiación e intensidades desde los entes locales. El núcleo sería un SAD de nueva concepción con diversidad de perfiles profesionales, ofertado también en clave preventiva. Es necesario aumentar la intensidad del SAD hasta una media de al menos 21 horas mensuales (media española) o 30 (en referencia a Francia, 29, o Suecia, 30; Antares, 2025; Zalakain, 2023), garantizando la equidad territorial. Se propone también un SAD transitorio al alta hospitalaria centrado en la rehabilitación o recapacitación (habitualmente de seis a doce semanas), orientado a maximizar la independencia mediante una intervención intensiva y multidisciplinar con objetivos y plazos definidos. Es esencial profesionalizar el servicio con perfiles de especialización en atención directa, derechos equivalentes para asistentes personales, auxiliares de asistencia domiciliaria y trabajadoras del hogar, mejores condiciones y salarios, y figuras como terapeutas ocupacionales e integradores sociales. Hay que reforzar la vinculación del SAD con los agentes comunitarios y la coordinación con salud, liderada desde la gestión de caso, y crear una cartera de recursos para personas cuidadoras no profesionales (orientación, formación, respiro y apoyo emocional) para beneficiarias de la

PECEF o que ejercen ese rol. Para maximizar el impacto, el paquete se integraría con salud en el marco de la AGAISS, especialmente a través del PAID.

Viviendas con servicios. Se propone definir un paquete de servicios flexibles de apoyo a los cuidados y a la socialización que formen parte de las viviendas con servicios y promover su despliegue como opción de vida para personas de más de 60 años sin vivienda propia o que la pongan en alquiler social. Estos servicios podrían incluir conserjería, teleasistencia, limpieza de espacios comunes y del piso, mantenimiento, comidas y lavandería comunitarias, actividades culturales y lúdicas, seguimiento por profesionales del ámbito social y sanitario, acceso a servicios de atención a domicilio y un profesional de referencia que proporcione información, orientación y acompañamiento, así como adaptación funcional de la vivienda según la evolución de las necesidades.

Atención residencial. Las residencias deberían concebirse como espacios especializados para personas con alta complejidad asistencial, orientados a preservar la máxima autonomía y con una cartera de servicios ajustada. El nuevo modelo debe definir responsabilidades profesionales, garantizar los procesos de salud, impulsar estrategias comunitarias, ampliar perfiles y titulaciones, mejorar la contratación y las ratios de personal y reforzar las alianzas con la atención primaria. Se necesita un modelo de atención integral y centrado en la persona, con una segunda capa de atención sanitaria integrada y trabajo estructurado con la atención intermedia, vigilancia epidemiológica, salud pública, emergencias y salud mental. La colaboración con la primaria debería permitir realizar muchas técnicas dentro de la residencia (analíticas, ECG, radiología simple, control de anticoagulantes, tratamientos parenterales) con capacidad de atención presencial y telemática 7x24. El modelo requiere mejoras retributivas, equiparación al sector sanitario, direcciones con liderazgo fuerte y evaluaciones basadas en la idoneidad de la dirección y el conocimiento del personal.

5.3. Tecnología, evaluación y datos

La tecnología puede transformar los cuidados, pero su eficacia depende de la capacidad de los sistemas públicos para integrarla dentro de una visión ética y centrada en la persona. Primero, es necesario situar la tecnología al servicio del modelo de atención: como recogen los informes CETIS (2025) y Parera (2023), la digitalización solo tiene sentido si refuerza la proximidad y la personalización, complementando y no sustituyendo la relación de confianza. Segundo, hay que garantizar la inclusión digital de la ciudadanía para evitar que la brecha digital se convierta en una nueva forma de desigualdad; los centros comunitarios de cuidados propuestos por el Grupo de Envejecimiento y Cuidados (2024) podrían asumir un papel clave de acompañamiento tecnológico. Tercero, se necesita un marco de gobernanza tecnológica propio, con estándares de interoperabilidad entre salud y servicios sociales, criterios éticos sobre la gestión de datos sensibles y protocolos de seguridad. Finalmente, la innovación debe

ir acompañada de una estrategia de formación e investigación aplicada, con Cataluña como posible laboratorio europeo de soluciones para la autonomía personal.

Para dignificar la atención se necesita una transformación basada en la inteligencia de datos. La piedra angular debe ser una Historia Social Compartida (HSC) interoperable, equivalente social a *La Meva Salut*, un repositorio único donde Generalitat y entes locales vuelquen la información, eliminando la duplicidad de valoraciones. Hay que dar el salto de la gestión reactiva a la inteligencia predictiva, identificando patrones de alarma mediante algoritmos que crucen datos de consumo sanitario y dependencia, y recuperar el sentido humanista de la evaluación incorporando indicadores centrados en la persona (experiencia y resultados), poniendo la vida, y no solo el recurso, en el centro.

5.4. Coordinación sociosanitaria

Es necesario reforzar la orientación hacia un modelo sociosanitario plenamente integrado, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS y la evidencia europea. Esto requiere establecer una división territorial común entre salud y servicios sociales, desarrollar espacios estables de coordinación y planificación conjunta, incorporar la AGAISS en la estructuración de la atención integrada y garantizar una gobernanza multinivel basada en la subsidiariedad y el Método Abierto de Coordinación. La arquitectura institucional debe estar encabezada por la nueva AGAISS-Cat, no como un ente burocrático sino como el cerebro capaz de planificar y armonizar los dos mundos. La operatividad debe materializarse en el Documento Personalizado de Intervención (DPI), una hoja de ruta compartida, y depende de dos claves de bóveda: la interoperabilidad tecnológica (conexión entre e-CAP y servicios sociales) y el cambio de cultura profesional, con figuras referentes que coordinen el itinerario vital completo de la persona.

5.5. Gobernanza

Cataluña necesita un salto cualitativo en la gobernanza. Previamente hay que establecer el marco legal que corresponde a la Generalitat en virtud de su competencia exclusiva, concretar el reparto competencial con los entes locales y determinar el papel del tercer sector y de los proveedores. Tanto la LAPAD como la Ley de servicios sociales acumulan casi dos décadas de vigencia y han quedado desfasadas; la LAPAD ha sido objeto de recortes y reformas que no abordan las cuestiones de fondo (financiación y gobernabilidad) ni incorporan muchos principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Vilà, 2013), y la cartera de servicios sociales data de 2011-2012. Conviene valorar la conveniencia de aprobar una ley catalana específica sobre los derechos de las personas en situación de dependencia, o bien impulsar una nueva Ley de servicios sociales más integradora, con el enfoque sociosanitario en un papel central, especialmente tras la aprobación de la Ley

10/2025, de 26 de noviembre, de la AGAISS. Mientras se elabora la nueva ley, sería aconsejable adoptar decisiones urgentes mediante un plan de choque.

Las nuevas líneas legislativas deberían: determinar claramente las competencias de la Generalitat y ordenar internamente las funciones del Gobierno, de los entes locales y del tercer sector; proclamar los derechos de las personas en situación de dependencia en coherencia con el Estatuto, la Convención de la ONU y la normativa sectorial, determinando las fuentes de financiación y criterios de copago equitativos; definir los ejes del modelo catalán y las relaciones con el sistema sanitario, los servicios sociales y el SAAD; diseñar un modelo de gobernanza participativo con los departamentos competentes, los entes locales, las personas usuarias, las familias, los profesionales y los proveedores; establecer una cartera propia de prestaciones sociosanitarias integrada, flexible y centrada en la persona; diseñar un equipo profesional estable con capacidad de evaluación continua; y reducir la burocracia, flexibilizar los procedimientos y garantizar espacios reales de participación. Inspirándose en Dinamarca, los Países Bajos o Canadá, el nuevo modelo debe apostar por un marco flexible, comunitario, participativo, de proximidad y preventivo.

Como aspectos concretos, el nuevo modelo debería potenciar alternativas para permanecer en el domicilio con los apoyos necesarios, repensar el modelo residencial (a menudo masificado) e impulsar nuevos formatos de convivencia (viviendas tuteladas, comunidades de convivencia, modelos híbridos), con una mejora continua de la calidad. En síntesis, Cataluña debería impulsar viviendas con servicios tutelados y modelos híbridos; servicios de atención domiciliaria robustos y coordinados con la atención primaria; y apoyos a la digitalización y la teleasistencia avanzada, con referentes internacionales como el telecare en el Reino Unido o la robótica asistencial en Japón, siempre como complemento del cuidado humano. La prevención sigue siendo la gran asignatura pendiente: es necesario reforzar la atención primaria y los servicios sociales básicos como puerta de entrada, crear programas comunitarios de promoción de la salud y de la autonomía, y desarrollar políticas transversales en vivienda, movilidad, cultura y educación.

5.6. Financiación

En Cataluña el gasto corriente en dependencia se sitúa en 1.400 millones de euros, de los cuales 1.100 son contribuciones públicas y 300 copagos. La configuración actual es muy inestable porque depende de la voluntad política del gobierno central y del autonómico. Se proponen diversas mejoras: optimizar los ahorros en salud derivándolos a servicios sociales si se reducen hospitalizaciones evitables; establecer incentivos de compensación a los departamentos de servicios sociales que invierten en mejoras; minimizar la fragmentación vertical de los presupuestos; crear o consolidar un impuesto finalista específico para la dependencia; y una contribución adicional vinculada a la pensión (el presupuesto para

atención a la dependencia de cada persona equivale de media a un año de pensión), para reforzar la solidaridad intergeneracional. El reciente Real Decreto-ley 17/2026 (BOE-A-2026-13643) constituye un punto de partida positivo, aunque insuficiente por sí solo: la Generalitat deberá vigilar que el incremento de la financiación central no desincentive el esfuerzo presupuestario propio. Para ello conviene establecer mecanismos de condicionalidad que vinculen la transferencia de fondos estatales al mantenimiento o mejora del gasto autonómico en dependencia, evitando el efecto de desplazamiento (crowding out) que históricamente ha erosionado parte del impacto de las inyecciones federales. Una comisión técnica bilateral de seguimiento del gasto consolidado, con publicación anual de indicadores de corresponsabilidad, reforzaría la rendición de cuentas.

Otras opciones específicas para Cataluña incluyen la asignación finalista del impuesto de sucesiones o una fracción significativa (alrededor de 650 millones en Cataluña), la asignación de los impuestos asociados a transacciones de viviendas de personas mayores y un sistema de liberación de la riqueza inmobiliaria como en el Reino Unido. Entre las opciones privadas: incentivar un mercado de seguros de dependencia o cuentas nacionales de dependencia para hacer frente a los copagos; copagos transparentes ligados al patrimonio para favorecer la equidad; y nuevas formas de residencia ligadas a un cambio de vivienda, ya probadas en Singapur con incentivos financieros.

5.7. Recursos humanos

Es necesario definir una estrategia a corto, medio y largo plazo sobre las condiciones laborales y la profesionalización de los profesionales del sector. Debe evitarse el abuso del recurso que, en la práctica, convierte a gerocultores y auxiliares de cuidados provenientes de la emigración latinoamericana con salarios en torno a los 1.000 euros en el grueso de la política de recursos humanos. Es preciso avanzar hacia un convenio sectorial que haga converger las condiciones laborales, trabajando por fases y con realismo, para prestar Hay que avanzar hacia un convenio de sector que haga converger las condiciones laborales, trabajando por fases y con realismo, prestar atención a la duración de los turnos y descansos y, en el caso de los profesionales sanitarios, equiparar las condiciones al sector salud a equivalencia de tareas.

6. Conclusiones

En los últimos años, la atención a la dependencia de las personas mayores en Cataluña ha mejorado considerablemente, sobre todo por la reducción de las listas de espera y el sostenido aumento del presupuesto estatal, tras varios años de estancamiento. Sin embargo, quedan muchos aspectos por pulir. Primero hay que aclarar si Cataluña es solo gestora o diseñadora de una política propia; en este segundo caso, debe dedicar recursos adicionales a todo aquello

que no constriñe la ley estatal: prevención, tecnología, eficiencia de las prestaciones, formación y remuneración de los recursos humanos.

Diversas certezas emergen. El foco se pondrá cada vez más en las personas, con nuevas formas de atención integral centradas en la persona diseñadas para que los individuos mantengan su independencia y autonomía durante más tiempo. Hay que converger hacia un modelo de cuidados integral que entienda los cuidados de larga duración como tres sistemas complementarios (cuidados sanitarios, cuidados no sanitarios profesionales y cuidados informales), planificándolos conjuntamente. La fuerte preferencia por envejecer en casa y el aumento de los hogares unipersonales plantean un reto para el diseño de los servicios: las residencias evolucionarán del modelo institucional al modelo hogar, y emergerán nuevas opciones como el autocuidado basado en tecnología, el sénior cohousing o los bancos de tiempo y el voluntariado de acompañamiento.

El SAAD en Cataluña se encuentra en una inflexión crítica: tras casi dos décadas, arrastra un déficit crónico de financiación, un marco jurídico incierto, una gobernanza compleja, una lentitud administrativa insalvable y una fractura persistente entre el ámbito social y el sanitario. La reforma estructural es una necesidad inaplazable para alinear la prestación de servicios con el derecho a la dignidad y la autonomía. La implementación requiere un vector de transformación escalonado en tres horizontes temporales. El Real Decreto-ley 17/2026, aprobado en junio de 2026, abre una ventana de oportunidad sin precedentes al elevar la aportación estatal a 7.239 millones en 2027 y acercar la corresponsabilidad de la AGE al 50% del gasto total. Cataluña debe capitalizar este impulso sin relajar su propio esfuerzo presupuestario: el riesgo de *crowding out* —que la mayor financiación central sustituya en lugar de complementar el gasto autonómico— exige mecanismos de condicionalidad y evaluación robustos.

Estrategias a corto plazo. Se necesita una intervención sobre la operativa del SAAD, con prioridad en la agilización de la valoración y la resolución del PIA: (1) introducir Valoraciones Multidimensionales Digitales (VMD) basadas en evaluación online y en datos de la atención primaria y de los servicios sociales básicos para reducir el tiempo de valoración a menos de 60 días; (2) activar un Kit de Apoyo Inmediato con asignación automática y temporal de un paquete de servicios básicos (por ejemplo, 20 horas de SAD/mes) mientras se completa el PIA, promovido con recursos propios; (3) dar el salto de la evaluación de control a la evaluación de aprendizaje, con indicadores centrados en la persona como el Índice de Mantenimiento Funcional seis meses después de la asignación; y (4) incrementar los recursos de prevención y apoyo tecnológico. Objetivo a corto plazo para la edad media de entrada al sistema: 86 años.

Estrategias a medio plazo. Es preciso centrarse en la reparación de la fractura sociosanitaria a través de la operatividad de l'AGAISS-Cat: (1) desplegar un Documento personalizo de

intervención (DPI) interoperable y único que fluya bidireccionalmente entre las historias clínicas de Salud y los expedientes de Derechos Sociales; (2) adoptar la Gestión de Casos Intensiva, inspirada en modelos como el programa Rural Care, con segmentación de los hogares en riesgo y elaboración de la Historia de Vida y el Proyecto de Vida para diseñar planes hiper-personalizados, especialmente en casos cognitivos; y (3) reequilibrar la balanza de los cuidados aumentando la oferta de profesionales de Asistencia Personal, con ratios de 4 profesionales por cada 100 personas de grado III (frente a 1 actualmente). Objetivo a medio plazo para la edad media de entrada: 87,5 años.

Estrategias a largo plazo. Hay que redefinir el marco fundacional dentro de las limitaciones de la ley estatal: (1) un nuevo pacto legislativo que permita a Cataluña una arquitectura jurídica propia o, como mínimo, una Ley de la autonomía y la atención a la dependencia o una nueva Ley de servicios sociales actualizada; (2) garantizar una financiación estable y finalista, explorando la asignación de un porcentaje fijo de un tributo autonómico (por ejemplo, un punto del IRPF autonómico); (3) la transición del modelo residencial hacia viviendas con apoyo (co-housing) o unidades de convivencia de menos de 15 personas, asegurando que el 70% de las nuevas plazas públicas se orienten hacia modelos de proximidad y tamaño reducido antes de 2035; y (4) incrementar los recursos de prevención y apoyo tecnológico. Objetivo a largo plazo para la edad media de entrada: 90 años.

Otras medidas sin plazo definido incluyen reforzar los recursos a personas cuidadoras no profesionales (respiro, formación, apoyo emocional); priorizar la atención domiciliaria y nuevos modelos habitacionales, con el SAD como pilar principal; desplegar un modelo de Servicio de Atención en el Entorno Domiciliario (SAED) con un paquete multiservicio; desarrollar la figura del gestor de caso con ratios reducidas; redefinir las residencias hacia un modelo hogar; fomentar viviendas alternativas; profesionalizar y reconocer a los cuidadores con itinerarios formativos vinculados a escalas laborales y salariales; y mejorar la gestión y la evaluación de datos, con una encuesta propia longitudinal sobre la salud y los cuidados prestados y recibidos.

En definitiva, Cataluña tiene hoy la oportunidad, dentro del marco general de la ley estatal, de situarse a la vanguardia de un modelo de atención a la dependencia moderno, justo, sostenible y que pueda servir de ejemplo para otras comunidades (a la vez que aprende de lo implementado en otras regiones). Los retos detectados (fragmentación, debilidades competenciales, desconexión entre sistemas, infrafinanciación y escasa participación real) son profundos pero no insuperables. La clave es avanzar hacia una gobernanza integrada, clara y participada, con un marco competencial nítido que, si es necesario, establezca una ley propia que dé coherencia al sistema y garantice que ninguna persona en situación de dependencia quede desatendida, con la persona y su dignidad en el centro.

Estas conclusiones catalanas apuntan también a lecciones de alcance estatal ya que la descentralización del SAAD no es un problema, sino un laboratorio de aprendizaje para el conjunto de España. La evidencia generada en un territorio —como la reducción de hospitalizaciones, el cambio de foco hacia las personas o, eventualmente, la prevención o la mejora del bienestar de las personas cuidadoras documentada en Cataluña— puede orientar decisiones en otras comunidades autónomas, siempre que se acompañe de sistemas de información interoperables entre territorios que hagan posible dicha transferencia de conocimiento.

REFERENCIAS

Antares Consulting (2025) Estudio socioeconómico de la atención residencial para personas en situación de dependencia en España. Informe final. Associació Catalana de Recursos Assistencials, Barcelona

Asociación estatal de directores y gerentes en servicios sociales (2023), Nota de Prensa del 14 de diciembre de 2023 , XVII Aniversario de la Ley de Dependencia

Bermejo-Patón F, del Pozo-Rubio R, Amo-Saus ME, Moya-Martínez P. (2023). The recovery and resilience plan on the long-term care system. Towards a deinstitutionalization? Front Public Health 2023; 11:1130132.

Boletín Oficial del Estado (2010). Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. Gobierno de España; 2010.

Boletín Oficial del Estado (2012). Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Gobierno de España.

Boletín Oficial del Estado (2026). Real Decreto-ley 17/2026, de 23 de junio, de medidas extraordinarias para el fortalecimiento y consolidación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. BOE-A-2026-13643.

Boletín Oficial del Estado (2022). Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. 2022.

Boletín Oficial del Estado (2006) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Gobierno de España; 2006.

Carretero et al. (2015) Technology-enabled services for older people living at home independently, Joint Research Centre de la Comisión Europea, Sevilla.

Cases L, Vela E, Santaeugènia Gonzàlez SJ, Contel JC, Carot-Sans G, Coca M, et al. (2023) Excess mortality among older adults institutionalized in long-term care facilities during the COVID-19 pandemic: a population-based analysis in Catalonia. Front Public Health;11:1208184.

CERMI (2009). Documento de posición del CERMI estatal ante el proceso de

CES (2021). El sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las

Comas-d'Argemir, Dolors; Sancho, Mayte, y Zalakaín, Joseba. (2023). Hacia la personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia. Zerbitzuan, 79, 61-74

Costa-Font J, Jiménez Martin S, Viola A. (2021) Fatal Underfunding? Explaining COVID-19 Mortality in Spanish Nursing Homes. J Aging Health 2021;33:607–17.

Costa-Font J, Jimenez-Martin S, Vilaplana C. (2018). Does long-term care subsidization reduce hospital admissions and utilization? J Health Econ 2018;58:43–66.

Costa-Font J, Jiménez-Martín S, Vilaplana-Prieto C. (2022) Do Public Caregiving Subsidies and Supports affect the Provision of Care and Transfers? J Health Econ 2022;84:102639.

Costa-Font J, Vilaplana-Prieto C. (2017). Does the Expansion of Public Long-Term Care Funding Affect Saving Behaviour? Fisc Stud; 38:417–43.

Costa-Font J, Vilaplana-Prieto C. (2022a) Caregiving subsidies and spousal early retirement intentions Journal of Pension Economics and Finance, 1–40.

Costa-Font J, Vilaplana-Prieto C. (2022b) Mental health effects of caregivers respite: Subsidies or Supports? The Journal of the Economics of Ageing 2022;23:100398.

Costa-Font J, Vilaplana-Prieto C. (2023) 'Investing' in care for old age? An examination of long-term care expenditure dynamics and its spillovers. Empir Econ 2023;64:1–30.

Costa-Font, J., Jiménez Martin, S., Vilaplana Prieto, C. y Viola, A. (2023), "Universalizing the Access to Long-term Care: Evidence from Spain", Chapter 9 en Long-Term Care around the world (editores Gruber, J. y McGarry, K.), Series Long-Term Care, NBER, University of Chicago Press.

Costa-Font, J., Jimenez-Martin, S. & Vilaplana-Prieto, C. (2018), "Does long-term care subsidization reduce hospital admissions and utilization?", Journal of Health Economics, Volume 58, 43-66.

Coll V., Costa-Font J., Estany J., Hernández-Pizarro H., Jiménez-Martín S., Perera G., Prades A. y Toni Vilà T. Atenció a la dependència a Catalunya: reptes i propostes Informe CETIS, núm. 4. Departament Serveis Socials, Gencat.

Del Pozo-Rubio R, Bermejo-Patón F, Moya-Martínez P. (2022). Impact of implementation of the Dependency Act on the Spanish economy: an analysis after the 2008 financial crisis. Int J Health Econ Manag ;22:111–28.

del Pozo-Rubio R, Pardo-García I, Escribano-Sotos F. El copago de dependencia en España a partir de la reforma estructural de 2012 (2017). Gac Sanit 2017;31:23–9.

Duncan OD, Duncan B. A Methodological Analysis of Segregation Indexes. Am Sociol Rev 1955;20. https://doi.org/10.2307/2088328.

European Commission. (2021). Green paper on ageing: Fostering solidarity and responsibility between generations. Publications Office of the European Union.

EuroQol Research Foundation (2024). EuroQol | Euroqol, Helping The World Make Better Health Decisions 2024. https://euroqol.org/ (accessed November 28, 2024).

Ezquerra, Sandra, y Mansilla, Elba. (2018). Economía de los cuidados y política municipal: hacia una democratización del cuidado en la ciudad de Barcelona. Ajuntament de Barcelona, Barcelona.

Fresno Consulting (2023). Informe final de evaluación del proyecto europeo Rural Care. Junta de Castilla y León.

García-Gómez P, Hernández-Quevedo C, Jiménez-Rubio D, Oliva-Moreno J. (2015) Inequity in long-term care use and unmet need: Two sides of the same coin. J Health Econ 2015;39:147–58.

Hernández-Pizarro HM, Nicodemo C, Casasnovas GL. (2020) Discontinuous system of allowances: The response of prosocial health-care professionals. J Public Econ;190:104248.

Hernández-Pizarro HM, Serrano-Alarcon M, López-Casasnovas G, Nicodemo C, Vall J. (2024) Should I stay or Should I go: the effects of Long-Term care provision setting on hospitalizations.

Hernández-Pizarro, H. M. (2016). The Effect of Long-Term Care Benefits on Mortality (University Pompeu Fabra Working Paper Series).

Imserso (2025a), XXV Observatorio de la Dependencia. Informe del Observatorio Estatal para la Dependencia con Datos Oficiales a fecha De 30 De Septiembre De 2025.

Imserso (2025b). Información estadística destacada del SAAD 2025. https://imserso.es/ca/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad (nov 2025)

Javier Afonso-Argilés F, Comas Serrano M, Castells Oliveres X, Cirera Lorenzo I, García Pérez D, Pujadas Lafarga T, et al. (2023) Emergency department admissions and economic costs burden related to ambulatory care sensitive conditions in older adults living in care homes. Revista Clínica Española (English Edition) 223:585–95.

Jiménez, S. y Viola, A. (2017). "Observatorio de la dependencia. Segundo informe (http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2017-22.pdf)". FEDEA, Estudios sobre Economía Española no. 2017-22, Madrid.

Jiménez, S. y Viola, A. (2022). "Observatorio de la dependencia: Cuarto informe" (https://documentos.fedea.net/pubs/eee/2022/eee2022-16.pdf?utm_source=wordpress&utm_medium=actualidad&utm_campaign=estudio). FEDEA, Estudios sobre la Economía Española no. 2022-16. Madrid.

Jiménez, S. y Viola, A. (2024). El sistema de la dependencia en España, FEDEA y Foro de Santalucía.

Jiménez, S., Vilaplana, C. y Viola, A. (2016). "Observatorio de la dependencia. Primer informe (http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2017-22.pdf)". FEDEA, Estudios sobre Economía Española no. 2016-05, Madrid.

Jimenez-Martin, Sergi (2024), Recursos Sostenibles i Accés equitatiu a les cures de Llarga durada", Col.lecció Serveis Social 5, Gencat.

Malley JN, Towers AM, Netten AP, Brazier JE, Forder JE, Flynn T. (2012). An assessment of the construct validity of the ASCOT measure of social care-related quality of life with older people. Health Qual Life Outcomes 2012;10:1–14.

Murcia Jurado, Ana Belén; Domínguez Amorós, Màrius, y Simó Solsona, Montserrat (2025). Calidad del Servicio de Atención Domiciliaria y condiciones laborales: claves desde los Servicios Sociales Básicos en la provincia de Barcelona. Revista de Treball Social, 229, 37-66. https://doi.org/10.32061/RTS2025.229.02

Netten, A., Burge, P., Malley, J., Potoglou, D., Towers, A. M., Brazier, J., Flynn, T., & Wall, B. (2012). Outcomes of social care for adults: Developing a preference-weighted measure. Health Technology Assessment, 16, 1–166.

OECD. (2020). Preventing ageing unequally. OECD Publishing.

OECD. (2023). Long-term care and ageing: Ensuring access and quality. OECD Publishing.

OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing. Paris: 2023.

Oliva J, Sancho Castiello M, del Pozo-Rubio R. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: primeros 15 años y una mirada hacia el futuro. (2023) Gac Sanit;37:102253. https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2022.102253.

Oliva-Moreno, J., Vilaplana-Prieto, C., González López-Valcárcel, B., & Peña-Longobardo, L. M. (2022). Measuring social care-related quality of life in Spain: Validation of the ASCOT instrument. Health and Quality of Life Outcomes, 20, 1–13.

Pavolini, E. (2021), 'Long-term care social protection models in the EU', European Social Policy Network (ESPN), Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Peña-Longobardo LM, Oliva-Moreno J, García-Armesto S, Hernández-Quevedo C. The Spanish long-term care system in transition: Ten years since the 2006 Dependency Act. Health Policy (New York) 2016;120:1177–82.

Prades-Colomé, A. (2026). Mortality risk factors in Catalonia's long-term care system: A population-based survival analysis. Health Policy, 163, 105482.

Ramírez-Navarro JM, Revilla Castro A, Fuentes Jiménez M, Sanz Yagüez D, Martínez i Llopis M, García Alonso E, et al. (2024) XXIV Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia. Málaga.

Ramírez-Navarro, J., Revilla Castro, A., Fuentes Jiménez, M., Sanz Yagüez, D., Martínez i Llopis, M., García Alonso, E., & Cavero Cano, G. (2025). XXV Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia. https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2025/03/INFO-GLOBAL-XXV-DICTAMEN-2024-v5_compressed.pdf

Rand S. (2024) Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) | PSSRU. University of Kent 2024. https://www.pssru.ac.uk/blog/adult-social-care-outcomes-toolkit-ascot/ (access November 28, 2024).

Rand SE, Malley JN, Netten AP, Forder JE. (2015) Factor structure and construct validity of the Adult Social Care Outcomes Toolkit for Carers (ASCOT-Carer). Qual Life Res 2015;24:2601–14. https://doi.org/10.1007/S11136-015-1011-X.

Recio Cáceres, Carolina; Moreno-Colom, Sara; Borràs Català, Vicent, y Torns Martín, Teresa. (2015). La profesionalización del sector de los cuidados. Zerbitzuan, 60, 179-193

Rodríguez Cabrero y Marbán (2022). Informe de Evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Situaciones de Dependencia. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y

Agenda 2030. Disponible a: https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/inclusion/docs/estudio_evaluacion_saad_completo.pdf

Rodríguez-González AM, Rodríguez-Míguez E. (2021) La medición de la dependencia a partir del tiempo de cuidado y del baremo de valoración de dependencia . Rev Esp Geriatr Gerontol 2021;56.1:35–40.

Rodríguez-Míguez E, Casal B. (2024) Un instrumento para la medición de la calidad de los cuidados desde la perspectiva de la persona usuaria: la versión española del ASCOT-SCT4. Mimeo 2024.

Rosetti et al (2022) Evaluación de la implementación del servicio de ayuda a domicilio (SAD) Informe final. Julio 2022, Ivàlua, Barcelona.

Serrano-Alarcón M, Hernández-Pizarro H, López-Casasnovas G, Nicodemo C. (2022). Effects of long-term care benefits on healthcare utilization in Catalonia. J Health Econ ;84:102645.

SPORA SINERGIES SCCL (2018) Salud y calidad de vida de las mujeres cuidadoras de familiares. Resultados y valoración de los servicios municipales de apoyo a los cuidados. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, Barcelona [en línea] https://ajuntament.barcelona.cat/dones/ca/salut-i-qualitat-de-vida-de-les-dones-cuidadores-de-familiars-resultats-i-valoracio-dels-serveis

Su Z., Meyer K, Li Y, et al (2021) Technology-based interventions for nursing home residents: a systematic review protocol BMJ Open; 11: e056142

Subirats, J. i Vilà, A. (2015) "¿Es la salut un tema estrictamente sanitario? RTS: Revista de Treball Social en 2015 (Nº 206).

Towers AM, Smith N, Palmer S, Welch E, Netten A. (2016) The acceptability and feasibility of using the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) to inform practice in care homes. BMC Health Serv Res 2016;16:1–14.

van Leeuwen KM, Bosmans JE, Jansen APD, Rand SE, Towers AM, Smith N, et al. (2015) Dutch translation and cross-cultural validation of the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT). Health Qual Life Outcomes 2015;13.

Vidiella-Martin J, Hernández-Pizarro HM, García-Gómez P, López-Casasnovas G. (2024) Unravelling hidden inequities in a universal public long-term care system. The Journal of the Economics of Ageing 2024;29:100527.

Vilà, A. (2022) "Evaluación desde el punto de vista normativo del desarrollo y evolución a nivel estatal, autonómico y local de la Ley de dependencia (LAPAD) y del modelo, organización, gestión y gobierno del SAAD", en Rodríguez Cabrero y Marbán (2022). Informe de Evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Situaciones de Dependencia. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Vilà. A. (2013) "Evolución y reforma del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia", en Actas de la Dependencia. Madrid: Caser Fundación, pp. 47-61.

Viola, A. (2022), "Los modelos de atención sociosanitaria en perspectiva comparada", Actas de Coordinación Sociosanitaria, (30), Pages 62-81.

World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. WHO Press.

Zalakain (2023) Atención integrada de servicios y apoyos en el domicilio. Diputació de Barcelona, Barcelona.